



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE ADULTOS**

***FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS
EM
CUIDADOS PALIATIVOS***

MARIA CRISTINA NUNES CANDEIAS

**FARO
2009**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na área de Especialização em Educação e Formação de Adultos apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Realizada pela Licenciada MARIA CRISTINA NUNES CANDEIAS com o Tema:
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Orientado pela Prof. Doutora MARIA CRISTINA CAMPOS DE SOUSA FARIA.

AGRADECIMENTOS

Seria impossível chegar ao final deste estudo, sem apoio que recebi ao longo de todo o percurso, pelo que dedico este espaço, demasiado pequeno para agradecer a todos, o muito que me ajudaram

Começo por agradecer à Professora Doutora Cristina Faria, pela orientação, pela sabedoria e por todo o apoio que me foi dando ao longo deste percurso.

Agradeço à Administração do Hospital do Litoral Alentejano, que na pessoa do Enfermeiro Director Inácio Neves, me manifestou a sua compreensão e disponibilidade, ao autorizar a recolha de dados junto dos colegas enfermeiros.

Agradeço a todos os colegas que colaboraram na recolha de dados, disponibilizando o seu tempo.

Agradeço às minhas colegas de serviço pelo seu apoio e compreensão.

À minha amiga Fernanda por me ter ajudado a encontrar e obter todos os livros de que fui necessitando. As amigas Filomena e Maribel por me terem ouvido, acompanhado, e partilhado as minhas dúvidas e angústias.

Á minha filha e ao Jorge, os mais penalizados, pelo tempo que roubei, do tempo que poderíamos estar juntos. À tia Lu, ao Zé, ao Mário, ao Guilherme e ao David, e a todos os que não estando aqui referidos sempre acreditam em mim e me apoiaram nesta caminhada.

Muito Obrigado a TODOS!

“A brevidade da vida é espantosa, e os fenómenos que a envolvem são assombrosos. Choramos ao nascer, sem compreender o mundo em que entramos. Morremos em silêncio sem entender o mundo de que saímos.

Quem é que nos colocou no anfiteatro da existência para saborear a vida e para decorridos alguns momentos nos fazer despedir dela como a névoa se dissipa ao calor do sol?”.

Augusto Cury in Os Segredos do Pai Nosso (2008:13)

Resumo

Este estudo Exploratório, enquadrado no âmbito da Formação dos Enfermeiros enquanto Adultos, em Cuidados Paliativos, tem como objectivo geral: Conhecer a representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros e as suas necessidades formativas nesta área. Elaborando uma proposta de plano de formação que vá ao encontro das necessidades formativas encontradas.

O quadro conceptual, teve por base os estudos de Rodrigues, Twycross, Neto, Figueiredo, Saunders, Canário, Chiavenato, Martins, Pais-Ribeiro, Sapeta, tendo sido desenvolvido à volta da evolução histórica dos cuidados paliativos e da educação e formação dos profissionais de enfermagem enquanto adultos.

Foram estudados os enfermeiros que gerem e prestam cuidados em serviços de Medicina e Cirurgia de um Hospital Distrital.

Numa primeira fase foram efectuadas 13 entrevistas aos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço. A partir da análise de conteúdo das mesmas foi construído um questionário que se aplicou aos enfermeiros prestadores de cuidados.

A partir da representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros, das suas necessidades e preocupações, bem como, da caracterização da formação recebida em cuidados paliativos, foi construída uma proposta de plano de formação em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Educação e Formação, Enfermeiros, Cuidados Paliativos.

Abstract

This exploratory work in Palliative Care, within the ambit of the Training of Nurses as Adults, has the following aims: to understand the conceptual representation of nurses in palliative care, to find out their formative needs in the area and to present a proposal of a training plan, in order to help answer those needs.

The conceptual framework was based on the studies of Rodrigues, Twycross, Neto, Figueiredo, Saunders, Canário, Chiavenato, Martins, Pais-Ribeiro, and Sapeta was developed bearing in mind the history of the evolution of palliative care and the education and training of professional nurses as adults.

The study focussed the nurses who manage and work in the wards, in a district hospital.

In the initial phase, we have interviewed 13 (thirteen) charge nurses and other persons responsible for the services. Based on the analysis of the contents of these interviews, we have made a questionnaire which has been filled in by the nurses who provide palliative care.

Taking into account the conceptual representation of nurses in palliative care, their needs and worries, as well as the characterization of the training they receive in palliative care, we have made a proposal of a training plan in palliative care.

Key-words: Education and Training, Nurses, Palliative Care.

Índice

Introdução	16
Parte I - Enquadramento Teórico	20
1.1. <u>Cuidados Paliativos – Integração Histórica</u>	23
1.1.1 - <u>Cicely Saunders e a nova filosofia de cuidados paliativos</u>	25
1.1.2 - <u>Difusão de uma nova perspectiva de prestação de cuidados</u>	29
1.1.3 - <u>Os cuidados paliativos na Europa</u>	30
1.1.4 - <u>Os cuidados paliativos em Portugal</u>	31
1.1.5 - <u>“Coping” em Cuidados Paliativos</u>	38
1.2 – <u>Educação e Formação de Adultos</u>	43
1.2.1 – <u>Educação e formação de adultos em Portugal</u>	46
1.2.2 – <u>Inteligência emocional e educação</u>	51
1.2.3 - <u>Educação dos profissionais de saúde</u>	56
1.2.4 – <u>Educação emocional e os cuidados de enfermagem</u>	59
1.2.5 - <u>Formação em cuidados paliativos</u>	61
1.2.6 - <u>Desenvolvimento pessoal e profissional em cuidados paliativos</u>	67
Parte II – Estudo Empírico	70
2.1 - <u>Tipo de Estudo</u>	70
2.2 - <u>O método de Análise de Conteúdo</u>	72
2.3 - <u>Instrumentos de Colheita de Dados</u>	75
2.3.1 - <u>Entrevista</u>	75
2.3.2 - <u>Questionário</u>	81
2.3.2.1 – <u>COPE - Resumido</u>	83
2.4 – <u>Limitações do Estudo</u>	86

3 – <u>Apresentação e Discussão de Resultados</u>	88
3.1 – <u>Estudo A</u>	88
3.1.1 – <u>Caracterização da amostra</u>	88
3.1.2 – <u>Organização da familiar no apoio ao doente</u>	94
3.1.3 – <u>Organização da familiar no apoio ao cuidador</u>	96
3.1.4 – <u>Sobrecarga do cuidador</u>	98
3.1.5 – <u>Necessidades do doente e família</u>	99
3.1.6 – <u>Dificuldades pessoais dos enfermeiros</u>	100
3.1.7 – <u>Conceito de cuidados paliativos</u>	102
3.1.8 – <u>Importância reconhecida pelos inquiridos aos cuidados paliativos</u>	103
3.1.9 – <u>Situações profissionais positivas</u>	105
3.1.10 – <u>Situações profissionais negativas</u>	106
3.1.11 – <u>Caracterização da formação em cuidados paliativos</u>	107
3.1.12 – <u>Preocupações profissionais</u>	109
3.2 – <u>Estudo B</u>	111
3.2.1 – <u>Caracterização da amostra</u>	112
3.2.2 – <u>Análise dos resultados</u>	127
3.2.2.1 – <u>Estudos Psicométricos de Escala (COPE-resumido)</u>	127
3.2.2.2 – <u>Necessidades formativas</u>	130
3.2.2.3 – <u>Preocupações profissionais</u>	138
3.2.2.4 – <u>Impacto de cuidar em cuidados paliativos</u>	144
Parte III – Proposta de um Plano de Formação em Cuidados Paliativos	164
4 - <u>Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos</u>	164
Considerações Finais	182

Referências Bibliográficas	186
Anexos	202
Anexo A: <u>Recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos/ Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos</u>	203
Anexo B: <u>COPE -resumido</u>	211
Apêndices	214
Apêndice A: <u>Guião para a Entrevista</u>	215
Apêndice B: <u>Questionário</u>	220

Índice de Figuras

Figura 1: Representação esquemática da organização familiar no apoio ao doente	95
Figura 2: Representação esquemática da organização familiar no apoio ao cuidador	97
Figura 3: Representação esquemática da preocupação dos enfermeiros com a sobrecarga do cuidador	98
Figura 4: Representação esquemática das necessidades do doente e família	100
Figura 5: Representação esquemática das dificuldades pessoais dos enfermeiros.....	101
Figura 6: Representação esquemática do conceito de cuidados paliativos	103
Figura 7: Representação esquemática da valorização atribuída pelo doente e família aos cuidados paliativos	104

Índice de Figuras

Figura 8: Representação esquemática da situações consideradas como positivas pelos enfermeiros	105
Figura 9: Representação esquemática da situações consideradas como negativas pelos enfermeiros	107
Figura 10: Representação esquemática da caracterização da formação em cuidados paliativos dos enfermeiros	109
Figura 11: Representação esquemática das preocupações profissionais dos enfermeiros em Cuidados Paliativos.....	110
Figura 12: Representação esquemática das Necessidades Formativas que emergiram do Estudo A.....	164
Figura 13: Representação esquemática das Necessidades Formativas que emergiram do Estudo B	166
Figura 14: Adaptação do Modelo dos 3 círculos de Harden et al	167

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Histograma de Idades	89
Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo o Género	89
Gráfico 3: Histograma do Tempo de Serviço	90
Gráfico 4: Histograma do Tempo no Serviço Actual.....	91
Gráfico 5: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica	91
Gráfico 6: Representação gráfica da amostra segundo a Categoria Profissional	92

Índice de Gráficos

Gráfico 7: Distribuição da amostra segundo a Formação em Cuidados Paliativos	93
Gráfico 8: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos	93
Gráfico 9: Histograma de Idade	112
Gráfico 10: Caixa de Bigodes para a Idade	113
Gráfico 11: Distribuição da amostra segundo o Género	113
Gráfico 12: Distribuição Nacional dos Enfermeiros segundo o Género	114
Gráfico 13: Histograma do Tempo de Serviço	115
Gráfico 14: Caixa de Bigodes para o Tempo de Serviço	115
Gráfico 15: Histograma do Tempo no Serviço Actual	117
Gráfico 16: Caixa de Bigodes para o Tempo no Serviço	117
Gráfico 17: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica	118
Gráfico 18: Distribuição Nacional dos Enfermeiros segundo o Grau Académico	119
Gráfico 19: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Idade e a Formação Académica	120
Gráfico 20: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a categoria Profissional	121
Gráfico 21: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica e a Categoria Profissional	121

Índice de Gráficos

Gráfico 22: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação em Cuidados Paliativos	122
Gráfico 23: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos	124
Gráfico 24: Caixa de Bigodes para o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos	125
Gráfico 25: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Local em que decorreu a Formação em Cuidados Paliativos	126
Gráfico 26: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Necessidades Formativas	136
Gráfico 27: Caixa de Bigodes para as Necessidades Formativas	136
Gráfico 28: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Necessidades Formativas e a Formação em Cuidados Paliativos	137
Gráfico 29: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Necessidades Formativas e o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos	138
Gráfico 30: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Preocupações Profissionais em Cuidados Paliativos	142
Gráfico 31: Caixa de Bigodes para as Preocupações Profissionais em Cuidados Paliativos	143
Gráfico 32: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Preocupações Profissionais e as Necessidades Formativas em Cuidados Paliativos	144

Índice de Gráficos

Gráfico 33: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação e Grau de Impacto em Cuidados Paliativos	152
Gráfico 34: Relação entre o Grau de Impacto e o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos	153
Gráfico 35: Relação entre o Grau de Impacto e as Necessidades Formativas em Cuidados Paliativos	155

Índice de Quadros

Quadro 1: Objectivos específicos e respectivas dimensões em análise	77
Quadro 2: Subescalas do COPE e sua definição	83
Quadro 3: Itens que constituem cada subescala do COPE	84
Quadro 4: Cálculo do Alpha de Cronbach e a sua comparação com os resultados obtidos na versão portuguesa do COPE-resumido	128
Quadro 5: Distribuição da amostra segundo as Estratégias de <i>Coping</i> adoptadas	130
Quadro 6: Identificação da amostra com as Necessidades Formativas em Cuidados Paliativos	132
Quadro 7: Identificação da amostra com as Preocupações Profissionais apresentadas	139
Quadro 8: Distribuição da amostra segundo o Impacto das situações em estudo	146
Quadro 9: Impacto das situações em estudo por indivíduo	148

Índice de Quadros

Quadro 10: Caracterização da amostra segundo o Impacto dos Cuidados Paliativos nos Enfermeiros	149
Quadro 11: Distribuição da amostra segundo o Grau de Impacto sentido pelos Enfermeiros	150
Quadro 12: Aplicação do Teste de Saphiro-Wilk	151
Quadro 13: Aplicação do Teste de Spearman (Formação/Grau de Impacto)	152
Quadro 14: Aplicação do Teste de Spearman (Grau de Impacto/Tempo de Formação)	153
Quadro 15: Aplicação do Teste de Spearman (Grau de Impacto/Necessidades Formativas	155
Quadro 16: Matiz de Correlações entre os vários Factores de Impacto em Cuidados Paliativos	156
Quadro 17: Plano de formação para “Elementos Modelo” em cuidados paliativos	169

SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

IFE – Instituto de Formação em Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAEBA – Plano Nacional de Alfabetização e de Educação de Base Adultos

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PNS – Plano Nacional de Saúde

SMTP – Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura

Introdução

A dificuldade em encarar a morte, naturalmente, como fazendo parte da vida está relacionada com aspectos culturais, espirituais e do ensino na área da saúde, que continua a reforçar a formação teórico-científica, propiciando pouco espaço para uma abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano (Pericardis, 2000). Neste sentido, a morte surge muitas vezes associada à derrota, perda e frustração, o oposto do preconizado pelo conceito de cuidar em cuidados paliativos.

Os doentes terminais pela gravidade e complexidade da sua doença carecem de cuidados e rodeiam-se de uma carga emocional, que exige conhecimentos específicos em relação à patologia, manejo sintomatologia e comunicação. Este facto, é reconhecido, no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004:2), quando se afirma que: com a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manejo existente de um largo espectro terapêutico e a gestão de um sofrimento intenso requerem, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são chamados à prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva.

Apesar da importância atribuída à relação que se estabelece com aqueles de quem se cuida, é fácil escudarmo-nos em cuidados técnicos de grande sofisticação tecnológica, evitando assim, o envolvimento enquanto pessoas e profissionais. As intervenções técnicas são efectuadas com facilidade, contudo a humanização das mesmas nem sempre é valorizada da mesma forma, ficando o doente a mercê da execução de técnicas rotineiras. Bettinelli (2003) afirma que a dimensão humana

jamais pode ficar à sombra da tecnologia, do equipamento e do medicamento. O equilíbrio entre a empatia, a humanização de cuidados, baseada na relação profissional, pilar dos cuidados de enfermagem e o envolvimento excessivo e desgastante é necessário, mas nem por isso, fácil.

A falta de clareza do real significado dos cuidados paliativos pelos profissionais, faz com que o termo seja utilizado de forma pejorativa, impedindo que os profissionais promovam cuidados efectivos e que os pacientes tenham qualidade de vida e dignidade na morte (Rodrigues, 2004).

Assim, entre as várias questões inquietantes, relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos, em Portugal, salienta-se: a construção conceptual de cuidados paliativos, por parte dos enfermeiros. Por esse motivo, foi formulada como questão de partida:

Qual a representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros e as suas necessidades formativas nesta área?

Os enfermeiros têm como preocupação profissional a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em fase terminal e sua família, apesar das dificuldades em lidar com a carga de sofrimento pessoal e familiar associada ao fim de vida.

A filosofia dos cuidados paliativos, começou a emergir no nosso país, recentemente, no final dos anos 80 início dos anos 90, tendo sido formalizado o seu surgimento através da criação da Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa em 1993. Tratando-se de uma filosofia ainda pouco conhecida e interiorizada pelos

profissionais de enfermagem que prestam cuidados a doentes em fase terminal, pelo que, surgem questões fundamentais como: Qual a definição de cuidados paliativos dos enfermeiros? Quais os aspectos mencionados nessa definição? Quais os aspectos omitidos? Qual a relação entre a formação profissional dos enfermeiros e a sua concepção de cuidados paliativos? Quantos enfermeiros têm formação específica nesta área? A concepção de cuidados paliativos dos enfermeiros com formação específica nesta área é diferente? Os enfermeiros licenciados têm uma concepção de cuidados paliativos diferente dos não licenciados? O tempo de serviço influencia o conceito de cuidados paliativos?

Este estudo tem como finalidade responder às questões acima formuladas, e assim, contribuir para o alargamento do conhecimento nesta área, fornecendo subsídios para os enfermeiros envolvidos na formação e na prestação de cuidados directos aos doentes em fim de vida.

Para tal, propõe-se como objectivo geral:

Conhecer e analisar a representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros e as suas necessidades formativas nesta área.

E, como objectivos específicos:

- Identificar as necessidades dos doentes e sua família segundo a percepção dos enfermeiros.

- Identificar as dificuldades pessoais dos enfermeiros ao cuidar de doentes em cuidados paliativos.
- Compreender a importância reconhecida pelos inquiridos aos cuidados paliativos.
- Compreender o impacto de uma situação negativa em cuidados paliativos.
- Compreender o impacto de uma situação positiva em cuidados paliativos.
- Caracterizar a formação em cuidados paliativos.

Este estudo encontra-se organizado em três partes: uma primeira, que precede a introdução, o enquadramento teórico que orienta e suporta a problemática em estudo, orienta a colheita e a interpretação dos dados; uma segunda, constituída pelo estudo empírico onde é explicitado o desenho metodológico da investigação a desenvolver, a metodologia adoptada e a sua justificação, a análise e discussão dos dados obtidos; e uma terceira, em que se apresenta uma proposta de plano de formação para enfermeiros em cuidados paliativos; terminando o mesmo com as considerações finais.

Parte I – Enquadramento Teórico

Pela questão de partida, que orienta este estudo, torna-se necessário fazer, neste capítulo, uma abordagem ao aparecimento e evolução dos cuidados paliativos, bem como, à importância dos conceitos. Inicia-se assim, uma abordagem geral ao tema, seguindo-se uma abordagem à integração histórica dos cuidados paliativos, na Europa e em Portugal, as necessidades formativas nesta área, o desenvolvimento pessoal e profissional em cuidados paliativos, e por último, é feita uma abordagem à importância da clarificação de conceitos.

Em Portugal, o aumento da esperança de vida, o envelhecimento demográfico, alterações do padrão epidemiológico e dos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como o aumento do número de pessoas que padecem de doenças crónicas e das que vivem sozinhas, contribui para o isolamento, perda da autonomia funcional, bem-estar e qualidade de vida.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, estima-se que nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta população aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado poder incapacitante (Gesaworld, 2005).

Estas situações pela sua complexidade exigem novas respostas dos serviços de saúde e dos profissionais prestadores de cuidados, incluindo as decorrentes da última fase da vida, desenvolvendo o tratamento da dor e os cuidados paliativos (Gesaworld, 2005:192).

As principais causas de morte da população portuguesa, referentes ao ano de 2001,

segundo o PNS 2004-2010, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos. As doenças cerebrovasculares e a isquémia cardíaca constituem as principais causas de morbilidade e invalidez em Portugal. Os acidentes geram nos jovens um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade, nos idosos, são uma importante causa de morbilidade, incapacidade, dependência e mortalidade (PNS, 2004:29-30)

As necessidades, a gravidade e complexidade sintomática das pessoas com insuficiências orgânicas e doenças neuro-degenerativas, com um comportamento progressivo e incurável, não maligno são semelhantes às dos doentes oncológicos, pelo que, podem beneficiar numa fase avançada da sua doença de cuidados integrais proporcionados pelas equipas específicas de cuidados paliativos. A inclusão destes doentes em programas de cuidados paliativos podiam evitar medidas agressivas, de eficácia duvidosa e custo elevado, permitindo focalizar os cuidados no tratamento dos sintomas (Newcomer. et al., 2005).

A não inclusão dos doentes não oncológicos em programas de cuidados paliativos relaciona-se com a dificuldade em estimar a sua sobrevivência. Nestes doentes, o aparecimento de sintomas e a deterioração funcional surge mais cedo, com episódios de exacerbação da doença, que se tornam cada vez mais frequentes numa fase mais avançada da doença, de evolução dificilmente previsível. Uma estimativa adequada da sobrevivência destes doentes pode ajudar na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados adequados em fim de vida (Coventry. et al., 2005).

Vários estudos, têm vindo a demonstrar a importância do controlo de sintomas, do apoio psicossocial e familiar e da informação em fim de vida. O número de pessoas que falecem de insuficiência orgânica e doenças neuro-degenerativas é superior às que morrem de doença oncológica, com sintomas severos e grande sofrimento, sem

que integrem programas de cuidados paliativos pela dificuldade em determinar o fim de vida nestas patologias (Barbarro, sd).

A palavra Paliativo tem origem no latim (*palium*) que significa manto, coberta que oculta o que lhe está subjacente, os sintomas de progressão da doença (Rodrigues, 2004:2). Paliativo refere-se a um medicamento que tem eficácia apenas momentânea ou, a algo que somente entretém e prolonga um desejo ou uma esperança (Michaelis, 2007).

A Organização Mundial de Saúde define, em 1990, o conceito de Cuidados Paliativos como os cuidados activos e totais, prestados a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. O controlo da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é da maior importância. O objectivo do cuidado paliativo é a obtenção da maior qualidade de vida para os doentes e para as suas famílias. Muitos dos aspectos do cuidado paliativo são já aplicáveis no decurso da doença, em conjunto com o tratamento anti-canceroso. Este conceito deixa antever uma preocupação mais direccionada para os doentes com patologia oncológica (OMS, 1990).

No Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos são definidos como aqueles que são prestados a doentes em situação de intenso sofrimento decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva. O objectivo consiste em promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes. Os cuidados paliativos são cuidados activos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação (PNCP, 2004:7).

Nesta perspectiva, os cuidados paliativos têm como componentes essenciais o alívio

dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente, o apoio à família e o apoio durante o luto, o que implica o envolvimento de uma equipa interdisciplinar de estruturas diferenciadas. Os cuidados paliativos neste conceito apresentam-se com um âmbito mais abrangente, não se referindo especificamente aos doentes com cancro, mas a todos aqueles que se encontram em situação de intenso sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada e rapidamente progressiva. Esta ideia vai ao encontro dos estudos que consideram os doentes com doenças neuro-degenerativas, insuficiências orgânicas e síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), como potenciais candidatos a usufruir dos cuidados prestados pelas equipas específicas de cuidados paliativos. Este conceito refere-se também à importância da prestação de cuidados ao doente internado e em domicílio, ao apoio à família no luto e ainda, à interdisciplinaridade de estruturas diferenciadas (Barbarro, sd)

1.1 - Cuidados Paliativos – Integração Histórica

Provavelmente o homem tem tentado aliviar o sofrimento do seu semelhante desde o seu aparecimento na terra.

No século IV, Fabiola uma matrona romana, colocou a sua casa à disposição dos necessitados, praticando a caridade cristã, oferecendo alimentos, vestindo os nus e acolhendo os estrangeiros, além de visitar os doentes e prisioneiros.

Surge então, o movimento “*hospice*” (Twycross, 2000; Pessini, 2001). A palavra “*hospice*”, é uma palavra francesa, que corresponde à tradução do vocábulo latino *hospitium* que significa “hospedagem, hospitalidade”, onde se pode, na actualidade subentender um sentimento de acolhimento. Na época, *hospitium* remetia tanto para o local, como para o vínculo que se estabelecia entre as pessoas (Abu-Saad, 2001).

No século VI, os Beneditinos acolhiam e cuidavam de monges e peregrinos cansados e exaustos. Progressivamente foram acolhendo, também, doentes. Os “*hospices*” representavam, assim, um local de descanso para viajantes e peregrinos (Rodrigues, 2004:13)

A história dos “*hospices*” encontra-se documentada desde a idade média, mas é, no final do século XIX, em que ocorreu a sua proliferação a nível mundial.

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, haviam poucas doenças passíveis de tratamento com cirurgia curativa, a maioria das que tinham cura, eram infecções. Nesta altura não se dispunha de antibióticos, pelo que toda a habilidade era canalizada para o alívio de sintomas e conforto, ou seja, a palição. As origens da medicina paliativa como disciplina são recentes, e o seu estudo e investigação, são ainda mais recentes, tendo-se desenvolvido nos últimos trinta anos (Figueiredo, 2006:14).

Os avanços na anestesia, permitiram o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas radicais. Simultaneamente, o aparecimento dos antibióticos, possibilitaram o combate à infecção, contribuindo para a redução da mortalidade.

Ao longo do tempo, foram ocorrendo descobertas em todos os campos da medicina. Falamos da radiologia, medicina nuclear, imunologia, radioterapia, quimioterapia, oncologia, entre outras, o que se foi reflectindo, no aparecimento de novas especialidades e sub-especialidades clínicas (Figueiredo, 2006:14).

Ao mesmo tempo que ocorreu um desenvolvimento tecnológico e científico, foi-se verificando também, uma mudança no pensamento e atitudes médicas, bem como na sua educação. Houve uma mudança de objectivo: passou-se do cuidado paliativo, para a ideia de cura absoluta.

A disponibilização de tecnologia altamente sofisticada foi permitindo uma maior

precisão diagnóstica e um maior conhecimento sobre a história natural das doenças, levou a crer que o diagnóstico precoce aumenta as hipóteses de cura. De forma lenta e progressiva os médicos passaram a ver-se a si próprios como diagnosticistas e terapeutas. Assim, os hospitais passaram a ser considerados como locais de investigação, tratamento e alta precoce para o domicílio. Os doentes que não podem ser curados, ou pelo menos, colocados em situação de remissão, eram frequentemente considerados como não merecedores de cuidados clínicos altamente qualificados. Neste sentido, é dada a mais baixa prioridade médica aos que estão a morrer. Ao longo do tempo, a morte deixou de ser vista como um aspecto da vida, mas como uma derrota médica e um embaraço estatístico (Figueiredo, 2006:14).

Perante esta situação, os cuidados aos doentes terminais e seus familiares, foram de certa forma negligenciados, ficando os doentes desamparados, nas suas necessidades física, psíquica, social e espiritual (Rodrigues, 2004:14).

Como afirma Doyle et al. (1993), os anos passaram e com eles veio a compreensão que estes pacientes precisam e merecem esta qualidade de cuidado não só no fim, mas desde o minuto em que seu médico e os parentes, pesarosamente reconhecem que o tempo é curto (cit. por Figueiredo, 2006:15). E assim, nasceu a medicina paliativa.

1.1.1 - Cicely Saunders e a nova filosofia de cuidados paliativos

Cicely Saunders (1918-2005), foi enfermeira, médica e assistente social, tendo dedicado toda a sua vida ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

Saunders após ter terminado o curso de enfermagem, abdicou do exercício profissional, por proibição clínica devido a alteração da coluna vertebral. Iniciou então, a sua preparação como assistente social, preocupando-se com o regresso dos

convalescentes a sua casa e com as condições da sua família em recebê-los. Dedicou-se então, ao trabalho com pacientes em fase terminal, e sua família (Rodrigues, 2004).

Segundo Boulay (1996) foi pioneira na defesa do cuidado com abordagem centrada no paciente em fase terminal e no desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Em 1947 conheceu David Tasma, um judeu polaco, doente oncológico em fase terminal. Facto este, que lhe permitiu compreender o sofrimento físico, decorrente da dor não controlada, além das necessidades emocionais e espirituais que não eram atendidas, nem entendidas. Após a morte de David Tasma, continuou o seu trabalho como assistente social, e trabalhando simultaneamente como enfermeira voluntária no *Saint Luke's Hospital*, instituição dedicada a doentes terminais, situada em Londres. O director desta instituição, Howard Barret , via os seus doentes, como pessoas, tendo em conta a sua individualidade. Pelo que Howard Barret (1909), diz em relação aos seus doentes: “ não pensamos nem falamos dos nossos doentes internados como “casos”. Sabemos que cada um deles é um microcosmos humano, com as suas próprias características, o seu universo pessoal de alegrias e tristezas, esperanças e medos, a sua própria história de vida (biografia) que tem o maior interesse para ele e para o limitado círculo dos que lhe são próximos. Muitas vezes é a algum de nós que ele tudo confia.” (Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, sd).

Posteriormente, Saunders, realizou um estudo sobre o tratamento da dor em doentes incuráveis no *Saint Mary's Hospital*. O que a levou a exercer a profissão de médica no *Saint Joseph Hospice*, instituição também vocacionada, para doentes terminais, onde trabalhou durante sete anos. Durante estes anos, teve a oportunidade de escutar os doentes nas suas queixas e necessidades, podendo assim analisar, mais de mil

pacientes e tratá-los adequadamente com terapêuticas farmacológicas e apoio psicossocial e espiritual (Boulay, 1996; Pessini, 2000).

Nesta altura, apercebeu-se que, a utilização de analgésicos fortes em intervalos de quatro horas evitavam o sofrimento provocado pela dor, evitando que os doentes ficassem tensos e amedrontados com o regresso da mesma. Concluiu também, que os fármacos podiam tratar com sucesso queixas comuns nos doentes terminais: náuseas/ vômitos/obstipação/dispneia/depressão, entre outras. Desenvolveu o conceito de “dor total”, ao considerar que a dor física não é uma entidade isolada, coexistindo com a dor psicológica, espiritual e social. Enfatizou também a importância dos cuidados e não a cura; a abordagem do paciente e família como uma unidade; a abordagem interdisciplinar; a participação de voluntários; a continuação de cuidados no domicílio e a necessidade de acompanhamento da família após no luto ao seu ente querido (SECPAL, 1997).

A partir do trabalho desenvolvido ao longo dos anos, e da quantia doada por David Tasma, Saunders e seus colaboradores inauguraram em 1967, o *Saint Christopher's Hospice*, Esta instituição deu prioridade ao controlo da dor e do sofrimento, procedendo a investigação rigorosa, no sentido de definir a qualidade terapêutica de novas drogas (Serrão, 2005).

Unindo à sua formação multidisciplinar, o suporte científico das acções, a sensibilidade ao sofrimento do próximo e a fidelidade a um ideal, Saunders provou que é possível promover a qualidade no final de vida e a dignidade na morte, com uma visão futurista sobre o cuidar. Saunders incorporou o conhecimento e a abordagem interdisciplinar, visando o cuidado holístico, num ambiente agradável e acolhedor, capaz de aliviar o sofrimento humano que antecede a morte (Rodrigues, 2004). Ao longo da sua vida, publicou vários artigos e livros sobre os cuidados ao

doente terminal, onde descreve, entre outras, a sua experiência no *Saint Christopher's Hospice*.

Esta filosofia de trabalho foi adoptada em outras instituições, no Reino Unido. Começaram então, a surgir novos centros, denominados “*hospices*”, nos quais se baseou, o movimento *hospice*. Salienta-se, que estes centros, não se converteram em locais para morrer, uma vez que mais de 45% dos doentes tinham alta para o domicílio, segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL, 1997). Outros aspectos determinantes no desenvolvimento dos cuidados paliativos no Reino Unido, são o desenvolvimento de equipas de cuidados domiciliários, centros de dia e equipas de suporte hospitalar (Ahmedzai, 1997).

Organizações de caridade e instituições públicas contribuíram para a criação de equipas de prestação de cuidados no domicílio. Uma destas organizações, a Fundação *Macmillan*, promoveu desde o início a formação de equipas com preparação específica, que em 1997 contavam com 1500 enfermeiras e 160 médicos, prestando cuidados a cerca de 16000 doentes com cancro, distribuídos por 17 equipas de cuidados paliativos (SECPAL, 1997). Um outro exemplo, é a Fundação *Marie-Curie*, que dá suporte social, proporciona o acompanhamento de enfermagem nocturno e o acolhimento de doentes com cancro. Esta organização dispõe de médicos especialistas e hospitais com camas tipo “*hospice*”. Conta, ainda, com centros de dia e programas específicos de formação pós-graduada e investigação.

Existem também, centros de dia, com e sem suporte hospitalar, onde os doentes podem recorrer uma ou duas vezes por semana para avaliação por equipas específicas, que dão resposta às suas necessidades de controlo da sintomatologia, tratamento específico, terapia ocupacional, suporte psicológico e espiritual.

De acordo com a literatura, integração do “movimento *hospice*” no sistema público

tem sido difícil. A crise económica criou dificuldades em muitos “*hospices*” que se mantêm exclusivamente de donativos. A solução mais recente é a comparticipação estatal com metade do financiamento, ficando o resto a cargo dos “*hospices*”. Contudo, a assistência é gratuita para os doentes e suas famílias (SECPAL, 1997).

Nos hospitais gerais e centros oncológicos do Sistema Nacional de Saúde, as primeiras equipas especializadas no controlo de sintomas surgiram nos anos oitenta. Estas equipas desenvolveram um trabalho importante, como consultores de outros serviços hospitalares que prestam cuidados a doentes terminais. Além de colaborarem no tratamento e habitualmente, encarregam-se de gerir a alta hospitalar. No Reino Unido, a medicina paliativa estabeleceu-se com especialidade em 1987.

1.1.2 - Difusão de uma nova perspectiva de prestação de cuidados

Partindo do movimento “*hospice*” do Reino Unido, e em particular de uma conferência realizada por Saunders em 1963, acerca do conceito de cuidados globais, destinada a estudantes de medicina, enfermeiras, assistentes sociais e religiosos, teve início o movimento “*hospice*” dos Estados Unidos da América, (SECPAL, 1997).

Em 1969, foram publicados nos Estados Unidos da América os primeiros estudos realizados pela psiquiatra Suíça Kubler Ross, responsáveis por uma nova visão sobre a psicologia do doente terminal e as suas fases emocionais ao longo do percurso da sua doença, até à morte.

O primeiro “*hospice*” surgiu nos Estados Unidos em 1974, com a prestação de cuidados no domicílio.

A inclusão dos cuidados paliativos no Sistema de Saúde Pública dos EUA também foi difícil, com sucessivas reavaliações e certificações. Mas em geral, a oferta de cuidados paliativos, baseia-se mais na necessidade dos mesmos, do que na sua

capacidade de pagar, recorrendo-se, frequentemente, às doações e campanhas.

A organização dos cuidados paliativos nos Estados Unidos privilegia a prestação de cuidados no domicílio, baseada, principalmente, em cuidados de enfermagem, embora sejam exigidos cuidados médicos para certificação e a possibilidade de internamento dos doentes (SECPAL, 1997).

Neste país, os cuidados paliativos foram pioneiros na inclusão de utentes com outras patologias, além da oncológica, especialmente, jovens com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

No Canadá e no início da década de setenta, foi introduzido pela primeira vez, o conceito de Unidade de Cuidados Paliativos, num hospital para doentes em situação de doença aguda. O termo surge neste país, como forma de denominar a filosofia de prestação de cuidados a doentes terminais. Paralelamente o termo “*hospice*”, que surgiu mais associado ao edifício do que, propriamente à prestação de cuidados (SECPAL, 1997).

Nos últimos anos têm florescido várias iniciativas na América Latina, sobretudo na Argentina, Colômbia, Brasil e Chile. Nestes países, com problemas económicos, o preço dos analgésicos é o maior entrave ao seu emprego em doentes terminais. Os profissionais que trabalhavam com doentes oncológicos fizeram formação e promovem a construção de equipas específicas para prestação de cuidados paliativos (SECPAL, 1997).

1.1.3 - Os cuidados paliativos na Europa

Na Europa, os cuidados paliativos desenvolveram-se a partir dos finais dos anos setenta, tendo sido determinantes para o seu desenvolvimento: os trabalhos do Doutor Ventafridda sobre o tratamento da dor nos doentes com cancro, a criação da

Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), e o desenvolvimento de políticas institucionais por parte dos governos (SECPAL, 1997).

Na Holanda a opinião pública centrou-se sobre os problemas associados à generalização das práticas de eutanásia. Na literatura, é atribuída a este facto, a dificuldade no desenvolvimento e reconhecimento dos cuidados paliativos neste país. Em Itália, os cuidados paliativos assentam sobretudo em equipas de prestação de cuidados domiciliários.

Na França, Bélgica, Noruega e Suécia, os cuidados paliativos desenvolvem-se a partir de equipas consultoras especializadas que desempenham as suas funções em hospitais de agudos.

Dos países de leste emerge um desenvolvimento vigoroso, com uma cobertura de 25% (SECPAL, 1997)). Segundo Luczak (1997) este desenvolvimento foi determinado pela influência das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as autoridades sanitárias e pelo impulso dado por instituições de inspiração católica e outras, transmitindo um ambiente de esperança e entusiasmo. Todas as equipas se encontram em implementação, com programas iniciados a partir de meados dos anos noventa.

Em Espanha, o desenvolvimento dos cuidados paliativos iniciou-se nos anos oitenta, com a tomada de consciência de que existiam novas formas de cuidar dos doentes em fase terminal. Em 1982 surgiu a primeira Unidade de Cuidados Paliativos, tendo sido reconhecida em 1987. Desde então, o número de programas desenvolvidos tem aumentado progressivamente, com uma média de dez novos programas por ano.

1.1.4 - Cuidados paliativos em Portugal

Em Portugal, o primeiro registo de que se tem conhecimento, em livro, sobre os

cuidados a ter na comunicação com doentes terminais, data de 1819, e é da autoria da Congregação de São Camilo, cujo objectivo era o orientar os novos sacerdotes, na forma de lidar com os mesmos. Pode-se ler no prólogo, deste livro: *Sendo o ultimo periodo da vida humana aquella fatal, e critico momento de que pende para sempre huma feliz ou desgraçada sorte; o importante negocio da Salvação de huma Alma, que se acha inquieta com os horrores da morte; angustiada pela união de hum corpo, já prostrado pelos violentos choques da Enfermidade, e que em toda a parte só encontra objectos de dor, e de amargura; exige dos Sagrados Ministros da Igreja hum particular desempenho daquelles importantes deveres, a que estão obrigados pela Uncção, e Character do Sacerdocio, que recebêrão; e como Depositarios da jurisdição, que os Primeiros Pastores lhes confiarão* (Congregação de São Camilo, 1819). Neste documento os cuidados ao doente terminal surgem associados à compreensão, à compaixão e à caridade.

Em 1978, surge a **Unidade de Tratamento de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa**, com o objectivo de tratar os doentes que a ela recorrem, mas também, para manter uma acção educativa junto dos médicos e restante pessoal do hospital, bem como, junto de outros estabelecimentos (Tempo Medicina, 1996:6). A 20 de Novembro de 1992 abre no **Hospital do Fundão a Unidade de Tratamento de Dor – Comendadora D^a Eva Nunes Corrêa**, por iniciativa conjunta dos Hospitais do Fundão e de Castelo Branco, sob a direcção do Doutor António Lourenço Marques. Esta experiência pioneira nos hospitais de província tem por objectivo concretizar os cuidados diferenciados necessários ao estudo clínico de síndromas dolorosos crónicos, especialmente ligados à evolução de doenças malignas, até à sua fase terminal. A abertura desta unidade surgiu na sequência do choque público, desencadeado pelo caso de um doente com neoplasia incurável da

face, de evolução arrastada, “abandonado” no domicílio, do ponto de vista médico e assistencial, durante a fase terminal da sua doença (Jornal do Fundão, 1992).

A **Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa** (SPMP), surgiu, legalmente, em Outubro de 1993 a partir da organização de um grupo de médicos com a percepção de que os doentes terminais, cuja cura está posta de lado, recebem pouca atenção e pouca terapêutica que possa aliviar o seu sofrimento e proporcionar-lhes o máximo de qualidade de vida possível na fase terminal da sua doença, segundo o Doutor Bruno da Costa, presidente da SPMP (Tempo Medicina, 1994:6).

Esta instituição tem como objectivos, a sensibilização da sociedade e a integração dos cuidados paliativos no exercício médico através de uma atitude formativa constante.

Em 1994, realizou-se em Lisboa o 1.º Simpósio de Medicina Paliativa, organizado pela, já referida SPMP, com a intenção de avaliar as necessidades nacionais de modo a diminuir o sofrimento e promover uma boa qualidade de vida nos doentes incuráveis ou em fase terminal e, ao mesmo tempo, tomar contacto com a experiência já amadurecida de outros países. Neste simpósio, o testemunho da experiência europeia e mundial em medicina paliativa foi trazido por três especialistas: Doutor Anthony Smith Director do Saint Christopher’s Hospice de Londres; o Doutor Vittorio Ventafridda, Presidente da Associação Europeia de Cuidados Paliativos e o Doutor Jan Stjernsward, do Sector de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde (Notícias Médicas, 1994).

Em 1995 surgiu a **Associação Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP), com a finalidade de promover o desenvolvimento, o estudo, a investigação e o ensino dos cuidados paliativos prestados aos enfermos com doença crónica avançada e progressiva, melhorando ao máximo a sua qualidade de vida e integrando os aspectos

psicológicos, sociais e espirituais, tendo sempre presente, as necessidades da família, tanto em vida como para além da morte do enfermo (ANCP, 1996).

A **Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto** foi inaugurada em Maio de 1996 (funcionou em instalações provisórias de 1994 a 1996), por iniciativa da Liga Portuguesa Contra o Cancro, com a finalidade de ajudar os doentes “sem tratamento oncológico possível”. Esta unidade dispõe de internamento, centro de dia e equipas de visita domiciliária (Sociedade, 1999).

Em Junho de 1996 a **Associação Nacional de Cuidados Paliativos** realiza o seu primeiro simpósio, no Auditório do Instituto Português de Oncologia do Porto e lança o primeiro editorial (ANCP, 1996).

Em Janeiro de 1998, surge a **Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas**, com a intenção de apoiar doentes com níveis de dependência crónica ou transitória que, justifiquem apoio domiciliário e continuado de cuidados a residentes nas freguesias de Odivelas e Ramada (Sociedade, 1999).

No ano 2000 arranca no Porto um **projecto de investigação na área da dor**, numa parceria da Faculdade de Medicina do Porto e do Hospital de São João. Salienta-se que, a Faculdade de Medicina do Porto implementa dentro do curriculum pré-graduado o ensino da dor em todas as suas dimensões (A Capital, 2000).

Ainda, neste ano, foi organizado o Congresso sobre Cuidados Paliativos em fim de vida, pela **Confederação Nacional para as Associações de Família e pela Ordem dos Médicos**, e lançado o livro “*Dor Oncológica e Unidades de Dor*” da autoria do Doutor Lourenço Marques (Sociedade, 2000).

O I Curso Pós Graduado em Cuidados Paliativos decorreu na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, igualmente, no ano 2000 (Tempo Medicina, 2000).

Em 2001 o Congresso Nacional de Cuidados Paliativos reúne em Tomar, e durante dois dias participaram cerca de trezentos profissionais de saúde. Facto que constituiu, um sinal do aumento da sensibilidade profissional aos cuidados paliativos em Portugal.

A 17 Agosto de 2001 foi publicado em Diário da República o **Plano Oncológico Nacional**, onde se encontra reflectida a estratégia política global sobre a problemática do cancro. Não se limita apenas, aos aspectos directamente relacionados com o tratamento do cancro, mas também com as acções e intervenções cujo objectivo é, tratar nas melhores condições as pessoas que padecem de doenças malignas (Decreto Lei n.º 190 de 17 de Agosto de 2001, I – Série - B).

Em 2002, na comemoração dos dez anos de vida da **Unidade de Dor do Complexo Hospitalar da Cova da Beira**, o Doutor Lourenço Marques afirma: “Há especialistas de Medicina Paliativa em Inglaterra, no Canadá e nos Estados Unidos. Acredito que esse movimento também chegará a Portugal, não podemos retroceder. e precisamos de sinais claros de que esta unidade do Fundão, que até é pioneira, seja reconhecida e avance sem qualquer restrição” (Tempo Medicina, 2002:3).

Na IV Reunião Científica da ANCP, sobre o seu ensino em Portugal, o Doutor Óscar Vilão afirma: “Falta formação humana em Portugal que entenda que o facto é o doente e não apenas a doença”. Nesta altura em Portugal, apenas a Faculdade de Medicina de Coimbra contempla uma pequena abordagem aos cuidados paliativos nos internatos de Clínica Geral (Tempo Medicina, 2002:20). Em continuação da reflexão acerca destas temáticas, a Comissão de Ética do Hospital Militar Principal organizou um “Serão Clínico” sobre o tema “ Morte Assistida” (Tempo Medicina, 2002: 20) No III Congresso Português de Psico-Oncologia foi tema de uma mesa redonda: “ Modos de cuidar quando não há cura” (Tempo Medicina 2002: 18).

O Doutor Ferraz Gonçalves lançou o manual “Controlo de Sintomas no Cancro Avançado” onde os profissionais de saúde podem encontrar ferramentas de trabalho que os ajudem a lidar com os seus doentes (Tempo Medicina, 2002: 38).

Contudo, e apesar de serem dados os primeiros passos nesta temática, inicia-se, actualmente, o primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos (Tempo Medicina, 2002: 32).

O **Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)** foi criado por Despacho Ministerial a 15-06-2004, representando um ponto de viragem nos cuidados paliativos em Portugal, tanto ao nível da formação como da criação de novos projectos que se têm vindo a implementar no terreno, tanto ao nível do Sistema Nacional de Saúde, como ao nível privado (DGS, 2004).

A **Unidade Missão de Missão para os Cuidados Continuados Integrados**, foi criada pela resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006, tendo como meta a instauração de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde e de políticas de segurança social, as quais devem permitir desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência, promover de forma adequada e com equidade a sua distribuição territorial e fomentar a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade, potenciando os recursos existentes, nomeadamente, nas áreas da saúde e da segurança social.

Os critérios de inclusão em programas de cuidados paliativos, tal como se encontram definidos no PNCP, destinam-se aos doentes, que cumulativamente, apresentem:

- Ausência de perspectiva de tratamento curativo;
- Rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada;
- Intenso sofrimento;

- Problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Sabe-se, também, que os cuidados paliativos não são determinados, somente, pelo diagnóstico, mas, pela situação de necessidade do doente, e dirigindo-se prioritariamente à fase final de vida. Isto é, não se destinam apenas, aos doentes agónicos. Muitos doentes necessitam ser seguidos, durante dias, semanas ou meses antes que a morte ocorra.

Assim, temos neste momento em Portugal, várias equipas que prestam cuidados a doentes em fase avançada e progressiva da sua doença incurável, umas com mais experiência, outras mais recentes, entre as quais se encontram as seguintes:

- Unidade do Hospital do Fundão - Beira Interior;
- Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto, E.P.E;
- Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas;
- Unidade Autónoma de Assistência Domiciliária do IPO de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E;
- Serviço de Cuidados Paliativos do IPO de Coimbra - FG, E.P.E;
- Equipa de Apoio Domiciliário a Insuficientes Respiratórios do Hospital Pulido Valente;
- Unidade da Santa Casa da Misericórdia de Azeitão;
- Unidade de Cuidados Paliativos S. Bento de Menni, Casa de Saúde de Idanha;
- Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz;
- Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Residencial do Mar;

- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital de Santa Maria;
- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital de Elvas;
- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital do Litoral Alentejano.

1.1.5 - “Coping” em Cuidados Paliativos

No desempenho da sua actividade profissional, os enfermeiros contribuem, com o seu tempo, esforço, habilidades e competências, esperando ganhar em troca, compensações económicas, materiais, mas também psicológicas e sociais, que contribuam para a satisfação das suas necessidades enquanto pessoas. No entanto, nem sempre as condições de trabalho garantem ao profissional a sua segurança, o desenvolvimento da sua auto-estima e a satisfação das suas necessidades sociais.

Para Martins (2004: 257), o termo “qualidade de vida no trabalho” representa o grau em que os membros de uma organização são capazes de satisfazer as necessidades pessoais, através das suas experiências no contexto organizacional.

Nesta perspectiva a qualidade de vida no trabalho, resulta da interacção sistémica entre as características individuais próprias de cada profissional e as situacionais relacionadas com a organização. Segundo Chiavenato (1995, cit. por Martins, 2004:257), se a qualidade de vida no trabalho for pobre, pode originar insatisfação no trabalho e comportamentos desajustados (erros de desempenho, absentismo e outros). Pelo contrário, uma elevada qualidade de vida no trabalho, conduz a um clima de confiança e de respeito mútuo, no qual o indivíduo pode activar o seu

desenvolvimento psicológico e a própria organização pode reduzir os mecanismos rígidos de controlo social.

Quando o ajuste não é adequado, entre a pessoa, o seu posto de trabalho e a organização, e esta percebe que não dispõe dos recursos necessários para enfrentar esse desajuste, surge *stress*. O *stress* pode ser visto como positivo se contribui para a adaptação do indivíduo, para a sua sobrevivência, para o aumento do seu rendimento e para um desempenho eficaz. Torna-se negativo, quando excessivo, gerador de sofrimento, com consequências na saúde e bem-estar psicológico da pessoa.

Para Martins (2004:259), a preocupação das organizações com a qualidade de vida dos seus membros, é uma das formas de obter das pessoas, uma maior implicação nas suas funções e nos objectivos da própria organização.

Num estudo realizado no Canadá, por Laurent e Fillion em 2003, com o objectivo de identificar os factores de *stress* que afectam os enfermeiros que prestam cuidados paliativos a nível hospitalar e no domicílio, concluiu-se que:

- Os factores de *stress* organizacionais são mais importantes, que os profissionais e os emocionais. O principal factor de *stress* para os enfermeiros, não é a prestação de cuidados diários a pessoas em fim de vida, mas sim, o facto de se debaterem constantemente com um sistema desorganizado em que as pessoas não podem viver os seus últimos momentos, com respeito pela sua dignidade e valores pessoais. A nível organizacional é necessário adoptar uma aproximação concertada entre o estabelecimento de equipas especializadas, a fim de melhorar a acessibilidade a estes cuidados, e a criação de serviços adaptados às necessidades destes doentes e dos que lhe são próximos.

- As dificuldades de comunicação e colaboração entre profissionais são importantes factores de *stress* e insatisfação para os enfermeiros. No plano profissional deve ser encorajada a formação de equipas pluridisciplinares, centradas nas necessidades dos doentes e dos que lhe são próximos, inspiradas numa filosofia comum.
- Mesmo, quando a prestação de cuidados paliativos, constitui um esforço no plano psicológico, é igualmente uma fonte de emoções positivas. O acompanhamento em fim de vida constitui uma experiência enriquecedora. Os enfermeiros, e em particular os que têm formação, e se envolvem neste tipo de cuidados, dizem-se satisfeitos com o seu trabalho. Reconhecendo a necessidade de reduzir os factores de stress organizacionais e as necessidades de formação, não se pode esquecer também o suporte emocional. Este tipo de ajuda favorece a tomada de consciência dos aspectos afectivos relacionados com a experiência de morrer. Permite também, expressar emoções perturbadoras inerentes ao sofrimento e ao cuidar em fim de vida.
- O nível de stress é menos elevado na prestação de cuidados paliativos no domicílio do que a nível hospitalar, e a satisfação no trabalho é maior. Os cuidados paliativos ao nível hospitalar são considerados como desumanizados e o estatuto dos enfermeiros é pouco valorizado. Em oposição, os enfermeiros que prestam cuidados no domicílio dispõem de uma larga amplitude decisional e sofrem menos com os conflitos inter-profissionais. Por outro lado, gozam de reconhecimento por parte dos doentes e daqueles que lhe são próximos.
- Os enfermeiros que dispõem de suporte a nível organizacional e emocional, possuem mais recursos profissionais que lhe permitem enfrentar as

solicitações inerentes à prestação de cuidados paliativos. (Canadian Health Services Research Foundation, 2003).

Segundo Bandeira et al. (1998:274), o *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas.

Historicamente, três gerações de pesquisadores dedicaram-se, ao estudo do *coping*. Uma primeira, que distingue os mecanismos de *coping*, dos mecanismos de defesa, por serem, mais flexíveis, propositados, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes. Uma segunda geração de pesquisadores, a partir dos anos 60, passou a conceptualizar o *coping* como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo, e nos traços da personalidade. Uma terceira geração de pesquisadores tem-se voltado para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Esta tendência baseia-se na evidência de que, os factores situacionais não são capazes de explicar a variação de estratégias adoptadas pelos indivíduos. (Bandeira et al., 1998:275).

Para Folkman et al. (1986, cit. por Bandeira, 1998:284), as estratégias de *coping* reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um factor de *stress*.

Ainda, segundo o mesmo autor, as estratégias de *coping* podem centrar-se a nível emocional, quando o esforço se centra na regulação de um estado emocional, associado ou resultante de um factor de *stress*. Ou, podem centrar-se no problema, constituindo um esforço de actuação sobre a situação que originou *stress*, no sentido de a modificar.

Assim, o *coping* focado no problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de *stress*,

enquanto que o *coping* focado nas emoções refere-se aos esforços desencadeados pelos sujeito para regular as emoções *stressantes*. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001:492). Segundo Lazarus (1992, cit. por Pais-Ribeiro, 2001:492), a maior parte das pessoas recorre a oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de *stress*: esforço agressivo de alteração da situação; esforço cognitivo de desprendimento e minimização da situação; esforço de regulação dos próprios sentimentos e acções; esforço de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional; reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas; esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema; esforço focado sobre o problema para alterar a situação, associado a uma abordagem analítica de solução do problema; esforço de criação de significados positivos, focado no crescimento pessoal.

Carver et al., em 1989, interessaram-se pelo papel que as diferenças individuais podem ter no *coping*, propondo duas formas de pensar esta relação. A primeira, em que modos estáveis, traços ou estilos de *coping* preferidos pela pessoa, seriam trazidos para a situação *stressante* a enfrentar, mantendo-se relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias.

Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004:8), justificam esta perspectiva, dizendo que, as pessoas quando adoptam o *coping*, o fazem a partir de experiências anteriores.

Outra forma de pensar esta relação, é a de acreditar que existem características da personalidade que predispõe a pessoa para o uso de determinadas formas de *coping*.

Para Carver et al. (1989 cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004:8), os resultados sugerem a possibilidade de que os traços de personalidade e estilos de coping têm um papel no coping situacional, papeis que podem ser de alguma forma complementares em vez de rivais.

A investigação mostra uma variação no tipo de *coping* encontrado por cada autor, bem como nas estratégias que constituem cada tipo de *coping* . Compreende-se que seja assim, dado, o *coping* depender das características das pessoas, dos acontecimentos para os quais se utilizou a estratégias e do contexto em que ocorreu. (Pais-Ribeiro & Santos, 2001:495).

1.2 – Educação e Formação de Adultos

A educação de adultos designa todas as actividades educativas destinadas às pessoas adultas, desde o combate ao analfabetismo, até ao prolongamento do nível primário e aperfeiçoamento dos níveis superiores. Abrangendo um conjunto de actividades diversas, de carácter formativo e cultural, inclusive de carácter laboral e social (Valle, 2000 cit. por Vogt & Alves, 2005).

Na V conferência internacional sobre educação de adultos, esta é considerada, como abrangendo a educação formal e a educação permanente, a educação não formal e toda a gama de oportunidades de educação informal e ocasional existente numa sociedade educativa, multicultural, em que são reconhecidas as abrangências teóricas baseadas na prática (UNESCO, 1998:7).

As novas exigências da sociedade e do trabalho suscitam a cada indivíduo a necessidade de continuar a renovar os seus conhecimentos e capacidades ao longo de toda a vida (UNESCO, 1998: 8).

A tendência para valorizar a experiência vivida como base na relação educativa e a ideia de autogestão pedagógica contempla a finalidade da educação de adultos, na medida, em que age como elemento facilitador da apropriação dos recursos necessários ao desenvolvimento pessoal, nos seus aspectos social, cultural e económico.

Para Vogt & Alves (2005), abre caminho à participação crítica consciente, tornando o indivíduo capaz de cooperar, dialogar e responder às suas responsabilidades de cidadão, contribuindo para o progresso da própria sociedade.

Para Finger & Asun (2003), a instrumentalização e privatização da aprendizagem é um fenómeno que emerge, reflectindo a necessidade de transformar o indivíduo num recurso humano essencial no contexto, socioeconómico e de o dotar de “armas” capazes de fazer frente à extrema competitividade laboral.

Se por um lado, é desenvolvido o potencial da educação para dar resposta às necessidades individuais de cada pessoa, assumindo o carácter humanista da educação e permitindo um desenvolvimento formativo único, sustentado por motivações individuais e por isso garantindo a democraticidade da aprendizagem, por outro lado, essa democraticidade é condicionada pelo facto dessa aprendizagem assumir a forma de produto comercializável sujeito às leis do mercado. Esta condicionante é fulcral visto que arrasa por completo o conceito democrático de acesso à educação acentuando o fenómeno de exclusão social e de desigualdade de oportunidades (Finger & Asun, 2003).

A privatização da educação, sustentada pelo principal objectivo de garantir o enriquecimento dos recursos humanos com a capacidade para responder às solicitações impostas pelo contexto socioeconómico global, relega a importância da alfabetização de adultos para segundo plano, uma educação de segunda oportunidade, sendo garantida na maior parte das vezes por instituições de apoio social.

A necessidade de adaptabilidade e evolução confere à educação de adultos a capacidade de manter o seu papel socio-construtivista, estando, no entanto, cientes de que estas propriedades não podem ser desvirtuadas por interesses economicistas de

momento. Essa evolução tem de ser planeada a longo prazo, não podendo dever obediência à produtividade, mas ser equacionada com base em princípios básicos de cidadania.

Para Lima cit. por Canário (2005), nos últimos 30 anos vivemos, em termos de educação e formação de adultos, um processo de deslocação de uma lógica de “educação popular” para uma lógica de “gestão de recursos humanos”. Isto é, a educação e formação de adultos está, cada vez mais, subordinada a uma lógica de racionalidade económica e a uma lógica de mercado e menos a uma lógica de educação popular.

O futuro desejável da educação de adultos segundo Melo (1977) cit. por Canário (2005), deve ter como referência o modelo de educação popular, em que a educação de adultos é obra dos próprios adultos, com uma concepção de carácter emancipatório.

Este programa poderá traduzir-se em três planos: num plano filosófico, pela superação da lógica de alienação para uma lógica de expressão de si. Num plano económico, que significa passar de um sistema social baseado no lucro, na mercadoria, na exploração do trabalho, para uma associação livre de produtores que usa ferramentas e modos de organização “convivi ais”.

No plano político, significa passar de uma lógica de heteronomia para uma lógica de autonomia, em que a educação de adultos é obra das próprias pessoas e portanto coincide com modalidades de auto governo, que corresponde a uma terceira referência histórica no campo da formação e educação de adultos – o princípio da participação.

Para Lima (2005), a educação de adultos é actualmente o sector mais crítico de um sistema de educação ao longo da vida em Portugal. Apesar de reconhecer que há

problemas noutras níveis, “a educação de adultos é o sector mais problemático, mais crítico, um sector que tem sido objecto de orientações políticas intermitentes, que tem sido marcado por alguns avanços e por fortes recuos.” Por outro lado, a educação de adultos, assim como a educação de base e a educação popular vêm sendo desvalorizadas como utopias progressistas, ou antiguidades modernistas. Como se o país já não precisasse delas. “Ninguém fala dos 9% de analfabetos literais, uma média, pois há concelhos do país com 20% de analfabetos literais (não estamos a falar de literacia).

Ainda segundo Lima (2005), o nosso problema é muito maior do que o da falta de qualificação de recursos humanos; o nosso problema é mais o da falta de retaguarda educativa e cultural, relativamente a um povo que não teve oportunidades históricas de uma escolarização minimamente longa, de processos educativos sistemáticos. Esse é que é o problema de que nós temos que recuperar rapidamente.”

1.2.1 – Educação e formação de adultos em Portugal

A primeira referência legal à ao ensino de adultos, surgiu em 1836, com a criação de três lições semanais nocturnas, para quem não pudesse frequentar as aulas diurnas. Durante o século XIX, os cursos de alfabetização de adultos, embora se tenham realizado por iniciativa oficial, estiveram a cargo da sociedade civil. No final do século XIX, as escolas móveis que funcionavam com o método de João de Deus, desempenharam um importante papel na educação de adultos (Eurybase, 2006/07).

Entre 1910 e 1926, durante a Primeira República, a educação de adultos incidiu no combate ao analfabetismo.

Em 1930, com uma taxa de analfabetismo que rondava os 62%, foram extintas as escolas móveis e reiniciados os cursos nocturnos, para pessoas de ambos os sexos de

idade superior a 14 anos (Eurybase, 2006/07).

A Campanha Nacional de Educação de Adultos teve lugar de 1952 a 1956, permitindo uma ligeira correcção nas taxas de analfabetismo, uma vez que Portugal ocupava o último lugar entre os países europeus. Nesta altura foi reconhecida a influência da alfabetização no desenvolvimento económico.

A Direcção Geral de Educação Permanente, foi criada em 1971, competindo-lhe a educação extra-escolar e as actividades de promoção cultural e profissional, tendo como população alvo os adultos.

Pela influência de circunstâncias de ordem política e social, não existiu um Sistema de Educação de Adultos até 1974. Após 1974, a Educação de Adultos sofreu um grande incremento, a partir dos inúmeros grupos populares de base local, que deram corpo a iniciativas de natureza cultural e educativa (Eurybase, 2006/07).

O Plano Nacional de Educação de Adultos, nos finais de 1975 apoiava actividades de natureza educativa, promovidas por organizações populares, através da cedência de equipamentos escolares, material audiovisual, duplicação de textos, formação de monitores e animadores locais (Eurybase, 2006/07).

Em 1976 surge uma nova concepção de educação de adultos, como um processo de aprendizagem relativamente aos adultos, que faça destes individualmente ou em grupo, sujeitos da sua própria educação e agentes criadores de uma verdadeira cultura nacional, o que passava pela definição das capacidades a desenvolver e a demonstrar pelos adultos, em função das suas áreas de interesse ou intervenção (Decreto Lei n.º 419/76, de 13 de Julho).

Nos anos de 1975 e 1976, começara realmente, em Portugal, a tentar lançar-se o embrião que seria um campo e um edifício de educação de adultos em Portugal. Conceberam-se, e experimentaram-se nessa altura algumas inovações significativas.

Por exemplo, uma nova avaliação, em que o adulto não tinha que fazer o exame da 4ª classe, como faziam os miúdos, mas através de um processo centrado no adulto, uma avaliação que tivesse alguma relevância e não o humilhasse. (...) Portanto, pôs-se em prática esta ideia, de haver agentes civis e actores na sociedade civil, trabalhando a par, em paralelo, em colaboração e articulação com a administração, para resolver realmente este grande problema nacional (Melo, 2006:2).

Os trabalhos preparatórios do PNAEBA (Plano Nacional de Alfabetização e Educação de Base de Adultos) decorreram em 1979, com o objectivo de eliminar o analfabetismo.

A educação de adultos, durante muitos anos ficou reduzida, em Portugal, a uma segunda oportunidade de escolarização. Pensou-se na educação de adultos como cursos nocturnos, onde a escola abre à noite para dar aos adultos uma oportunidade de chegarem aos mesmos níveis e graus das crianças em idade escolar. A educação e formação de adultos, em Portugal, durante muito tempo, ficou assim reduzida a dois sectores de intervenção, normalmente com muito pouco contacto entre si: o ensino recorrente e a formação profissional (Melo, 2006:2).

A Lei de Bases do Sistema Educativo surgiu em 1986, através do Decreto-lei n.º 46/86 de 14 de Outubro.

O ensino recorrente de adultos é considerado como uma modalidade especial de educação escolar que visa assegurar uma segunda oportunidade, com planos e métodos de estudo específicos, conferindo os certificados e diplomas atribuídos pelo sistema regular. Prevê igualmente a organização da formação profissional de forma recorrente, considerando a educação extra-escolar como parte integrante do sistema educativo, definindo os seus objectivos e actividades no âmbito de iniciativas múltiplas, de natureza formal e não formal (Eurybase, 2006/07).

Da participação conjunta do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Instituto do Emprego e Formação Profissional, surgiu em 1980 um Programa de Formação para jovens com mais de 14 anos, à saída da escolaridade obrigatória, com um plano curricular de três anos, composto por um período de formação geral e um período de formação tecnológica, que no final confere um certificado de aptidão profissional, equivalente ao 9º ano de escolaridade, assegurando assim, a inserção destes jovens no mercado de trabalho (Decreto Lei n.º 102/84 de 29 de Março).

Apesar das várias reformas, a Legislação de Base do Sistema de Aprendizagem surgiu em 1996, através do Decreto-lei n.º 205/96 de 25 de Outubro.

O ano de 1996 ficou assinalado por várias iniciativas da Comissão das Comunidades Europeias, como o Livro Branco e o Ano Europeu da Educação e Formação para todos ao longo da vida cujo objectivo é a procura de uma solução positiva para o desemprego na Europa e a actualização de conhecimentos de todos os profissionais, passando a figurar na linha da frente das orientações estratégicas dos governos a nível nacional e também ao nível dos organismos internacionais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/96 de 22 de Fevereiro). Assim, em 1996 foi criada a Comissão Nacional para o ano da Educação e Formação ao longo da Vida, a qual, como conclusão do seu trabalho, apresentou em Janeiro de 1998 a “Magna Carta” sobre a Educação e Formação ao Longo da Vida.

A partir de 1997, a Educação e Formação de Adultos começa a surgir com frequência nas agendas políticas e nas discussões públicas, ao mesmo tempo que se evidencia a colaboração entre o Ministério da Educação, o Ministério do Trabalho e Formação Profissional.

Em Dezembro do mesmo ano, o Governo Português, após a participação de uma delegação na Conferência de Hamburgo, solicita a um grupo de especialistas a

elaboração de um Documento de Estratégia para o Desenvolvimento da Educação de Adultos (Eurybase, 2006/07).

O Plano Nacional de Emprego surgiu em 1998, representando o primeiro suporte legal, em termos estratégicos e programáticos, ao desenvolvimento da Educação e Formação de Adultos em Portugal (Resolução do conselho de Ministros n.º59/98 de 6 de Maio), com a finalidade de revitalizar e relançar a educação de adultos em Portugal.

Levou à concepção de novos cursos de formação de adultos (cursos EFA) e ao desenho de estruturas que abrissem ao adulto uma espécie de “balão único” nestes materiais; processos e modalidades de educação e formação que não obrigassem as pessoas adultas a saltar entre estruturas e processos, com lógicas muito diferenciadas, mas que assegurassem um processo integrado (Melo, 2006:2).

No mesmo âmbito surge o programa “Projecto de Sociedade: S@ber +”, visando a Educação e Formação de Adultos ao Longo da Vida.

Ainda, no mesmo ano, surge o Grupo Missão para o desenvolvimento da Educação e Formação de Adultos, organismo que surgiu a partir da iniciativa e tutela dos Ministérios da Educação, Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, com a incumbência de lançar e constituir uma Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos. Esta agência surgiu em 1999, com tutela dupla, com funcionários de ambas as estruturas, e ainda um conselho consultivo que tentava reunir os actores mais importantes, consolidando a articulação entre o sistema educativo e formativo e também entre o sistema público e privado, os estabelecimentos de educação e formação, os agentes educativos e os parceiros sociais territorialmente significativos (Eurybase, 2006/07).

A nova orgânica do Ministério da Educação introduz alterações significativas no

âmbito da política nacional relativa ao sistema educativo, nomeadamente em relação à Educação e Formação de Adultos, definindo como um dos principais objectivos, a integração entre as políticas e os sistemas de educação e as políticas e os sistemas de formação ao longo da vida. Esta política integradora visa a qualificação inicial dos jovens que não pretende seguir os estudos, para a sua adequada inserção na vida activa, e o desenvolvimento de aquisição de aprendizagens pelos adultos (Decreto Lei n.º 208/02 de 17 de Outubro).

A concepção integradora da educação e formação da responsabilidade do Ministério da Educação conduziu à criação da Direcção Geral de Formação Vocacional, cuja acção transversal desenvolve mecanismos facilitadores de qualificação ao longo da vida, dos jovens e adultos, numa lógica de “*continuum*” de formação. Este novo organismo absorve as funções e competência da Agência Nacional para a Educação e Formação de Adultos, extinta com a criação deste novo organismo (Eurybase, 2006/07).

1.2.2 – Inteligência emocional e educação

Para Goleman (2003:28), todas as emoções são essencialmente impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida, que a evolução instilou em nós. Constituindo a inteligência emocional, a capacidade do próprio criar motivações para persistir num obstáculo apesar dos percalços; de controlar os impulsos e saber aguardar pela satisfação dos desejos; de manter um estado de espírito sereno e impedir que a ansiedade interfira com a capacidade de raciocínio; de se relacionar bem; ser empático; auto confiante e ter esperança.

De certa forma possuímos dois cérebros, duas mentes e dois tipos diferentes de inteligência: racional e emocional. (...) O intelecto não pode funcionar no seu melhor

sem a inteligência emocional (Goleman, 2003:50).

Ainda segundo Goleman cit. por (2003: 63-64, Cassiano & Oliveira, 2007), as aptidões humanas relacionadas com a inteligência emocional, dividem-se em cinco principais domínios:

1. **Conhecer as próprias emoções** – A auto consciência, reconhecimento de um sentimento enquanto ele está a acontecer, é a pedra base da inteligência emocional. Ser capaz de controlar momento a momento as sensações é crucial para a introspecção psicológica e o auto conhecimento. A incapacidade de reconhecer as nossas próprias emoções deixa-nos à mercê delas. As pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar, a que emprego aceitar.
2. **Gerir as emoções** – Lidar com as sensações de modo apropriado é uma capacidade que nasce do auto conhecimento. A capacidade de nos tranquilizarmos a nós próprios, de afastar a ansiedade, a tristeza ou a irritabilidade. As pessoas a quem falta esta capacidade estão constantemente em luta com sensações de angústia, enquanto aquelas que a possuem em alto grau recuperam muito mais depressa dos tombos que a vida as obriga a dar.
3. **Motivar-nos a nós mesmos** – Mobilizar as emoções ao serviço de um objectivo e essencial para concentrar a atenção, para a auto motivação, para a competência e para a criatividade. O auto controlo emocional – adiar a recompensa e diminuir a impulsividade – está subjacente a todo o tipo de realizações. E ser capaz de entrar em estado de “fluidez” permite desempenhos de grande qualidade em todas as áreas. As pessoas que

possuem esta aptidão tendem a ser altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem.

4. **Reconhecer as emoções dos outros** – A empatia, é outra capacidade que nasce da auto consciência, sendo a mais fundamental das “aptidões pessoais”. As pessoas empáticas são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam aquilo de que os outros necessitam ou desejam. Isto torna-as particularmente aptas em profissões que envolvam a prestação de cuidados, o ensino, as vendas e a gestão.
5. **Gerir relacionamentos** – A arte nos relacionamentos é em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros. São estas aptidões que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal. As pessoas que possuem esta capacidade bem desenvolvida, saem-se bem em tudo o que tenha a ver com a relação com terceiros; são estrelas pessoais.

As capacidades de cada pessoa em cada um destes domínios diferem, umas serão mais hábeis a controlar a sua própria ansiedade, enquanto que outros serão mais hábeis a lidar com as emoções de terceiros. Os lapsos nas aptidões emocionais podem ser remediados e as respostas melhoradas com o esforço adequado.

Tendo em conta, os aspectos anteriormente referidos, percebe-se que a transmissão de informação, dirigida à inteligência cognitiva, não é suficiente quando se pretende alterar atitudes e comportamentos. As competências sociais e emocionais não podem ser esquecidas.

Neste sentido, e segundo Goleman, (2003:281), os programas de educação mais eficazes no âmbito da prevenção do abuso sexual, são aqueles em que a informação básica sobre o abuso sexual é complementada com o ensino de competências sociais

e emocionais essenciais. Estes programas ajudavam as crianças a encontrar maneiras de resolver os conflitos interpessoais de uma forma mais positiva, a terem mais autoconfiança, a não se culparem a si mesmas se alguma coisa lhes acontecesse, e a sentirem que tinham nos professores e nos pais uma rede de apoio à qual podiam recorrer. E se alguma coisa má lhes acontecia, as probabilidades de estarem dispostas a denunciá-lo eram muito maiores.

Estas descobertas levaram ao estudo dos aspectos que devem estar contemplados num programa de prevenção, de modo a que sejam verdadeiramente eficazes. Assim a W. T. Grant Foundation, patrocinou o estudo de uma equipa de investigadores que determinou os aspectos cruciais a ter em conta de programas de sucesso. Assim, os aspectos identificados incluem:

- **Capacidades Emocionais:**
 1. Identificar e rotular sentimentos
 2. Expressar sentimentos
 3. Avaliar a intensidade dos sentimentos
 4. Gerir sentimentos
 5. Adiar a recompensa
 6. Controlar impulsos
 7. Reduzir o *stress*
 8. Saber a diferença entre sentimentos e acções

- **Aptidões Cognitivas**
 1. Auto conversa – conduzir um “diálogo interior” como uma maneira de lidar com um tema ou um desafio ou reforçar o próprio comportamento.

2. Ler e interpretar indicações sociais – por exemplo, reconhecer as influências sociais no comportamento e ver-se a si mesmo na perspectiva mais vasta da comunidade.
3. Utilizar passos para a solução de problemas e a tomada de decisões – por exemplo, controlar impulsos, definir objectivos, identificar acções alternativas, antecipar consequências.
4. Compreender o ponto de vista dos outros.
5. Compreender as normas comportamentais (o que é que não é comportamento aceitável).
6. Uma atitude positiva face à vida.
7. Auto consciência – por exemplo, criar expectativas realistas a respeito de si mesmo.
8. Não verbais – comunicar por contacto visual, expressividade facial, tom de voz, gestos, ...
9. Verbais – fazer pedidos claros, responder eficazmente às críticas, resistir às influências negativas, ouvir os outros, ajudar os outros, participar em grupos positivos, Goleman (2003:322).

A educação das emoções surgiu nos anos sessenta a partir do movimento de ensino afectivo, que se baseava na ideia de que as lições psicológicas e emocionais eram mais profundamente aprendidas, quando envolviam a experiência imediata do que estava a ser conceptualmente ensinado. Com os cursos que visam combater problemas específicos, como a gravidez na adolescência, o insucesso escolar, o consumo de álcool e drogas, concluiu-se que estes são mais eficazes quando se ensina um conjunto de competências (anteriormente referidas) sociais e emocionais,

como o controlo de impulsos, dominar a ira e descobrir soluções criativas para situações sociais (Goleman, 2003:284).

A educação emocional nas escolas, faz das emoções e da vida social temas com direito próprio, em vez de tratar de aspectos importantes do quotidiano, como intrusões irrelevantes. A aprendizagem emocional consolida-se com pequenas lições repetidas várias vezes, de modo a que o cérebro as reflecta como padrões reforçados, hábitos neuronais para serem aplicados em momentos de provação, frustração e dor (Goleman, 2003:285).

1.2.3 – Educação dos profissionais de saúde

Para Delors (1998, cit. por Romão, 2002), a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas; e finalmente aprender a ser, via essencial que integra os três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contacto, de relacionamento e de permuta.

Os quatro pilares da aprendizagem, tornam-se pilares da própria vida, passando de alguma forma, a abranger todas as dimensões da realização humana (Romão, 2002).

Se, a educação e a formação são transversais à toda a actividade humana, ao longo da vida, numa área de actuação, como a saúde, em que as práticas se desenvolvem no campo das relações sociais, estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição em que trabalham, e sobretudo, com os utilizadores dos serviços, a

educação e formação dos profissionais de saúde, é um dos pilares em que assenta o desenvolvimento das suas actividades quotidianas.

Para L'Abbate (1994:482), é possível considerar algumas premissas básicas na educação em saúde:

1. Não se pode pensar os serviços de saúde sem reflectir sobre as relações entre esses actores ou sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve no mínimo, a interacção entre duas pessoas.
2. Tais relações, provavelmente, nunca ocorreram totalmente sem problemas. No entanto, a actual crise no sector da saúde deve ter contribuído, em muito, para aumentar essas dificuldades.
3. Qualquer tipo de actuação visando a melhoria dos serviços de saúde, deve capacitar os profissionais para a busca constante do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem no dia-a-dia dos serviços, numa perspectiva crítica de visualizar, com naturalidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação, na qual ela ocorra.
4. O aperfeiçoamento dessa dimensão deve ser considerado tão necessário quanto outras capacitações na área da epidemiologia, planeamento/administração, e ainda pode, muitas vezes, precedê-las, ou ser abordada de forma concomitante.
5. Finalmente, é possível dispor actualmente de instrumentos adequados para desenvolver esse tipo de capacitação, desde que se apresentem oportunidades e possibilidades ao nível pessoal/profissional e decisão, no nível político/institucional para apreendê-los e utilizá-los.

No entanto, na actualidade a prática nos serviços de saúde continua a ser dominada por uma lógica tecnicista, com ênfase no saber e no saber fazer, em detrimento do

saber estar e do saber ser, numa sociedade cada vez mais impregnada pela falta de solidariedade e competitividade de valor ético duvidoso.

Para Sordi & Bagnato (1998:84), é importante destacar que o ensino na área da saúde padece de longa data do tecnicismo, da forte biologização dos conteúdos seleccionados como válidos e significativos para a formação.

Segundo as autoras, há sinais, de tentativa de ruptura com esta lógica, porém, o caminho é longo e cheio de atalhos e armadilhas, até que possa ter impacto sobre a prática.

Para que a formação nesta área possa dar um salto qualitativo, é necessário promover a ruptura a dois níveis:

1. Alteração das concepções de Homem, Mundo, Sociedade e Educação dominante nos docentes desta área, criando novos paradigmas que esclareçam o que se entende por ciência e qual a sua vinculação com o planeamento da praxis.
2. Reorganização do trabalho pedagógico visando acelerar as transformações teóricas e filosoficamente pensadas, concretizando-as e dando-lhe visibilidade na prática, aproximando o discurso da acção. (Sordi & Bagnato, 1998:84).

A teoria e a prática permanecem dois momentos artificialmente separados, o que leva os profissionais a iniciarem o seu percurso no mercado de trabalho, ávidos de mostrar as suas habilidades cognitivas e psicomotoras, bem como, o seu domínio sobre as técnicas e a tecnologia, demonstrando ao mesmo tempo dificuldade em estabelecer relações sociais e em gerir emoções.

Segundo Sordi & Bagnato (1998:84), os profissionais parecem desapegados de compromissos éticos que deveriam reger as relações humanas na sociedade. O que

importa é competir, vencer individualmente, negando pelas acções, a possibilidade de construir uma cidadania colectiva.

Numa sociedade actual de globalização, em que os lucros são cada vez mais privatizados e as misérias socializadas, colocam-se novas solicitações aos profissionais de saúde. Além do saber e do saber fazer, é necessário saber agir, tomar decisões e ser criativo na resolução de problemas.

Segundo Nóvoa (1991, cit. por Sordi & Bagnato, 1998:84), a educação assume uma função mediadora da prática social global a nosso ver, a metodologia de formação necessária é aquela capaz de fazer o aluno compreender criticamente a prática social em que vive e em que vai interagir profissionalmente.

A formação dos profissionais de saúde, não garante por si, a melhoria da qualidade dos cuidados às populações, mas permite enfrentar os desafios de uma nova ordem mundial, extraindo dela as vantagens, e usando a favor da humanidade, num plano ético-pedagógico inequívoco. (Sordi & Bagnato, 1998:87).

1.2.4 – Educação emocional e os cuidados de enfermagem

Na actualidade, as necessidades em cuidados de saúde, colocam novos desafios aos profissionais, relacionados com a preparação técnica e científica, mas também, com a dinamização dos aspectos emocionais. Estes aspectos, emocionais, no contexto dos cuidados de enfermagem, incluem a consciência de si próprio, um maior controlo da impulsividade, maior persistência e motivação, empatia, zelo, habilidades sociais e resistência psicológica.

Segundo (Kanaane, sd) estes aspectos devem ser exercitados por todos os profissionais, mas também pelos enfermeiros, uma vez que, enfrentam vários

obstáculos, tais como, as tensões políticas, a falta de continuidade dos projectos assistenciais e os desafios do trabalho em equipa, entre outros.

Os enfermeiros, apesar das dificuldades, tentam assumir a responsabilidade da prestação de cuidados ao doente, interagindo com outros profissionais. Quando surgem conflitos, o enfermeiro sente-se dividido entre a resposta as necessidades do doente e família, as expectativas do grupo a que pertence, da organização, e as suas próprias necessidades, surgindo frustração, insegurança e frustração profissional.

Segundo Kanaane (sd), da associação entre a formação, a experiência profissional e a inteligência emocional, surgem alternativas e soluções. Pelo que, a aquisição de competências emocionais e sociais básicas, permite uma melhoria do desempenho dos enfermeiros, da sua interacção em equipa e da capacidade em lidar com a complexidade das organizações de saúde.

O autor, sugere ainda, a aplicação dos cinco principais domínios da inteligência emocional, considerados por Goleman, à prestação dos cuidados de enfermagem, podem contribuir, para uma melhoria da qualidade dos cuidados e ara uma melhoria da qualidade de vida dos próprios profissionais.

Assim, da transposição dos cinco domínios da inteligência emocional, segundo Goleman para a prestação dos cuidados de enfermagem, temos:

- 1. Auto percepção** – Capacidade de identificar os próprios sentimentos e em que medida interferem com a tomada de decisão. Estar atento às preferências que norteiam a tomada de decisão, conhecendo as forças e fraquezas, reconhecendo os sentimentos, assim que estes surjam, para que se possa lidar de forma construtiva com os mesmos.

2. **Controlo de emoções** – Saber lidar com as próprias emoções, de modo a facilitar o alcance das metas. Saber adiar a recompensa, dominando a ansiedade e a raiva., assim como, recuperar-se das aflições emocionais.
3. **Auto-motivação** – Mesmo frente aos fracassos e dificuldades, procurar força interior para continuar, com bom humor, optimismo, coragem, acreditando que as situações podem ser melhores, assim como, empreendendo acções que, efectivamente as melhorem.
4. **Empatia** – Desenvolver a arte de “saber ouvir”, concentrando-se nos sentimentos das outras pessoas, procurando compreender porque estão agindo de determinada forma e não de outra, contribuindo para o aflorar de acções preventivas, sintonizadas com as diferenças interpessoais, dinamizando o que há de melhor, em si mesmo e nos restantes elementos da equipa de saúde, do doente, familiares e comunidade, ampliando a capacidade de perceber e sentir, tendo como referencial a perspectiva do “outro”.
5. **Habilidades sociais** – Saber lidar com as emoções nos relacionamentos, interagindo com facilidade, liderando, intermediando, fazendo concessões e superando divergências, contribuindo para o afloramento da cooperação e da excelência nos processos de equipa.

Da capacidade de complementar a formação académica associada à inteligência cognitiva com a inteligência emocional, surge a excelência na prestação dos cuidados de enfermagem.

1.2.5 - Formação em cuidados paliativos

Nos sub capítulos anteriores, à medida que se falou do aparecimento e

desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, foram emergindo várias vezes, referências, às necessidades de formação. Essa necessidade, manifesta-se ao nível, da actualização e formação contínua, numa área do conhecimento em constante mutação evolutiva ao nível dos currículos escolares na formação de médicos enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos de saúde, e da aprendizagem ao longo da vida numa área do conhecimento em constante mutação evolutiva.

Para Canário, “(...) o campo da saúde viu mutações importantes, decorrentes da revolução tecnológica e informacional, acelerada, que marca a segunda metade deste século. A formação emerge então, à semelhança do que se passa noutros domínios profissionais, como um instrumento essencial, quer para fazer face às mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas” (Canário, 1997:119).

Nos primórdios da medicina e da enfermagem foi dada grande ênfase à importância da relação com o doente e com os seus pares, à comunicação e ao alívio do sofrimento/bem-estar. Para Hipócrates, a prestação de cuidados de saúde regia-se inconscientemente por regras simples, de generosidade, compaixão, dedicação e a abnegação. À medida que os conhecimentos foram aumentando em todas as áreas da medicina, foi emergindo a necessidade de os acomodar nos currículos escolares. Aspectos, como a habilidade na comunicação, ética, aspectos psicológicos e outros, foram recebendo cada vez menos tempo, tendo sido renegados para baixos níveis de prioridade ou mesmo omissão, conducente à escassez de habilidades e atitudes essenciais ao exercício humanizado dos cuidados de saúde.

Para Santos (1987, cit. por Canário, 1997:120), “este movimento evolui no duplo sentido de, por um lado, produzir a emergência de novas especialidades e, por outro lado, questionar criticamente a tendência de hiperespecialização, baseada numa

abordagem analítica e segmentada da saúde humana que, no caso do saber médico, tende a transformar o doente “numa quadrícula sem sentido, quando, de facto, nunca estamos doentes em geral”.

Olhando retrospectivamente parece evidente esta análise mas, a sua percepção na altura não era fácil, uma vez que estas mudanças se manifestavam insidiosamente em diversos aspectos de uma revolução social.

As enfermeiras, influenciadas por esta corrente, tiveram dificuldade em aperceber-se, da sua transformação em cúmplices de um regime de cuidados altamente científicos e tecnicistas. Os doentes começaram a manifestar a sua insatisfação com a falta de qualidade no atendimento.

Segundo Marques, “as vertiginosas transformações na ciência e na sociedade de risco, da mercadorização da vida e, claro, da globalização – agravadas pela perda de confiança na medicina e, em geral, nas instituições” (Marques, 2005:354).

Da literatura revista, há a salientar que historicamente, o controlo da dor, o alívio de sintomas e os medos não eram tidos em consideração. As necessidades espirituais não eram contempladas e as visitas domiciliárias tornavam-se menos frequentes nos utentes em final de vida. Assim, estes doentes formavam um grupo negligenciado e em desvantagem dentro dos modernos sistemas de cuidados de saúde. “Os doentes incuráveis continuavam a não ser compreendidos, a serem submetidos para um plano secundário, em suma, a serem marginalizados. E assim, nos países menos evoluídos, com longas listas de espera e falta de camas, estes doentes eram vítimas de atitudes de rejeição por parte do hospital que os tratava que, simplesmente, procurava dar-lhes alta, para poder acudir aos doentes curáveis” (ANCP, 1996:1)

A percepção desta realidade, foi altamente perturbadora, tanto para médicos como

para enfermeiros que, se viram confrontados com a necessidade de mudança na prestação de cuidados. Percebeu-se, também que, era possível melhorar os cuidados aos doentes em final de vida, promovendo a união entre o avanço científico e os tempos antigos, entre a “ciência e a compaixão” no cuidado global preconizado pelos “*hospices*”.

Sendo a desumanização e até a desumanidade, um dos problemas maiores das práticas de saúde actuais, são muitos os que sentem na pele que há um debate público a travar, se quisermos, um futuro bom para a medicina (Marques, 2005:354).

Posteriormente, veio a compreensão de que outros doentes, além dos que se encontram em final de vida necessitam e podem beneficiar destes cuidados por padecerem de doença progressiva e incurável através dos cuidados paliativos na sua versão mais actual.

Para Field & Addington-Hall (1999), (...) *patients with end-stage, non, malignant disease have comparable levels of symptom severity and psychosocial needs as cancer patients in receipt of specialist palliative care.*

A formação em cuidados paliativos em Portugal é recente. Em Setembro de 2002, na IV Reunião Científica da Associação Nacional de Cuidados Paliativos o Doutor Óscar Vilão afirma: “ o que existe em 23 escolas médicas britânicas não existe em nenhuma escola médica portuguesa: um módulo com avaliação final e um curso de pós-graduação em cuidados paliativos. O sentimento geral é de que os profissionais portugueses vivem com esta realidade de um “saber feito de experiência” que não lhes dá as bases suficientes para que a humanização no cuidado ao doente avance e seja uma prioridade” (Tempo Medicina, 2002:20).

Neste mesmo ano, surgiu o primeiro Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, que veio de algum modo, marcar um ponto de viragem na formação médica nesta área

(Tempo Medicina, 2002:32).

Desde essa altura a oferta de cursos de formação nesta área tem-se multiplicado, embora os cuidados paliativos continuem a ser uma opção no ensino pré-graduado.

Relativamente à formação dos enfermeiros a situação é semelhante. Em 2001, Sapeta, concluiu um trabalho em que efectuou o levantamento da formação feita em todas as escolas de enfermagem do país (públicas e privadas) sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica. Em 2004, tendo em conta os resultados desse estudo, propôs em conjunto com a ANCP, as linhas gerais de orientação para o nível pré-graduado em enfermagem, tendo em conta a heterogeneidade de planos curriculares existentes e aproveitando a reformulação dos planos curriculares impostas pela Declaração de Bolonha. A Autora pensa estarem reunidas as condições para aceitar e adicionar este desafio (Sapeta, 2004).

A associação Nacional de Cuidados Paliativos, tendo em conta as recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), através da sua *Task Force* em Educação, emitiu um documento onde se encontram todas as Recomendações relativamente à Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos, tendo em conta três níveis de formação:

- 1) Básica, para futuros profissionais durante a sua formação básica e para profissionais que prestam serviços em serviços gerais mas que se podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa;
- 2) Avançada, para profissionais que trabalham em serviços de cuidados paliativos ou serviços gerais onde desempenhem funções de referência em cuidados paliativos, ou profissionais que frequentemente se confrontem com situações de cuidados paliativos (oncologia, cuidados comunitários, pediátricos e geriátricos);

3) Especialista, para profissionais responsáveis por unidades de cuidados paliativos que, exerçam consultadoria ou contribuam activamente para a formação e investigação nesta área. Neste documento encontram-se discriminados os conteúdos a ter em conta e a carga horária (ANCP, 2006:5) - (Anexo. A).

Uma atitude, exageradamente optimista, que atribui à formação virtudes capazes de solucionar todos os problemas, leva a pensar, nos limites da formação para a mudança, principalmente, quando existe tendência, para sobrevalorizar a dimensão técnica em detrimento da dimensão pessoal e social.

Para Canário, este modo de conceber e organizar a formação abdica de utilizar como principais recursos da formação a personalidade e a experiência dos respectivos profissionais. Recursos ainda mais importantes no contexto de profissões, como são o caso dos médicos ou dos enfermeiros, que podemos incluir nas chamadas “profissões de relação” (Canário, 1997:126).

Portanto, a formação, elaborada num sentido escolar, sem ter em conta as pessoas e os contextos concretos em que desenvolvem a sua profissão, não se adequa à formação dos profissionais que se dedicam aos cuidados paliativos.

Até porque, como refere Bernardon (1996, cit. por Canário, 1997:131), “a aquisição ou manutenção dos conhecimentos teóricos não é uma garantia da boa utilização desses conhecimentos, no quadro de uma finalidade de resolução de problemas e de modificação do real”.

Para que ocorram mudanças na forma dos profissionais de saúde encararem os doentes terminais e a prestação de cuidados aos mesmos, é também necessário, ter em conta, a capacidade de reinventar a formação, em contexto de trabalho, numa área tão específica como a dos cuidados paliativos

Como afirma Canário, “a produção efectiva de mudanças é coincidente, no contexto de trabalho, com uma dinâmica formativa e de construção identitária que corresponde, afinal, a reinventar novos modos de socialização profissional. Reinvenção, necessariamente na acção. As pessoas e as organizações não são programáveis, nem susceptíveis de processos de controlo remoto” (Canário, 1997:143)

1.2.6 - Desenvolvimento pessoal e profissional em cuidados paliativos

Segundo Chiavenato, “Educação é toda a influência que o ser humano recebe do ambiente social, durante a sua existência, no sentido de adaptar-se às normas e valores sociais vigentes e aceites. O ser humano, todavia, recebe essas influências, assimila-as de acordo com as suas inclinações e predisposições e enriquece ou modifica o seu comportamento dentro dos seus próprios padrões pessoais” (Chiavenato, 2002:495).

Esta perspectiva sobre a educação, que tem em conta a constante interacção com o ambiente, recebendo e exercendo influência, é extremamente interessante, numa área do conhecimento como os cuidados paliativos, em que a sensibilidade, as habilidades de comunicação e empatia são fundamentais na prestação de cuidados integrais, baseados na relação que se estabelece entre o doente e o profissional.

Para Brunet, a preparação do pessoal de saúde que trabalha no seu dia-a-dia, convivendo com a morte é tão, ou mais importante, que o apoio emocional ao doente em fase terminal. Neste sentido, sabe-se, que a vivência do processo de morrer gera um amplo leque de respostas emocionais, que há, que ter em conta, na altura de formar os técnicos de saúde. Os profissionais de saúde, e em concreto, os enfermeiros que têm que enfrentar frequentemente a morte, padecendo em maior ou

menor grau, de ansiedade e intranquilidade, que pode traduzir-se em cuidados inadequados, rejeição, dúvida ou insegurança, entre outras disfunções, ao ter que encarar, os seus próprios medos perante a morte (Brunet, 2006:186).

O *treinamento* é o processo educacional através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objectivos definidos. Qualquer conteúdo de *treinamento* em cuidados paliativos, deve envolver quatro tipos de mudança de comportamento: transmissão de informações (novos conhecimentos); desenvolvimento de habilidades (ex. comunicação, “*counseling*”); desenvolvimento ou modificação de atitudes (ex. face à morte, família); desenvolvimento de conceitos (ex. conceito de dor total, ética) (Chiavenato, 2002:497).

No Ciclo de *Treinamento* segundo Thornton (1961; cit. por Chiavenato, 2002:517), deve obedecer-se a diversas fases, que se iniciam pelo levantamento de necessidades específicas, seguindo-se a aplicação dos princípios de aprendizagem, a escolha dos métodos adequados à instrução, a colheita de matéria e dados para a instrução, a elaboração do programa de treino, o treino dos instrutores, a execução do treino, a avaliação e controlo dos resultados e o relatório do *treinamento*, que alimenta um novo levantamento de necessidades e naturalmente a elaboração de um novo programa de treino.

De acordo com o ciclo anteriormente referido, pensa-se, na actualidade, que o *treinamento* deve ser um processo contínuo e não um simples evento, o que pode exigir a utilização de novos recursos, como a aprendizagem à distância.

As experiências de aprendizagem que ocorrem ao longo da vida, capacitam os adultos para a análise crítica, bem como, tecer paralelismos com experiências anteriormente vivenciadas, aceitando ou rejeitando a informação que chega até si. Da

interacção entre a informação recebida e as experiências vividas, resulta a integração entre o saber teórico e o saber prático, da experiência.

Benner diferencia o conhecimento teórico “saber o quê”, do conhecimento prático, “saber como”, que para a autora é a autoridade intelectual e científica, que poderá ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e o da prática (Benner, 1982).

Na mesma perspectiva, Freire afirma, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar a possibilidade para a sua produção ou a sua construção” (Freire, 1996).

Para Goecks, “não basta apenas, portanto, o envolvimento do ser humano na esfera do “pensar”, através de estímulos lógicos e racionais. É necessário o envolvimento na esfera do “sentir”, proporcionando estímulos interiores e emocionais. Desta forma, o sentir estimula “o querer”, transformando a vontade em acção” (Goecks, 2003).

No capítulo, que se segue é feita a descrição da abordagem metodológica ao tema em estudo.

Parte II – Estudo Empírico

Neste capítulo define-se e caracteriza-se o tipo de estudo realizado, tal como o contexto em que se desenrolou o método de colheita de dados. Apresentam-se os dados e a análise dos mesmos.

2.1 - Tipo de Estudo

Este estudo baseou-se numa pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa, numa primeira fase, denominada Estudo A. Este estudo tem como objectivo compreender a prática profissional dos enfermeiros ao cuidar de doentes terminais e identificar as suas lacunas formativas em cuidados paliativos.

Os dados apresentados neste estudo, foram obtidos a partir de entrevistas realizadas aos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço. Os dados que emergiram da análise destas entrevistas estiveram na base da construção de um questionário posteriormente aplicado a todos os enfermeiros que prestam cuidados directos ao doente terminal e sua família, no Estudo B. O estudo B é exploratório, de abordagem quantitativa.

A escolha foi definida em função do nível de conhecimentos que se obteve do fenómeno em estudo, da experiência pessoal e profissional, da natureza do problema e da identificação dos objectivos escolhidos.

Para Fierro e Gonzalez (2003:26), os estudos exploratórios têm por objectivo, familiarizar-se com um aspecto desconhecido ou pouco desenvolvido, novo para o investigador.

A escolha da pesquisa de abordagem qualitativa deveu-se ao facto da mesma se adequar ao objecto de estudo, que não é testar hipóteses, mas sim, compreender um fenómeno, analisando o discurso dos sujeitos, na tentativa de compreender os seus elementos.

Segundo Minayo 1993 cit. por Landim (2006:54), “É essencial, no estudo dos seres humanos, descobrir como eles definem as situações nas quais se encontram, porque “se eles definem situações como reais, elas são reais em suas consequências”.

Para Rubiales et al. (2004:235) a investigação qualitativa dirige-se à definição de conceitos e sensibilidades de pessoas e populações. No mundo da medicina paliativa, o objecto de estudo, são as pessoas, os familiares, os cuidadores... sem esquecer algo, que em algumas ocasiões não é valorizado, como o seu modo de pensar e sentir, os seus medos e as suas ilusões (...).

Dado que se pretende conhecer, como é que os enfermeiros percebem e descrevem o conceito de cuidados paliativos, ao adoptar uma metodologia qualitativa, pretende-se ir em busca da compreensão, de como o enfermeiro interpreta o mundo em que se encontra, assim, como age.

A pesquisa qualitativa em enfermagem revela-se de grande importância, uma vez que, clarificar, explorar e descobrir novos dados, leva à criação de novas hipóteses, que permitem avançar em investigação, numa área tão particular, como a dos cuidados paliativos. Disciplina ainda recente, onde se apresentam dificuldades que são necessárias ultrapassar.

Pode ler-se, nas Estratégias em Cuidados Paliativos do Sistema Nacional de Saúde, publicado pelo Ministério de Sanidad y Consumo (2007:100), os Cuidados Paliativos são uma disciplina jovem com vínculos mútuos, que a unem a muitas outras. Isto traduz-se, em parte, nas poucas publicações específicas sobre esta matéria, e por

outra parte, no facto das publicações sobre temas relacionadas com cuidados paliativos se encontrarem dispersas por revistas de perfil muito variado.

Segundo Rubiales et. al (2004:232), são as dificuldades específicas que é necessário superar: as limitações dos doentes, os problemas deontológicos, a brevidade do seguimento e a escassez de recursos. Ainda, segundo Rubiales et al. (2004:232), “ a metodologia quantitativa não é capaz de responder a muitas perguntas que surgem no mundo dos cuidados paliativos. (...) a metodologia qualitativa pode apresentar-se como uma alternativa necessária “.

É também um estudo descritivo porque, tal como refere Pina (2006), “não necessita de hipóteses de estudo pois trata-se apenas de uma “fotografia” da situação. Tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação. Deles nascem as hipóteses que poderão ser estudadas em estudos mais sofisticados”. Assim, este tipo de pesquisa, tem como meta principal a confirmação ou descoberta de factos. Constitui uma abordagem interpretativa da experiência humana, que poderá através dos temas identificados, vir a gerar proposições hipotéticas. Pelo que, ao longo deste trabalho tenta-se explicitar a forma como os enfermeiros encaram a prestação de cuidados ao doente de cuidados paliativos, podendo construir-se hipóteses explicativas, para as suas atitudes/comportamentos.

2.2 - O Método de Análise de Conteúdo

A análise de dados foi efectuada através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, procurando encontrar categorias descritivas que respondam à questão de investigação.

Segundo Bardin (2008:145) a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. Para Bardin fazer a análise temática significa que o critério de categorização é semântico, ou seja, pelo que significam. A categorização pode agrupar dois processos inversos: categoria *a priori*, construindo uma grelha de análise, segundo a qual se vão repartindo os elementos encontrados ou, pelo contrário, por classificação analógica e progressiva dos elementos, não sendo conhecido previamente o sistema de categorias. Este é o procedimento por “acervo”. O título conceptual de cada categoria só é definido no final da operação. Geralmente as categorias terminais provêm do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade mais fraca (Bardin, 2008:147).

Proceder à análise de conteúdo das entrevistas constituiu ao mesmo tempo um importante desafio e uma grande oportunidade de aprendizagem. Permitiu simultaneamente descobrir o sentido dos dados, tendo consciência de que nem tudo foi descoberto, e transformar em categorias cada frase proferida, na sua singularidade, correndo o risco de perder a subtilidade e dimensão única de cada expressão que nos levou ao encontro de uma formulação de carácter mais geral. Começou-se pela realização de leituras flutuantes de todas as entrevistas efectuadas, que neste estudo foram treze, Apêndice C (transcrição integral das entrevistas). Para Bardin (2008:122), a primeira actividade consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Assim, as entrevistas constituem o corpus, ou seja os documentos submetidos a procedimentos analíticos (Bardin, 2008:122).

A constituição do corpus de análise obedeceu às seguintes regras: exaustividade – porque todos os documentos foram analisados; homogeneidade – por todos se referirem ao mesmo assunto, realizados pela mesma pessoa segundo as mesmas condições, pertinência – por se adequarem enquanto fonte de informação ao objectivo que suscitou a análise e exclusividade – uma vez que cada elemento em análise é classificado em apenas uma categoria.

Numa segunda fase, o corpus em análise foi segmentado em unidades de registo. Para Bardin (2008:130) a unidade de registo é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem de frequências.

Considerou-se neste processo, como unidade de registo: palavras, frases ou conjunto de frases, tal como transmitidas pelo enfermeiro entrevistado e que transmitem a sua experiência.

Na terceira fase, a partir das unidades de registo tentou-se descobrir os núcleos de sentido, formulando a partir deste, as unidades de contexto. A unidade de contexto, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento de mensagem (Bardin, 2008:133). Neste processo existe uma reformulação por parte do investigador em relação ao que foi transmitido pelo informante. Este é um dos riscos e dificuldades da análise de conteúdo: ao reformular podemos introduzir modificações ao nível da interpretação, pelo que se procurou minimizá-lo através da consciência sempre presente do mesmo.

Seguindo a classificação analógica e progressiva dos elementos, na quarta fase, a partir das unidades de contexto foram formadas subcategorias, categorias e dimensões com base em critérios de abrangência, do menos para o mais abrangente.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão de características comuns desses elementos (Bardin, 2008:145). As subcategorias representam uma fase intermédia no caminho para as categorias, possuindo um nível de generalização mais fraco. O processo de agrupamento das subcategorias em categorias representa a última fase da análise, não sendo mais do que as respostas à questão em investigação. As dimensões, contém as asserções já categorizadas.

2.3 - Instrumentos de Colheita de Dados

Tendo em conta os objectivos da investigação, decidiu-se pela utilização de dois instrumentos de colheita de dados: entrevista semi-estruturada, a aplicar, no local de trabalho, aos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço, no estudo A. E um questionário, construído a partir das dimensões que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas, aplicado a todos os enfermeiros que prestam cuidados directos ao doente e família em cuidados paliativos. Nesse questionário foi também incluído a escala de *coping*, proposta por Craver em 1997, adaptada na sua versão portuguesa, em 2003 por Pais Ribeiro e Rodrigues (Pais-Ribeiro, 2007:203), e que permite avaliar a capacidade de adaptação.

2.3.1 - Entrevista

Para Moreira (2004:15), uma das principais estratégias de colheita de dados é a entrevista: em que os participantes descrevem verbalmente as suas experiências de um fenómeno. Moreira (2004:14)

Assim, decidiu-se pela utilização da entrevista como instrumento de colheita de dados. Para Quivy & Compenhoudt (2005:191-192) *“os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interacção humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao entrevistador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”*.

Com a entrevista, pretende-se que, o inquirido fique com liberdade para responder pelas suas próprias palavras e expressar de modo individual as suas ideias e opiniões, expressando assim, o significado que atribuem ao conceito de cuidados paliativos.

Tendo em conta, os objectivos, o carácter exploratório do estudo e a dimensão da amostra, opta-se pela entrevista semi-estruturada. Uma vez que, a entrevista parcialmente estruturada pelo entrevistador, de acordo com os pontos de interesse previamente definidos, faz com que estes tenham que ser, obrigatoriamente abordados pelo entrevistado ao longo do discurso.

Para Bell (2004:140), *“é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é de importância central para ele, em vez de falar sobre o que é importante para o entrevistador, mas o emprego de uma estrutura flexível, que garanta que todos os tópicos considerados cruciais serão abordados, eliminará alguns problemas das entrevistas sem qualquer estrutura”*.

Neste tipo de entrevista, dada a sua flexibilidade, o entrevistador, pode reformular perguntas ou formular outras, com o objectivo de esclarecer respostas menos claras

ou fora do contexto do estudo. Assim, a partir de um esquema básico, podem fazer-se as adequações necessárias.

Tendo em conta os aspectos anteriormente referidos, e com o objectivo de orientar a entrevista de acordo com os aspectos centrais em estudo, foi elaborado um guião (Apêndice A), com base no referencial teórico e nos objectivos do estudo.

O guião da entrevista é composto por duas partes principais. Uma primeira parte, constituída por perguntas fechadas, relacionadas com a caracterização sócio demográfica da amostra: data de nascimento; género; tempo de serviço; tempo no serviço actual; formação académica; formação profissional; formação recebida na área dos cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem (ou durante o curso de complemento de formação caso se aplique); formação feita na área dos cuidados dos cuidados paliativos no âmbito da formação profissional, formação em serviço ou formação pós-graduada, Apêndice A (guião entrevista).

A segunda parte, do guião da entrevista é constituída por perguntas abertas, dando a possibilidade ao entrevistado de expressar livremente a sua perspectiva. As perguntas foram formuladas, tendo em conta os objectivos específicos definidos e as respectivas dimensões em análise, como se pode ver no **Quadro 1**.

Quadro 1: Objectivos específicos e respectivas dimensões em análise.

Objectivo Específico	Dimensão
1. Identificar a influência da organização familiar no apoio ao doente, na perspectiva do enfermeiro.	1. Organização familiar no apoio ao doente.
2. Identificar a influência da organização familiar no apoio ao cuidador principal, na perspectiva do enfermeiro.	2. Organização familiar no apoio ao cuidador principal.

Objectivo Específico	Dimensão
3. Conhecer a preocupação do enfermeiro com a sobrecarga/fadiga do cuidador principal.	3. Sobrecarga/fadiga do cuidador principal.
4. Identificar as necessidades dos doentes e sua família segundo a percepção dos enfermeiros.	4. Necessidades do doente e família.
5. Identificar as dificuldades pessoais dos enfermeiros ao cuidar de doentes em cuidados paliativos.	5. Dificuldades pessoais do enfermeiro.
6. Conhecer o conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros.	6. Conceito cuidados paliativos do enfermeiro.
7. Compreender a importância reconhecida pelos inquiridos aos cuidados paliativos.	7. Importância reconhecida pelo inquirido aos cuidados paliativos.
8. Compreender o impacto de uma situação negativa em cuidados paliativos.	8. Situação negativa para o enfermeiro.
9. Compreender o impacto de uma situação positiva em cuidados paliativos.	9. Situação positiva para o enfermeiro.
10. Caracterizar a formação em cuidados paliativos.	10. Formação do enfermeiro em cuidados paliativos.

Temos assim, para cada objectivo e respectiva dimensão em análise, as perguntas seguintes:

Hoje em dia, fala-se muito em cuidados paliativos. Parece haver, uma tendência para o aumento do número de atendimentos a estes doentes.

1. Da sua experiência, como vê a organização da família de forma a apoiar o doente?

2. E de forma a apoiar o cuidador principal?
3. Preocupa-a/o a possibilidade de sobrecarga de trabalho/fadiga do cuidador principal, a quando da alta do doente?
4. Na sua perspectiva, quais são as necessidades destes doentes? E suas famílias?
5. De acordo com a sua experiência, que dificuldades pessoais tem sentido ao cuidar destes doentes?
6. Tendo em conta a sua experiência, o que são para si cuidados paliativos?
7. Que importância este tipo de cuidados, poderá ter para o doente e sua família?
8. Recorda-se de alguma situação, com estes doentes, que tenha sido muito positiva para si?
9. Recorda-se de alguma situação muito negativa? Porque a considera como tal?
10. Ao longo da sua vida profissional, no contacto com estes doentes, sentiu lacunas na sua formação, nesta área da prestação de cuidados?

No sentido, de mostrar abertura e permitir que o inquirido expresse a sua opinião acerca de aspectos que não foram mencionados, foi elaborada a pergunta:

11. Além dos aspectos até aqui mencionados, há mais algum, que lhe pareça importante abordar ou sobre o qual gostasse de falar?

Este guião, procura dar resposta, ao princípio básico segundo o qual, como refere Aucoin cit. por Velez (1994:31), “ os sujeitos não devem ser influenciados nem orientados na sua forma de pensar”.

Para testar a clareza das perguntas incluídas no guião de entrevista, foi efectuado um pré teste. Para tal, foram seleccionados, dois enfermeiros, da mesma instituição hospitalar.

Para Polit (1995:169), “(...) um pré-teste, constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja”.

Com a entrevista anteriormente apresentada, pretende-se identificar as necessidades dos doentes e sua família, na perspectiva dos enfermeiros; identificar as dificuldades pessoais dos enfermeiros ao cuidar destes doentes e suas famílias; conhecer o conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros; conhecer a importância reconhecida pelo inquirido aos cuidados paliativos; conhecer o impacto no inquirido de uma situação positiva e de uma situação negativa em cuidados paliativos, bem como a sua preocupação com a sobrecarga do cuidador e a caracterização da formação pré-graduada em cuidados paliativos.

2.3.2 - Questionário acerca da percepção dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos

Tendo em conta, que o questionário foi construído a partir das dimensões obtidas a partir da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas aos enfermeiros chefes e

responsáveis de serviço, este foi entregue em cada serviço aos inquiridos de modo a que estes o preencham, ou seja por administração directa.

Segundo Quivy & Campenhoudt (2005:189), o inquérito por questionário está indicado, quando se pretende apreender o conhecimento de uma população enquanto tal: as suas condições de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões. A análise de um fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão.

Por outro lado este instrumento de recolha de informação, permite quantificar uma multiplicidade de dados e proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação, Quivy & Campenhoudt (2005:189).

Este aspecto, mostra-se como fundamental, uma vez que, permite analisar a concordância de respostas entre os resultados obtidos para o Estudo A e para o Estudo B.

A análise dos dados colhidos através de questionário, em que as respostas são pré-codificadas perdem o significado em si mesmas, mas permitem a sua utilização no âmbito de uma abordagem qualitativa, em que é possível comparar as respostas globais de várias categorias sociais e analisar a correlação entre variáveis Quivy & Campenhoudt (2005:190).

A utilização de um estudo preliminar, ajuda a identificar as variáveis mais importantes a investigar, e assim determinar quais serão incluídas no estudo principal. Para atingir este objectivo, podem ser utilizadas entrevistas pouco estruturadas ou discussões de grupo.

Segundo Hill & Hill (2005:74), depois deste estudo preliminar, o investigador tem que utilizar a informação recolhida para elaborar as perguntas do questionário que quer utilizar na investigação principal.

Tendo em conta a diversidade e quantidade de informação obtida a partir do estudo A, bem como os limites de tempo e recursos disponíveis, decidiu-se por restringir o estudo B, ao impacto dos cuidados paliativos sobre os enfermeiros, às suas necessidades formativas, às suas preocupações e estratégias de adaptação. No sentido de compreender a forma como os enfermeiros se adaptam aos factores de *stress* (*coping*) inerentes à prestação de cuidados a doentes em fim de vida e com a carga emocional que lhe está associada, considerou-se como adequada adição de uma escala de *cooping* ao questionário construído a partir das dimensões que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas. Assim, o questionário é constituído por uma breve introdução, onde é solicitada a colaboração do inquirido, uma breve explicação do objectivo do estudo e garantida a confidencialidade do mesmo. Segue-se uma primeira parte constituída por dados de caracterização da amostra; uma segunda parte constituída por um questionário de impacto, que avalia o impacto da prestação de cuidados a doentes terminais e sua família sobre o enfermeiro, um questionário acerca das preocupações do enfermeiro com a sua prática em cuidados paliativos e um questionário acerca das necessidades formativas dos enfermeiros em cuidados paliativos. Estas escalas foram construídas a partir dos dados que emergiram do estudo A. A terceira parte é constituída pela escala de *cooping*, COPE - Resumido. Apêndice B (Questionário).

No sub-capítulo seguinte é feita uma apresentação da escala de avaliação das estratégias de adaptação ao *stress* adoptadas em cuidados paliativos, o COPE – Resumido.

2.3.2.1 – COPE - Resumido

O *Brief Cope*, proposto por Carver em 1997, foi adaptado à realidade portuguesa em 2003 por Pais-Ribeiro e Rodrigues, e tem por objectivo avaliar os estilos e estratégias de *coping* decisional ou situacional no adulto.

Este instrumento de avaliação de *coping* foi criado a partir do modelo de *coping* de Lazarus e Folkman e do modelo de auto-regulação comportamental (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004:7).

A escala desenvolvida por Carver, é uma medida da forma como as pessoas enfrentam situações percebidas como ameaçadoras. Esta escala, é composta por 28 itens, distribuídos por 14 sub-escalas, como se pode ver no **Quadro 2**.

Quadro 2: Subescalas do COPE e sua definição, adaptado de (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004:10).

Subescala	Definição
1. <i>Cooping</i> activo	Iniciar uma acção ou fazer esforços para remover ou circunscrever o <i>stressor</i> .
2. Planear	Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planear os esforços de <i>coping</i> activos.
3. Utilizar suporte instrumental	Procura ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer.
4. Utiliza suporte social emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
5. Religião	Aumento da participação em actividades religiosas.
6. Reinterpretação positiva	Fazendo o melhor da situação, crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.
7. Auto-culpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.

Sub-escalas	Definição
8. Aceitação	Aceitar o facto que o evento <i>stressante</i> ocorreu e é real.
9. Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do <i>stress</i> emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
10. Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do evento <i>stressante</i> .
11. Auto distração	Desinvestimento mental do objectivo com que o <i>stressor</i> está a interferir, através do sonho acordado, dormir ou auto distração.
12. Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o <i>stressor</i> está a interferir
13. Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do <i>stressor</i> .
14. Humor	Fazer piadas acerca do <i>stressor</i> .

Cada uma das subescalas é constituída por dois itens, como se pode ver a seguir, no

Quadro 3.

Quadro 3: Itens que constituem cada subescala, adaptado de (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004:12)

Subescalas	Itens
1. <i>Cooping</i> activo	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).
2. Planear	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer. Penso muito na melhor forma de lidar com a situação.
3. Utilizar suporte instrumental	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.

Subescalas	Itens
4. Utiliza suporte social emocional	Procuo apoio emocional de alguém (familiares, amigos). Procuo o conforto e compreensão de alguém.
5. Religião	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual. Rezo ou medito.
6. Reinterpretação positiva	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.
7. Auto-culpabilização	Faço críticas a mim próprio. Culpo-me pelo que está a acontecer.
8. Aceitação	Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer. Tento aprender a viver com a situação.
9. Expressão de sentimentos	Fico aborrecida e expresso os meus sentimentos (emoções). Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.
10. Negação	Tenho dito para mim próprio/a: “isto não é verdade”. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma, comigo.
11. Auto distracção	Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver tv, ler, sonhar, ou ir às compras.
12. Desinvestimento comportamental	Desisto de me esforçar para obter o que quero. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.
13. Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	Refugio-me no álcool ou outras drogas (medicamentos, ...) para me sentir melhor. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos, ...) para me ajudar a ultrapassar os problemas.
14. Humor	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira. Enfrento a situação com sentido de humor.

Esta versão baseia-se na versão original de 60 itens de Carver et al. (1989). O *alfa de Cronbach* para a versão portuguesa é de 0,90 e de 0,87 para a versão original. A correlação entre itens e a dimensão a que pertencem variam entre os 0,83 e os 0,93, e são muito semelhantes para os dois itens. Pelo menos dois terços da variância da

dimensão são garantidos pelo item escolhido. O COPE – Resumido permite uma interpretação semelhante à do *Brief Cope*, mostrando propriedades de medida muito semelhantes às deste, com uma forte correlação entre o item e a dimensão a que pertence. A adaptação da versão portuguesa seguiu os passos utilizados pelos autores da versão original e com população semelhante encontrou resultados idênticos à versão original. (Pais-Ribeiro, 2007:204).

No questionário utilizado, o preenchimento da escala é antecedido por uma introdução breve, em que se pede à pessoa para responder acerca do modo como enfrenta as situações de *stress* ao cuidar do doente e sua família, em cuidados paliativos.

Os itens são redigidos em termos da acção que a pessoa implementa para enfrentar uma situação percebida como ameaçadora, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro opções (de 0 a 3), entre “nunca faço isto”, até “faço sempre isto”.

A versão reduzida, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de *coping* que apresenta é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004:14). Anexo. B.

2.4 – Limitações do Estudo

O desenvolvimento do estudo, num hospital recente, com recursos humanos jovens, em número considerado pouco representativo. Uma vez que, os enfermeiros têm uma experiência profissional curta e constituem uma população total de 50 enfermeiro (total de enfermeiros dos Serviços de Medicina e Cirurgia). Esta, é a grande limitação deste estudo, uma vez que a população estudada não permite inferir dados generalizáveis a população de enfermeiros. Por outro lado o alargamento do estudo a

outras instituições não se adequava ao objectivo geral do mesmo, nem seria exequível, do ponto de vista temporal.

No próximo capítulo, são apresentados e discutidos os resultados que emergiram do Estudo A e do Estudo B.

3 – Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo serão apresentados os dados que emergiram do estudo A e do Estudo B, sendo em primeiro lugar apresentados os resultados referentes ao primeiro, no sub-capítulo que se segue e posteriormente, os dados referentes ao segundo estudo, no sub-capítulo seguinte.

3.1 – Estudo A

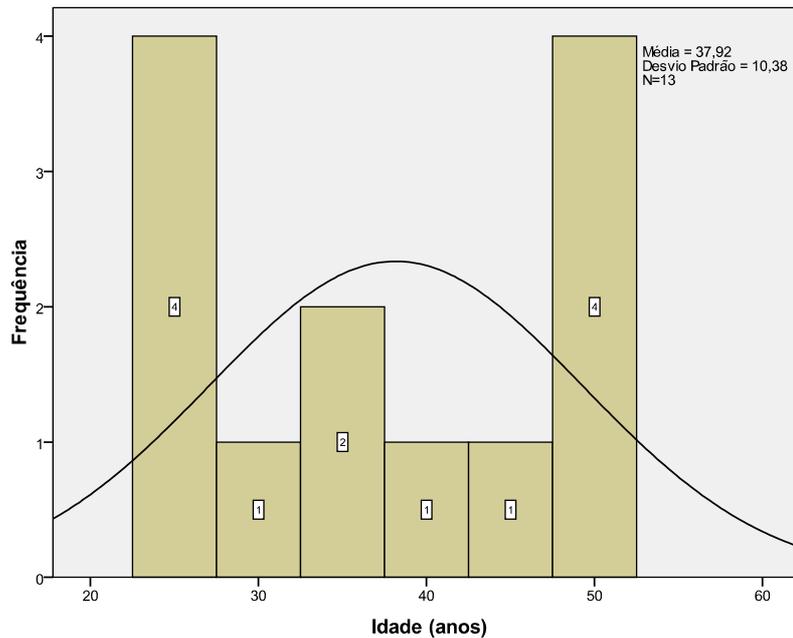
Os dados que emergiram do estudo A, estiveram na base da construção do instrumento de colheita de dados utilizado para o estudo B, como anteriormente referido, motivo pelo qual, é o primeiro a ser apresentado. Assim, segue-se a caracterização da amostra, sendo posteriormente apresentados os resultados obtidos neste estudo para cada uma das dimensões em análise, com recurso à sua representação esquemática, numa tentativa de facilitar a sua compreensão visual.

3.1.1 – Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 13 enfermeiros chefes e responsáveis de equipa dos serviços de medicina e cirurgia.

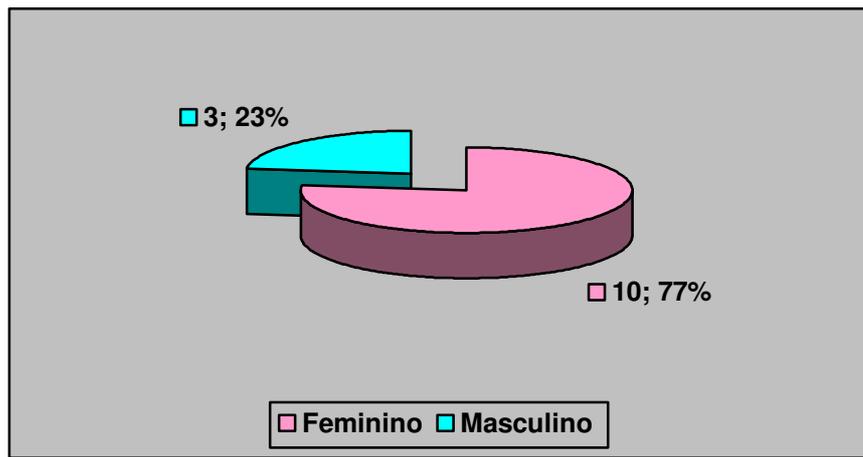
Quanto à **idade**, verificou-se, que a mesma varia entre uma idade mínima de 25 anos e uma idade máxima de 52 anos de idade, com uma concentração dos indivíduos em idades extremas, abaixo dos trinta anos e acima dos 45. A idade média é de 37,92, como se pode observar no **Gráfico 1**, que se encontra na página seguinte.

Gráfico 1: Histograma de Idade



Em relação ao **género**, a maioria dos indivíduos da amostra são do género **feminino** (77% dos respondentes), como se pode ver no **Gráfico 2**. Apenas 23% dos indivíduos da amostra são do género masculino.

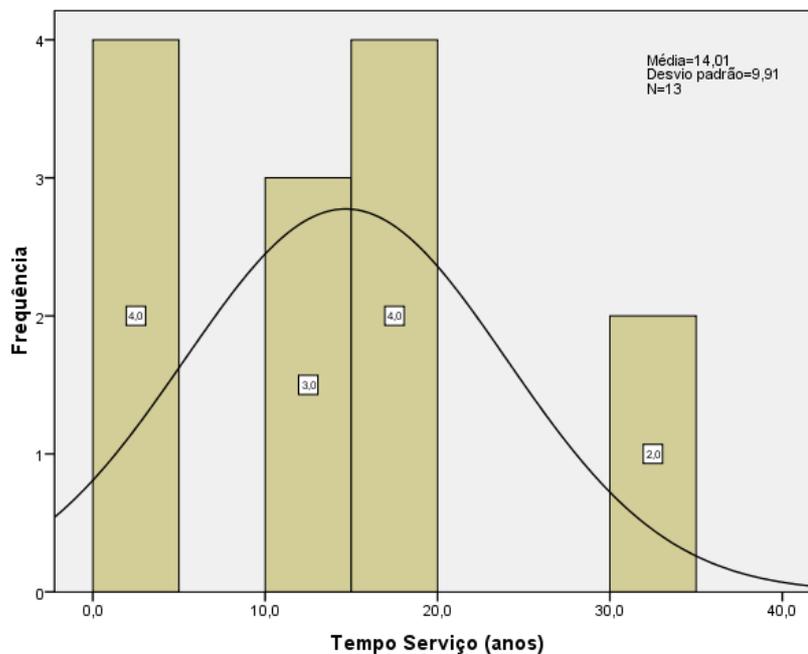
Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros segundo o Género



No que respeita ao **tempo de serviço**, ou seja, há quanto tempo desempenha funções como enfermeiro, verificou-se uma variação entre um mínimo de 2 anos e 3 meses e um máximo de 31 anos de serviço. Verifica-se uma maior concentração dos

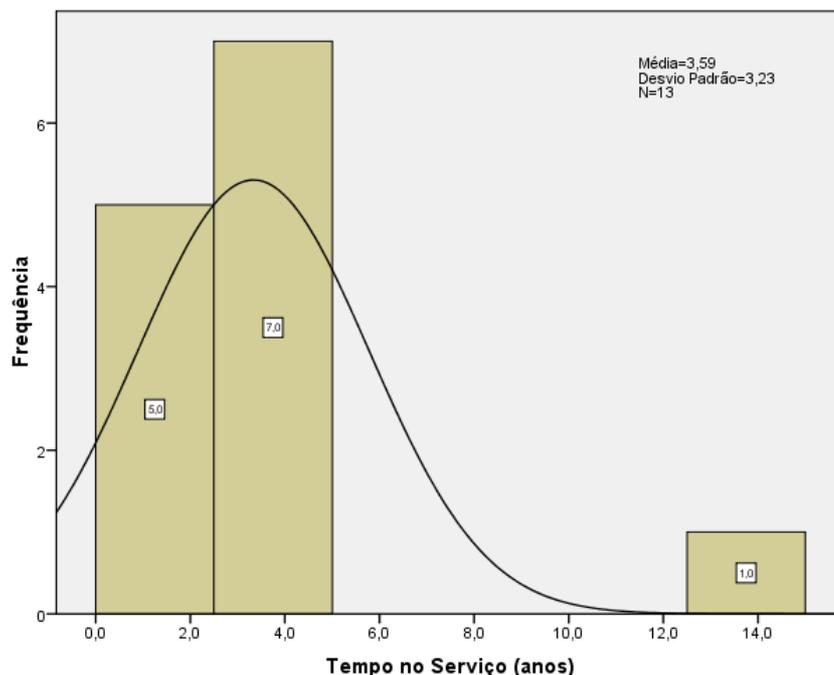
respondentes entre os 10 e os 20 anos de serviço. O tempo de serviço médio é de 14 anos, como se pode ver no **Gráfico 3**.

Gráfico 3: Histograma do Tempo de Serviço



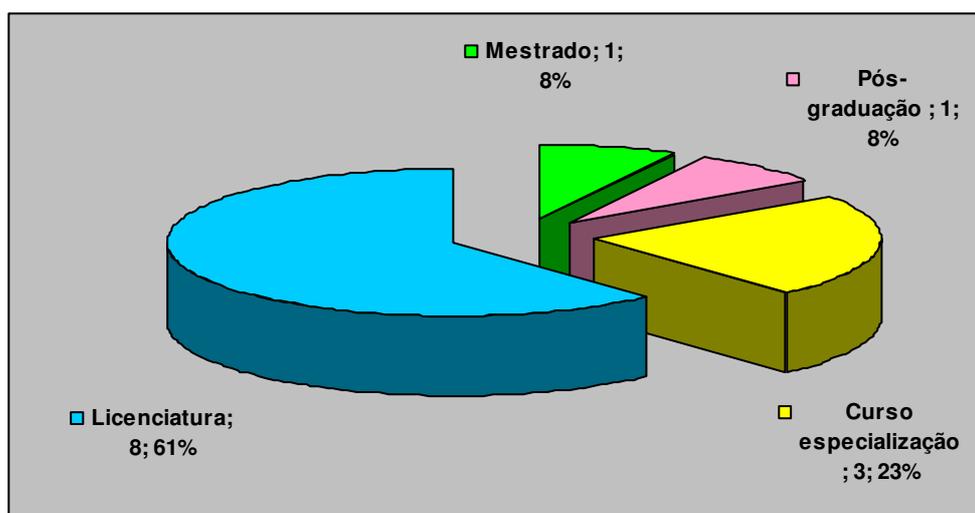
Relativamente ao **tempo no serviço actual**, o seja, há quanto tempo trabalha no serviço actual. Verifica-se uma variação entre 1,5 anos e os 14 anos de serviço, entendendo-se como tempo de serviço num serviço de medicina ou de cirurgia. Verifica-se uma concentração dos respondentes até aos 5 anos de serviço, para 12 dos mesmos, sendo um dos indivíduos a excepção, com 14 anos de serviço. O tempo médio de permanência no serviço é de 3,59 anos, como se pode verificar no **Gráfico 4**.

Gráfico 4: Histograma do Tempo no Serviço Actual



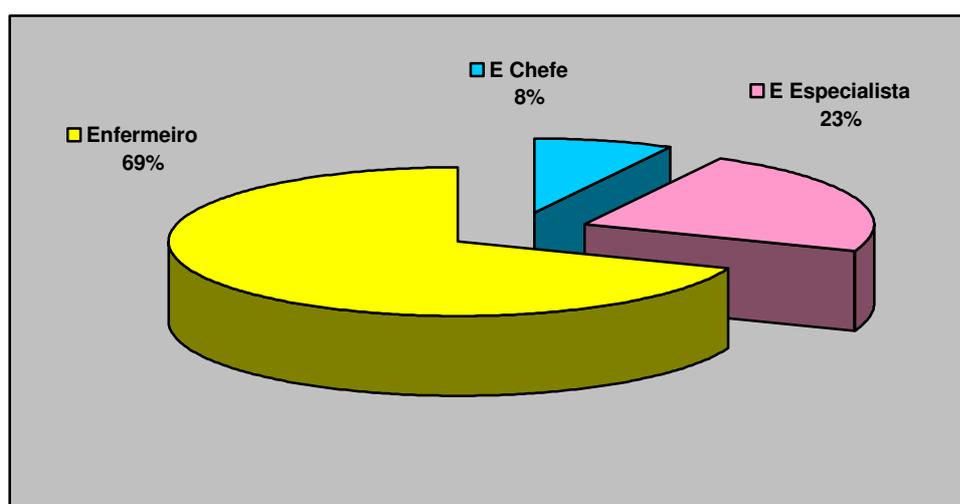
Em relação à **formação académica** verificou-se que 61% (8) dos enfermeiros entrevistados são licenciados, 23% (3) têm o curso de especialização numa área da enfermagem, e 8% (1) têm uma pós-graduação ou curso de mestrado, como se pode ver na página seguinte, no **Gráfico 5**.

Gráfico 5: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica



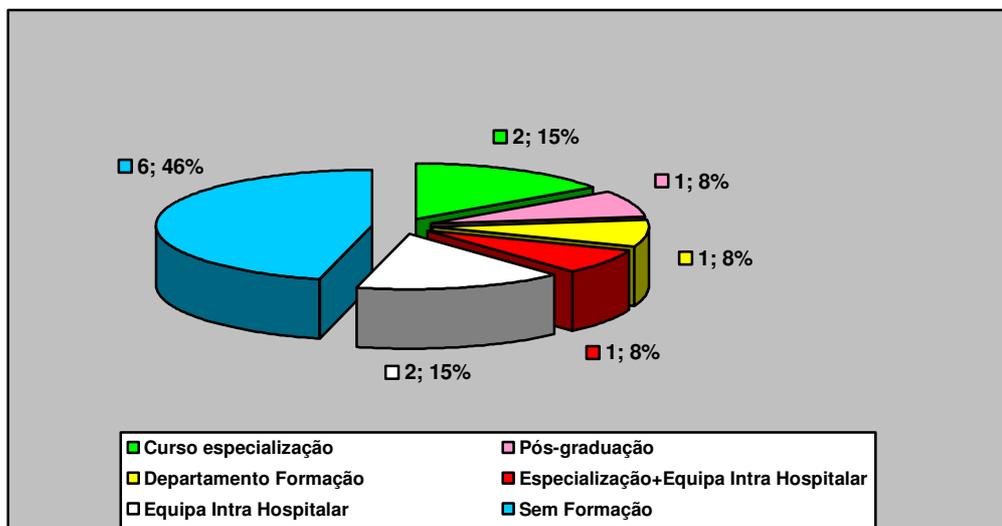
Quanto á **categoria profissional** dos entrevistados, a maioria, 69% (9 indivíduos) são enfermeiros, 23% (3 indivíduos) são especialistas e 8% chefes (1 indivíduo é chefe, como se pode ver no **Gráfico 6**.

Gráfico 6: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Categoria Profissional



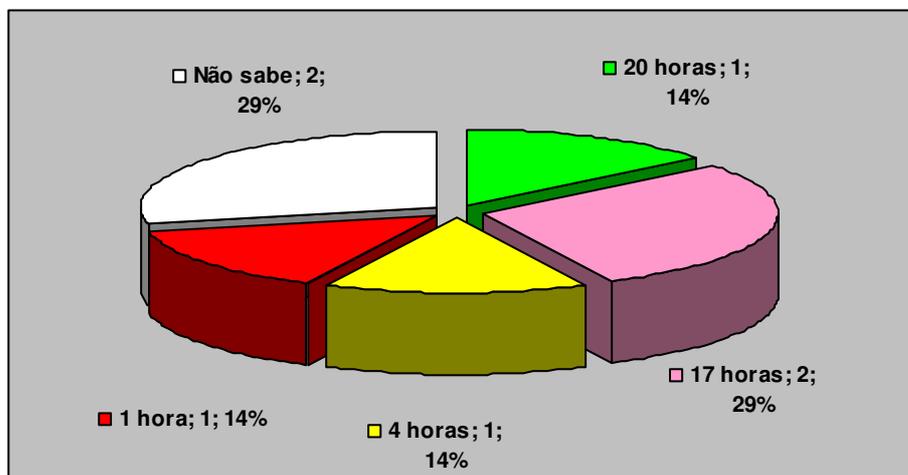
Relativamente à **formação em cuidados paliativos**, verificou-se que, nenhum dos entrevistados recebeu formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem ou durante o curso de licenciatura, ou seja, antes ou depois do curso geral de enfermagem ser reconhecido enquanto licenciatura. Os que receberam formação em cuidados paliativos, esta ocorreu durante o curso de especialização para 3 dos entrevistados, tendo 1 deles recebido também formação da equipa intra hospitalar de suporte em cuidados paliativos, durante a pós-graduação para 1 dos indivíduos, através do departamento de formação para um dos entrevistados e através da equipa intra hospitalar de suporte hospitalar em cuidados paliativos, para outros 2, como se pode ver abaixo, no **Gráfico 7**.

Gráfico 7: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação em Cuidados Paliativos



Quanto ao **tempo de formação em cuidados paliativos** para 7 dos entrevistados que a possuem, verifica-se que 1 recebeu uma formação com uma duração de 20 horas, 2 receberam formação com uma duração de 17 horas, 1 com uma formação de 4 horas, 1 com uma duração de 1 hora e os restantes 2 não sabem quantificar como se pode ver no **Gráfico 8**, abaixo representado.

Gráfico 8: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos



Significando, que apenas um dos entrevistados recebeu formação que se pode considerar como básica, ou seja, com uma duração entre 18 e 45 horas, segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Da caracterização da amostra há a salientar, que:

- A amostra é constituída por 13 indivíduos;
- A média de idades é de 37,92 anos;
- 77% dos indivíduos são do género feminino;
- A maioria dos indivíduos tem entre 10 e 20 anos de serviço;
- 12 dos indivíduos têm até 5 anos de serviço, no serviço actual;
- 61% dos enfermeiros entrevistados são licenciados;
- 69% dos indivíduos têm como categoria profissional, enfermeiro;
- 54 % dos inquiridos têm formação em cuidados paliativos, apenas 1 apresenta formação com uma duração superior a 18horas.

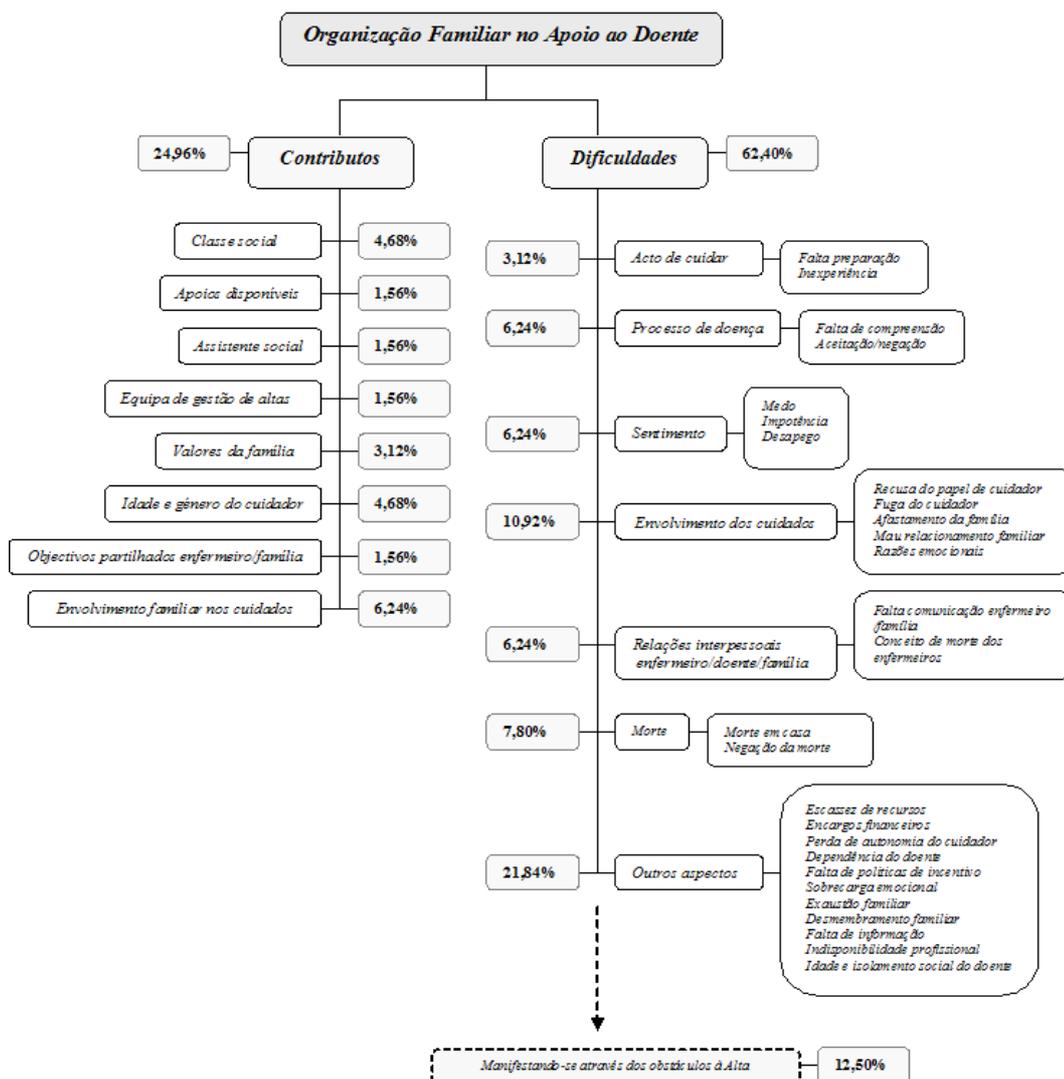
Em seguida, apresentam-se os dados obtidos para as dimensões em análise.

3.1.2 – Organização Familiar no Apoio ao Doente

Assim, temos para a primeira dimensão em estudo, **a organização familiar, no apoio ao doente**, que podemos observar na **Figura 1**, apresentado na página seguinte, que os enfermeiros identificam um maior número de factores de dificuldade 62,4% do que factores facilitadores, 24,96%. Os factores causadores de dificuldade encontrados, aqui apresentados por ordem crescente de frequência com a qual foram mencionados, encontram-se relacionados com o acto de cuidar, 3,12%; com a aceitação e compreensão do processo de doença, 6,24% com os sentimentos gerados

pela situação, 6,24%; com as relações interpessoais enfermeiro/doente/família, 6,24%; com a morte, 7,80%; com o envolvimento familiar nos cuidados, ou falta dele, 10,92%; e outros, 21,84%, onde se encontram incluídos uma multiplicidades de aspectos, como os recursos, a informação, a disponibilidade dos profissionais, todos com uma representatividade igual a 1,52%. Estes aspectos não foram categorizados, pela ausência de pontos em comum e também pela sua representatividade.

Figura 1: Representação esquemática da organização familiar no apoio ao doente.



Os aspectos que contribuem para a organização familiar são percebidos em menor número 24,96%, como anteriormente referido. Entre eles há a salientar, o envolvimento familiar nos cuidados 6,24%; a idade e género do cuidador, 4,68% (as mulheres idosas apresentam uma maior disponibilidade para cuidar segundo os entrevistados); a classe social, 4,68% (acreditando-se que as facilidades económicas associadas às classes sociais mais elevadas, facilitam a prestação de cuidados, mesmo quando recorrem à institucionalização do doente); os valores da família, 3,12%; por último, foram referidos com o mesmo grau de frequência, os apoios disponíveis, o apoio da assistente social e da equipa de gestão de altas, bem como a partilha de objectivos entre o enfermeiro e a família, todos com 1,56%.

O envolvimento familiar nos cuidados é percebido como muito importante, surgindo como maior contributo à organização familiar, quando se verifica, e como grande dificuldade quando não existe.

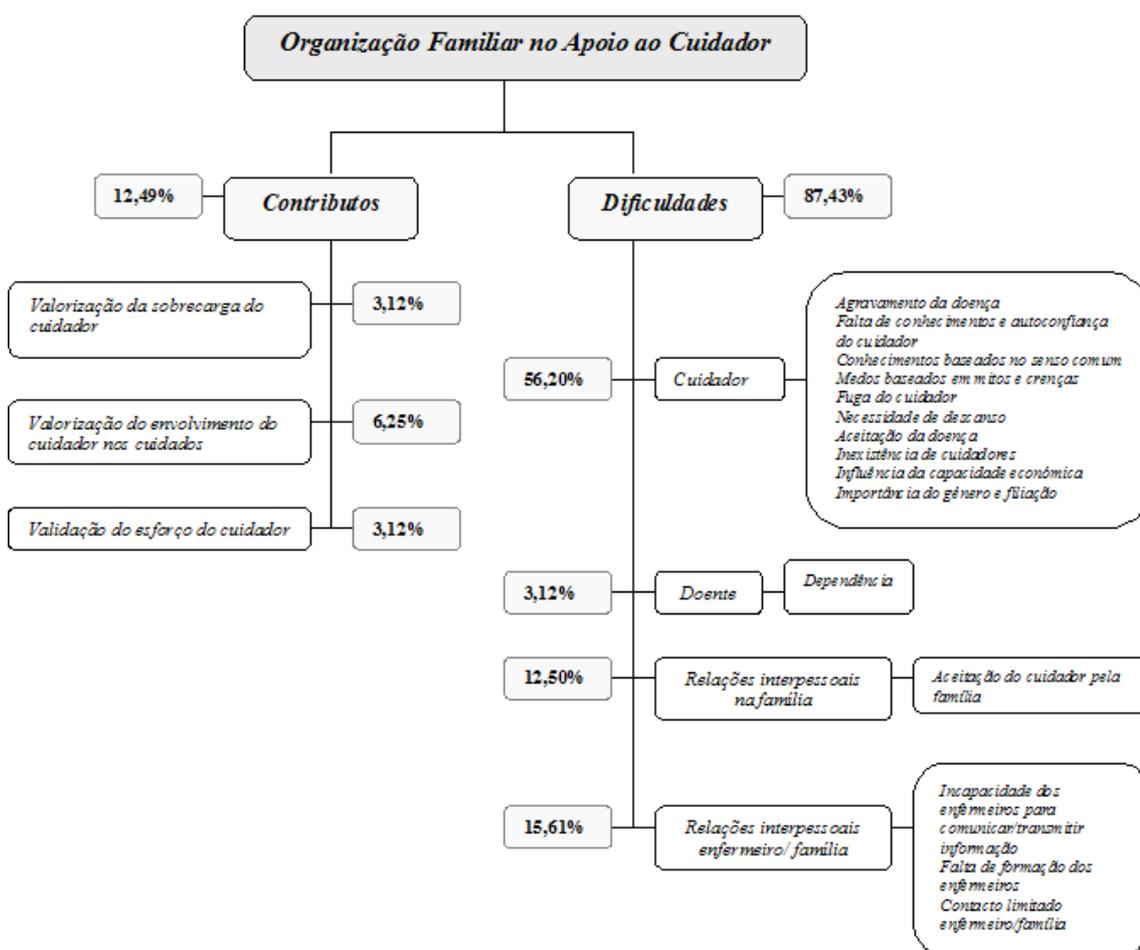
Os enfermeiros referem percepcionar as dificuldades organizativas no apoio ao doente sobretudo na altura da alta, na medida em que estas se manifestam como obstáculos à ida do doente para casa, tendo este aspecto sido referido por 12,50% dos enfermeiros.

3.1.3 – Organização Familiar no Apoio ao Cuidador

Relativamente à **organização familiar no apoio ao cuidador**, as dificuldades ganham um peso ainda maior, em relação aos aspectos facilitadores, atingindo os 87,43%. As dificuldades parecem depender essencialmente de aspectos relacionados com o cuidador 56,20%; com as relações interpessoais enfermeiro/família 15,61%; e com as relações interpessoais na família; os aspectos relacionados com o doente são os menos significativos, 3,12%.

Os enfermeiros identificaram como contributos à organização familiar, a valorização do envolvimento do cuidador no cuidado ao doente 6,25%; a valorização da sobrecarga do cuidador, 3,12%; e a validação do seu esforço do cuidador 3,12%, como se pode ver na **Figura 2**, na página seguinte.

Figura 2: Representação esquemática da organização familiar no apoio ao cuidador.



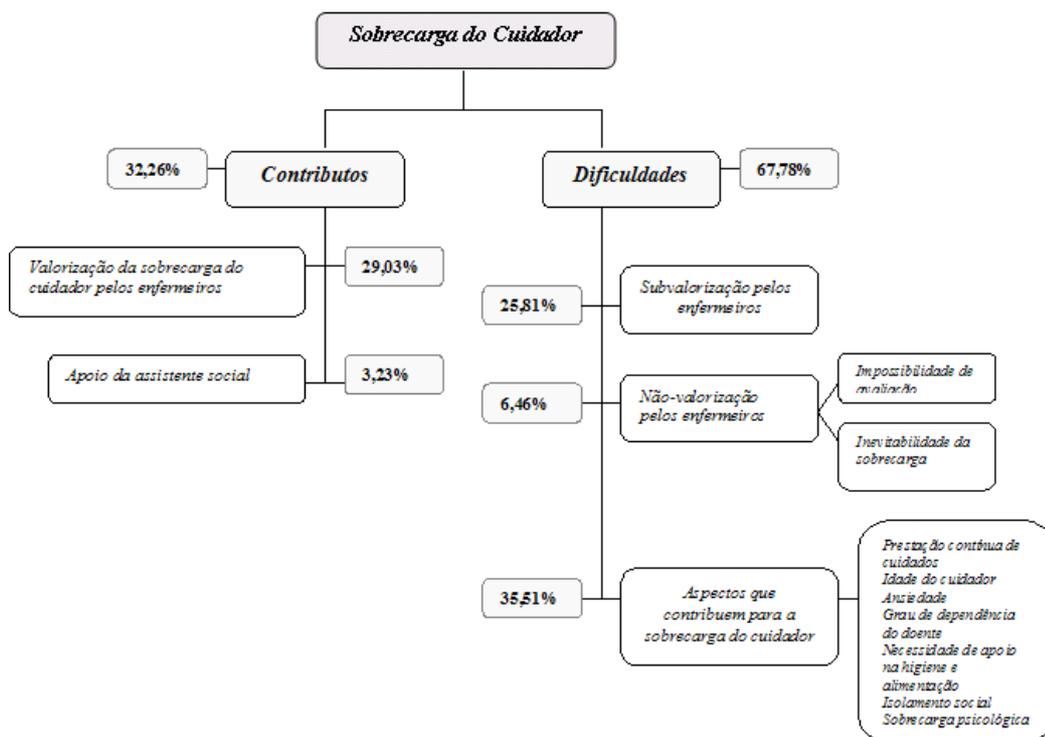
Uma vez mais, o envolvimento familiar, neste caso na pessoa do cuidador, surge como um aspecto importante na organização familiar. Por outro lado, a valorização do esforço do cuidador, bem como a sua sobrecarga, só pode ser efectuada, se existe um envolvimento real do cuidador nos cuidados prestados em equipa

doente/enfermeiro/família (sem esquecer o contributo de todos os profissionais envolvidos).

3.1.4 – Sobrecarga do Cuidador

As dificuldades, aqui consideradas, como aspectos que contribuem para a **sobrecarga do cuidador**, surgem em grande parte associadas à não valorização e à subvalorização da sobrecarga do cuidador, por parte dos enfermeiros, para 32,27% dos entrevistados, como se pode ver na **Figura 3**, abaixo representada.

Figura 3: Representação esquemática da preocupação dos enfermeiros com a sobrecarga do cuidador.



Em oposição 32,26% dos enfermeiros consideram a valorização da sobrecarga do cuidador e o apoio da assistente social como os principais contributos para evitar a sobrecarga do cuidador. Foram identificados outros factores que contribuem em

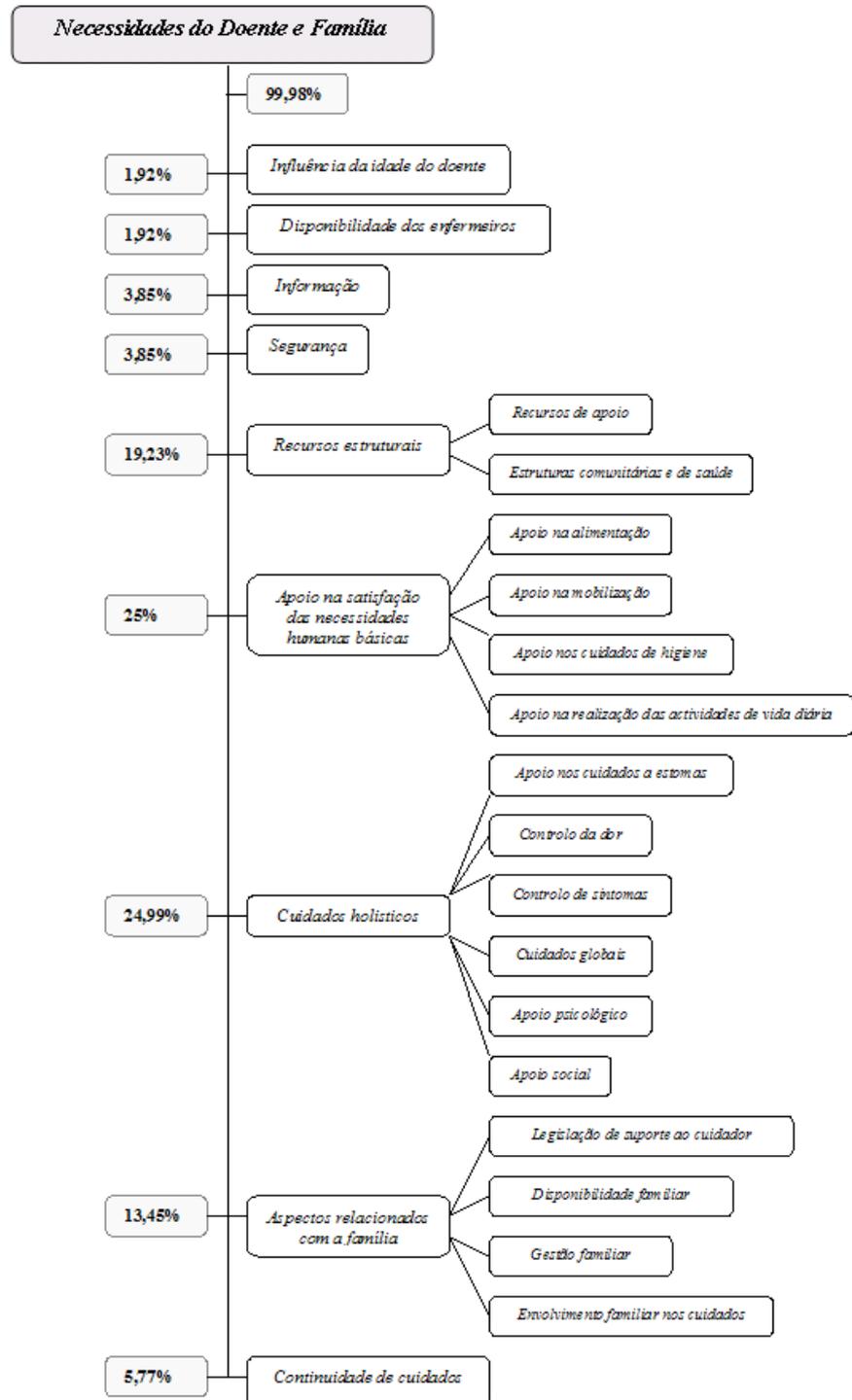
35,51% para a sobrecarga do cuidador, uns relacionados com o cuidar, outros com o doente e ainda com o próprio cuidador. Os enfermeiros embora possam ter alguma influência nos aspectos relacionados com o cuidar, tem a sua actuação limitada nos aspectos relacionados com o doente e com o cuidador, pelo que parece importante que os enfermeiros se centrem sobretudo na valorização da sobrecarga do cuidador, procedendo à sua validação com o mesmo.

3.1.5 – Necessidades do Doente e Família

As necessidades do doente e família são de ordem vária, como se pode ver representadas na **Figura 4**, apresentada na página seguinte

As necessidades identificadas são aqui apresentadas por ordem decrescente de importância, atendendo à frequência com que foram referidas pelos entrevistados: apoio à satisfação de necessidades básicas, como a alimentação, mobilização e higiene 25%; cuidados holísticos, em que o doente e família são vistos como um todo, 24,99%; necessidade de estruturas da comunidade e de saúde 19,23%; aspectos relacionados com a família, onde surge de novo o envolvimento familiar nos cuidados, a sua disponibilidade e capacidade de gestão como aspectos importantes 13,45%; garantia da continuidade de cuidados, 5,77%; informação 3,85%; segurança 3,85%; e disponibilidade dos enfermeiros 1,92%. Os enfermeiros consideraram, 1,92% que a idade do doente tem influência nas suas necessidades e nas da família, o que é compreensível na medida em que em doentes de idades diferentes, o ciclo de desenvolvimento familiar também é diferente, pelo que as necessidades inerentes à própria família também são diferentes.

Figura 4: Representação esquemática das necessidades do doente e família.

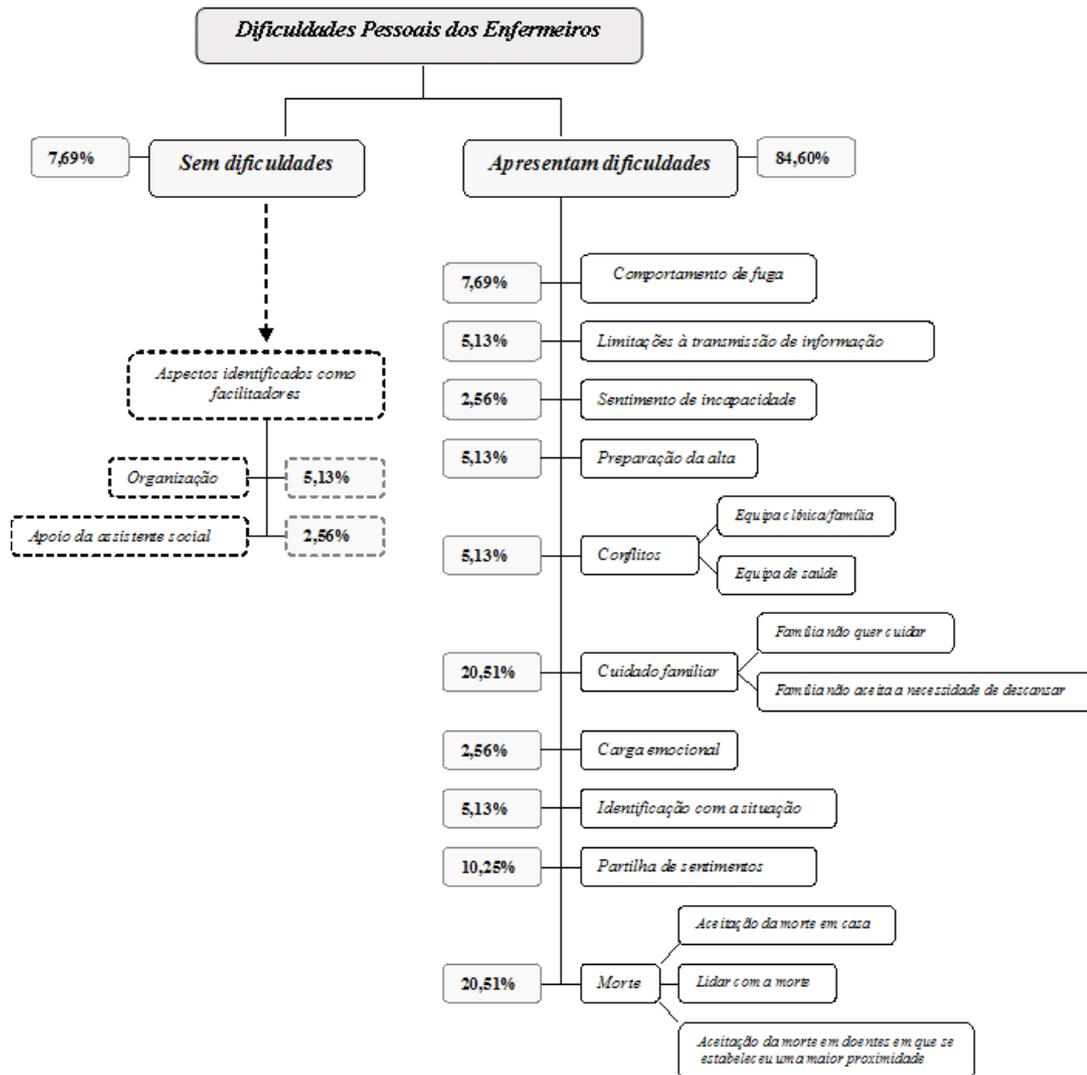


3.1.6 – Dificuldades Pessoais dos Enfermeiros

Em relação às **dificuldades pessoais dos enfermeiros** ao cuidar de doentes em

situação de terminalidade, 84,60% dos entrevistados reconheceram essas mesmas dificuldades, como se pode observar na **Figura 5**.

Figura 5: Representação esquemática das dificuldades pessoais dos enfermeiros.



Foram reconhecidas como principais dificuldades, os aspectos relacionados com o cuidar familiar, e com a morte, para 20,51% dos enfermeiros. Foi reconhecido como

muito importante a partilha de sentimentos por 10,25% dos enfermeiros, e o comportamento de fuga para 7,69%. Foram ainda consideradas como importantes, as limitações à transmissão de informação, para 5,13% dos enfermeiros; a preparação da alta e os conflitos dentro da própria equipa e entre a equipa e a família, também para 5,13% dos enfermeiros, bem como a identificação com a situação do doente. Foram valorizados por 2,56% dos enfermeiros o sentimento de incapacidade e a carga emocional.

Não reconheceram qualquer dificuldade, 7,69% dos enfermeiros entrevistados.

Referiram aspectos facilitadores, também 7,69% dos entrevistados, identificando 5,13% dos enfermeiros a organização do serviço como aspecto facilitador e 2,56%, o apoio da assistente social.

3.1.7 – Conceito de Cuidados Paliativos

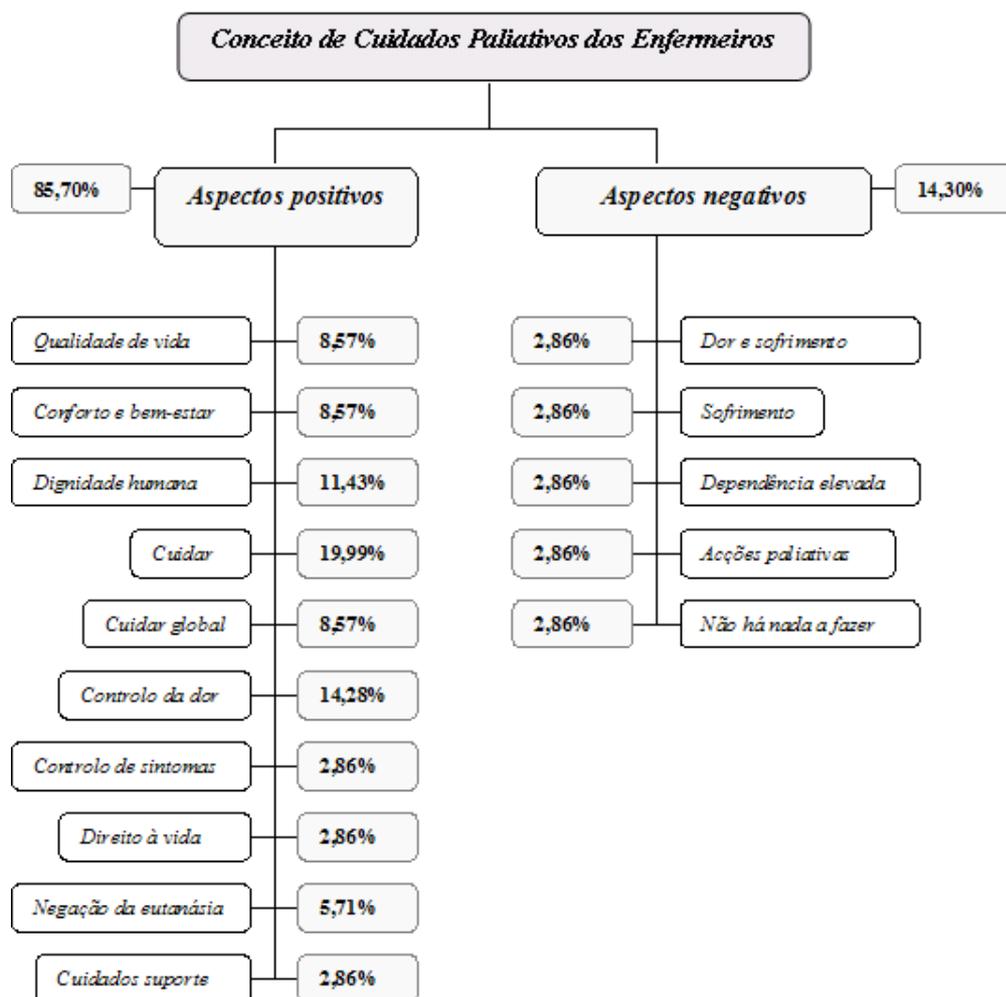
O **conceito de cuidados paliativos** dos enfermeiros centra-se sobretudo em aspectos positivos 85,70%, como se pode observar na **Figura 6**, apresentada na página seguinte.

O cuidar foi valorizado por 19,99% dos enfermeiros; o controlo da dor por 14,28%; e a dignidade humana por 11,43%. A prestação de cuidados globais, a qualidade de vida, o conforto e bem-estar foram valorizados da mesma forma por 8,57% dos enfermeiros. Seguiu-se a negação da eutanásia, referida por 5,71% dos enfermeiros, considerando estes, que o doente só recorre à eutanásia quando o seu sofrimento não é passível de ser controlado. Por último, foram também valorizados, o controlo de sintomas (onde não se inclui a dor), o direito à vida e os cuidados de suporte, referidos por 2,87% dos enfermeiros.

Para 14,30% dos enfermeiros o conceito de cuidados paliativos surge associado a

aspectos negativos, como a dor e o sofrimento, a elevada dependência do doente, as acções paliativas que são realizadas e o facto de não haver nada a fazer, todos eles valorizados da mesma forma, por 2,86% dos enfermeiros.

Figura 6: Representação esquemática do conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros.

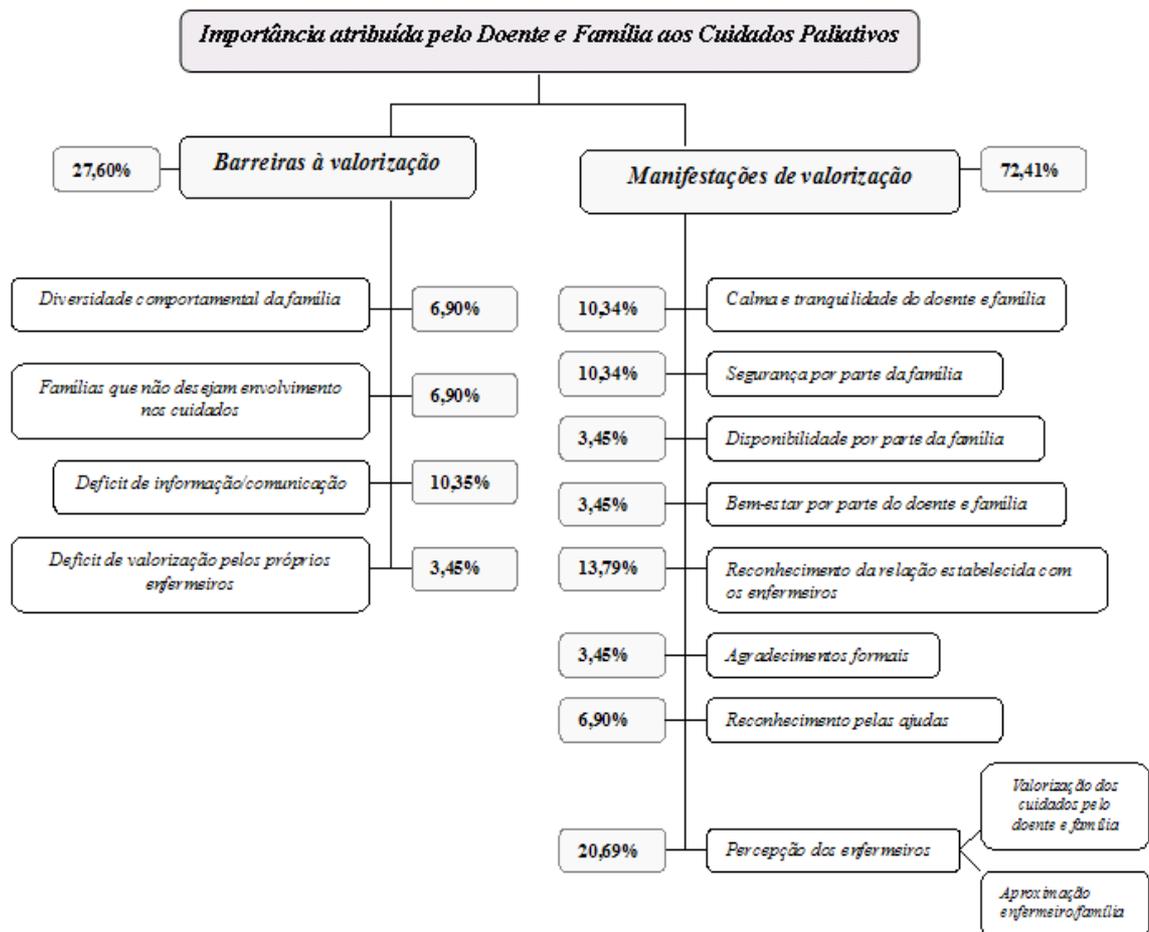


3.1.8 – Importância Reconhecida pelos Inquiridos aos Cuidados Paliativos

Relativamente à percepção que os enfermeiros têm da **importância atribuída pelo doente e família aos cuidados paliativos**, 72,41% dos enfermeiros identificaram manifestações dessa valorização, como se pode observar na **Figura 7**, que se

encontra na página seguinte. Em 20,69% dos casos essa valorização é percebida como directamente relacionada com a prestação de cuidados ao doente e com a sua aproximação à família. Nas restantes situações, os enfermeiros identificam essa valorização através do reconhecimento da relação estabelecida em 13,79% dos casos; através da calma e tranquilidade transmitidas pelo doente e família em 10,34% dos casos; através da calma e tranquilidade transmitidas pelo doente e família em 10,34% dos casos; e pela segurança transmitida pela família, também em 10,34% dos casos.

Figura 7: Representação esquemática da valorização atribuída pelo doente e família aos cuidados paliativos.



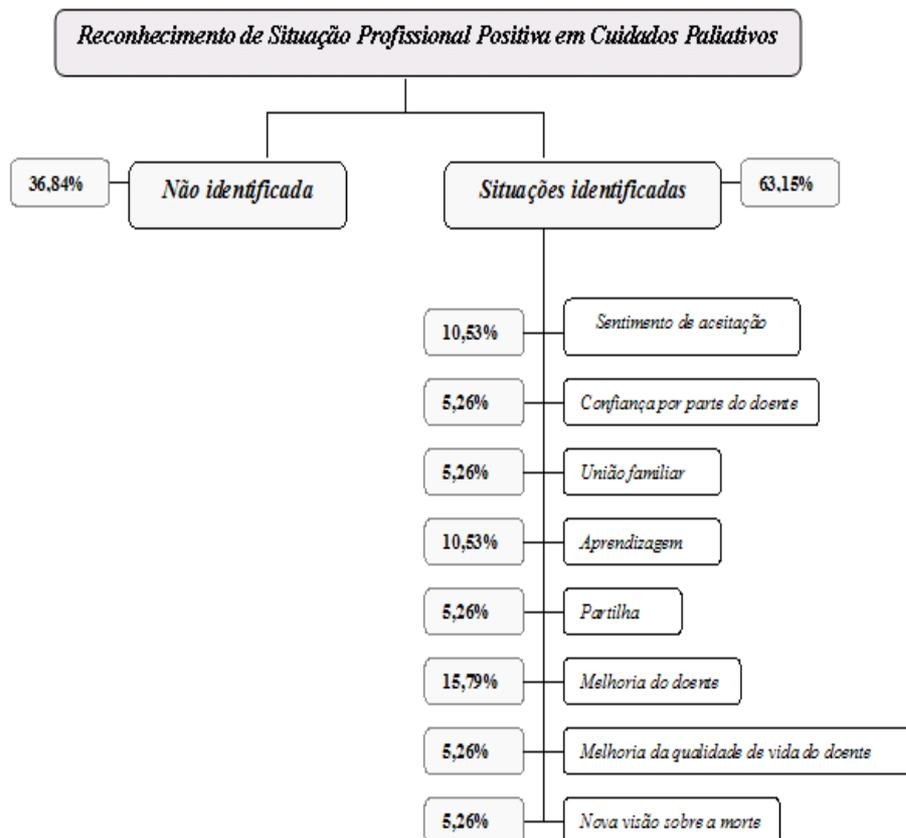
Essa valorização é também percebida através do reconhecimento pelas ajudas técnicas em 6,90% dos casos; a disponibilidade por parte da família; o bem-estar do doente e família; e os agradecimentos formais por 3,45% dos enfermeiros.

Os enfermeiros identificaram como principal barreira à valorização dos cuidados paliativos o deficit de informação/comunicação em 10,35% dos casos; a diversidade comportamental das famílias em 6,90%; as famílias que não desejam ser envolvidas nos cuidados em 6,90% dos casos; e ainda o deficit de valorização pelos próprios enfermeiros em 3,45% dos casos.

3.1.9 – Situações Profissionais Positivas

Dos enfermeiros entrevistados, 36,84% foram incapazes de identificar **situações profissionais positivas** em cuidados paliativos, como se pode observar na **Figura 8**, seguidamente apresentada:

Figura 8: Representação esquemática de situações profissionais consideradas como positivas pelos enfermeiros.



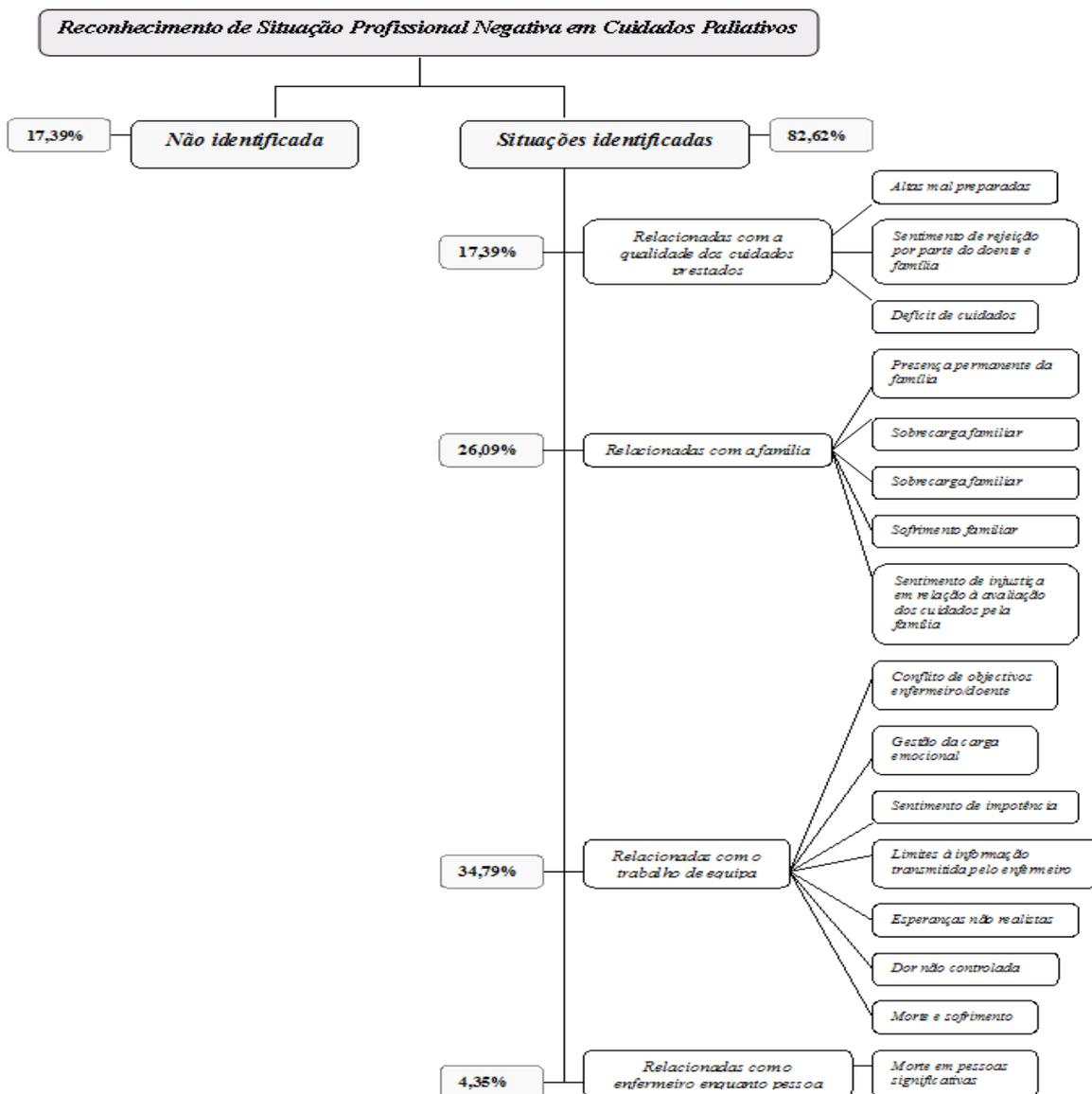
Dos 63,15% que identificaram situações profissionais positivas em cuidados paliativos, 15,79% identificaram como positivo a melhoria do doente; 10,53% sentimentos de aceitação por parte do doente e situações de aprendizagem; e 5,26% a confiança do doente, a união familiar, a partilha, a melhoria da qualidade de vida do doente e uma nova visão sobre a morte.

3.1.10 – Situações Profissionais Negativas

Os enfermeiros que não identificaram **situações profissionais negativas** em cuidados paliativos foram 17,39%. Em 82,62% dos casos foi possível identificar situações negativas, como se pode visualizar na **Figura 9**, apresentadas na página seguinte.

Os enfermeiros identificaram com maior facilidade situações profissionais negativas do que positivas. Das situações profissionais consideradas como negativas, 34,79% relacionam-se com o trabalho de equipa; 26,09% com a família; 17,39% com a qualidade dos cuidados prestados; e 4,35% com o próprio enfermeiro enquanto pessoa. Assim, 56,53% das situações negativas encontram-se directamente relacionadas com o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, enquanto elemento de uma equipa e enquanto pessoa, o que torna possível a alteração desta situação desde que disponha das ferramentas necessárias.

Figura 9: Representação esquemática de situações profissionais consideradas como negativas pelos enfermeiros.



3.1.11 – Caracterização da Formação em Cuidados Paliativos

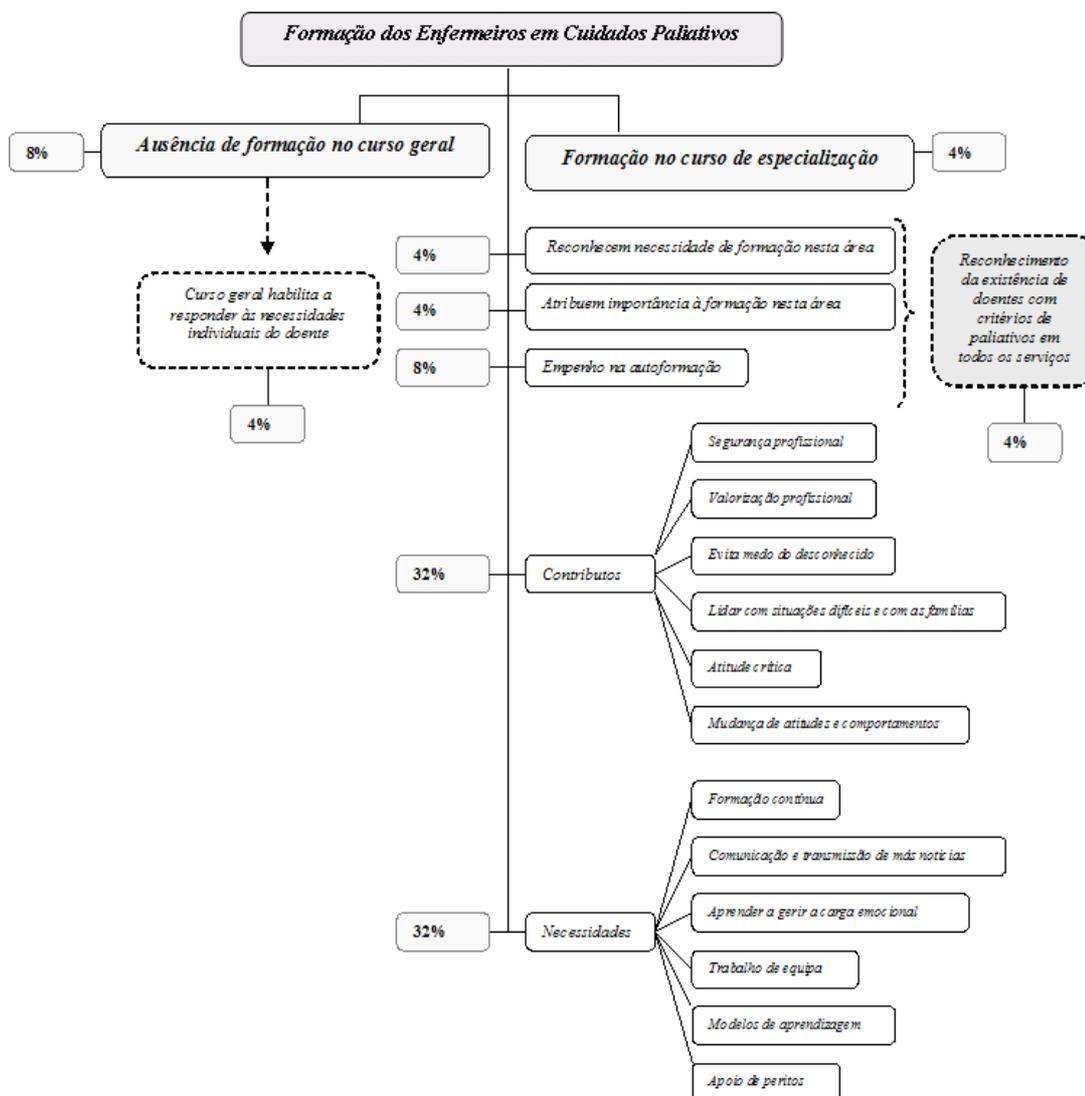
A **formação em cuidados paliativos** durante o curso geral de enfermagem contínua a ser, em via de regra inexistente. Os enfermeiros que receberam formação nesta área, esta ocorreu durante no curso de especialização em enfermagem.

Os enfermeiros consideram que o curso geral de enfermagem os capacita para responder às necessidades individuais de cada doente, o que também seria suficiente

para responder às necessidades individuais dos doentes em cuidados paliativos. O que vai contra as recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, onde se definem três níveis de formação, o nível básico com uma duração de 18 a 45 horas, o nível avançado com uma duração de 90 a 180 horas e o nível especializado com uma duração de superior a 280 horas e um estágio em unidade de credibilidade reconhecida de pelo menos 2 semanas. O nível básico encontra-se indicado na formação de base dos enfermeiros e na formação dos enfermeiros de cuidados gerais. A formação avançada para os enfermeiros que desempenham funções em unidades de cuidados paliativos ou serviços onde tenham contacto frequente com doentes com necessidades em cuidados paliativos. A formação especializada está indicada para profissionais que dirijam unidades de cuidados paliativos, exerçam funções de consultadoria, de formação ou investigação nesta área (ANCP, 2006:5). Nesta perspectiva podemos pensar que a formação do curso geral de enfermagem é suficiente para responder às necessidades gerais de um doente, mas não suficiente para responder com qualidade às necessidades globais do doente e família com grande complexidade sintomática e com um sofrimento total intenso.

Nesta perspectiva, como se pode visualizar na **Figura 10**, apresentada na página seguinte, dos enfermeiros entrevistados, 32% consideraram que a formação em cuidados paliativos pode contribuir para uma maior valorização e segurança profissional na prestação de cuidados; para evitar o medo do desconhecido; para aprender a lidar com situações difíceis e com as famílias; para ajudar a construir uma atitude crítica; para mudar atitudes e comportamentos.

Figura 10: Representação esquemática da caracterização da formação em cuidados paliativos dos enfermeiros.

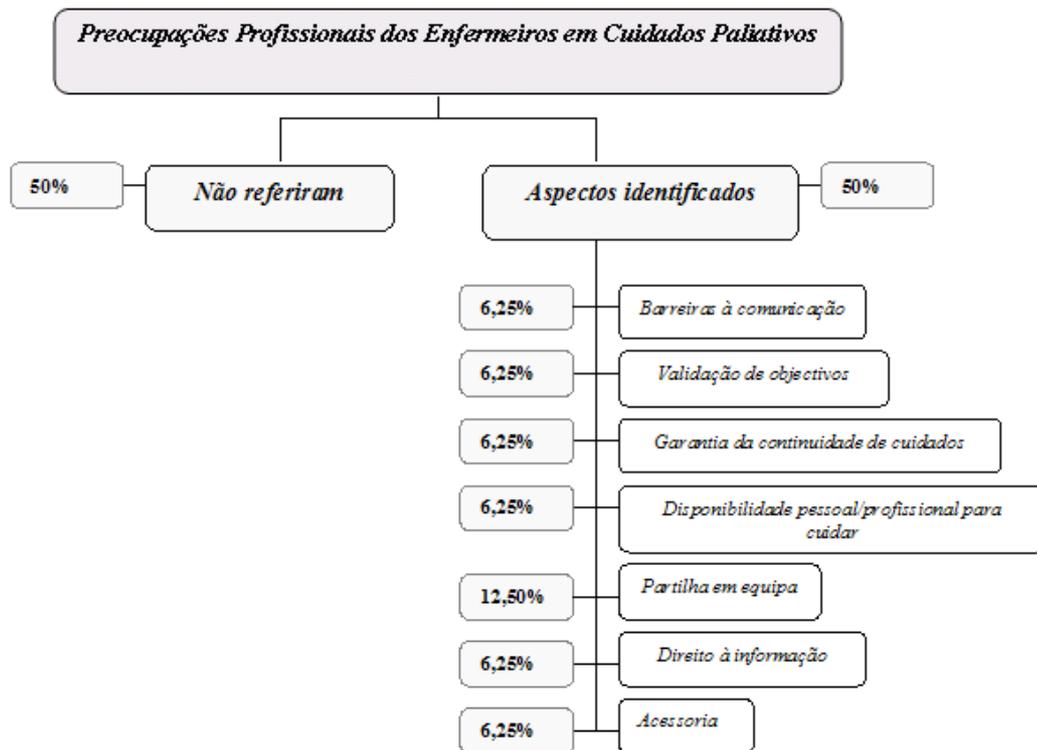


3.1.12 – Preocupações Profissionais

Em relação ao seu desempenho profissional em cuidados paliativos, 50% dos entrevistados referiram não ter qualquer **preocupação**, como se pode ver na **Figura 11**, apresentada na página seguinte. Os outros 50% mostraram-se preocupados, com a partilha em equipa, em 12,50%; com as barreiras à comunicação; a validação de objectivos; a garantia da continuidade de cuidados; a disponibilidade

pessoal/profissional dos enfermeiros para cuidar; o direito à informação e a assessoria foram referidos 6,25%.

Figura 11: Representação esquemática das preocupações profissionais dos enfermeiros em cuidados paliativos.



As preocupações manifestadas pelos enfermeiros, as suas dificuldades pessoais e as suas necessidades formativas, bem como a sua capacidade de adaptação, permitem a elaboração de um plano de formativo que responda às necessidades dos enfermeiros em cuidados paliativos.

Os dados até aqui apresentados contribuem para a reflexão acerca da problemática em estudo ao suscitar questões como:

- Os enfermeiros com maiores necessidades formativas terão maior dificuldade de adaptação em cuidados paliativos?

- Os enfermeiros com maiores necessidades formativas manifestam maiores ou menores preocupações nesta área?
- Os enfermeiros com maiores necessidades formativas são aqueles que têm menor formação?
- Os enfermeiros com menor formação têm maiores dificuldades de adaptação em cuidados paliativos? E os que têm maiores necessidades formativas?

No Estudo B, foi feita a tentativa de responder a estas questões, além de se identificarem as necessidades formativas e as preocupações mais significativas dos enfermeiros, nesta área.

3.2 – Estudo B

No presente sub-capítulo são apresentados e discutidos os resultados obtidos no estudo B. Em primeiro lugar a caracterização da amostra seguindo-se a apresentação da análise de dados para a caracterização do impacto da prática em cuidados paliativos nos enfermeiros, bem como as suas necessidades formativas e estratégias de adaptação.

Por último, procurou-se identificar as linhas orientadoras para a elaboração de um plano de formação em cuidados paliativos que será apresentado no capítulo seguinte.

Os dados obtidos através dos 35 questionários recolhidos, de uma população total de 50 indivíduos, foram tratados estatisticamente através do programa informático “S.P.S.S. – Statistical Package for Social Science (versão 17.0 para Windows).

3.2.1– Caracterização da Amostra

A amostra, com anteriormente referido, é constituída por um total de 35 ($n=35$) enfermeiros, que desempenham funções em serviços de Medicina e Cirurgia.

Começando pela **idade**, verificou-se, que a mesma varia entre os 23 e os 52 anos de idade. No **Gráfico 9**, apresentado na página seguinte, encontra-se representada a distribuição da amostra por idades, é possível verificar que os indivíduos se concentram em volta da idade média (28,51 anos), surgindo os 4 indivíduos com 45, 49 e 52 anos, como aqueles que apresentam um maior desvio em relação à média. A mediana situa-se nos 26 anos de idade, confirmando-se a baixa idade da amostra, com 50% da população abaixo dos 26 anos, como se pode ver no **Gráfico 10**, apresentado na página seguinte.

Gráfico 9: Histograma de Idade

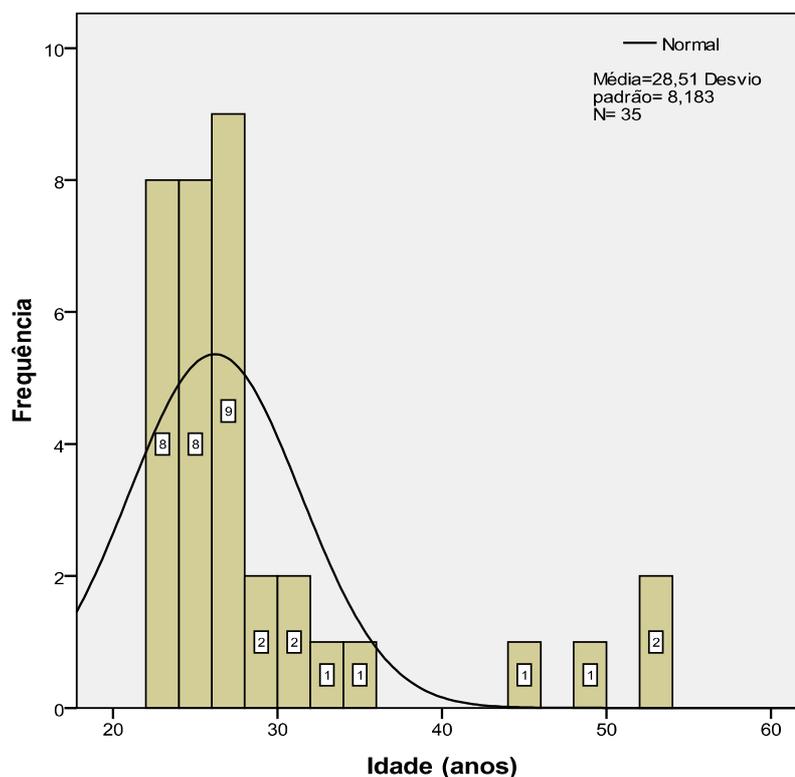
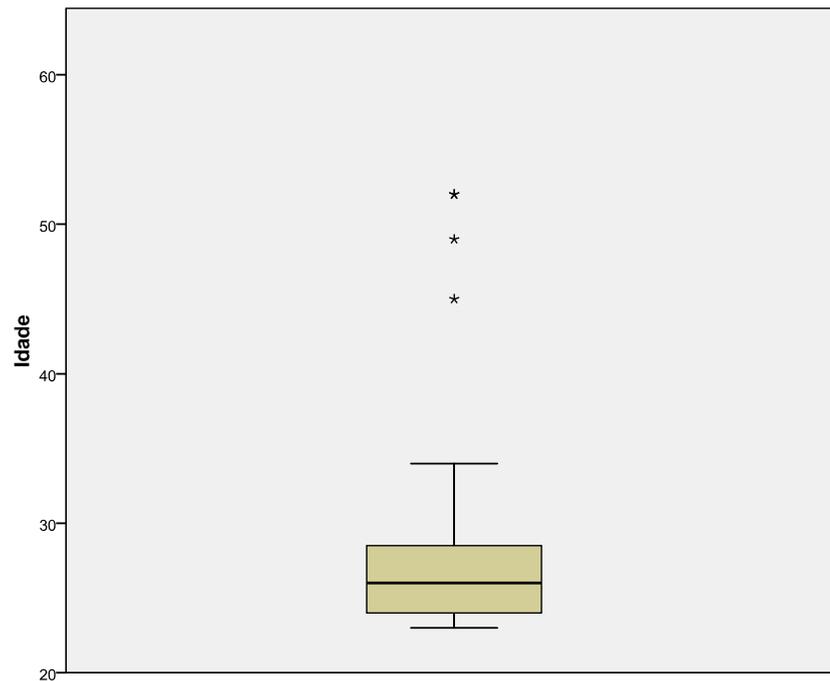
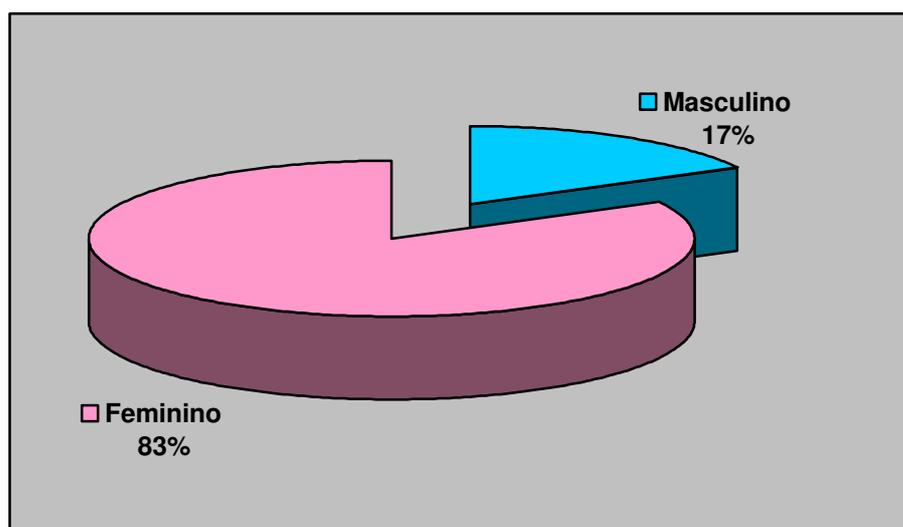


Gráfico 10: Caixa de Bigodes para a Idade



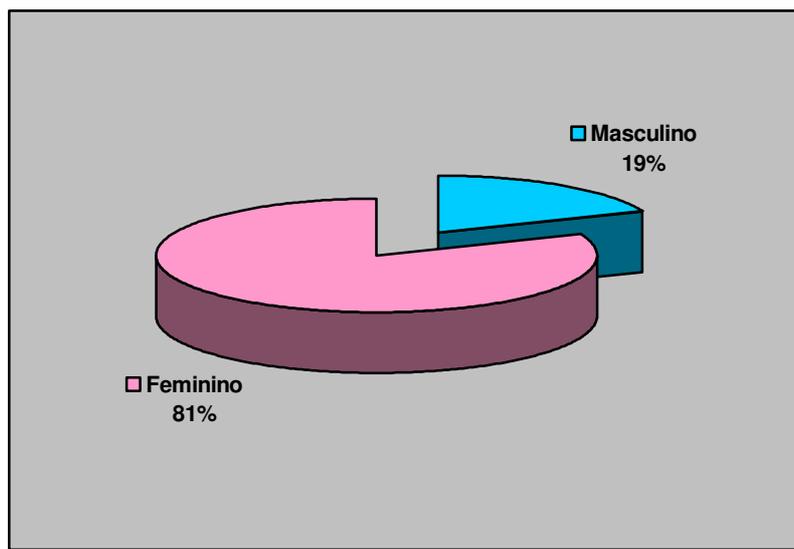
Em relação ao **género**, a maioria dos indivíduos da amostra são do género **feminino** (83% dos respondentes), como se pode ver no **Gráfico 11**. Apenas 17% dos indivíduos da amostra são do género masculino.

Gráfico 11: Distribuição da amostra segundo o Género



Os dados encontrados estão de acordo com os dados divulgados pela Ordem dos Enfermeiros, tendo em conta os enfermeiros inscritos em 31 de Dezembro de 2007, segundo os quais, 81% dos enfermeiros inscritos na Ordem são do género feminino e 19% do género masculino (Ordem dos Enfermeiros, 2008: 6), **Gráfico 12**.

Gráfico 12: Distribuição Nacional dos Enfermeiros segundo o Género



No que respeita ao **tempo de serviço**, verificou-se uma variação entre um valor mínimo de 0,50 e 32 anos, como se pode observar nos **Gráficos 13 e 14**. Verificou-se também que tempo de serviço médio é de 5,95 anos, que a moda e a mediana se situam nos 3 anos. Permitindo ainda concluir que, a distribuição da amostra, se concentra à volta da mediana, surgindo os valores superiores a 11 anos de serviço, como aqueles que mais contribuem para o desvio padrão, 2 indivíduos com 19 anos de serviço e 2 com 32 anos de serviço.

Gráfico 13: Histograma do Tempo de Serviço

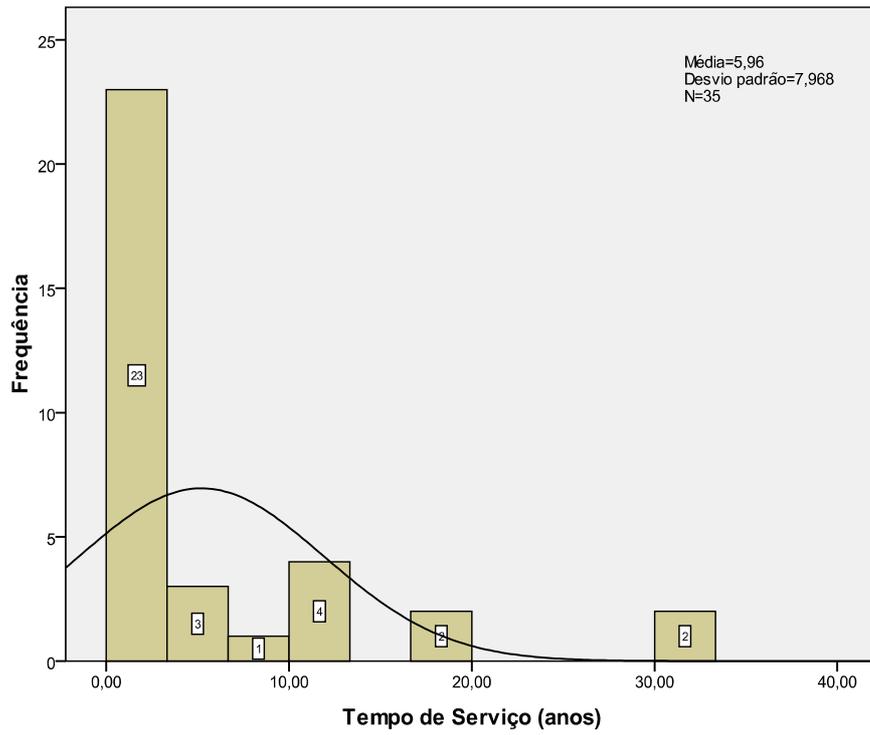
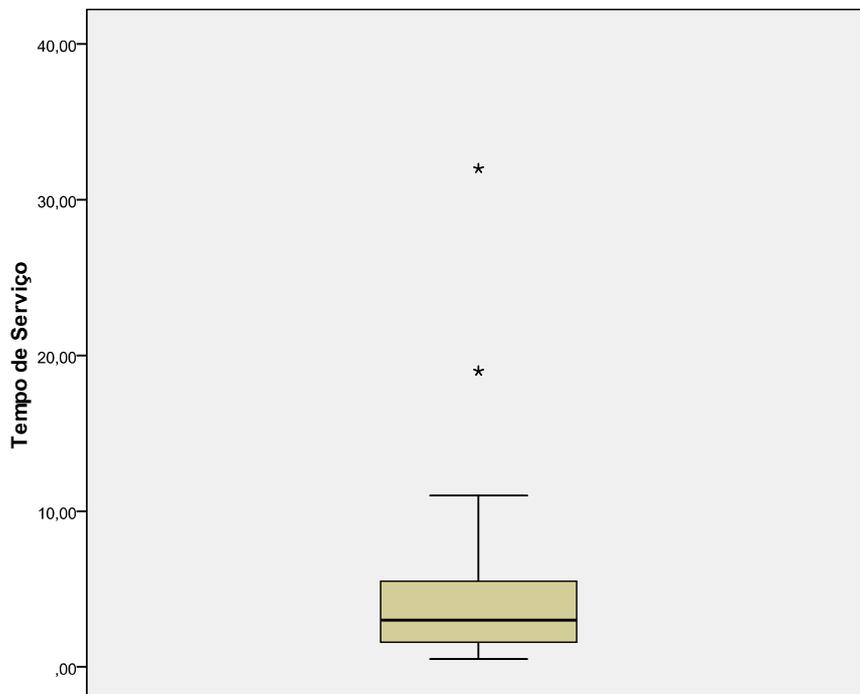


Gráfico 14: Caixa de Bigodes para o Tempo de Serviço



Relativamente ao **tempo no serviço actual**, o seja, há quanto tempo cada indivíduo desempenha funções no serviço em que se encontra a desempenhar funções na altura em que respondeu ao questionário, verificou-se uma variação entre um valor mínimo de 1 mês de serviço (0,08 anos) até ao máximo de 4 anos de serviço, como se pode visualizar nos **Gráficos 15 e 16**.

Não existem indivíduos com tempo de permanência no serviço actual superior a 4 anos, até porque o hospital actual iniciou a sua actividade a 7 de Junho de 2004, com uma dimensão muito maior do que o hospital anterior, denominado Hospital Conde do Bracial, pelo que, os recursos humanos que transitaram de uma instituição para outra, é pouco significativa em relação à totalidade dos enfermeiros. Este facto explica a diminuição significativa da variância, desvio padrão e intervalo, entre o tempo de serviço e o tempo no serviço actual.

O tempo médio de serviço é de 1,89 anos, uma mediana de 1,5 anos, pelo que temos de ter em conta que 50% dos indivíduos que constituem a amostra têm um tempo de permanência no serviço actual inferior a 1,5 anos. A moda situa-se nos 3 anos de serviço.

Existe uma maior concentração de indivíduos até aos 2 anos de serviço no serviço actual. Não havendo nenhum caso significativamente diferente, pelas razões anteriormente referidas, como se pode ver no **Gráfico 16**, apresentado na página seguinte.

Gráfico 15: Histograma de Tempo no Serviço Actual

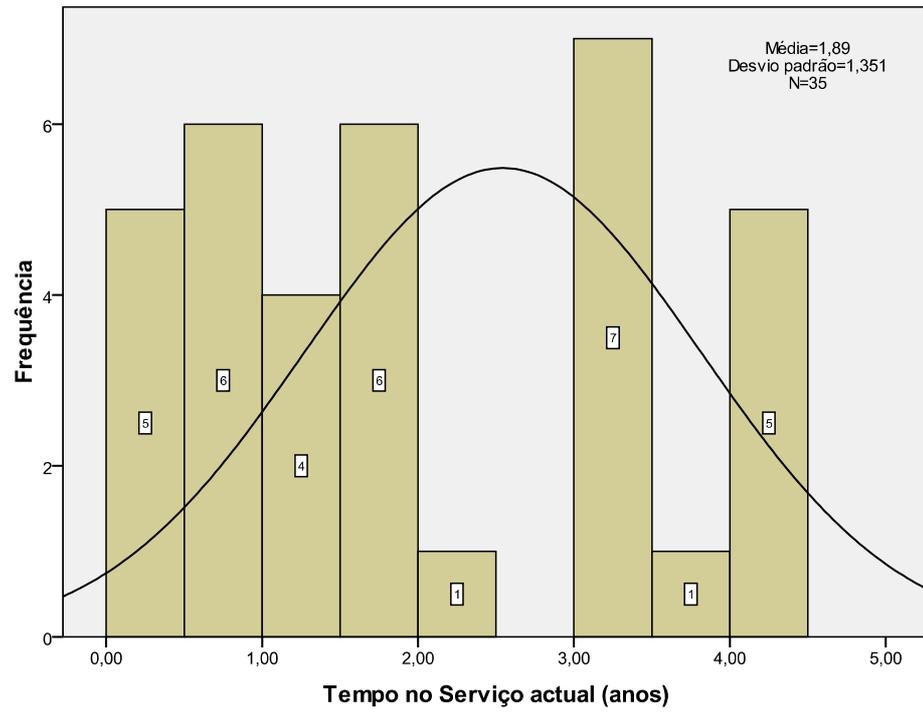
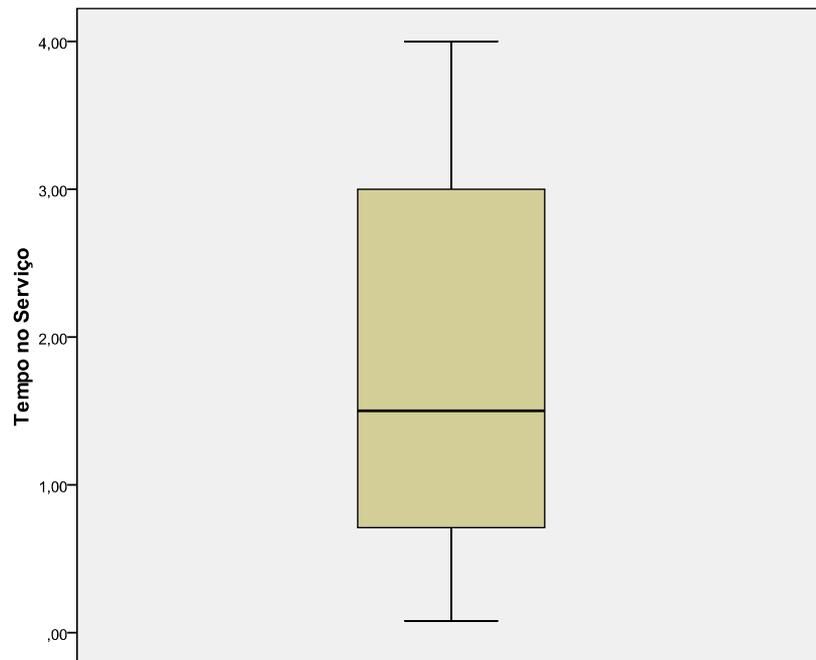
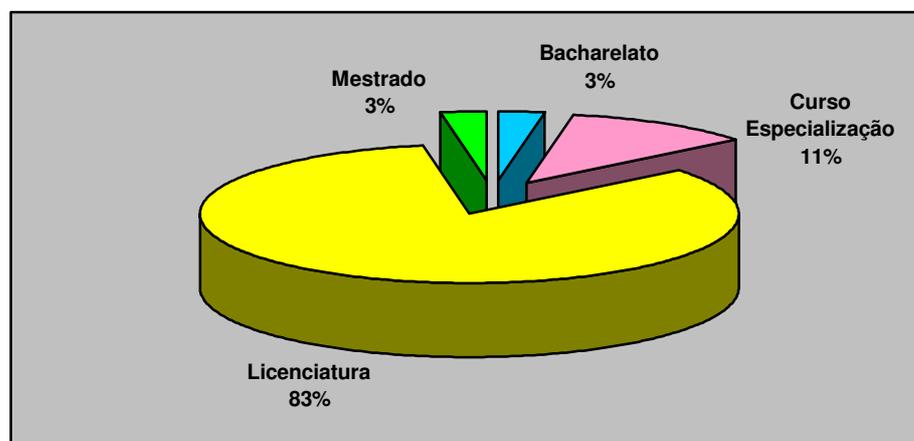


Gráfico 16: Caixa de Bigodes para o Tempo no Serviço



Em relação à **formação académica** verificou-se que 83% (29) dos enfermeiros inquiridos são licenciados, 11% (4) têm o curso de especialização numa área da enfermagem, 3% (1) têm o bacharelato e 3%, (1) o curso de mestrado como se pode observar no **Gráfico 17**.

Gráfico 17: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica

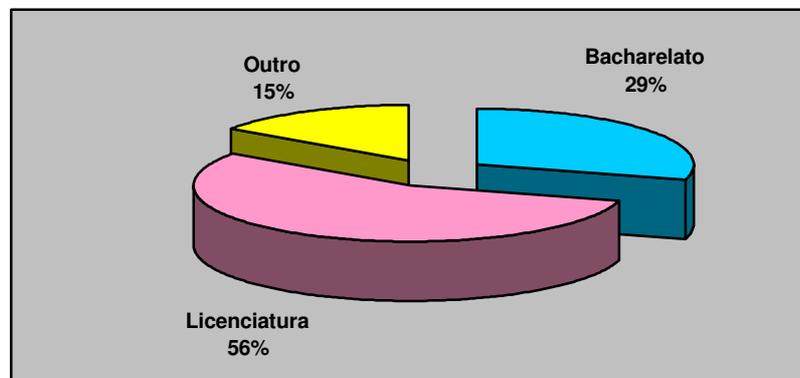


Comparando os resultados obtidos, com os resultados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros tendo em conta os enfermeiros inscritos na Ordem a 31 de Dezembro de 2007, podemos concluir que a percentagem de licenciados é muito superior à nacional, bem como a de bacharéis é muito inferior (Ordem dos Enfermeiros, 2008:7). Estes dados, prendem-se com o facto de os enfermeiros serem todos muitos jovens, tendo iniciado a sua carreira profissional neste hospital após terminarem a sua licenciatura. E também, com o facto de se tratar de uma instituição também ela muito jovem, com apenas 4 para 5 anos de existência. Por outro lado há a considerar o facto do Curso Geral de Enfermagem ter passado a Licenciatura em Setembro de 1999, assim como a regulamentação da atribuição do grau de licenciado aos titulares do grau de bacharel ou equivalente legal. Instituições mais antigas poderão ter ainda

muitos enfermeiros que não cumpriram os requisitos legais à atribuição do grau de licenciado.

Se considerarmos que na categoria outros, se enquadram todos os cursos de especialização, mestrados e doutoramentos, temos uma percentagem sobreponível aos valores nacionais, **Gráfico 18**.

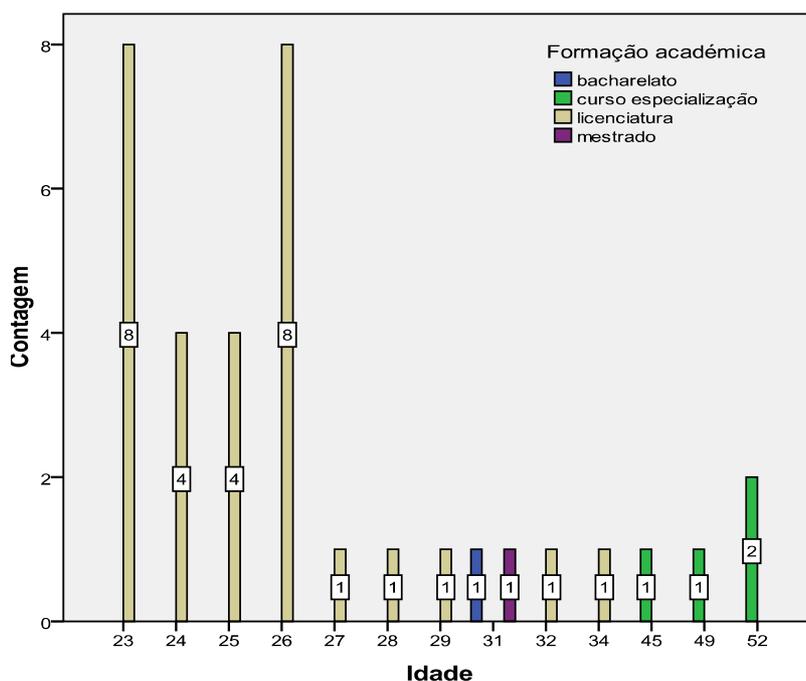
Gráfico 18: Distribuição Nacional dos Enfermeiros segundo o Grau Académico



Ao relacionar a idade dos inquiridos com a sua formação académica verificamos que, os licenciados se concentram maioritariamente na faixa etária abaixo dos 30 anos de idade, o que ao encontro do anteriormente referido. A regulamentação do Curso de Licenciatura em Enfermagem foi aprovada pela Portaria n.º 799 – D/99 de 18 de Setembro de 1999, pelo que os enfermeiros licenciados começaram a sair das escolas a partir de 2000/2001, o que justifica a concentração de enfermeiros licenciados nas faixas etárias abaixo dos 30 anos de idade. O inquirido que possui o bacharelato situa-se nos 30 anos de idade, pelo facto de que, quando terminou o seu curso de enfermagem, este era considerado como bacharelato e ainda não fez o Curso de Complemento de Formação necessário à atribuição do grau de licenciado. Outro dos inquiridos na mesma faixa etária possui mestrado. Os inquiridos com o curso de

especialização situam-se os 4 na faixa etária acima dos 45 anos de idade, como se pode visualizar no **Gráfico 19**.

Gráfico 19: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Idade e a Formação Académica



Quanto á **categoria profissional** dos inquiridos, de acordo com o esperado, tendo em conta os dados anteriormente apresentados, a categoria profissional predominante, é a de enfermeiro, constituída por 79% (28) dos indivíduos, seguida pela categoria profissional de enfermeiro graduado e a de enfermeiro especialista com a mesma percentagem, ambas constituídas por 9% (3), por último, a categoria profissional de chefe é constituída por 3% (1) dos indivíduos da amostra em estudo. Numa instituição de maior duração com uma vida mais longa, existe tendência para uma distribuição mais homogénea entre a categoria de enfermeiro e a de enfermeiro graduado (constituída por indivíduos com mais de 6 anos de tempo de serviço). O facto de apenas 1 dos indivíduos inquiridos, ser detentor da categoria profissional de chefe, significa que, existem indivíduos a chefiar serviços, sem que detenham

efectivamente essa categoria, como se pode ver no **Gráfico 20**. O quadro definitivo de pessoal do hospital só foi definitivamente aprovado no final do ano de 2008 através da Portaria n.º 613/2008 de 11 de Julho, pelo que esta situação se encontra em resolução.

Gráfico 20: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Categoria Profissional

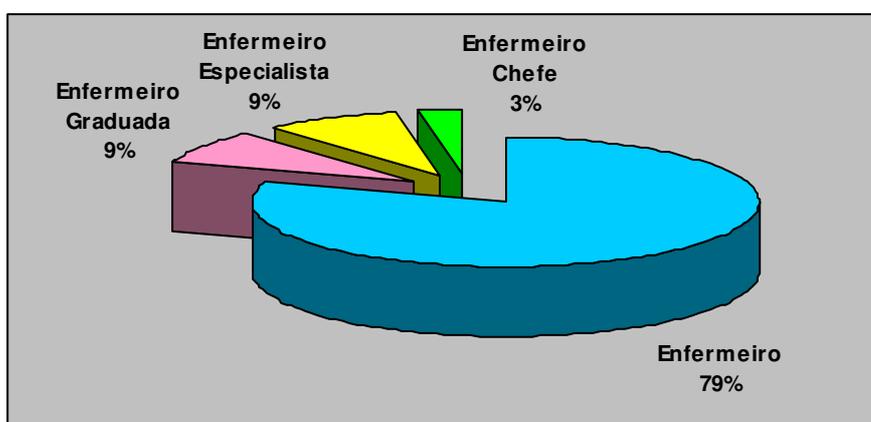
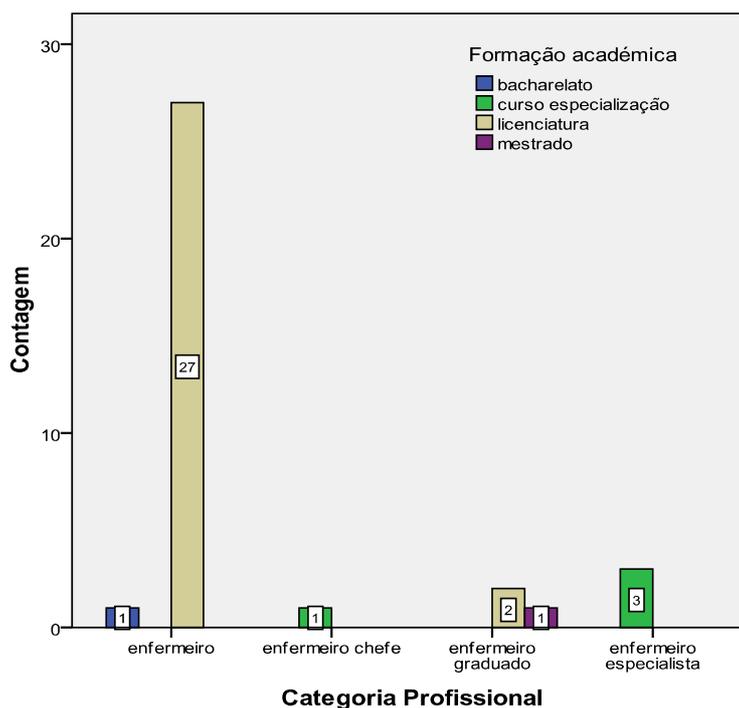


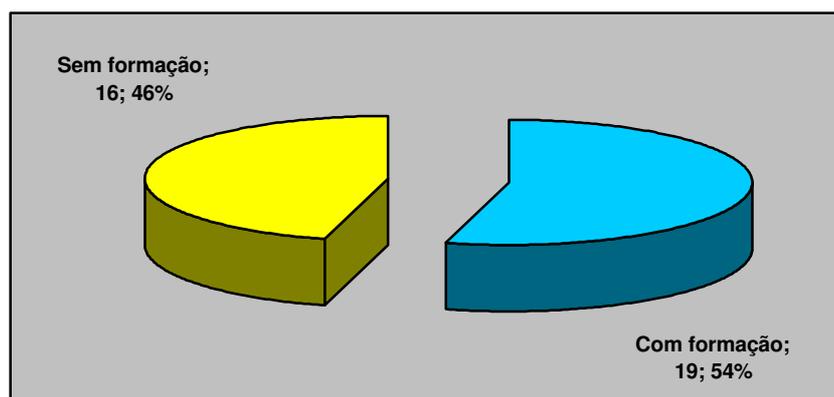
Gráfico 21: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação Académica e a Categoria Profissional



Através do **Gráfico 21**, que relaciona a formação académica com a categoria profissional, verificamos que à excepção de um enfermeiro com o bacharelato, todos os restantes são licenciados. Existe nesta amostra um enfermeiro graduado com o curso de mestrado, 4 enfermeiros com o curso de especialização, 3 têm a categoria profissional de especialistas e 1 de chefe. O facto de os enfermeiros passarem da categoria profissional de enfermeiro, a enfermeiro graduado ao fim de 6 anos de actividade profissional, com uma avaliação de desempenho de satisfaz, está de acordo com o facto da maioria dos enfermeiros (27) terem como categoria profissional “enfermeiro”, e tempo de serviço até 4 anos inclusive (26).

Relativamente à **formação em cuidados paliativos**, verificou-se que, 54% dos enfermeiros inquiridos têm formação em cuidados paliativos e que 46% dos enfermeiros não têm formação, como se pode ver no **Gráfico 22**.

Gráfico 22: Distribuição da amostra segundo a Formação em Cuidados Paliativos



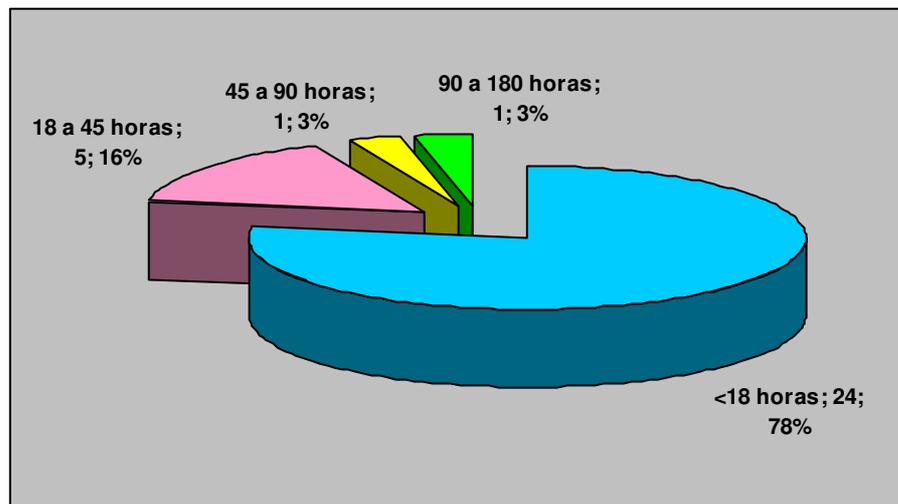
Em seguida apresentam-se os dados relativos ao **tempo de formação em cuidados paliativos** para aqueles que a possuem. Na análise de dados, foram tidas em consideração as recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos para

a formação de enfermeiros, segundo a qual a formação básica, recomendada a todos os enfermeiros que desempenham funções em serviços de cuidados gerais deve ter uma duração entre 18 e 45 horas; a formação avançada para enfermeiros que desempenham funções em serviços de cuidados paliativos ou que se confrontem frequentemente com situações de cuidados paliativos, com uma duração de 90 a 180 horas; e a formação especializada para enfermeiros responsáveis por serviços de cuidados paliativos, exerçam consultadoria ou contribuam para a formação e investigação em cuidados paliativos, com uma duração superior a 280 horas.

Segundo as orientações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, adoptadas pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a formação básica pré graduada, destina-se a todos os futuros profissionais e deve ser feita durante o curso de enfermagem. A formação básica pós graduada destina-se a todos os enfermeiros de cuidados gerais que sejam confrontados com necessidade de uma aproximação baseada na filosofia dos cuidados paliativos (EAPC, 2004:9)

Temos assim, como se pode visualizar no **Gráfico 23**, que dos 31 inquiridos que responderam a esta questão, 78% (24 enfermeiros) têm uma formação em cuidados paliativos com uma duração até 18 horas, inferior à formação básica; 16% (5 enfermeiros) têm uma formação em cuidados paliativos com duração entre 18 a 45 horas, correspondentes ao nível básico de formação; 3% (1 enfermeiro) têm uma formação com duração entre 45 e 90 horas, situada entre a formação básica e a avançada; e 3% (1 enfermeiro) têm formação com duração entre 90 e 180 horas, correspondente ao nível avançado de formação. Não existem entre os inquiridos, indivíduos com um número de horas de formação em cuidados paliativos correspondente a um nível de formação especializada.

Gráfico 23: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Tempo de Formação (horas)

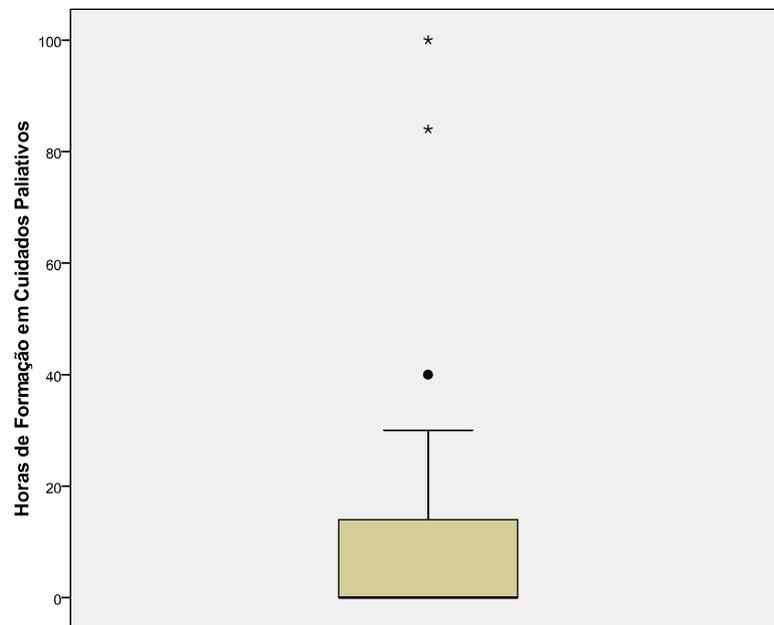


Há ainda a referir, que 31 dos inquiridos responderam relativamente ao tempo de formação em cuidados paliativos, no entanto apenas 19 referiram possuir formação nesta área pelo que provavelmente poderemos afirmar que 12 consideram a informação recebida insuficiente para que a reconheçam enquanto formação em cuidados paliativos.

Pode-se ainda observar, no **Gráfico 24**, o tempo de formação em cuidados paliativos varia num intervalo de 100, com um mínimo de 0, para aqueles que não têm formação, o um máximo é de 100 para o inquirido que possui maior formação, formação avançada. O tempo médio de formação é 12,26 horas, abaixo da formação considerada como básica a moda e a mediana situam-se no 0, bem como o percentil 25 e 50, uma vez que, a maioria dos inquiridos não tem formação em cuidados paliativos. Apenas 25% dos inquiridos tem formação em cuidados paliativos com uma duração superior a 16 horas.

Gráfico 24: Caixa de Bigodes para o Tempo de Formação em Cuidados

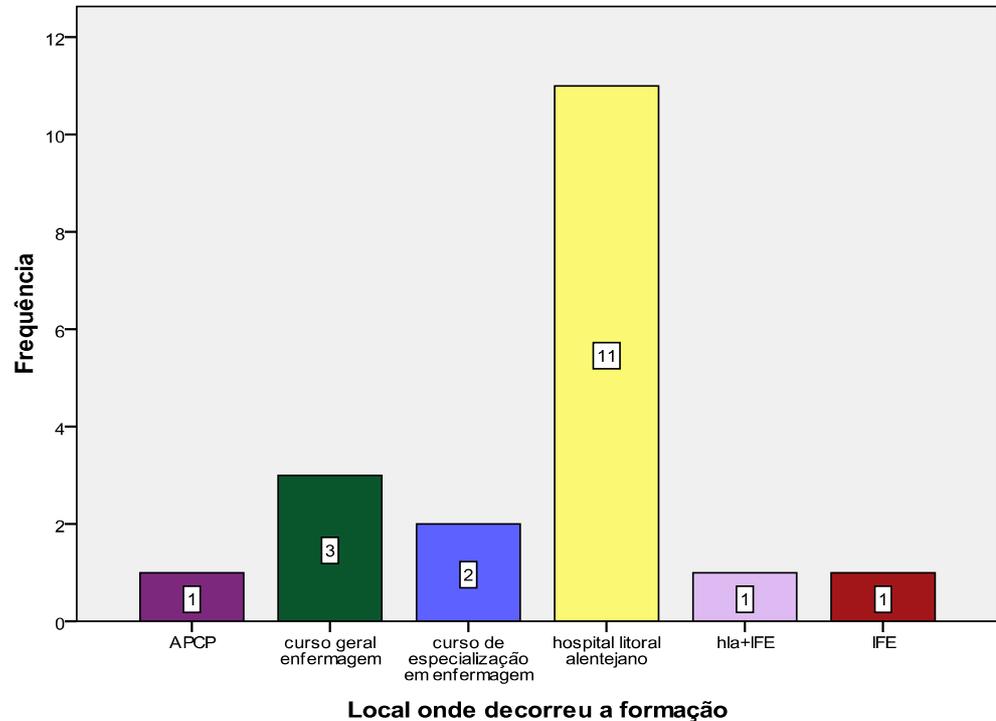
Paliativos



Tendo em conta as recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos e da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, podemos considerar que apenas 7 dos 35 inquiridos têm um tempo de formação adequado em cuidados paliativos, para a prestação de cuidados nos serviços em que se encontram.

Quanto ao **local em decorreu a formação em cuidados paliativos** verificou-se que, 31,4% (11) dos indivíduos inquiridos receberam formação em cuidados paliativos no Hospital do Litoral Alentejano, local em que desempenham funções, como se pode ver no **Gráfico 25**.

Gráfico 25: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo o Local em que decorreu a Formação em Cuidados Paliativos



Esta formação ocorreu no âmbito da capacitação dos enfermeiros para a abertura da Unidade de Cuidados Paliativos, que já se encontra em funcionamento no referido hospital (facto ocorrido após a aplicação dos questionários em análise). Este curso básico de formação, teve a duração de 21 horas, recomendado para os enfermeiros que desempenham funções em serviços de cuidados gerais, como os serviços de medicina e de cirurgia.

Verificou-se também que, 3 dos indivíduos inquiridos receberam formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem; 2 durante o curso de especialização em enfermagem; e por último, através da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos; do Instituto de Formação em Enfermagem; e em conjunto Hospital do Litoral Alentejano/Instituto de Formação em Enfermagem, 1 dos enfermeiros inquiridos.

Da caracterização da amostra há a salientar, de forma resumida os seguintes aspectos:

- A amostra é constituída por 35 indivíduos;
- A média de idades é de 28,51 anos;
- 82,9% dos indivíduos são do género feminino;
- 60% dos indivíduos têm menos de 3 anos de serviço;
- 34,29% dos indivíduos têm menos de 1 ano de serviço, no serviço actual, e 80% têm menos de 3 anos;
- 82,9% dos enfermeiros são licenciados;
- 80% dos indivíduos têm como categoria profissional, enfermeiro;
- 54,3% dos inquiridos têm formação em cuidados paliativos, 77,4% com uma duração inferior a 18 horas, 31,4% recebida no próprio hospital.

3.2.2– Análise dos Resultados

Depois da caracterização da amostra, segue-se a apresentação dos resultados obtidos em relação às estratégias de adaptação utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos, a caracterização das necessidades formativas e das preocupações profissionais dos enfermeiros nesta área da prestação de cuidados, tendo em consideração os factores que emergiram no estudo anterior.

3.2.2.1– Estudos Psicométricos de Escala (COPE-Resumido)

As **estratégias de adaptação** mais utilizadas pelos inquiridos em situações de stress em cuidados paliativos foram obtidas através da aplicação das escalas de COPE - Resumido. As qualidades psicométricas deste instrumento de colheita de dados,

como um todo confirmaram-se através do cálculo do *Alpha de Cronbach* ($\alpha=0,80$), tendo em conta que o valor de $\alpha=0,87$ para a versão original e $\alpha=0,90$ para a versão portuguesa. O cálculo do valor de α para as 14 subescalas revelou-se ligeiramente mais baixa, $\alpha=0,72$, mas com um valor ainda aceitável de consistência interna, como se pode ver no **Quadro 4**.

Podem ver-se ainda os valores de *alpha* calculados para as três estratégias de *coping* mais adoptadas e menos adoptadas pelos inquiridos, bem como a sua comparação com os resultados obtidos para a versão portuguesa. Verifica-se que os valores encontrados neste estudo se aproximam dos valores obtidos para a versão portuguesa do COPE-resumido.

Quadro 4: Cálculo do Alpha de Cronbach e sua comparação com os obtidos na versão portuguesa do COPE-resumido

<i>Neste Estudo</i>	<i>Versão Portuguesa</i>	<i>N.º de Itens</i>
0,80		28 (Brief Cope)
0,72	0,90	14 (Sub-escalas)
0,72	0,65	2 (Cooping activo)
0,61	0,70	2 (Planear)
0,42	0,55	2 (Aceitação)
0,80	0,81	2 (Uso de substâncias)
0,48	0,70	2 (Desinvestimento comportamental)
0,76	0,72	2 (Negação)

Os resultados obtidos para cada uma das 14 subescalas do COPE-Resumido, encontram-se no **Quadro 7**, da página seguinte. Como se pode observar, a estratégia de *coping* mais utilizada entre os inquiridos é o *coping activo*, com uma soma 140 pontos e uma média de 4 e um desvio padrão de 1,26. Esta estratégia de adaptação

inicia uma acção ou esforço para remover ou circunscrever o agente *stressor*. A segunda estratégia mais adoptada é o **planeamento**, com uma soma de 128 pontos e uma média de 3,65 e um desvio padrão de 1,16. Ao adoptar esta estratégia de adaptação, o indivíduo pensa acerca do modo de confrontar o *stressor* e planeia os esforços de *coping* activo. A terceira estratégia mais adoptada é a **aceitação**, com uma soma de 115 pontos e uma média de 3,38 e um desvio padrão de 1,04. Ao adoptar esta estratégia de adaptação, o indivíduo aceita que o evento *stressante* ocorreu e é real.

Segundo Calman et al. (2003: 1000) as estratégias de *coping* podem ser adaptativas ou não adaptativas. As estratégias adaptativas direccionam-se para o problema, para os seus efeitos ou percepção do mesmo, direccionadas para o equilíbrio emocional e psicológico.

Ainda, segundo Florio cit. por Vachon (2003: 1000) as estratégias de *coping* mais eficazes incluem as estratégias emocionais positivas (desenvolvimento de novas perspectivas, regulação afectiva, regulação do *stress*) e estratégias positivas focadas no tratamento, incluindo o envolvimento positivo no tratamento e colaboração entre profissionais.

As estratégias de *coping* adoptadas pelos inquiridos são de facto adaptativas.

A estratégia de *coping* menos utilizada entre os inquiridos é o **uso de substâncias** (medicamentos, álcool), com uma soma (3) e uma média (0,08) significativamente baixas e um desvio padrão de 0,37. Ao adoptar esta estratégia de adaptação, o indivíduo utiliza medicamentos, álcool e outras drogas como meio de desinvestir do *stressor*. Seguem-se como menos utilizadas, o **desinvestimento comportamental**, com uma soma de 15 pontos e uma média de 0,43 e um desvio padrão de 0,92, em que o indivíduo deixa de se esforçar na tentativa de alcançar o objectivo com o qual

o *stressor* está a interferir; e a **negação**, com uma soma de 26 pontos e uma média de 0,74 e um desvio padrão de 1,20, em que o indivíduo tenta rejeitar a realidade do evento *stressante*.

Segundo Vachon as estratégias de *coping* não adaptativas centram-se na protecção, são estratégias defensivas. O uso predominante destas estratégias pode ser nocivo, resultando em doença psicológica ou somática. Estratégias de adaptação inadequadas podem incluir o consumo de álcool, drogas, isolamento social (Vachon, 2003:1000).

Quadro 5: Distribuição da amostra segundo as Estratégias de *Coping* adoptadas

	<i>N</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Autodistração	35	83,00	2,3714	0,87735
Cooping activo	35	140,00	4,0000	1,26025
Negação	35	26,00	0,7429	1,19663
Uso substâncias	35	3,00	0,0857	0,37349
Suporte social emocional	35	95,00	2,7143	1,27352
Desinvestimento comportamental	35	15,00	0,4286	0,91670
Expressão de sentimentos	35	96,00	2,7429	1,44187
Suporte instrumental	35	103,00	2,9429	1,37076
Reinterpretação positiva	35	113,00	3,2286	1,26225
Auto culpabilização	35	53,00	1,5143	1,12122
Planear	35	128,00	3,6571	1,16171
Aceitação	35	115,00	3,2857	1,04520
Religião	35	50,00	1,4286	1,24347
Humor	35	54,00	1,5429	1,55947

3.2.2.2– Necessidades Formativas

As **necessidades formativas** foram avaliadas através de uma escala, cuja pontuação da totalidade dos inquiridos pode oscilar entre 35 e 140 valores de pontuação, tendo em conta que a pontuação mínima, se a totalidade dos inquiridos discordar das 18

afirmações apresentadas, tendo em conta que a pontuação 1 foi atribuída ao item discordo, a pontuação 2 ao item concordo algumas vezes, pontuação 3 ao item concordo frequentemente e pontuação 4 ao item concordo totalmente.

No **Quadro 6**, que se encontra na página seguinte, pode observar-se o valor obtido para cada uma das necessidades formativas em análise. Obteve-se assim, a afirmação mais valorizada, com 130 de pontuação, “Considero o trabalho de equipa fundamental em cuidados paliativos”, seguida da afirmação, “Considero importante a aprendizagem com enfermeiros mais experientes”, com uma pontuação de 126, e em terceiro lugar a afirmação, “Considero importante o apoio de peritos em cuidados paliativos”, com uma pontuação de 123.

As afirmações menos valorizadas, de acordo com a pontuação obtida são: com a pontuação mais baixa de 77, “É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que, com o recurso à sua utilização; seguida, pela afirmação com uma pontuação de 87, “Não existe formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem”; e por último, duas afirmação com a mesma pontuação de 89, “Tenho dificuldade em lidar com a morte” e “Penso que os serviços de cuidados paliativos são desvalorizados em relação aos serviços aos serviços que dispõem de cuidados baseados em tecnologia”.

Quadro 6: Identificação da amostra com as Necessidades Formativas em Cuidados Paliativos

		Não existe formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem	Já senti dificuldades por falta de formação em cuidados paliativos	Considero importante o apoio de peritos em cuidados paliativos	Sinto-me empenhado na formação em cuidados paliativos	Considero importante a partilha de conhecimentos em cuidados paliativos	A existência de modelos de aprendizagem em cuidados paliativos é importante	Considero importante a aprendizagem com enfermeiros mais experientes	Sinto necessidade de actualização contínua na área dos cuidados paliativos	Sinto necessidade de formação em estratégias de comunicação	Tenho dificuldade em lidar com a morte	Considero o trabalho de equipa fundamental em cuidados paliativos	Sinto necessidade de formação em transmissão de más notícias	Penso que os serviços de cuidados paliativos são desvalorizados em relação aos serviços que dispõem de cuidados baseados em tecnologia	A filosofia dos cuidados paliativos iniciou um processo de mudança na prestação de cuidados de enfermagem	Sinto necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional	A formação em cuidados paliativos permite uma nova visão sobre a prestação de cuidados	Os cuidados paliativos colocam em evidência a valorização do doente enquanto pessoa	É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que, com o recurso à sua utilização
N=35	Válidos	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
	Sem resposta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soma		87	93	123	93	120	114	126	101	110	89	130	104	89	109	98	110	121	77

Organizando as afirmações acerca das necessidades formativas da mais pontuada para a menos pontuada, temos:

1. *Considero o trabalho de equipa fundamental em cuidados paliativos.*
2. *Considero importante a aprendizagem com enfermeiros mais experientes.*
3. *Considero importante o apoio de peritos em cuidados paliativos.*
4. *Os cuidados paliativos colocam em evidência a valorização do doente enquanto pessoa.*
5. *Considero importante a partilha de conhecimentos em cuidados paliativos.*

6. *A existência de modelos de aprendizagem em cuidados paliativos é importante.*
7. *Sinto necessidade de formação em estratégias da comunicação, e a formação em cuidados paliativos permite uma nova visão sobre a prestação de cuidados.*
8. *A filosofia dos cuidados paliativos iniciou um processo de mudança na prestação de cuidados de enfermagem.*
9. *Sinto necessidade de formação em transmissão de más notícias.*
10. *Sinto necessidade de actualização contínua na área dos cuidados paliativos.*
11. *Sinto necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional.*
12. *Já senti dificuldades por falta de formação em cuidados paliativos, e sinto-me empenhado na formação em cuidados paliativos.*
13. *Tenho dificuldade em lidar com a morte, e penso que os serviços de cuidados paliativos são desvalorizados em relação aos serviços que dispõem de cuidados baseados em tecnologia.*
14. *Não existe formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem.*
15. *É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que, com o recurso á sua utilização.*

É reconhecido, que as necessidades formativas em cuidados paliativos são diversas, pelo que o nível de educação deve ser adaptado ao envolvimento que os cuidados paliativos têm na prática diária do enfermeiro, tendo em conta o número de utentes

atendidos (EAPC, 2004: 9-10). Pelo que é importante conhecer as necessidades sentidas por este grupo de enfermeiros.

Os inquiridos sentem necessidades formativas relacionadas com o trabalho de equipa, com a existência de apoio de enfermeiros mais experientes, apoio de peritos e modelos de aprendizagem, bem como da partilha de experiências. As necessidades em conteúdos teóricos não são valorizados da mesma forma, resultados que vão ao encontro do esperado, tendo em conta que o grupo de inquiridos é maioritariamente licenciado, pelo que as suas necessidades não se prendem com conteúdos, mas sim com aspectos relacionados com o trabalho em equipa e a pluridisciplinaridade, pilares fundamentais do cuidar em cuidados paliativos. A educação da interdisciplinaridade, encorajando os profissionais de saúde à compreensão e ao trabalho em equipa, faz parte das recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC, 2004: 12).

O desenvolvimento pessoal é um processo suportado e alimentado pelo trabalho em equipa (Canário, 2003: 109). E a produção efectiva de mudanças é coincidente, no contexto de trabalho, com uma dinâmica formativa e de construção identitária que corresponde, afinal, a reinventar novos modos de socialização profissional (Canário, 2003:143).

Cuidar de doentes em fase terminal e suas famílias pode ser ainda mais *stressante* mas também reforçante. Não com o trabalho próximo com a vida/morte mas por se ter que forçosamente trabalhar em equipa (Bernardo, 2006:478).

A importância do indivíduo como responsável pela sua própria formação, torna imprescindível conhecer as suas experiências anteriores, os seus saberes e as suas expectativas.

A noção de experiência torna-se então central relativamente a qualquer matéria objectiva. Centra a educação no sujeito que aprende construindo uma “pedagogia da pessoa como totalidade”, (Nóvoa & Canário, 2000: 26).

Tendo em conta a importância da percepção do indivíduo acerca das próprias necessidades formativas, e tendo a consciência que os dados obtidos não revelam a unicidade de cada indivíduo enquanto pessoa, mas sim a realidade do grupo em estudo, tentou-se perceber a percepção dos inquiridos acerca das suas necessidades formativas.

Considerando a pontuação atribuída às necessidades formativas por cada indivíduo pode oscilar entre o valor 18, para quem discorda de todas as afirmações apresentadas e 72 para quem concorda totalmente com todas as afirmações, podemos dividir a amostra em três grupos: os que consideram ter poucas necessidades formativas, com uma pontuação entre os 18 e os 36; os que consideram ter necessidades formativas, entre os 36 e os 54 pontos; e os que consideram ter muitas necessidades formativas entre os 54 e os 72, tendo sempre em conta que esta necessidade se refere às necessidades apresentadas.

Nos **Gráficos 26 e 27**, apresentados na página seguinte pode observar-se uma variação num intervalo de 20, entre uma pontuação mínima de 44 a uma pontuação máxima de 64. Não existem indivíduos com pontuação abaixo dos 44, significando que a totalidade dos indivíduos tem necessidades formativas. Podemos também observar-se que 40% dos indivíduos inquiridos têm necessidades formativas e os restantes 60%, muitas necessidades formativas.

Há uma maior concentração de indivíduos no grupo dos que apresentam maiores necessidades formativas, sendo o valor de pontuação mais frequente é o 59.

Gráfico 26: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as

Necessidades Formativas

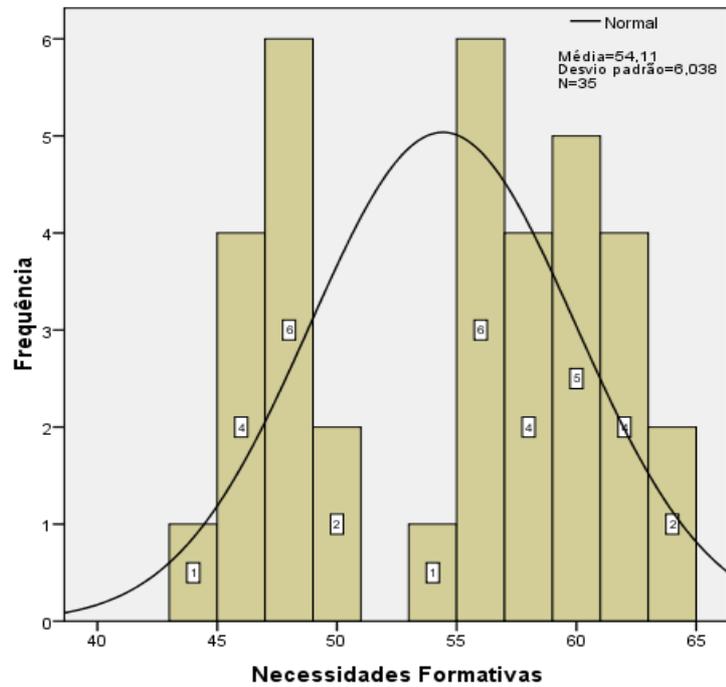
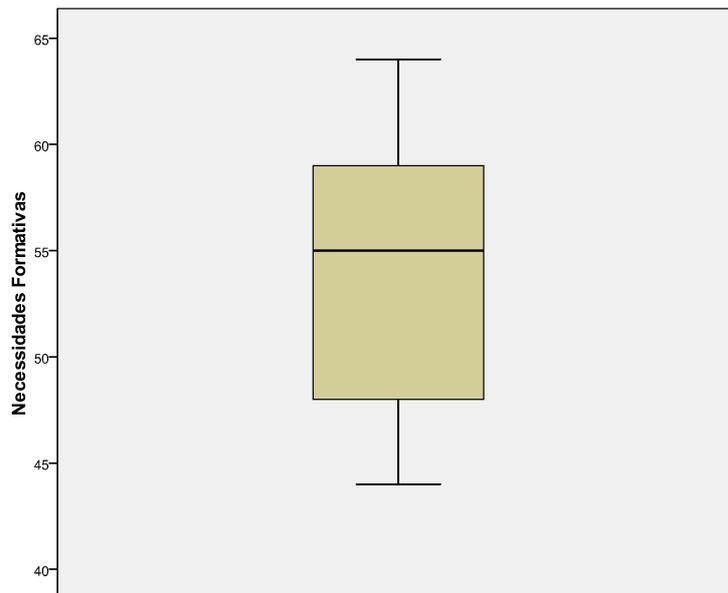


Gráfico 27: Caixa de Bigodes para as Necessidades Formativas



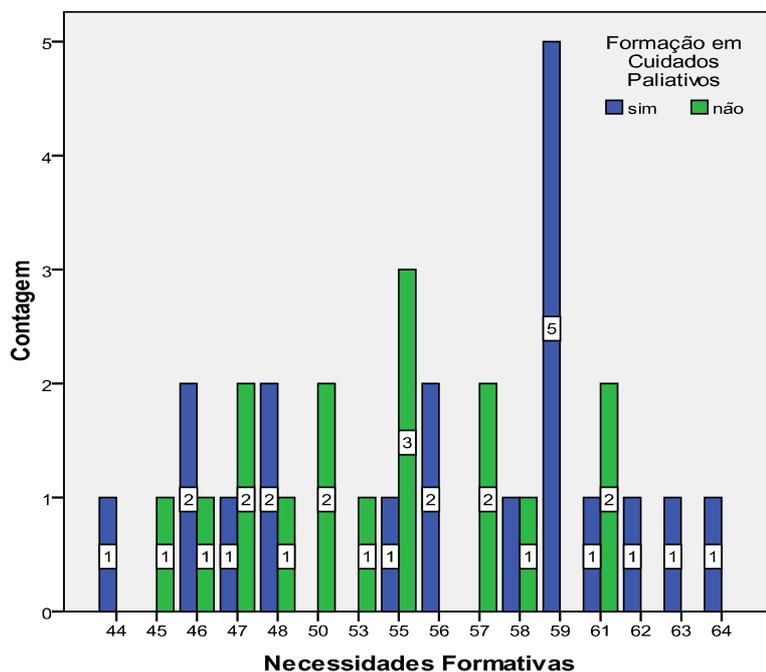
Ao relacionar as necessidades formativas, com a formação prévia em cuidados

paliativos, **Gráfico 28**, verifica-se que os enfermeiros com formação têm tendencialmente, tantas ou mais necessidades formativas, do que aqueles que não a possuem. O coeficiente de correlação de Spearman é de -0,198 com um nível de significância de 0,253, indicando uma correlação negativa baixa.

Para os enfermeiros inquiridos que receberam formação em cuidados paliativos, esta não parece ter influenciado as suas necessidades formativas, provavelmente por apenas cinco dos inquiridos possuírem formação básica pós graduada em cuidados paliativos, 1 formação avançada e outros os dois níveis de formação, tornando os dados pouco expressivos.

Gráfico 28: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as

Necessidades Formativas e a Formação em Cuidados Paliativos

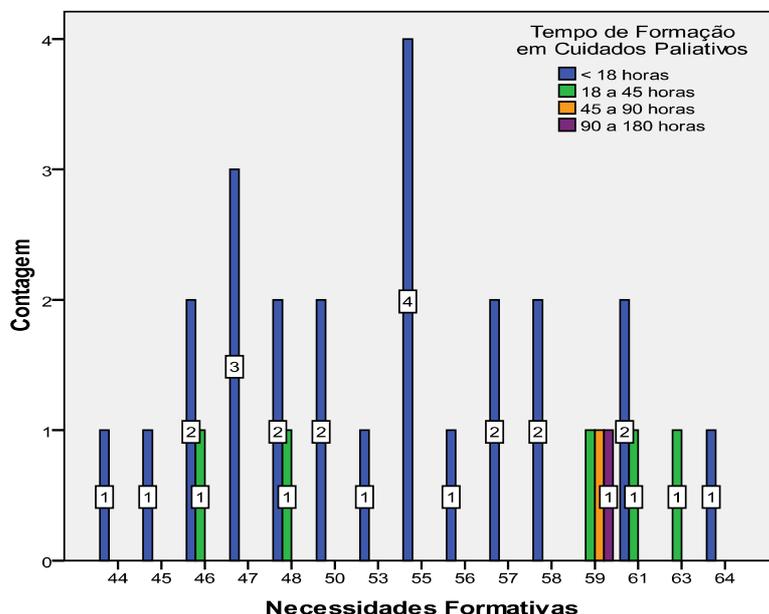


Relacionando o número de horas de formação em cuidados paliativos com as necessidades formativas, **Gráfico 29**, verificamos que quanto maior é a formação em número de horas, maior é a tendência dos inquiridos para sentir maiores necessidades

formativas. O coeficiente de correlação de Spearman é de 0,316, com um nível de significância de 0,08, indicando uma correlação positiva moderada.

Neste caso, a formação recebida, embora seja de curta duração pode sensibilizar os indivíduos para a problemática em causa, gerando vontade de adquirir maiores conhecimentos e por isso aumentar as suas necessidades formativas.

Gráfico 29: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Necessidades Formativas e o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos



3.2.2.3– Preocupações Profissionais

Em relação às **preocupações profissionais** dos enfermeiros na área dos cuidados paliativos, identificadas no estudo anterior, podem ser pontuadas entre 0 e 35. Uma vez que, a cada resposta positiva de identificação com a afirmação apresentada, foi atribuída pontuação com o valor 1. No **Quadro 7**, representado na página seguinte, o valor de identificação para cada uma das preocupações oscila entre o valor mínimo de 4 e um valor máximo de 28. A preocupação menos valorizada pelos inquiridos,

foi a “Necessidade dos enfermeiros em abandonar o modelo biomédico”, valorizada por 11,4% da amostra. Esta preocupação foi marcadamente a menos valorizada pelos inquiridos, uma vez que a todas as outras preocupações foi atribuída pelos inquiridos uma pontuação igual ou superior a 14.

Quadro 7: Identificação da amostra com as Preocupações Profissionais apresentadas.

			Dificuldades associadas à transmissão de informação ao doente	Reconhecimento da importância da informação transmitida ao doente e família	Reconhecimento da necessidade de comunicação no seio da equipa	Existência de espaços de partilha	Reconhecimento da importância da assessoria em cuidados paliativos	Insegurança familiar na altura da alta	Desconhecimento familiar em relação ao cuidar do doente	Necessidade de garantir a continuidade de cuidados	Necessidade de uma maior disponibilidade em tempo para o doente	Limites associados à transmissão de informação ao doente	Necessidade dos enfermeiros em abandonar o modelo biomédico	Necessidade de promover cuidados centrados no doente e família	
Valido N=35	Sim	Frequência	23	21	19	18	14	28	25	26	26	15	4	21	
		Percentagem	65,7	60,0	54,3	51,4	40,0	80,0	71,4	74,3	74,3	42,9	11,4	60,0	
	Não	Frequência	12	14	16	17	21	7	10	9	9	20	31	14	
		Percentagem	34,3	40,0	45,7	48,6	60,0	20,0	28,6	25,7	25,7	57,1	88,6	40,0	
	Total	Frequência	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
		Percentagem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

No entanto, parece haver alguma contradição, pelo facto dos inquiridos, por um lado valorizaram os cuidados centrados no doente e família, preocupando-se com vários

aspectos relacionados com a inclusão directa ou indirecta da família na prestação de cuidados e por outro, não sentirem necessidade de abandonar o modelo biomédico. O modelo biomédico preconiza a prestação de cuidados centrados nos aspectos físicos e processos biológicos, centrado na doença. Os inquiridos parecem identificar-se com um modelo de prestação de cuidados humanista, centrado no doente enquanto ser humano único, enquadrado na sua família e no seu meio envolvente, mas parecem sentir necessidade de se continuar a “apoiar” num modelo mais tecnicista.

Chochinov propõe um modelo de prestação de cuidados aos doentes em fim de vida, a que chama **modelo conservador da dignidade** que considera 3 grandes áreas de influência nas percepções individuais de dignidade: preocupações ligadas à doença (aspectos que advêm claramente da doença); ligadas à conservação da dignidade (influências relacionadas com os recursos psicológicos, e espirituais do doente); e o inventário social da dignidade (aquelas influências ambientais que podem afectar a dignidade). As estratégias terapêuticas neste modelo devem apoiar ao sentido de autonomia do doente e a sua capacidade para funcionar tão independentemente quanto possível, valorizando a sua história de vida, o que já foi e o que poderá vir a ser, (Chochinov, 2002).

Este modelo de prestação de cuidados, tal como outros referidos em cuidados paliativos, tem em conta a história de vida, indo muito além dos aspectos relacionados com o ser biológico.

O valor máximo de pontuação, de 28 valores foi atribuído à “Insegurança familiar na altura da alta”, valorizada por 80% da amostra; seguido pelo valor 26, atribuído igualmente à “Necessidade de garantir a continuidade de cuidados” e à “Necessidade de uma maior disponibilidade em tempo para o doente”, valorizadas por 74,3% da amostra; e com uma pontuação de 25, foi valorizado em terceiro lugar, “O

desconhecimento familiar em relação ao cuidar do doente”, valorizada por 71,4% da amostra.

Ordenando as preocupações em estudo segundo a forma como foram valorizadas pelos inquiridos temos, por ordem decrescente de importância:

1. *Insegurança familiar na altura da alta.*
2. *Necessidade de garantir a continuidade de cuidados, e necessidade de uma maior disponibilidade em tempo para o doente.*
3. *Desconhecimento familiar em relação ao cuidar do doente.*
4. *Dificuldades associadas à transmissão de informação ao doente.*
5. *Reconhecimento da importância da informação transmitida ao doente e família e, necessidade de promover cuidados centrados no doente e família.*
6. *Reconhecimento da necessidade de comunicação no seio da equipa.*
7. *Existência de espaços de partilha.*
8. *Limites associados à transmissão de informação ao doente.*
9. *Reconhecimento da importância da assessoria em cuidados paliativos.*
10. *Necessidade dos enfermeiros em abandonar o modelo biomédico.*

Os inquiridos valorizam sobretudo os aspectos práticos relacionados com a alta do doente, a capacidade da família para prestar cuidados, e a continuidade de cuidados, continuando ainda em apoiar-se no modelo biomédico da prestação de cuidados, e sem valorizar devidamente uma ferramenta básica fundamental da relação na prestação de cuidados de enfermagem, a comunicação.

Segundo Neto et al. (2006: 360) na relação terapêutica em cuidados paliativos, a comunicação, enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e

atitudes, é um veículo central na abordagem clínica e, como tal, detém uma função essencial, tão importante como a realização do diagnóstico ou selecção da terapêutica adequada.

Em relação à percepção de cada um dos inquiridos, a sua identificação com as preocupações profissionais apresentadas pode oscilar entre um valor mínimo de 0, caso não se identifique com nenhuma das preocupações apresentadas, e um valor máximo de 12, caso se identifique com a totalidade das preocupações apresentadas. No **Gráfico 30** e **31**, podemos verificar que, cada um dos inquiridos se identifica em média com 6,86 das preocupações apresentadas, o número de preocupações que atingiu um identificação mais frequente foi o 6, com 50% da amostra a identificar-se com mais de 6 preocupações e 25% com mais de 8, num intervalo de 9, com um mínimo de identificação com 3 das preocupações apresentadas e um o máximo de 12, ou seja a totalidade apresentada, que representa o único caso com um comportamento muito diferente dos restantes do grupo.

Gráfico 30: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Preocupações Profissionais em Cuidados Paliativos

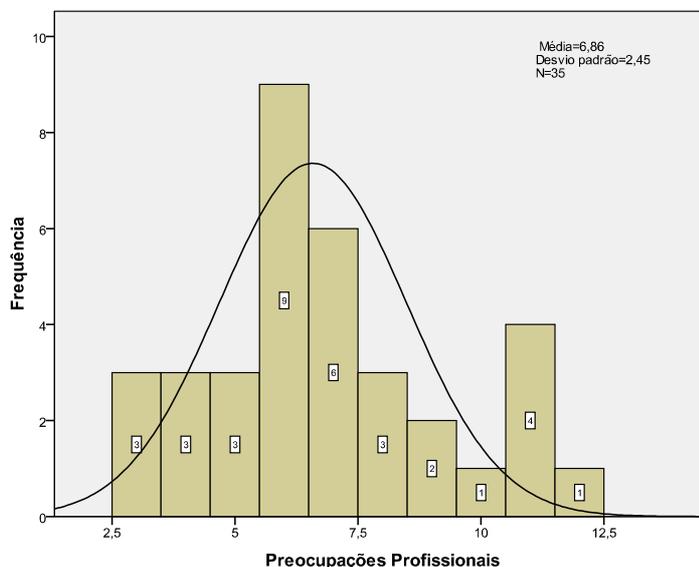
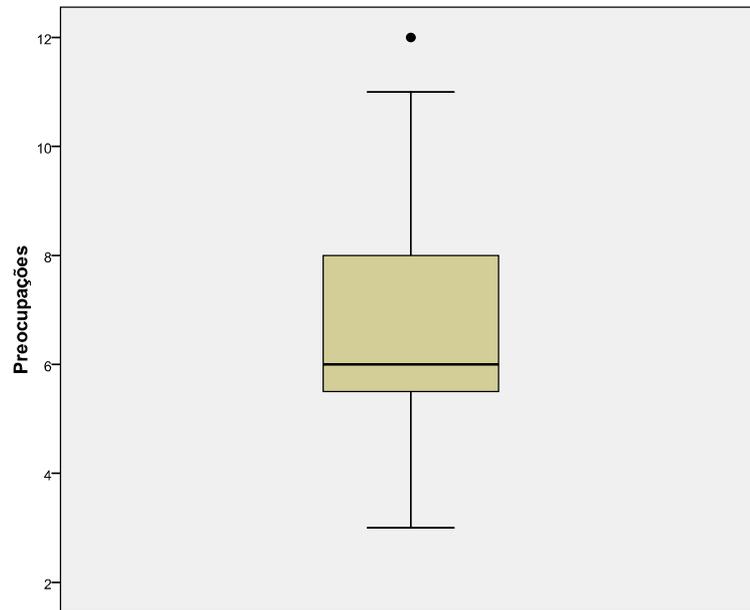


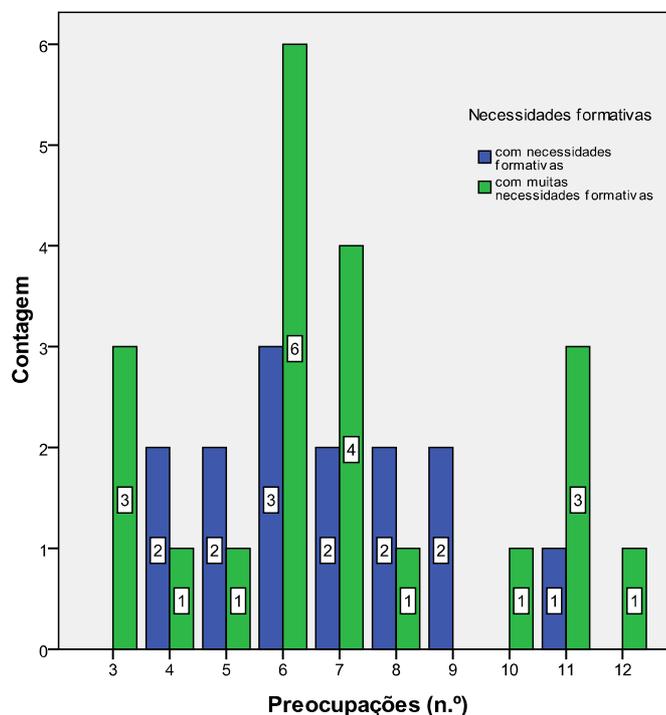
Gráfico 31: Caixa de Bigodes para as Preocupações Profissionais em Cuidados

Paliativos



Ao relacionar-se as necessidades formativas sentidas e o número de preocupações manifestadas, verificou-se que, que não existe correlação, como se pode ver no **Gráfico 32**. A ausência de correlação entre as variáveis é confirmada por um coeficiente de Spearman de -0,003, e um nível de significância de 0,987.

Gráfico 32: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo as Preocupações Profissionais e as Necessidades Formativas



3.2.2.4– Impacto do Cuidar em Cuidados Paliativos

Quanto ao **impacto** sobre os enfermeiros de várias situações em cuidados paliativos, identificadas no estudo anterior, foi atribuída uma pontuação de 1 a 5, correspondendo o valor 1 a “não tem impacto”; o valor 2 “tem pouco impacto”; o valor 3 a “tem impacto”; o valor 4 a “tem muito impacto”; e o valor 5 a “tem sempre impacto”.

O cálculo do valor de *alpha* mostra uma boa consistência interna do instrumento de colheita de dados, com $\alpha=0,89$.

Pode observar-se na página seguinte, no **Quadro 8**, são apresentadas as situações consideradas pelos inquiridos, como de maior impacto.

A situação de maior impacto sobre os inquiridos é a “melhoria da qualidade de vida do doente” com uma soma de 163 pontos e uma média de 4,66 e um desvio padrão de 0,591. Em segundo lugar encontram-se duas situações com os mesmos valores, uma soma de 158 pontos, uma média de 4,51 e um desvio padrão de 0,61, para a “dificuldade em abordar a situação” e “falta de acompanhamento da situação após a alta”. Em terceiro lugar, vem a situação pontuada com uma soma de 147 pontos, uma média de 4,20 e um desvio padrão de 0,90, o “reconhecimento do sofrimento da família”.

Para Vachon (2003: 999) entre as causas e factores associados ao *Burnout* nos profissionais de saúde encontram-se a prestação de cuidados ao doente terminal, o contacto contínuo com o sofrimento humano e as exigências e dificuldades associadas ao cuidar do paciente e família.

Os aspectos referidos como de maior impacto pelos inquiridos são: a melhoria da qualidade de vida do doente e o reconhecimento do significado de cada pessoa; enquadram-se no factor – contacto contínuo com o sofrimento humano. A dificuldade em abordar a situação e a falta de acompanhamento após a alta; enquadram-se no factor – exigências e dificuldades associadas ao cuidar do doente e família.

A situação considerada de menor impacto, com a menor pontuação, com uma soma de 105 pontos, uma média de 3,09 e um desvio padrão de 0,90, foi a situação: “sou incapaz de identificar situações negativas”. Em seguida, e em penúltimo lugar, vem com uma soma de 108 pontos, uma média de 3,09 e um desvio padrão de 1,01, a situação: “sou incapaz de identificar uma situação positiva”. Em antepenúltimo vem a situação pontuada com uma soma de 112 pontos, uma média de 3,39 e um desvio padrão de 1,06 - “sentimento de injustiça em relação à morte”.

Quadro 8: Distribuição da amostra segundo o impacto das situações em estudo

	<i>N</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
Melhoria da situação clínica do doente	35	138	3,94	0,906
Melhoria da qualidade de vida do doente	35	163	4,66	0,591
Reconhecimento por parte do doente	35	142	4,06	0,802
Contributo da situação para a aprendizagem	35	141	4,03	0,747
Sentimento de aceitação em relação ao doente	35	141	4,03	0,707
Sentimento de empatia por parte do doente	34	142	4,18	0,936
Aquisição de uma nova visão sobre a morte	35	129	3,69	0,867
Sentimento de amizade por parte do doente	35	128	3,66	0,873
Reconhecimento da situação de privilégio resultante da relação enfermeiro/doente	35	132	3,77	0,843
Reconhecimento do significado de cada pessoa	35	144	4,11	0,867
União familiar na resolução de problemas	35	142	4,06	0,906
Sou incapaz de identificar uma situação positiva	35	108	3,09	1,011
Imprevisibilidade face à morte	35	143	4,09	1,040
Morte de um doente com dor	34	143	4,21	0,914
Falta de acompanhamento do doente após a alta	35	158	4,51	0,612
Quando a família não assume a responsabilidade de cuidar do doente	35	141	4,03	0,891
Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica	35	136	3,89	0,832
Dificuldade na abordagem da situação	35	158	4,51	0,742
Sofrimento do doente	35	140	4,00	0,939
Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária	35	128	3,66	0,873
Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente	35	121	3,46	0,919
Estabelecimento incorrecto de prioridades	35	139	3,97	0,954
Reconhecimento do sofrimento da família	35	147	4,20	0,901
Rejeição da família em relação ao doente	34	139	4,09	0,996
Sentimento de impotência em relação à morte	35	124	3,54	0,852
Falta de informação acerca da doença	35	131	3,74	0,919
Limitação à informação que o enfermeiro pode transmitir ao doente	35	128	3,66	1,110
Sentimento de injustiça em relação à morte	33	112	3,39	1,059
Sou incapaz de identificar situações negativas	34	105	3,09	0,900
Valido N	31			

Para Garcia (2005), ao contrário do que se pensava, trabalhar com a doença e morte não surge como factor de *stress*. Ao contrário, os profissionais salientam a ajuda ao doente e família como uma fonte de satisfação.

Segundo Bernardo et al. (2006: 480) as perdas podem estender-se além da morte dos doentes: a perda de relação com determinado doente, perda devido à identificação com a dor da família, perda face às expectativas, perda relacionada com crenças e concepções de vida, perdas não resolvidas, antecipação de perdas futuras e a morte do próprio.

Neste sentido, é natural que seja difícil perceber a ocorrência de determinadas perdas, o que pode levar a não valorização das mesmas, contribuindo para a sua acumulação ao longo dos anos.

Relativamente ao impacto sentido por cada um dos indivíduos inquiridos, a pontuação pode oscilar entre o valor mínimo de 29, se o indivíduo não sente o impacto de nenhuma das situações em estudo, e o valor máximo de 145, se o indivíduo sente sempre o impacto de todas as situações em estudo. De acordo com o **Quadro 9 e 10** o impacto da totalidade das situações por indivíduo, oscilou num intervalo de 57 valores, entre um valor mínimo de 92 para o indivíduo que sente menor impacto em relação às situações estudadas e um valor máximo de 149 para o indivíduo que sofre um maior impacto. A variância de 169,22 para um desvio padrão de 13,00. A média de impacto sentido pela amostra situa-se nos 116,09, com 75% da amostra a sofrer um impacto superior a 107,00; 50% o sentir impacto acima de 114 e 25% acima dos 124.

Quadro 9: Impacto das situações em estudo por indivíduo

		<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Porcentagem acumulada</i>
Valido N=35	92	1	2,9	2,9
	96	1	2,9	5,7
	97	1	2,9	8,6
	99	1	2,9	11,4
	104	1	2,9	14,3
	105	1	2,9	17,1
	106	1	2,9	20,0
	107	2	5,7	25,7
	108	3	8,6	34,3
	110	1	2,9	37,1
	111	2	5,7	42,9
	113	1	2,9	45,7
	114	2	5,7	51,4
	116	1	2,9	54,3
	118	1	2,9	57,1
	119	2	5,7	62,9
	120	1	2,9	65,7
	121	1	2,9	68,6
	123	2	5,7	74,3
	124	1	2,9	77,1
125	1	2,9	80,0	
127	2	5,7	85,7	
129	1	2,9	88,6	
131	1	2,9	91,4	
138	1	2,9	94,3	
144	1	2,9	97,1	
149	1	2,9	100,0	
	Total	35	100,0	

Quadro 10: Caracterização da amostra segundo o Impacto dos Cuidados**Paliativos nos Enfermeiros**

<i>Impacto</i>		
N=35	Valido	35
	Sem resposta	0
Média		116,09
Mediana		114,00
Variância		169,022
Desvio padrão		13,001
Intervalo		57
Mínimo		92
Máximo		149
Percentil 25		107,00
Percentil 50		114,00
Percentil 75		124,00

Se considerarmos, que os indivíduos que sentem o impacto das situações em estudo, em cuidados paliativos, se podem enquadrar em 4 grupos, segundo o grau de impacto percebido por cada enfermeiro: **sem impacto**, para os que se posicionam no intervalo de pontuação entre os 29 e os 57; com **pouco impacto** para os que se posicionam no intervalo entre 58 e os 86 de pontuação; com **impacto** para os que se posicionam no intervalo entre 87 e 115; e por último, **muito impacto** para os que se posicionam no intervalo entre os 116 e os 145. Pode dizer-se em relação à amostra em estudo, tendo em conta o **Quadro 11**, que:

- Nenhum dos inquiridos se posiciona no intervalo correspondente à denominação **sem impacto** ou com **pouco impacto**.
- 51,4% (18) dos inquiridos situam-se no intervalo correspondente ao intervalo **sinto impacto**.

- 45,7% (16) dos inquiridos situam-se no intervalo correspondente a **sinto muito impacto**.

Um dos inquiridos não respondeu.

Quadro 11: Distribuição da amostra segundo o Grau de Impacto sentido pelos Enfermeiros

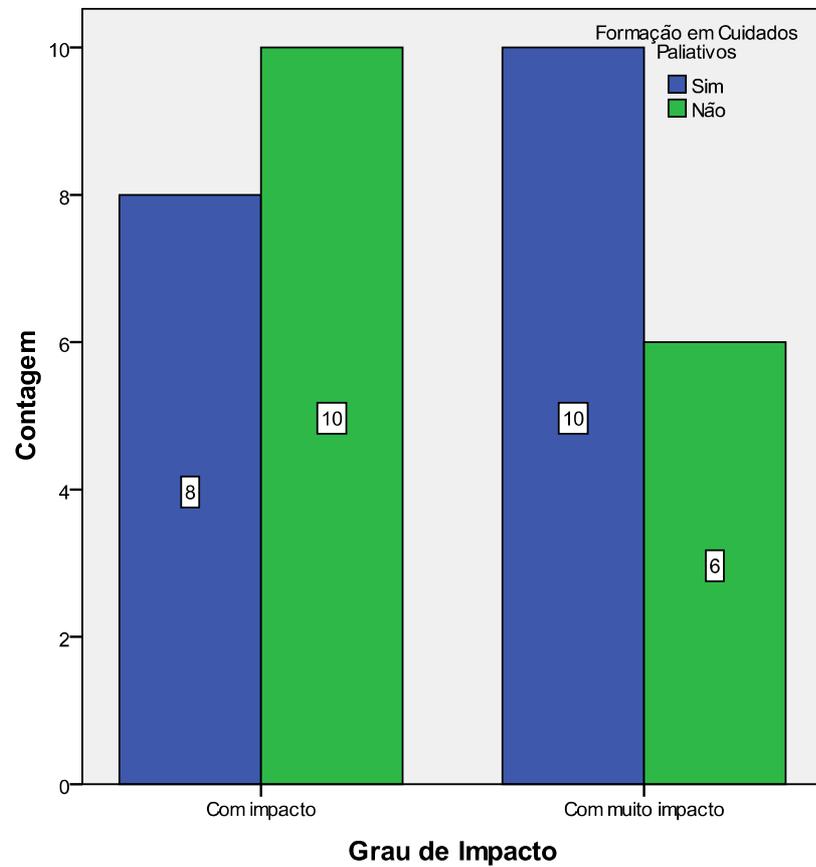
		<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>	<i>Percentagem Válida</i>	<i>Percentagem Acumulada</i>
Valido N=34	Sem impacto	0	0	0	0
	Com pouco impacto	0	0	0	0
	Com impacto	18	51,4	52,9	52,9
	Com muito impacto	16	45,7	47,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Sem resposta	1	2,9		
Total		35	100,0		

Ao relacionar-se o grau de impacto dos cuidados paliativos nos enfermeiros, com o facto de terem ou não formação em cuidados paliativos, verifica-se que uma relação negativa baixa, com possível tendência para os indivíduos com formação sentirem um maior impacto em cuidados paliativos, como se pode ver nos quadros abaixo, através da aplicação do teste de Spearman, uma vez que a distribuição da amostra não é normal (através do teste de Shapiro-Wilk), **Quadro 12, 13 e o Gráfico 33**.

Quadro 12: Aplicação do Teste de Shapiro-Wilk

	Teste de Shapiro Wilk	
	Valor	Sig.
QI1	,837	,000
QI2	,619	,000
QI3	,831	,000
QI4	,810	,000
QI5	,780	,000
QI6	,766	,000
QI7	,835	,000
QI8	,866	,001
QI9	,829	,000
QI10	,820	,000
QI11	,835	,000
QI12	,824	,000
QI13	,752	,000
QI14	,774	,000
QI15	,693	,000
QI16	,795	,000
QI17	,792	,000
QI18	,644	,000
QI29	,825	,000
QI20	,873	,002
QI21	,882	,003
QI22	,848	,000
QI23	,785	,000
QI24	,810	,000
QI25	,853	,001
QI26	,880	,002
QI27	,866	,001
QI28	,881	,003
QI29	,881	,002

Gráfico 33: Representação gráfica da distribuição da amostra segundo a Formação e o Grau de Impacto em Cuidados Paliativos



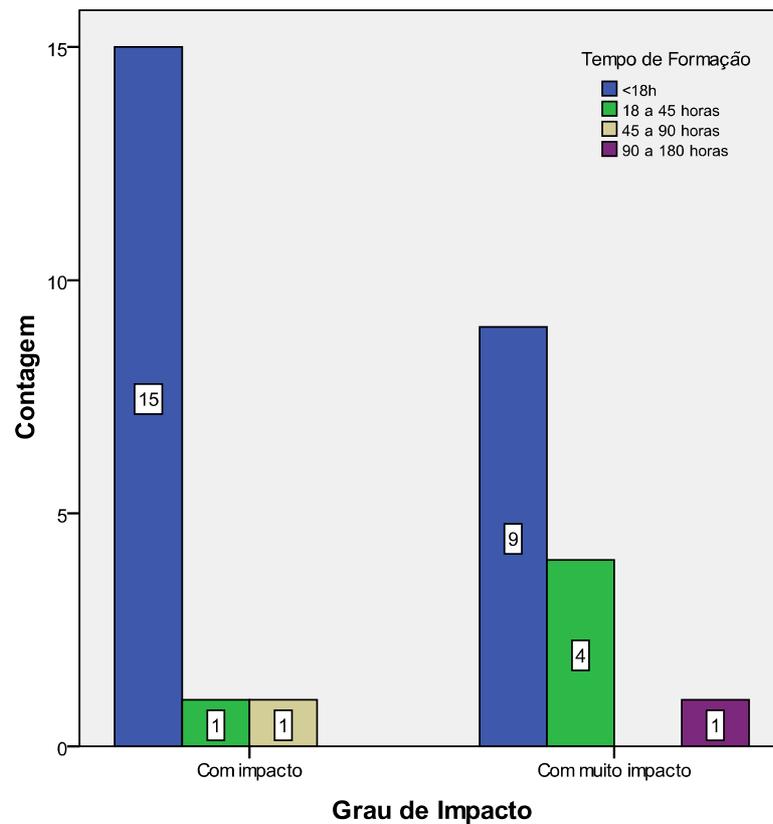
Quadro 13: Aplicação do Teste de Spearman (Formação/Grau de Impacto)

	Valor	Sig.
Spearman Correlation	-0,181	0,307
Nº de casos válidos	34	

Pelo que, a formação parece não influenciar o grau de impacto dos cuidados paliativos nos enfermeiros. Por outro lado, quando comparamos o tempo de formação em cuidados paliativos com o impacto dos mesmos sobre os enfermeiros, os dados sugerem também uma correlação positiva fraca entre o grau de impacto e tempo de formação. Embora não seja possível perceber de que forma a formação

interfere no impacto sentido pelos enfermeiros em cuidados paliativos, podendo dever-se apenas a uma maior sensibilização à problemática, **Gráfico 34** e **Quadro 14**.

Gráfico 34: Relação entre o Grau de Impacto e o Tempo de Formação em Cuidados Paliativos



Quadro 14: Aplicação do Teste de Spearman (Grau de impacto/Tempo de Formação)

	Valor	Sig.
Spearman Correlation	0,273	0,137
N.º de casos válidos	31	

Quando relacionamos o grau de impacto com as necessidades em cuidados paliativos, verifica-se a existência de uma moderada correlação positiva, com um coeficiente de Spearman de 0,430 e um coeficiente de significância de 0,011,

Quadro 15.

Para a Associação Nacional de Cuidados Paliativos as organizações internacionais consideram que a enfermagem em cuidados paliativos é uma área muito específica, que requer uma robusta formação, que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa trans e interdisciplinar (ANCP, 2006:2).

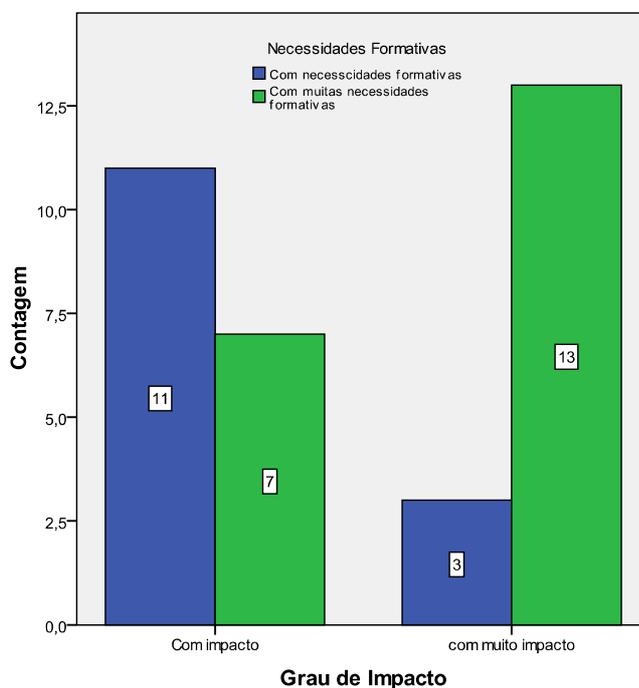
De acordo com Bernardo et al. qualquer membro da equipa, qualquer que seja a sua categoria profissional, responsabilidade ou competência técnica, não está preparado para o trabalho de equipa, a não ser que tenha formação para isso (Bernardo et al. 2006:466).

E, segundo Vachon a falta de preparação para lidar com problemas clínicos e espirituais é um factor de *Burnout* nos profissionais de saúde (Vachon, 2006: 999).

Ainda, segundo Garcia melhorar a formação e o cuidado pessoal dos profissionais pode ser uma das bases para aumentar a satisfação e reduzir o *stress* dos mesmos (Garcia, 2005).

Os dados encontrados acerca da relação entre a formação e o impacto em cuidados paliativos são influenciados pelo tamanho da amostra e pelo facto de apenas sete dos inquiridos possuírem formação em cuidados, e também pelo facto de nem todos os factores de *stress* em cuidados paliativos serem percebidos e identificados pelos profissionais enquanto tal.

Gráfico 35: Relação entre o Grau de Impacto e as Necessidades Formativas em Cuidados Paliativos



Quadro 15: Aplicação do Teste de Spearman (Grau de impacto/Necessidades Formativas)

	Valor	Sig.
Spearman Correlation	0,430	0,011
N.º de casos válidos	34	

Na pesquisa da correlação entre os vários factores de impacto em cuidados paliativos, encontraram-se como factores com correlação significativa positiva (considerada como significativamente positiva quando o coeficiente de correlação é superior a 0,50), através do teste de correlação de Spearman, os que se encontram representados no **Quadro 16**, na página seguinte.

Quadro 16: Matiz de Correlações entre os vários Factores de Impacto em Cuidados Paliativos

	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29
I1	1																												
I2	,06	1																											
I3	-,36*	-,22	1																										
I4	,29	,11	-,52	1																									
I5	-,21	,13	,52**	,31	1																								
I6	-,10	-,53**	,20	,04	,43*	1																							
I7	,06	-,09	,02	,22	,08	,38*	1																						
I8	,09	-,26	,46**	-,19	,26	,39*	,28	1																					
I9	,21	-,19	,29	,05	,22	,24	,31	,65**	1																				
I10	,13	,03	,36*	,14	,17	-,09	,10	,20	,34*	1																			
I11	,14	,18	,04	,08	,20	,41	,31	,33	,25	,19	1																		
I12	-,34**	-,04	-,17	,35*	,19	,19	,42*	,23	,44**	,24	,38	1																	
I13	,11	,14	-,31	,24	,16	,27	,51**	,03	,18	-,08	,07	,23	1																
I14	,32	-,03	-,05	-,03	,07	,19	-,03	,11	,23	-,06	,08	,30	,02	1															
I15	,11	,07	-,20	,03	,07	,13	-,06	-,06	,13	-,18	,01	,25	,14	,36*	1														
I16	-,05	,29	,09	-,15	,10	,34	,03	,15	,03	,18	,39*	,03	,13	,38*	,27	1													
I17	,09	,10	,34*	-,24	,17	,52**	,19	,57**	,48**	,20	,33*	,36*	,00	,48**	,01	,34	1												
I18	-,01	-,10	-,15	,03	-,07	,02	,18	,01	,08	,06	-,08	,17	,49**	-,02	,23	-,04	,21	1											
I19	,21	,26	,27	,04	,25	,34*	,14	,29	,36*	,40*	,45**	,17	-,08	,22	-,23	,34	,49**	-,24	1										
I20	,35*	-,01	,19	,01	,25	,52**	,49**	,63**	,55**	,10	,38*	,34*	,24	,17	,00	,18	,47**	-,01	,42*	1									
I21	,42*	-,05	-,02	,01	-,18	,18	,30	,42*	,25	,16	,26	,28	,19	,16	,03	,21	,27	-,14	,29	,49**	1								
I22	,26	,41*	-,06	,26	,14	,35*	,03	,08	,25	,37*	,31	,41*	,11	,30	,28	,43*	,29	-,15	,21	,12	,06	1							
I23	,38	,19	-,40*	,06	-,24	,19	-,01	-,05	-,02	-,19	,14	,25	,23	,64**	,41*	,37*	,21	-,22	-,16	,09	,25	,47**	1						
I24	,33	,16	,19	,03	,46**	,30	-,06	,28	,22	,14	,20	,34*	-,02	,25	,16	,16	,39*	-,00	,34*	,50**	,17	,16	,15	1					
I25	,09	-,16	,19	-,04	,21	,06	,18	,32	,23	,26	,35*	,18	,18	,19	,19	,36*	,30	-,06	,46**	,36*	,56**	,08	,16	,33	1				
I26	,45**	-,00	-,18	,34*	-,04	-,05	,14	,11	,30	,16	,19	,15	,29	,34*	,14	,26	,06	,06	,31	,24	,23	,39*	,30	,18	,33	1			
I27	,38*	,18	-,01	-,20	-,04	,24	,04	,43*	,28	,18	,25	,27	,12	,36*	,30	,39*	,49**	-,02	,25	,39*	,49**	,27	,32	,60**	,32	,36*	1		
I28	,16	,18	,08	-,20	,07	,31	,22	,34	,14	,23	,19	,28	,33	,35*	,13	,37*	,59**	,21	,23	,43*	,45**	,25	,35*	,45*	,49**	,14	,72**	1	
I29	,24	,24	-,11	-,05	,21	,36*	,13	,24	,17	,10	,32	,52**	,09	,50**	,40*	,25	,29	-,08	,20	,34*	,36*	,25	,51**	,50**	,40*	,13	,57**	,60**	1

*Correlação significativa ao nível 0,05

**Correlação significativa ao nível 0,01

A letra I seguida de um número que vai de 1 a 29 designa os vários factores de impacto positivo e negativo, consideradas neste estudo.

- I1 – Melhoria da situação clínica do doente.*
- I2 – Melhoria da qualidade de vida do doente.*
- I3 – Reconhecimento por parte do doente.*
- I4 – Contributo da situação para a aprendizagem.*
- I5 – Sentimento de aceitação em relação ao doente.*
- I6 – Sentimento de empatia por parte do doente.*
- I7 – Aquisição de uma nova visão sobre a morte.*
- I8 – Sentimento de amizade por parte do doente.*
- I9 – Reconhecimento da situação de privilégio resultante da relação enfermeiro/doente.*
- I10 – Reconhecimento do significado de cada pessoa.*
- I11 – União familiar na resolução de problemas.*
- I12 – Sou incapaz de identificar uma situação positiva.*
- I13 – Imprevisibilidade face à morte.*
- I14 – Morte de um doente com dor.*
- I15 – Falta de acompanhamento do doente após a alta.*
- I16 – Quando a família não assume a responsabilidade de cuidar do doente.*
- I17 – Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica.*
- I18 – Dificuldade na abordagem da situação.*
- I19 – Sofrimento do doente.*
- I20 – Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária.*
- I21 – Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente.*
- I22 – Estabelecimento incorrecto de prioridades.*
- I23 – Reconhecimento do sofrimento da família.*

I24 – *Rejeição da família em relação ao doente.*

I25 – *Sentimento de impotência em relação à morte.*

I26 – *Falta de informação acerca da doença.*

I27 – *Limitação à informação que o enfermeiro pode transmitir ao doente.*

I28 – *Sentimento de injustiça em relação à morte.*

I29 – *Sou incapaz de identificar situações negativas.*

Através da observação do **Quadro 16**, anteriormente apresentado, é possível perceber quais os factores de impacto em cuidados paliativos que apresentam uma maior correlação entre si.

O factor de Impacto I3 (*Reconhecimento por parte do doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I5 (*Sentimento de aceitação em relação ao doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,52**.

O factor de Impacto I6 (*Sentimento de empatia por parte do doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I2 (*Melhoria da qualidade de vida do doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,53**; com I17 (*Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica*) – com um coeficiente de correlação de **0,52**; e com I20 (*Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária*) – com um coeficiente de correlação de **0,52**.

O factor de Impacto I3 (*Reconhecimento por parte do doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I5 (*Sentimento de aceitação em relação ao doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,52**.

O factor de Impacto I7 (*Aquisição de uma nova visão sobre a morte*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I13 (*Imprevisibilidade face à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,51**.

O factor de Impacto I8 (*Sentimento de amizade por parte do doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I9 (*Reconhecimento da situação de privilégio resultante da relação enfermeiro/doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,65**; com I20 (*Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária*) – com um coeficiente de correlação de **0,63**; e com I17 (*Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica*) – com um coeficiente de correlação de **0,57**.

O factor de Impacto I9 (*Reconhecimento da situação de privilégio resultante da relação enfermeiro/doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I20 (*Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária*) – com um coeficiente de correlação de **0,55**.

O factor de Impacto I13 (*Imprevisibilidade face à morte*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I18 (*Dificuldade na abordagem da situação*) – com um coeficiente de correlação **0,49**.

O factor de Impacto I14 (*Morte de um doente com dor*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I23 (*Reconhecimento do sofrimento da família*) – com um coeficiente de correlação de **0,64**.

O factor de Impacto I17 (*Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I19 (*Sofrimento do doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,49**; e com I28 (*Sentimento de injustiça em relação à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,59**.

O factor de Impacto I20 (*Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I21 (*Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,49**; e com I24 (*Rejeição da família em relação ao*

doente) – com um coeficiente de correlação de **0,50**.

O factor de Impacto I21 (*Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente*) encontra-se **fortemente** correlacionado com I25 (*Sentimento de impotência em relação à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,50**.

O factor de Impacto I27 (*Limitação à informação que o enfermeiro pode transmitir o doente*) encontra-se correlacionado de forma **muito forte** com o factor I28 (*Sentimento de injustiça em relação à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,72**. E **fortemente** correlacionado com I7 (*Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica*) – com um coeficiente de correlação de **0,49**; com I21 (*Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,49**; com I29 (*Sou incapaz de identificar situações negativas*) – com um coeficiente de correlação de **0,50**; e com I24 (*Rejeição da família em relação ao doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,60**.

O factor de Impacto I29 (*Sou incapaz de identificar situações negativas*) é aquele que se correlaciona **fortemente** com um maior número de factores: com I25 (*Sentimento de impotência em relação à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,49**; com I24 (*Rejeição da família em relação ao doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,50**; com I14 (*Morte de um doente com dor*) – com um coeficiente de correlação de **0,50**; com I23 (*Reconhecimento do sofrimento da família*) – com um coeficiente de correlação de **0,51**; com I12 (*Sou incapaz de identificar uma situação positiva*) – com um coeficiente de correlação de **0,52**; e com I28 (*Sentimento de injustiça em relação à morte*) – com um coeficiente de correlação de **0,60**.

O factor que apresenta uma menor correlação é I18 (*Dificuldade na abordagem da*

situação), que apresenta uma correlação igual ou inferior a 0,24 com todos os factores de impacto em análise.

O factor de Impacto I4 (*Contributo da situação para a aprendizagem*) correlaciona-se **moderadamente** com o factor de Impacto I12 (*Sou incapaz de identificar uma situação positiva*) – com um coeficiente de correlação de **0,35**; e com I26 (*Falta de informação acerca da doença*) – com um coeficiente de correlação de **0,34**.

O factor de Impacto I10 (*Reconhecimento do significado de cada pessoa*) correlaciona-se **moderadamente** com o factor de Impacto I19 (*Sufrimento do doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,40**; e com I22 (*Estabelecimento incorrecto de prioridades*) – com um coeficiente de correlação de **0,37**.

O factor de Impacto I15 (*Reconhecimento do significado de cada pessoa*) correlaciona-se **moderadamente** com o factor de Impacto I29 (*Sou incapaz de identificar situações negativas*) – com um coeficiente de correlação de **0,40**; e com I23 (*Reconhecimento do sofrimento da família*) – com um coeficiente de correlação de **0,41**.

O factor de Impacto I26 (*Falta de informação acerca da doença*) correlaciona-se **moderadamente** com o factor de Impacto I27 (*Limitação à informação que o enfermeiro pode transmitir ao doente*) – com um coeficiente de correlação de **0,36**.

O tamanho da amostra não permite a extracção de factores através da aplicação da análise factorial. No entanto, a forte correlação existente entre alguns dos factores em análise, sugere que a sua aplicação a uma população de maior dimensão permitiria a extracção de factores que explicassem o fenómeno, permitindo a construção de uma escala de menor dimensão, facilitando assim a sua análise prática.

Da análise dos dados apresentados há a salientar que:

- As estratégias de adaptação mais adoptadas pelos inquiridos em cuidados paliativos são: *coping* activo, o planeamento e a aceitação. As estratégias de adaptação menos utilizadas são: o uso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a negação;
- Todos os inquiridos expressam necessidades formativas em cuidados paliativos; 60% referem muitas necessidades formativas;
- As necessidades formativas mais valorizadas pelos inquiridos prendem-se com o trabalho de equipa, a aprendizagem com enfermeiros mais experientes, o apoio de peritos e modelos de aprendizagem, e a partilha de experiências;
- A formação recebida pelos inquiridos em cuidados paliativos não parece influenciar as suas necessidades formativas nessa área;
- Quanto maior é a duração da formação em cuidados paliativos recebida pelos inquiridos, maiores parecem ser as necessidades formativas expressas nessa área;
- Os enfermeiros preocupam-se profissionalmente com a insegurança familiar na altura da alta, com a necessidade de garantir a continuidade de cuidados e com a necessidade de uma maior disponibilidade em tempo para cuidar;

- Não existe relação entre as preocupações manifestadas e as necessidades formativas expressas pelos inquiridos;
- Todos os inquiridos sentem o impacto da prestação de cuidados a doentes em fim de vida, 45,7% sentem muito impacto;
- Foram consideradas como as situações de maior impacto positivo em cuidados paliativos: a melhoria da qualidade de vida do doente e o reconhecimento do significado enquanto pessoa. As situações consideradas como de maior impacto negativo são: a dificuldade em abordar a situação e a falta de acompanhamento após a alta;
- Entre os inquiridos, a formação recebida não parece influenciar o impacto sentido ao cuidar de doentes em fim de vida;
- Dos factores de impacto estudados, dezanove apresentam uma elevada correlação entre si.

Face aos resultados obtidos consideramos como importante a elaboração de uma Formação para Enfermeiros em Cuidados Paliativos, que permita desenvolver competências a nível da Comunicação; Transmissão de Informação e Comunicação de Más Notícias; Trabalho em Equipa Pluridisciplinar/Família; Inteligência Emocional; Modelos de Aprendizagem e Estratégias de *Coping*, pelo que no capítulo seguinte será apresentada uma proposta de Plano de Formação.

Parte III – Proposta de Plano de Formação em Cuidados Paliativos

Neste capítulo desenha-se uma proposta de plano de formação em cuidados paliativos a partir das linhas orientadoras que emergiram dos dados apresentados no capítulo anterior.

4 - Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos

A partir do Estudo A, emergiram as Necessidades Formativas que se encontram representados na **Figura 12**:

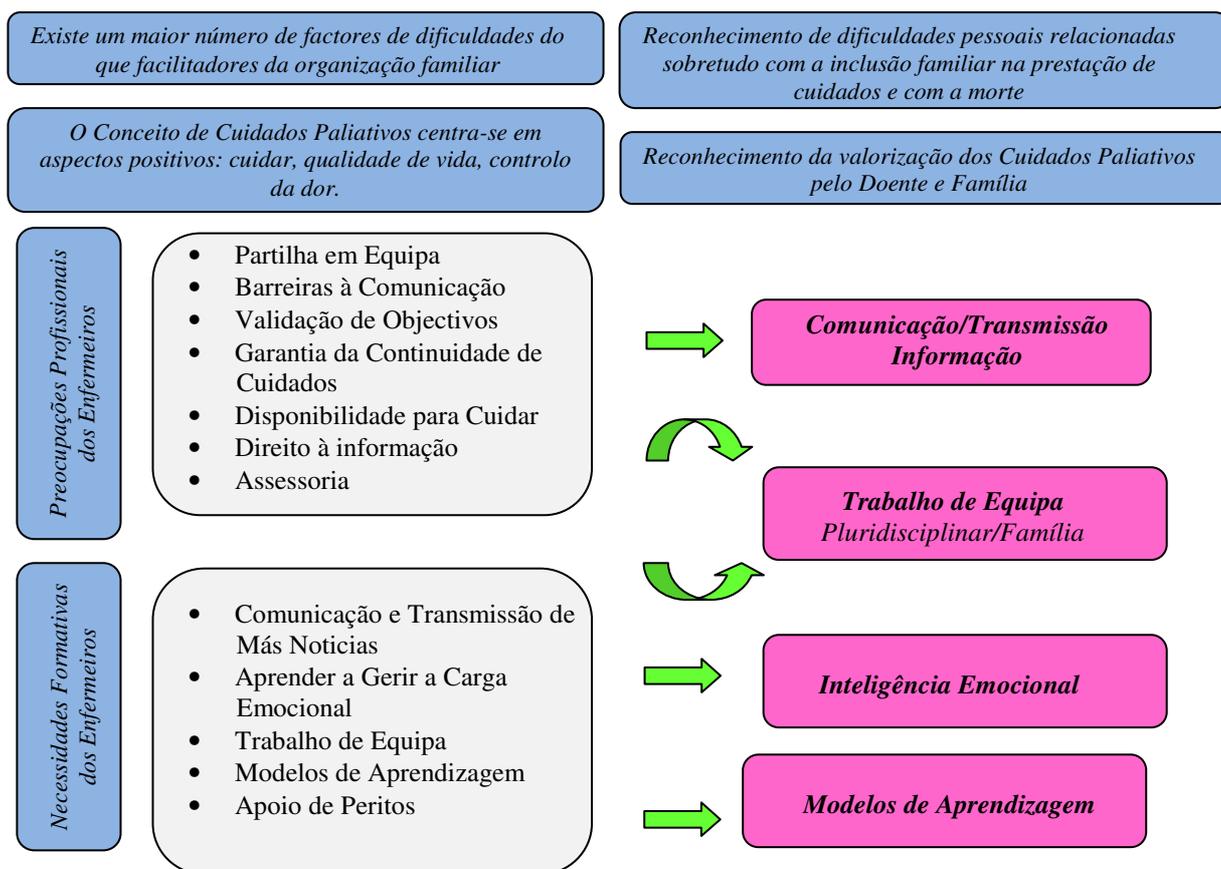


Figura 12: Representação esquemática das Necessidades Formativas que emergiram do Estudo A

Como se pode observar no **Figura 12**, as Necessidades Formativas que emergiram do Estudo A foram, o **trabalho de equipa**, a **comunicação**, a **inteligência emocional** e a existência de **modelos de aprendizagem**.

Efectivamente, é consensual o facto de o cuidar em cuidados paliativos se basear numa escuta activa, transmissão de informação verdadeira, de acordo com as necessidades de quem a solicita e a sua capacidade de a compreender; num trabalho de equipa pluridisciplinar, baseado no respeito e reconhecimento do trabalho do outro; numa capacidade de auto controlo e gestão de emoções evitando situações de *stress* não adaptativo, e a aprendizagem contínua com outros profissionais, em seminários, reuniões, numa aprendizagem ao longo da vida.

Para Bernardo, o tipo de equipa irá determinar a efectividade do trabalho desenvolvido. Necessita-se ter uma linguagem comum, os elementos têm que estar preparados para funcionar juntos, têm que saber validar os contributos dos outros e têm que partilhar um número elevado de coisas da vida (Bernardo, 2006:478).

A partir do estudo B emergiram as Necessidades Formativas que se encontram representadas no **Figura 13**, apresentado na página seguinte.

As necessidades formativas identificadas a partir da informação obtida junto dos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço são similares às identificadas junto dos enfermeiros prestadores de cuidados.

Os enfermeiros inquiridos neste estudo são jovens, com uma formação teórica correspondente à licenciatura, com recursos pessoais de actualização da mesma, uma experiência profissional curta, sem modelos de aprendizagem com uma maior

experiência profissional. Estas características, reflectem-se numa necessidade de formação baseada não em aspectos teóricos e técnicos, mas sim, na sua aplicação à prática e reflexão acerca dessa mesma prática, como se pode ver no **Figura 13**

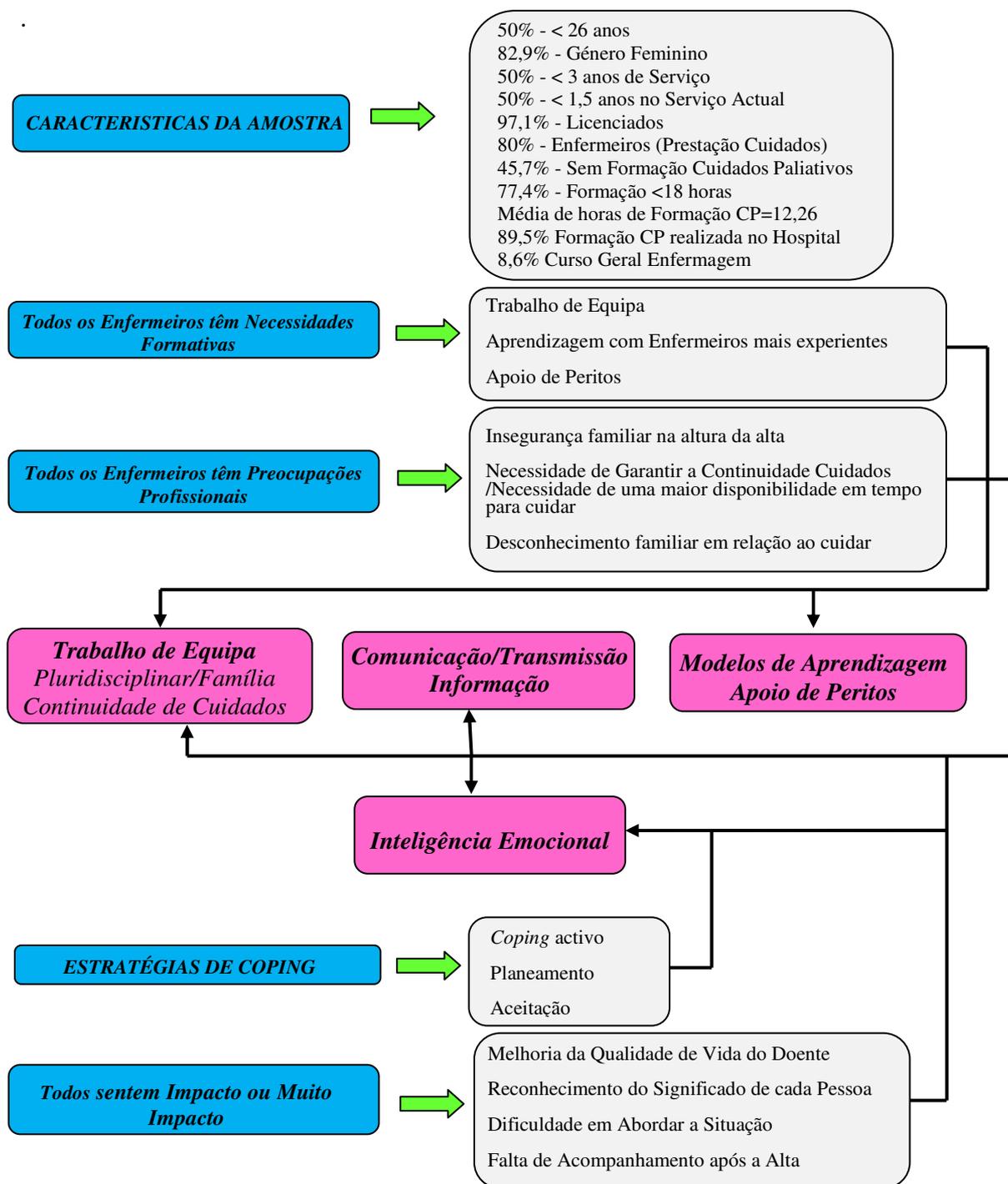


Figura 13: Representação esquemática das Necessidades Formativas que emergiram do Estudo B

Tanto no Estudo A, como no Estudo B as necessidades formativas identificadas foram as mesmas, permitindo dizer que tanto as enfermeiras chefes e responsáveis de serviço como os enfermeiros prestadores de cuidados directos ao utente têm o mesmo tipo de percepção sobre esta matéria.

As necessidades formativas encontradas não diferem, das orientações emitidas por especialistas nesta área, no livro, Oxford Textbook of Palliative Medicine, considerado como uma referência na área dos cuidados paliativos, Buclers & Simth (2004) adoptaram o Modelo dos 3 círculos proposto por Harden et al. (1999), onde se encontram representadas as diversas competências profissionais e tipos de inteligência a desenvolver na educação médica em cuidados paliativos, **Figura 14**.

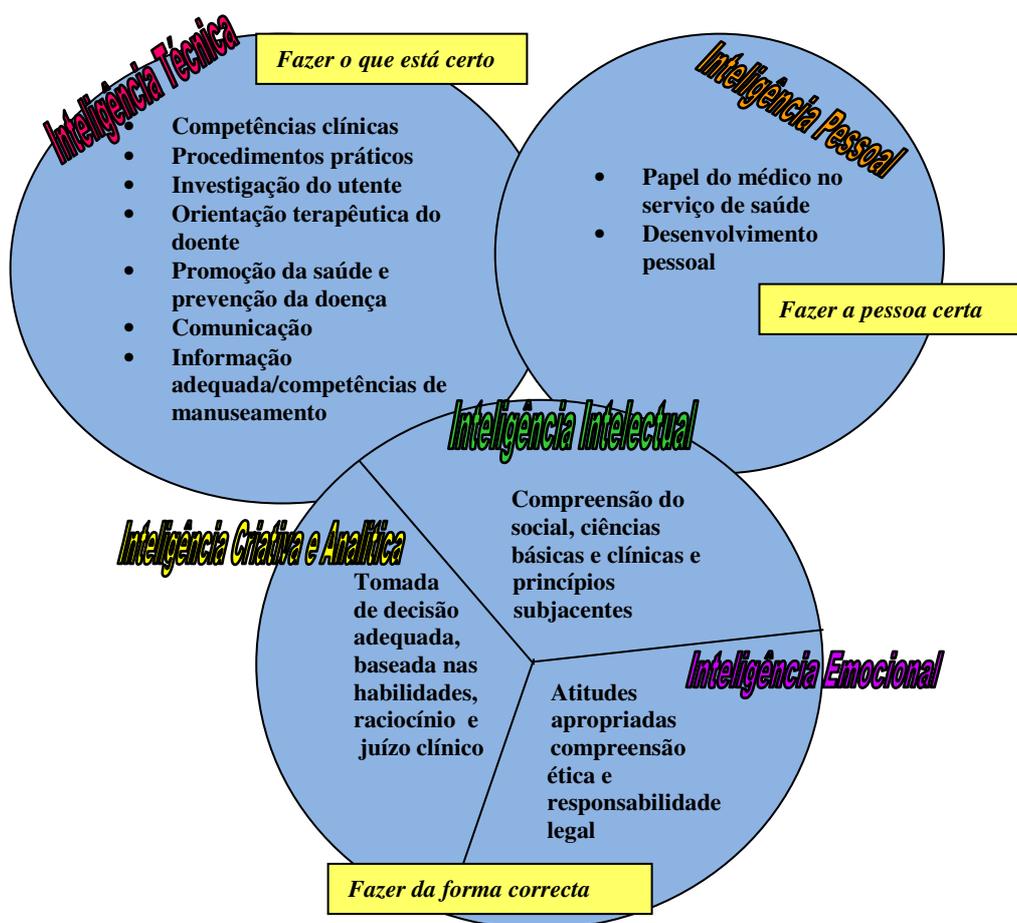


Figura 14: Adaptação do Modelo dos 3 círculos de Harden et al.

A partir das necessidades identificadas e das características da população é possível definir um plano de formação flexível e adaptável às expectativas dos formandos, respeitando os seus conhecimentos prévios e percurso de vida, pessoal e profissional, baseado nos princípios que orientam a educação e formação de adultos.

Para Jeffrey (2001:7), a formação em cuidados paliativos deve basear-se em 4 pressupostos da educação de adultos:

1. Os adultos desejam e são capazes de conduzir a sua própria aprendizagem.
Apreciam o facto de se encontrarem envolvidos na tomada de decisões que afectam o seu futuro.
2. A experiência dos adultos é um importante recurso de aprendizagem. Os adultos aprendem com mais facilidade quando são utilizados métodos de aprendizagem baseados na experiência. Quando a aprendizagem se faz em pequenos grupos baseada na resolução de problemas. Os adultos necessitam perceber que a aprendizagem é relevante para o seu trabalho.
3. Os adultos têm necessidades específicas de aprendizagem baseadas no desempenho de tarefas e problemas reais. Necessitam ser encorajados a discutir as suas necessidades. Dizer não sei, é o primeiro passo para uma nova aprendizagem.
4. Os adultos têm necessidade de aplicar de imediato os conhecimentos e competências adquiridas. Adquirir novas competências é habitualmente desconfortável, mas se o meio envolvente é reconhecido como seguro, que aprende pode treinar as novas aquisições sem se sentir embaraçado.

Ainda, segundo Jeffrey (2001:7), respeitar estes princípios permite desenvolver uma nova forma de aproximação entre formador/formando, e exclui uma

aprendizagem passiva.

A especificidade das necessidades de aprendizagem em cuidados paliativos, colocam novas exigências ao formador, mas também representam um desafio à capacidade de adaptação e respeito pelos princípios da educação de adultos, em que os formandos deixam de ser receptáculos de conhecimentos e passam a comandar a sua própria formação.

Em concordância com as necessidades formativas identificada, os princípios da educação e formação de adultos, e a necessidade de promover a autonomia através do *empowerment*, parece adequado formar “elementos modelo”, que funcionem como um exemplo e referência à aprendizagem dos restantes elementos da equipa. A formação destes elementos permite, por um lado formar um pequeno grupo de formandos, em que a interacção formando/formador seja mais intensa e por outro lado criar um elo de ligação entre os enfermeiros que prestam cuidados e a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos na medida das suas necessidades, sem que a sua intervenção seja tida como intrusiva.

Assim a formação de 2 ou 3 elementos por serviço, seleccionados pelos próprios enfermeiros, tendo em conta o reconhecimento pela equipa da sua experiência profissional e competências, técnicas, pessoais, relacionais e de liderança, garantindo assim a sua aceitação.

Estes “elementos-modelo”, para os restantes colegas, têm como função dar apoio e suporte e actuar elementos de ligação à equipa intra hospitalar de suporte em cuidados paliativos, com formação nesta área do conhecimento.

Trabalhar com pequenos grupos permite por um lado aproveitar a crítica colectiva e a

criatividade do grupo e por outro lado fomentar um ambiente de abertura e diálogo em que as pessoas se sintam predispostas a contribuir para a criação de novas soluções.

Para Benson et al., inquirir no âmbito de pequenos grupos constrói uma criatividade colectiva que promove a inovação nos serviços de saúde. A criatividade é ampliada pelo pensamento crítico colectivo, através de soluções criativas que levam à mudança. A resolução eficaz de um problema pode estar comprometida por uma visão que não promova o entendimento, a confiança e o diálogo aberto (Benson et al. 2000:98).

Assim, o plano de formação proposto, dirige-se a um pequeno grupo de enfermeiros, 9 elementos, 3 de cada um dos 2 serviços de Medicina e 3 do Serviço de Cirurgia (podendo ser integrados até mais 3 elementos que demonstrem interesse pelo assunto, e que este se adequa à sua prática). Com este número de elementos pretende-se fomentar uma maior proximidade entre formadores e formandos, contribuindo para o estabelecimento de uma clima que predispõe a uma maior abertura e disponibilidade, para assumir o desconforto associado à exposição pessoal de dúvidas e dificuldades. Por outro lado é importante a existência de elementos de vários serviços, entre os quais não exista um conhecimento prévio profundo diário, para que a proximidade diária e até alguma cumplicidade não os desvie das questões centrais.

O trabalho desenvolvido entre os vários elementos do grupo será usado para desenvolver competências de comunicação, relacionais e interpessoais, que contribuem para o desenvolvimento do trabalho de equipa.

Sem esquecer que os profissionais de saúde, seja que elemento for, não são o

elemento chave da equipa em cuidados paliativos, mas sim o doente e sua família.

Para Lugton & Kindlen (1999:9), excluir o utente da equipa é torná-lo um recipiente passivo, em vez de o tornar um parceiro na tomada de decisão.

No plano de formação as áreas a desenvolver são, como anteriormente referido:

1. A Comunicação,
 2. A Inteligência Emocional,
 3. O Trabalho de Equipa,
- mas também a Filosofia dos Cuidados Paliativos.

Os objectivos a atingir serão traçados pelos formandos de acordo com os seus interesses e expectativas, pelo que o plano de formação deve ter em conta os conteúdos essenciais, servindo de orientação e apoio ao formador, com um tempo de duração adequado, mas suficientemente flexível, de modo a adaptar-se às necessidades do grupo.

Um aspecto determinante a ter em atenção é o treino de elementos replicadores de conhecimentos, pelo que têm que ser dotados das ferramentas necessárias para responder as solicitações que lhe serão colocadas no terreno. De acordo com os aspectos até aqui mencionados, propõe-se o plano de formação que se encontra representado no **Quadro 17**.

Quadro 17: Plano de Formação para “Elementos Modelo” em Cuidados**Paliativos**

“ELEMENTOS MODELO” 1º Dia	
População Alvo	9 a 12 Enfermeiros (preferencialmente dos serviços de medicina e cirurgia)
Objectivo Geral	Ganhar auto-confianças nas capacidades enquanto educador.
Objectivos Específicos	Identificar e partilhar dificuldades como educador Conhecer as particularidades da educação de adultos Compreender a importância da comunicação em cuidados paliativos Identificar e definir estratégias de intervenção em situação de conspiração do silêncio
Actividade/Duração	<p>1º Dia</p> <p>INTRODUÇÃO</p> <p>9h Apresentação Negociação das regras com o grupo (intervalos, entradas, saídas, uso telemóvel, ...) <i>Icebreaker</i> – apresentação de cada elemento do grupo, o seu percurso profissional, a música e livro preferidos.</p> <p>9h 30m</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelos de educação de adultos. Quem ensina e quem aprende? Educador como facilitador da aprendizagem <p>11h 15m Café 11h30m</p> <ul style="list-style-type: none"> Importância da comunicação Visualização de um excerto de um filme Os formandos devem identificar os aspectos positivos e negativos comentando-os. Dois elementos do grupo farão uma síntese final <p>13h30m Almoço Conjunto</p> <p>15h <i>Role Play</i></p>

“ELEMENTOS MODELO” 1º Dia	
	<ul style="list-style-type: none"> O grupo tem a possibilidade de falar acerca das suas experiências. Provavelmente serão salientados os aspectos negativos, o que também deve ser comentado <p>15h 45 Visualização de excerto de um filme, a propósito do qual será discutida a do conspiração silêncio. Os formando são convidados a dar a sua opinião fundamentando-a.</p> <p>16h 45m Café</p> <p>17h Avaliação e Planeamento do dia seguinte Uma avaliação verbal do dia, de acordo com os objectivos definidos. Discussão dos conteúdos para o dia seguinte, para que o formando consiga corresponder às expectativas e necessidades do grupo.</p> <p>17h 30m Final do Dia/Vídeo Humorístico.</p>
Resultados Esperados	Que os formandos sejam capazes de assumir o papel de formadores
Avaliação	Intervenção junto da equipa alargada.
Observação	Análise mensal das dificuldades encontradas na prática

“ELEMENTOS MODELO” 2º Dia	
População Alvo	9 a 12 Enfermeiros (preferencialmente dos serviços de medicina e cirurgia)
Objectivo Geral	Ganhar auto-confianças nas capacidades enquanto educador.
Objectivos Específicos	Identificar os princípios a ter em conta na transmissão de más notícias. Ser capaz de utilizar o <i>counseling</i> .
Actividade/Duração	<p>2º Dia</p> <p>9h Início do dia Re- negociação das regras do dia anterior se pertinente. Espaço de reflexão/comentários acerca do dia anterior.</p>

“ELEMENTOS MODELO” 2º Dia	
Actividade/Duração	<p>9h 30m Os participantes são convidados a formar grupos de 3, devendo identificar situações de transmissão de más notícias, as dificuldades que lhe estão associadas, na perspectiva de quem transmite e quem recebe as notícias. Discussão em grupo das dificuldades identificadas.</p> <p>10h 30m Como podemos “melhorar” a transmissão de más notícias.</p> <p>11h Café</p> <p>11h15m Visualizar um excerto de um filme acerca da transmissão de más notícias, seguido de discussão do mesmo.</p> <p>12h <i>Role Play</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • O grupo tem a possibilidade de treinar, utilizando a situação de transmissão da necessidade de iniciar quimioterapia a um homem jovem, casado, sem filhos. <p>13h Almoço Conjunto</p> <p>14h 30m Os formandos são convidados a identificar sentimentos através da observação de imagens em que se visualiza apenas o olhar.</p> <p>15h00m Os formandos são convidados a discutir em grupos de 3 pessoas, alterações à sua prática. Seguida de reflexão em grupo.</p> <p>15h 30m Utilização do Counseling em cuidados paliativos</p> <p>16h Café</p> <p>16h15m <i>Goldfish bowl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dois formadores apresentam em <i>role play</i> a técnica de <i>counseling</i>. <p>16h 45m <i>Role Play</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • O grupo tem a possibilidade de treinar a utilização da técnica, representando situações da sua prática.

“ELEMENTOS MODELO” 2º Dia	
Actividade/Duração	<p>17h 30m Avaliação e Planeamento do dia seguinte Uma avaliação verbal do dia, de acordo com os objectivos definidos. Discussão dos conteúdos para o dia seguinte, para que o formando consiga corresponder às expectativas e necessidades do grupo.</p> <p>17h 45m Final do Dia/Vídeo Humorístico com utilização de linguagem não verbal.</p>
Resultados Esperados	Que os formandos sejam capazes de assumir o papel de formadores
Avaliação	Intervenção junto da equipa alargada
Observação	Análise mensal das dificuldades encontradas na prática

“ELEMENTOS MODELO” 3º Dia	
População Alvo	9 a 12 Enfermeiros (preferencialmente dos serviços de medicina e cirurgia)
Objectivo Geral	Ganhar auto-confianças nas capacidades enquanto educador.
Objectivos Específicos	<p>Ser capaz de fazer uma conferência familiar.</p> <p>Identificar as dificuldades pessoais na gestão de emoções.</p> <p>Identificar as dificuldades pessoais no estabelecimento de relações interpessoais.</p>
Actividade/Duração	<p>3º Dia</p> <p>9h Início do dia Espaço de reflexão/comentários acerca do dia anterior.</p> <p>9h 30m Conferência familiar em cuidados paliativos</p> <p>10h <i>Goldfish bowl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dois formadores representam em <i>role play</i> uma conferência familiar. • <p>10h 30m Reflexão do grupo acerca da utilização da conferência familiar na sua prática.</p>

“ELEMENTOS MODELO” 3º Dia	
Actividade/Duração	<p>11h Café</p> <p>11h 15m Inteligência Emocional.</p> <p>11h 45m Aplicação e avaliação do Quociente de Elasticidade/Resistência (regulação emocional, controlo emocional, optimismo, análise das causas, empatia, auto-eficácia). (Escada, 2008)</p> <p>12h Reflexão em grupo acerca dos resultados obtidos e das estratégias a desenvolver para otimizar esses resultados.</p> <p>13h Almoço Conjunto</p> <p>14h 30m Técnicas de gestão de emoções em contexto de trabalho.</p> <p>15h15m Gestão de conflitos em situação crítica.</p> <p>15h 45m Visualização de excertos de um filme. Discussão em grupo das estratégias adoptadas.</p> <p>16h 30 Café</p> <p>16h45m Os formandos são convidados a discutir em grupos de 3 pessoas, alterações nas suas relações interpessoais. Seguida de reflexão em grupo.</p> <p>17h 30m Avaliação e Planeamento do dia seguinte Uma avaliação verbal do dia, de acordo com os objectivos definidos. Discussão dos conteúdos para o dia seguinte, para que o formando consiga corresponder às expectativas e necessidades do grupo.</p> <p>17h 45m Final do Dia/Vídeo Humorístico acerca das relações interpessoais</p>
Resultados Esperados	Que os formandos sejam capazes de assumir o papel de formadores
Avaliação	Intervenção junto da equipa alargada.
Observação	Análise mensal das dificuldades encontradas na prática

“ELEMENTOS MODELO” 4º Dia	
População Alvo	9 a 12 Enfermeiros (preferencialmente dos serviços de medicina e cirurgia)
Objectivo Geral	Ganhar auto-confianças nas capacidades enquanto educador.
Objectivos Específicos	Identificar as diferenças entre chefia e liderança. Identificação das vantagens do trabalho de equipa, e da inclusão do utente e família na mesma.
Actividade/Duração	<p>4º Dia</p> <p>9h Início do dia Espaço de reflexão/comentários acerca do dia anterior.</p> <p>9h 30m Chefia e Liderança</p> <p>10h Reflexão do grupo acerca da sua realidade.</p> <p>10h 30m Trabalho de equipa Realização de jogos</p> <p>11h Café</p> <p>11h 15m Reflexão acerca da importância de cada elemento nos jogos anteriormente realizados.</p> <p>11h 45m Importância do Utente e Família como elementos da Equipa.</p> <p>12h 15m Articulação hospital/comunidade. A sua importância na continuidade de cuidados.</p> <p>13h Almoço</p> <p>14h30m Os formandos são convidados a discutir em grupos de 3 pessoas, alterações no trabalho de equipa. Seguida de reflexão em grupo.</p> <p>15h Os formandos são convidados em grupos de 3 elementos a definir a sua filosofia de cuidados paliativos e apresentar ao grupo.</p> <p>16h 30m Café</p>

“ELEMENTOS MODELO” 4º Dia	
Actividade/Duração	<p>16h 45m Os formandos são convidados a escrever artigos acerca dos temas abordados: comunicação, transmissão de más notícia, trabalho de equipa, inteligência emocional, filosofia dos cuidados paliativos ou outra para publicar no <i>Journal Club</i> editado na intranet, de modo a que possa ser lido por todos. O <i>Journal Club</i> será iniciado com os artigos escritos pelo grupo.</p> <p>17h 30m Avaliação e Planeamento do próximo encontro Uma avaliação verbal do dia, de acordo com os objectivos definidos. Discussão dos conteúdos para o próximo encontro, para que o formando consiga corresponder às expectativas e necessidades do grupo.</p>
Resultados Esperados	Que os formandos sejam capazes de assumir o papel de formadores
Avaliação	Intervenção junto da equipa alargada
Observação	Análise mensal das dificuldades encontradas na prática

O 5º dia do plano de formação deverá ocorrer 1 a 2 meses após a realização da primeira sessão, para que os formandos tenham a possibilidade de colocar em prática as aprendizagens efectuadas. Pretende-se neste encontro reflectir acerca das dificuldades encontradas e da melhor forma de as ultrapassar. Pretende-se ainda definir estratégias de continuidade para o futuro, pelo que a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos será formalmente convidada a estar presente.

“ELEMENTOS MODELO” 5º Dia (1 a 2 meses após o 1º)	
População Alvo	9 a 12 Enfermeiros (preferencialmente dos serviços de medicina e cirurgia)
Objectivo Geral	Ganhar auto-confianças nas capacidades enquanto educador.

“ELEMENTOS MODELO” 5º Dia (1 a 2 meses após o 1º)	
Objectivos Específicos	Promover o <i>empowerment</i> dos formandos e a sua autonomia.
Actividade/Duração	<p>5º Dia</p> <p>9h Negociação das regras com o grupo, ordem de apresentação dos trabalhos, duração da apresentação e discussão. Espaço de reflexão/comentários acerca da prática desde o último encontro.</p> <p>9h30 Apresentação do 1º Trabalho.</p> <p>10h Apresentação do 2º Trabalho</p> <p>10h30m Discussão dos trabalhos</p> <p>11h Café</p> <p>11h 15m Apresentação do 3º Trabalho</p> <p>11h 45m Apresentação do 4º Trabalho.</p> <p>12h 15m Discussão dos trabalhos.</p> <p>13h Almoço Conjunto</p> <p>14h30m Continuação de apresentação de trabalho</p> <p>15h Discussão com o grupo das suas necessidades e estratégias a seguir.</p> <p>16h Estabelecimento de um plano de continuidade</p> <p>17h Finalização dos trabalhos</p> <p>20h Jantar Convívio</p>
Resultados Esperados	Que os formandos sejam capazes de dar continuidade autonomamente à sua aprendizagem
Avaliação	Continuidade das actividades desenvolvidas pelos formados
Observação	Dar <i>feed back</i> e reforço positivo aos formandos tendo em conta as actividades desenvolvidas.

Existe uma tendência para que os acontecimentos formativos em cuidados paliativos sejam multidisciplinares, para que exista uma valorização e combinação dos conhecimentos específicos de cada grupo profissional, num reconhecimento da natureza complementar e sobreposição da prática profissional, bem como da importância do trabalho de equipa.

Para Cairns & Yates (2003:28), ainda é limitada a evidência de que a educação interdisciplinar, de facto alcança os resultados desejados. Além disso, embora a experiência interdisciplinar de educação seja relatada por muitos como gratificante, algumas preocupações foram levantadas, porque tal abordagem apresenta dificuldades na manutenção da identidade profissional, normas e sistemas de valores, ficando a profundidade dos conhecimentos exigidos para a disciplina comprometidos pela necessidade de orientar a educação para a média de conhecimentos do grupo.

Os conteúdos são flexíveis, podendo os tempos previsto ser aumentado ou diminuídos de acordo com as necessidades dos formandos, podendo ser abordadas outras temáticas que os mesmos considerem pertinente. É importante que a duração da formação seja superior à do curso considerado básico, tendo em conta os conteúdos abordados, bem como a profundidade que se pretende.

A par com a formação e em interação com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos, no sentido de incentivar a proximidade e reflexão conjunta acerca da prática, propõe-se a realização de uma reunião conjunta mensal ou bimensal, cuja periodicidade deve ser combinada de acordo com a disponibilidade dos interessados.

Para Bernardo et al. (2004:466), formação interna constitui um elemento primordial na aquisição de competências dentro da equipa, e para isso contribuem as reuniões de

serviço, estudos de caso, revisão de temas, etc ...É uma aprendizagem que se faz no dia-a-dia, onde cada um enriquece com a contribuição dos outros. Com o objectivo de complementar a formação, é importante a aquisição de conhecimentos em congressos, workshops, cursos de actualização, seminários, reuniões, que constituem a formação externa.

Considerações Finais

O caminho percorrido foi o compromisso possível perante a prova da realidade e o plano ideal, que aspiraria à possibilidade metodológica de extrapolar os dados obtidos para o universo dos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos. No entanto a possibilidade de aplicação na prática do projecto de trabalho, ainda que em pequena escala, perde em grandeza, mas não perde a sua importância, se de alguma forma contribuir para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem e para o bem estar dos enfermeiros enquanto profissionais. A possibilidade de alargamento da população em estudo foi colocada de parte, atendendo à possibilidade de utilizar os resultados obtidos na população em estudo.

Ao longo deste trabalho pretendeu-se conhecer a representação conceptual de cuidados paliativos dos enfermeiros e as suas necessidades formativas nesta área. Assim procurou-se analisar a representação conceptual de cuidados paliativos, expressa pelos próprios enfermeiros nas suas várias dimensões.

Verificou-se que, o conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros se centra sobretudo em aspectos positivos, que vão além da administração farmacológica e intervenção técnica. Centram-se no conforto e bem-estar, qualidade de vida, dignidade humana, controlo sintomático, e mesmo no cuidar global. Embora não façam referência directa à inclusão familiar na prestação de cuidados, fazem-no indirectamente ao pensar no bem-estar do doente, que não poderá existir, quando não se encontram incluídos os seus entes queridos. Esta concepção de cuidados paliativos vai ao encontro do conceito adoptada no Plano Nacional de Cuidados Paliativos,

segundo a qual, os Cuidados Paliativos têm uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e, tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (PNCP, 2004).

Os enfermeiros possuem como formação a licenciatura em enfermagem, o que lhes confere uma bagagem teórica consistente, que nem sempre conseguem passar para a prática. A formação em cuidados paliativos no curso de base, quando existe, não é suficiente para responder aos problemas que se colocam no dia-a-dia ao cuidar de doentes em fim de vida, por se centrar em conteúdos teóricos. A formação em cuidados paliativos após o curso geral de enfermagem, quando existe, é pouco representativa em termos de carga horária, e os conteúdos tendem a centrar-se também, em aspectos teóricos.

Os inquiridos reconhecem as dificuldades que as famílias têm em organizar-se no apoio ao doente e ao cuidador. Ao mesmo tempo que reconhecem que a sua preocupação com a sobrecarga do cuidador não é uma das suas prioridades habituais, o que pode contribuir para a sua ocorrência.

Os enfermeiros mostram maior facilidade em identificar situações profissionais negativas do que positivas em cuidados paliativos, embora alguns, não consigam identificar situações nem positivas nem negativas. Esta situação necessita de um maior esclarecimento, porque pode de alguma forma representar uma tentativa de afastamento emocional de situações de elevada carga emocional, o que pode levar a uma diminuição do envolvimento na relação enfermeiro/utente/família.

Verificou-se que os enfermeiros que receberam uma formação de maior duração em tempo mostram tendência para expressar um maior número de necessidades formativas.

Todos os enfermeiros mostram preocupações com a prática em cuidados paliativos, sobretudo com aspectos práticos, como a alta do doente, a capacidade da família para lhe prestar cuidados e a continuidade dos mesmos após alta. Mostram dificuldade em afastar-se do modelo biomédico de prestação de cuidados, mesmo quando reconhecem, que o cuidar se centra no indivíduo enquanto pessoa e na sua família, não se limitando aos aspectos biológicos do ser humano. A formação em cuidados paliativos, não parece influenciar as preocupações dos enfermeiros, no entanto há a considerar, que apenas cinco enfermeiros apresentam formação em cuidados paliativos correspondente a um nível básico pós graduado, um possui formação avançada e outro possui formação entre estes dois níveis.

Os enfermeiros sentem impacto tanto de situações positivas, como a melhoria da qualidade de vida do doente e reconhecimento do significado de cada pessoa, como de situações negativas, como a dificuldade em abordar a situação e a falta de acompanhamento do doente após a alta. Na população estudada não existe diferença entre o impacto percebido pelos enfermeiros com formação e os enfermeiros sem formação em cuidados paliativos, provavelmente, pelo acima referido, em relação ao nível de formação.

As estratégias de *coping* adoptadas são adaptativas positivas, o *coping* activo, o planeamento e a aceitação, nenhum inquirido referiu a utilização de estratégias negativas, sendo as estratégias de adaptação menos utilizadas, o uso de substâncias, o desinvestimento comportamental e a negação.

As necessidades formativas identificadas a partir das características da amostra, das suas preocupações e necessidades referidas, centram-se na área da comunicação, da inteligência emocional e do trabalho de equipa, pelo que o plano de formação se centra nestas três áreas. Foi também considerado como importante o apoio de peritos e a existência de modelos de aprendizagem, pelo que o plano de formação tem como principal objectivo a formação de elementos que possam funcionar como uma referência nos respectivos serviço em que trabalham. Destina-se a um pequeno número de formandos para que a interacção formando/formador tenha uma maior expressão. O respeito pelos princípios da educação de adultos, tal como preconizado pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos e por David Jeffrey membro do Palliative Care Education Group Gloucestershire, é um dos aspectos, se possível ainda mais fundamental do que em outras formações, atendendo á sensibilidade dos temas e a exposição que obriga por parte dos formandos e formador.

Há ainda a considerar, o facto de as necessidades formativas encontradas na perspectiva dos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço se enquadrarem nas mesmas áreas que as necessidades sentidas pelos enfermeiros que prestam cuidados directos ao utente e família, comunicação, inteligência emocional e trabalho de equipa.

Assim, foi elaborada uma proposta de plano de formação que procura responder às necessidades identificadas, respeitando as expectativas dos formandos em termos de flexibilidade na gestão de conteúdos e de tempo, procurando incentivar ao *empowerment* e autonomia do grupo, como garantia da sua continuidade na aquisição de novas aprendizagens, pelo que se consideram atingidos os objectivos propostos no início deste trabalho.

Referências Bibliográficas

Abu-Saad, H., & Courtens, A. (2001). Developments in Palliative Care. In: Abu-Saad, H.. *Evidence-based palliative care: across the life span*. (pp. 5-13). Oxford: Blackwel Science Ltd.

Bandeira, D.; Dell’Aglío, D.; & Antoniazzi, A. (1998) O conceito de Coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3 (2), 273-294.

Baray, H.L. (2006). *Introduccion a la metodologia de la investigacion*. México: Eumed.net.

Barbosa, A.;& Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Benner, P.(1984) *From novice to expert*. California: Addison - Wesley Pub. Co.

Benson, G.; Noesgaard, C. & Drummond-Young, M. (2000). Facilitating Small Group Learning. In: Rideout, E. *Transforming Nursing Education Through Problem-based Learning*. (pp75-98). Canada: Jones & Bartlett Publishers.

Bernardo, A.; Rosado, J.; & Salazar, H. (2006). Trabalho de Equipa. In: Barbosa, A.;& Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp107-112). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bernardo, A.; Rosado, J.; & Salazar, H. (2006). Burnout e auto cuidado. In: Barbosa, A.;& Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp107-112) Lisboa:Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Betinelli, L.A.; Waskiewicz & Erdmann. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27, (2), 231-239.

Bogdan, R.; & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Boulay, S. (1996). *Chaging the face of death: the story of Cicely Saunders*. Norfolk: RMEP.

Brunet, R. (2006) Relación entre la inteligência emocional y la motivación para trabajar en Cuidados Paliativos en estudiantes de enfermería. *Medicina Paliativa*; 13, (4), 186-191.

Cairns, W.; & Yates, P. (2003). Education and training in palliative care. *American Journal of Australia*, 179 (6), 26-28.

Calman, K (2004). Education and training in palliative medicine. In: Doyle, D., Hanks, G, Cherny, N., & Calman, K.. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp1155-1182).Oxford: Oxford University Press.

Canário, R. (2003). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Canário, R.; & Cabrito, B.(2008) *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa.

Caria, T. (2001). A Universidade e a recontextualização profissional do conhecimento abstracto. *Caderno de Ciências Sociais*, (21-22), 71-86.

Carvalho, D.B.; & Valle, E.R. (2002) A Pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scientiarum*, 24, (3), 843-847.

Chiavenato, R. (2002). *Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Aras.

Chochinov, M.H. (2002). Dignity - Conserving Care - A New Model for Palliative. Helping the Patient Feel Valued. *American Medical Association*, 287, (17), 2253-2260.

Cohen L.; & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigation Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.

Congregação de São Camilo (1819). *Novo Ministro dos Enfermos ou Métodos Práticos de administrar os sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos*.

Lisboa: Impressão Régia.

Conventry, P.A.; Grande, G.E.; Richards, D.A.; & Todd, C.J. (2005). Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systemic review *British Geriatrics Society*, 34, 218-227.

Dahlberg, (1978). Referent-oriented concept theory for interconcept. *International Classification*. 5, (3), 142-151.

Daniels, L.; Faull, C.; & Yvonne, C. (2005). *Handbook of Palliative Care*. Oxford: Blackuell Publishing.

Doyle, D.; Hanks, G.; Cherny, N.; & Calman, K. (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medecine*. Oxford: Oxford University Press.

Field, D. & Addington-Hall, J. (1999) Extending sepecialist palliative care to all? *Social Science and Medicine*, 48, 1271-1280.

Finger, M.; & Asun, J. (2005). *A Educação numa Encruzilhada – Aprender a nossa saída*. Porto: Porto Editora.

Followfield, Lesley (2004). Communication with the patient and family in palliative medicine. In: Doyle, D., Hanks, G, Cherny, N., & Calman, K. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp101-107). Oxford: Oxford University Press.

Freire, P. (1996) *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freitas, M. & Mendes, M. (2007) Condição crónica: análise do conceito no contexto de saúde do adulto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15, (4)

Gallo, S. (2000). Notas deleuzianas para uma Filosofia da Educação. In: Ghiraldelli, P. J. *O que é a Filosofia da Educação?* (pp 84-157) Rio de Janeiro: DP&A.

Greer, S.; Mooreys, S.; Barnch, J.; Watson, M.; Robertson, B.; Mason, A.; Rawden, L.; Law, M.G.; & Bliss, J.M. (1992). Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.

Gil, A.C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Goleman, D. (2003) *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

Harden R.M.; Crosby, J.R.; & Davis, M.H. (1999). Outcome-based education: An introduction to outcome education. *Medical Teacher*, 21 (1), 7-14.

Hill, M.; & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Silabo.

Holanda, A. (2006) Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3, (24), 63-372.

Jeffrey, D. (2004). Communication with professionals. In: Doyle, D., Hanks, G, Cherny, N., & Calman, K. *Oxford Textbook of Palliative Medecine* (pp107-112).Oxford: Oxford University Press.

Kocourek, R. (1991). *La langue française de la technique et de la science*. Wiesbaden: Oscar Brandstetter Verlag.

Landim, F; Lourinho, L.; Lira, R. & Santos, Z.(2006) Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativa-quantitativa. *RBPS*, 19 (1), 53-58.

Lugton, J.; & Kindlen, M. (1999). *Palliative Care: The Nursing Role*. London: Churchill Livingstone.

Maguire, P.; & Pitceathly, C. (2006). Learning Couselling. In: Doyle, D., Hanks, G, Cherny, N., & Calman, K. *Oxford Textbook of Palliative Medecine* (pp1176-1179).Oxford: Oxford University Press.

Marques, M.S. (2005) Os laços sem fim e os desafios da medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 353-370.

Martins, M.C. (2004) Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista educação, ciência e tecnologia*, 29, 255-268.

Mendes, M.M.& Freitas, M.C. (2004). A dimensão do conceito em Deleuze e na enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12, (1), 128-133.

Moreira, D.(2004) Pesquisa em administração: origens, usos e variantes do método fenomenológico. *Revista de Administração e Inovação*, 1, (1): 5-19.

Morse, J.M. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*; 17 (3), 31-46.

Newcomer, R.J.; Clay, T.H.; Yaffe, K. & Covinsky, K.E.(2005) Mortality risk and prospective medicare expenditures for persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society.*; 53, 2001-2006.

Pais-Ribeiro, & J; Santos, C. (2001) Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (19), 491-502.

Pais- Ribeiro, J.; & Rodrigues, A.P. (2004) Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.

Pais- Ribeiro, J. (2007) *Avaliação em psicologia da saúde – instrumentos publicados em português*. Lisboa: Quarteto.

Percardis, A. (2000). *Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal*. Campinas: Unicamp.

Pereira, A. (2006). *SPSS Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Sílabo.

Pessini, L. (2001). *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola.

Pestana, M.; & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

Polit, D.; & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Gráficas.

Querido, A.; Salazar, H.; & Neto, I. (2006). Comunicação. I : Barbosa, A.;& Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp107-112). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rideout, E. (2000). *Transforming Nursing Education Through Problem-based Learning*.Canada: Jones & Bartlett Publishers.

Rodgers, B. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge:the evolutionary cyclo .*Journal of Advanced Nursing Sciences*, 14, 330-335.

Rodgers, B. (1993). Concept analysis: an evolutionary view. In: Rodgers B, Knafk K. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. (pp73-92). United States of America: WB Saunders.

Rodgers, B. (1999). Notion de concept: les concepts, l'analyse et le developement de la connaissance des soins infirmier: le cycle evolutionniste. *Recherche en Soins Infirmiers*, 58, 29-34.

Rubiales, A.; Flores, L.; Valle, M.; Gómez, L.; Hernansanz, S.; & Gutiérrez, C.(2004) Investigación cualitativa en Medicina Paliativa. *Medicina Paliativa*, 11, (4), 231-238.

Sager, J. (1990). *A Pratical course in terminology processing*. Amesterdan: John Benjamins B.V.

Soto, E. (2002). *Comportamento organizacional: o impacto das emoções*. Canada: Cengage Learning Editores.

Vachon, M.L.S. (2004). The stress of Professional caregivers. In: Doyle, D., Hanks, G, Cherny, N., & Calman, K. *Oxford Textbook of Palliative Medecine*_(pp992-1004).Oxford: Oxford University Press.

Velez, M. (1994). *A estrutura Essencial da Interacção Aluno-Doente: uma análise fenomenológica*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa.

Walker, L.; & Avant, K. (1988) *Concept analysis. Strategies for theory construction in nursing*. California: Appleton & Lange.

Zeidner, M.; Endler, N. S. (1996) *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Canada: John Wiley and Sons, Inc.

Webgrafia

Cassiano, C.J.; & Oliveira, C.C. (2007). Panaceia de Emoções: a revolução de data. *Saúde Colectiva*, 1(1). Acedido a 6/05/2008 de <http://coletanea2007.no.comunidades.net/index.php?pagina=1062183528>.

Department of Psychology, University of Miami. Brief COPE. Acedido a 20/03/2008 de <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html>

Encontro Nacional de Educação e Formação de Adultos (2005). *Prespectivas da Educação e Formação de Adultos* Acedido a 20/04/2008 de http://www.direitodeaprender.com.pt/revista06_03.htm

European Association for Palliative Care (2004). *Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe*. Acedido a 24 de Janeiro de. <http://www.eapcnet.org/download/forTaskforces/NurseEducationGuide.pdf>

Eurydice. Organização do Sistema Educativo em Portugal 2006/07. Acedido a 24/04/2008 de http://www.eurydice.org/ressources/eurydice/eurybase/pdf/0_integral/PT_PT.pdf.

Figueiredo, A. T. (2006). Coletânea de Textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia. Acedido dia 7/01/2008 de <http://www.alexandracaracol.com/ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>

Gesaworld (2005) Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual. Acedido dia 15/11/2007 de http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD083698D31F07B/0/Diagnostico_Nete_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf

Laboratório de Comunicação e Conteúdos Online (2006) História dos Cuidados Paliativos em Portugal. Acedido a 18/12/2007 de <http://www.historiamedicinapaliativa.ubi.pt/index2.htm>

Maureen, J. F. (2008). National palliative care education and training needs analysis. Acedido dia 2/02/2009 de <http://www.contemporarynurse.com/archives/vol/7/issue/2/article/989/national-palliative-care-education-and-training>.

Melo, A. (2006). A Educação e Formação de adultos em Portugal como um Projecto de Sociedade. O direito de Aprender. Acedido dia 22/04/2008 de <http://www.direitodeaprender.com.pt/troca.php?no=30>.

Michaelis (2007). Moderno Dicionário de Língua Portuguesa Acedido a 1/02/2008 de <http://www2.uol.com.br/michaelis/>

Ordem dos Enfermeiros (2008). Enfermagem em Portugal. Acedido a 24/01/09.de http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/10Aniversario/Brochura_Final_site.pdf

Pina, A. (2006). Investigação e Estatística. Definição do Desenho do Estudo. Acedido a 17/02/2008 de <http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpiInfoInvestiga/desenho.htm>

Portaria n.º 799 – E/99. Diário da República I Série B n.º 219 de 18 de Setembro de 1999. Acedido a 24/01/2009 de: http://www.esald.ipcb.pt/docs_cursos/comp/port799E99.pdf

Portaria n.º 799 – D/99 .Diário da República I Série B n.º 219 de 18 de Setembro de 1999. Acedido a 24/01/2009 de: <http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=portaria+799+D%2F99&btnG=Pesquisar&meta=cr%3DcountryPT>

Rodrigues, I.G. (2004) Cuidados Paliativos: Análise de conceito. Dissertação apresentada à Universidade de São Paulo, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto. Acedido a 6/12/2007 de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17082004-101459/>.

Romão, J.E. (2002) Educação profissional no século XXI. Acedido a 02/04/2008 de <http://www.senac.br/conhecimento/bts.html#topo>.

Saint-Laurent, L.; Fillion L.(2003) Stresseus lies au travail infirmier en soins palliatifs: l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel. Acedido a 21/03/08 de http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/fillion_f.php

Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Acedido, a 5/01/2008 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100016&script=sci_arttext

Serrão, D. (2005) Os Cuidados Paliativos. In: 1^{as} Jornadas de Bioética do Funchal. Acedido a 20 /01/2008 de <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=197>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1997) Historia de los Cuidados Paliativos & el Movimiento Hospice. Acedido a 5/01 2008 de <http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP>

Sordi, M.R.; & Bagnato, M.H. (1998) Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Acedido a 30/03/2008 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13911.pdf>.

Vogt, M.; & Alves E. (2005) Revisão Teórica sobre educação de adultos para uma aproximação com a andragogia. Educação, 30 (2). Acedido a 16/04/2008 de. <http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2005/02/r12.htm>

Outros

Arranque de melhores cuidados ao doente terminal. (1994, Novembro 4) *Noticias Médicas*. p 4-6.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Lisboa.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Lisboa.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (1996). *Boletim nº 1*. Porto.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (1996). *Boletim nº 2*. Porto.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (1996). *Boletim nº 3*. Porto.

Barbarro, A. (sd). Critérios de terminalidad en los pacientes no oncológicos.

Carvalho, P.P. (2003, Outubro 27) Cuidados paliativos, o parente pobre do SNS. *Tempo da Medicina*. P.28.

Ferreira, J. (1996, Fevereiro 12) Cuidados paliativos em Portugal ainda estão em fase embrionária. *Tempo da Medicina* p.6.

Ferreira, P.S. (2000, Março 29). Dores inúteis. Podem ser tratadas. *A capital* p.22.

Ferreira, J. (1994, Dezembro 19) Medicina Paliativa. Um conceito de cuidados que abrange o doente na sua globalidade. *Tempo da Medicina*. P.11.

Ferreira, J. ”.(1994, Março 14) Os cuidados paliativos devem “integrar-se no exercício médico *Tempo da Medicina*. P. 6-8.

Gomes, A.C. (1992, Outubro 2) Viver melhor a vida que resta. *Sociedade* p.26.

Gonçalves, A.C. & Gonçalves C. I. (1997, Fevereiro 21) Unidade de Tratamento de Dor do Hospital Distrital do Fundão. *Noticias Médicas*.

Guimarães, M.J. (2000, Fevereiro 17) Quando não há nada a fazer. *Sociedade*.p.28-29.

Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa.

Morato, M. (2001, Outubro 8) Cuidados paliativos e rituais da morte. *Tempo da Medicina*. P.4-17.

Perspectivas sobre cuidados paliativos. (2000, Novembro 6) *Tempo da Medicina*. P.1-2.

Oliveira, A. (2002, Dezembro 2) Unidade de dor do Fundão comemorou 10 anos de vida. *Tempo da Medicina*. P.3-39.

Portaria n.º613. Diário da República I Série n.º 133 de 11 de Julho de 2008.4403-4407.

I Simpósio da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (1996, Novembro 4).
Noticias Médicas p 2-3.

Anexos

Anexo. A

(Recomendações da Associação Nacional de Cuidados
Paliativos/Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos)

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
DOENTE			
Observação, avaliação e controlo de sintomas			
Avaliação: Abordagem multimodal, Exame Clínico, Uso de Escalas de Medida, Diagnóstico Diferencial; Etiologia da Doença, Perfil Clínico; Registo		x	x
Sintomas Comuns: Dor, sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia, tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fistulas, Úlceras, ...	x	x	x
Medidas farmacológicas no tratamento de diferentes sintomas: farmacocinética, interação entre medicamentos, efeitos colaterais, observação contínua e reavaliação.		x	x
Vias e modos de administração (oral, enteral, subcutânea, intravenosa, rectal, transdérmica).	x	x	x
Emergências em cuidados Paliativos: Hemorragia, síndrome da Veia Cava, Hipercalcémia, ...		x	x
Intervenção Psicológica e/ou Psiquiátrica		x	x
Intervenção do Fisioterapeuta e/ou Terapia Ocupacional		x	X
Cuidados Espirituais	x	x	X
Avaliação de Enfermagem			
Medidas de Higiene e Conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, ...	x	x	X
Dor			
Aspectos Multidimensionais da Dor (Dor Total)	x	x	X
Escalas para avaliação da dor	x	x	X
Abordagens da Dor: Etiologia e tipos de Dor		x	X
Controlo da Dor: Escala Analgésica da OMS: fármacos, adjuvantes; opioides, efeitos secundários, titulação, toxicidade.	x	x	X
Rotação de opioides		x	X

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
Dor			
Educação do Doente e Família sobre o uso de opioides	x	X	x
Manejo da Dor no caso particular das crianças e dos idosos		X	x
Fase terminal, agonia e morte			
Prepara antecipadamente a fase terminal da vida	x	X	x
Manejo e controlo de sintomas no fim de vida, atender às necessidades específicas do fim de vida (ex. preferir a via sc)	x	X	x
Debater a se dação no fim de vida		X	x
Cuidados de suporte ao doente e família	x	X	x
Certidão de óbito, cuidados pós-morte, formalidades administrativas, apoio no luto imediato	x	X	x
Apoio espiritual, rituais e costumes (atender á cultura)		X	x

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
DOENTE E FAMÍLIA			
Impacto da Doença Grave			
Impacto da doença grave no doente (imagem corporal, sexualidade,...), na família (incluindo crianças), sofrimento psicológico e espiritual, modificação dos papéis sociais, intervenção face à crise na família, mecanismos de <i>coping</i> .		x	X
Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas ...) e activar mecanismos de suporte.	x	x	X
Comunicação e abordagem sistémica			
Técnica das más notícias: comunicação verbal e não verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adoptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades particulares de cada doente e família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados.	x	x	X
Conhecimento da Abordagem sistémica: Educação de doente, família e cuidadores	x	x	X
Conferência Familiar	x	x	X
Suporte e apoio em situações complexas: processo de negociação, conspiração do silêncio, prevenção de conflitos.		x	X
Fase terminal, agonia, morte e luto			
Processo de Perda e Luto	x	x	X
Cuidados específicos no sofrimento e luto na criança			X
Rituais Religiosos e costumes.		x	X
Desenvolver sistemas de apoio individual e em grupo, no luto.			X

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
EQUIPA INTERDISCIPLINAR			
Funções, responsabilidades, liderança e relações de trabalho			
Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família.	x	X	x
Liderança e dinâmica de grupos		X	x
Influência do doente e família na dinâmica da equipa		X	x
Gestão de conflitos na equipa		X	x
Métodos para introduzir mudanças na equipa.		X	x
Trabalhar com outros especialistas e equipas, consultores externos,...			x
AUTO-CUIDADO E ASPECTOS ÉTICOS			
Reflexão e Desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajectória da vida, o fim de vida e a morte.	x	X	x
Mecanismos de <i>coping</i> , limites pessoais, <i>burn-out</i> , cuidar dos cuidadores.		X	x
Limite de intervenção em medicina e o cuidar; respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro.	x	X	x
Princípios Éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência.	x	X	x
Abordagem e decisão sobre situações dilemáticas: informação, pedido de eutanásia,...		X	x
Analisar e ponderar resposta a pedidos de Eutanásia			x

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE			
Visão geral			
Definição de medicina/cuidados paliativos e suas implicações na prática clínica, valores e fundamentos.	x	x	X
Epidemiologia de doenças crónicas	x	x	X
Qualidade de vida. Modelo bio-psico-social de cuidados	x	x	X
A morte e o morrer; medicalização da morte; medo e tabus relativos á morte.	x	x	X
Consentimento informado	x	x	X
Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto.	x	x	X
Aspectos legais sobre os cuidados em fim de vida			X
Aspectos Organizacionais			
Organização actual do sistema de saúde, modelos de gestão dos sistemas...		x	X
Factores de resistência à mudança nas instituições.		x	X
Modelos de Organização de Cuidados Paliativos Nacionais e Internacionais			
Estrutura e modelos de serviços em Cuidados Paliativos.	x	x	X
Funções das Organizações Nacionais e Internacionais de Cuidados Paliativos (ANCP, EAPC).		x	X
O Desenvolvimento dos Cuidados paliativos no actual sistema de saúde		x	X
Gestão Económica dos Programas de Cuidados Paliativos			X
Gerir necessidades de Comunicação e Informação para os Media.			X

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
Cuidados Paliativos e a Qualidade			
Quantidade e qualidade da metodologia de investigação.			x
Controlo de qualidade no Sistema de Saúde			x
Auditoria e Avaliação dos Serviços de Cuidados Paliativos			x
FORMAÇÃO DE FORMADORES EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Princípios Fundamentais no Ensino de Adultos			
Estilos de Aprendizagem de adultos.			x
Métodos e Técnicas Pedagógicas.		X	x
Educação especificamente aplicada a Cuidados Paliativos			
Capacidades Pedagógicas.	x	X	x
Ensino uni e multiprofissional.		X	x
Ensino Nacional e internacional de Cuidados Paliativos		X	x
Conhecimentos sobre o Sistema de educação no país.		X	x
Avaliação do Ensino e Treino			
Avaliação em função das Necessidades de cada grupo.			x
Avaliação Formativa e Sumativa.			x
Avaliação dos programas de formação.			x
Avaliação da prática clínica.			x
Compreender o conceito pesquisa-baseada na prática.			x
INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Princípios Éticos e Metodológicos em Cuidados Paliativos			
Competências de análise crítica e escrita académica.		X	x
Limites e aplicação da investigação em Cuidados Paliativos.		X	x

Conteúdos	Nível A Básico	Nível B Avançado	Nível C Especialista
INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Princípios Éticos e Metodológicos em Cuidados Paliativos			
Compreender a investigação no Sistema de Saúde, dentro das estruturas de investigação e dos comités éticos.			X
Desenvolver e usar escalas de medida e outras ferramentas de investigação.			X
Técnicas de recolha e análise de informação.			X
Investigação em Equipa Multidisciplinar.			X

Anexo. B

(COPE-resumido)

Questionário –COPE-resumido

Por momentos concentre-se e pense na **situação de maior stress** que experienciou ao cuidar de um doente em fim de vida, e sua família. Existem várias formas de lidar com as dificuldades ou problemas sentidos, adoptando cada pessoa uma forma diferente.

Seguem-se um conjunto de afirmações que se referem a **várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress**. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale com um círculo a opção que melhor corresponde à frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de modo a que a resposta seja verdadeira para si, utilizando a escala seguinte:

0 – Nunca usei

1 – Usei algumas vezes

2 – Usei muitas vezes

3 – Usei sempre

1	Refugiei-me noutras actividades para me abstrair da situação.	0	1	2	3
2	Concentrei os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	0	1	2	3
3	Disse para mim própria/o: “isto não é verdade”.	0	1	2	3
4	Refugiei-me no álcool ou outras drogas (medicamentos, ...) para me sentir melhor	0	1	2	3
5	Procurei apoio emocional de alguém (familiares, amigos)	0	1	2	3
6	Simplemente desisti de tentar alcançar o meu objectivo	0	1	2	3
7	Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	0	1	2	3
8	Recusei-me a acreditar no que estava a acontecer, daquela forma, comigo	0	1	2	3
9	Senti e expressei os meus sentimentos de aborrecimento	0	1	2	3

10	Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	0	1	2	3
11	Usei álcool ou outras drogas (comprimidos, ...) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0	1	2	3
12	Tentei analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	0	1	2	3
13	Critiquei-me a mim próprio	0	1	2	3
14	Tentei encontrar uma estratégia que me ajudasse no que tinha a fazer	0	1	2	3
15	Procurei conforto e compreensão de alguém	0	1	2	3
16	Desisti de me esforçar para obter o que queria	0	1	2	3
17	Procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer	0	1	2	3
18	Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira	0	1	2	3
19	Fiz outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver tv, ler, sonhar, ou ir às compras	0	1	2	3
20	Tentei aprender a viver com a situação	0	1	2	3
21	Fiquei aborrecida e expressei os meus sentimentos (emoções)	0	1	2	3
22	Tentei encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	0	1	2	3
23	Pedi conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0	1	2	3
24	Tentei aceitar as coisas tal como estavam a acontecer	0	1	2	3
25	Pensei muito na melhor forma de lidar com a situação	0	1	2	3
26	Culpei-me pelo que estava a acontecer	0	1	2	3
27	Rezei ou meditei	0	1	2	3
28	Enfrentei a situação com sentido de humor	0	1	2	3

Apêndices

Apêndice. A

(Guião para a Entrevista)

Guião para a Entrevista

Entrevista nº _____

1ª Parte

Data de Nascimento _____ Género _____ Tempo de Serviço

_____ Tempo de Serviço (no serviço actual) _____

Formação académica _____

Formação profissional _____

Durante o curso geral de enfermagem, teve aulas de cuidados paliativos? _____

Aproximadamente, quantas horas _____

E no curso de complemento de formação? _____ Quantas horas, aproximadamente?

Fez alguma formação no âmbito dos cuidados paliativos (formação em serviço,

formação profissional, formação pós-graduada) ? _____ Qual, ou quais? _____

2ª Parte

1. Hoje em dia, fala-se muito em cuidados paliativos. Parece haver, uma tendência para o aumento do número de atendimentos a estes doentes. Da sua experiência, como vê a forma da família se organizar no apoio ao doente?

2. E no apoio ao cuidador principal?

3. Enquanto enfermeira, preocupa-se com a sobrecarga/fadiga do cuidador principal?

4. Na sua perspectiva, quais são as necessidades destes doentes? E suas famílias?

5. De acordo com a sua experiência, que dificuldades pessoais tem sentido ao cuidar destes doentes?

6. Tendo em conta a sua experiência, o que são para si cuidados paliativos?

7. Que importância este tipo de cuidados, poderá ter para o doente e sua família?

8. Recorda-se de alguma situação, com estes doentes, que tenha sido muito positiva para si?

9 Recorda-se de alguma situação muito negativa? Porque a considera como tal?

10 Ao longo da sua vida profissional, no contacto com estes dentes, sentiu lacunas na sua formação, nesta área da prestação de cuidados?

11 Além dos aspectos até aqui mencionados, há mais algum que lhe pareça importante abordar ou sobre o qual gostasse de falar?

Apêndice. B

(Questionário)

Solicito a sua colaboração na resposta ao questionário que se segue, concebido no âmbito académico do mestrado em educação e formação de adultos da Universidade Algarve com o objectivo de conhecer e analisar o conceito de cuidados paliativos dos enfermeiros que prestam cuidados aos doentes em fase terminal. Pelo que se pretende conhecer a opinião dos enfermeiros, não havendo respostas correctas ou incorrectas. Os questionários são anónimos, sendo a informação dos mesmos tratados confidencialmente. Responda intuitivamente a cada uma das questões.

1ª Parte

Idade _____ Género _____ Tempo de Serviço _____

Tempo de serviço no serviço actual _____ Formação académica _____

Categoria profissional _____ Formação em Cuidados Paliativos (qualquer tipo de formação nesta área desde o curso de base até á actualidade). Qual?

Em que local _____ Número aproximado de horas _____

2ª Parte

Questionário de Impacto

(Candeias, 2008)

Ao cuidar de um doente em fase terminal e tendo em conta as situações abaixo mencionadas, coloque uma cruz em frente do impacto que cada uma delas tem para si, utilize a escala de impacto que se segue.

		Tem sempre impacto	Tem muito impacto	Tem impacto	Tem pouco impacto	Não Tem impacto
1	<i>Melhoria da situação clínica do doente</i>					
2	<i>Melhoria da qualidade de vida do doente</i>					
3	<i>Reconhecimento por parte do doente</i>					
4	<i>Contributo da situação para a aprendizagem</i>					
5	<i>Sentimento de aceitação em relação ao doente</i>					
6	<i>Sentimento de empatia por parte do doente</i>					
7	<i>Aquisição de uma nova visão sobre a morte</i>					
8	<i>Sentimento de amizade por parte do doente</i>					
9	<i>Reconhecimento da situação de privilégio resultante da relação enfermeiro/doente</i>					
10	<i>Reconhecimento do significado de cada pessoa</i>					
11	<i>União familiar na resolução de problemas</i>					
12	<i>Sou incapaz de identificar uma situação positiva</i>					
13	<i>Imprevisibilidade face à morte</i>					
14	<i>Morte de um doente com dor</i>					
15	<i>Falta de acompanhamento do doente após a alta</i>					
16	<i>Quando a família não assume a responsabilidade de cuidar do doente</i>					
17	<i>Dificuldade em conciliar a vontade do doente com a sua situação clínica</i>					
18	<i>Dificuldade na abordagem da situação</i>					
19	<i>Sufrimento do doente</i>					
20	<i>Necessidade de incorporar a filosofia dos cuidados paliativos na prática diária</i>					
21	<i>Dificuldades geradas pela proximidade estabelecida com o doente</i>					
22	<i>Estabelecimento incorrecto de prioridades</i>					
23	<i>Reconhecimento do sofrimento da família</i>					
24	<i>Rejeição da família em relação ao doente</i>					
25	<i>Sentimento de impotência em relação à morte</i>					
26	<i>Falta de informação acerca da doença</i>					
27	<i>Limitação à informação que o enfermeiro pode transmitir ao doente</i>					
28	<i>Sentimento de injustiça em relação á morte</i>					
29	<i>Sou incapaz de identificar situações negativas</i>					

Questionário das Preocupações dos Enfermeiros na Prática em Cuidados

Paliativos

(Candeias, 2008)

Se, enquanto enfermeiro/a que presta ou já prestou cuidados a doentes em fase terminal e sua família, se preocupa com alguma das situações abaixo mencionadas, coloque um X à sua frente.

		X
1	<i>Dificuldades associadas à transmissão de informação ao doente</i>	
2	<i>Reconhecimento da importância da informação transmitida ao doente e família</i>	
3	<i>Reconhecimento da necessidade de comunicação no seio da equipa</i>	
4	<i>Existência de espaços de partilha</i>	
5	<i>Reconhecimento da importância de acessoria em cuidados paliativos</i>	
6	<i>Insegurança familiar na altura da alta</i>	
7	<i>Desconhecimento da família em relação ao cuidar do doente</i>	
8	<i>Necessidade de garantir a continuidade de cuidados</i>	
9	<i>Necessidade de uma maior disponibilidade em tempo para o doente</i>	
10	<i>Limites associados à transmissão de informação ao doente</i>	
11	<i>Necessidade dos enfermeiros em abandonar o modelo biomédico</i>	
12	<i>Necessidade de promover cuidados centrados no doente e família</i>	

Questionário de Necessidades de Formação em Cuidados Paliativos

(Candeias, 2008)

Em relação às frases que se seguem, coloque uma cruz de acordo com o seu posicionamento em relação à mesma, tendo em conta a sua formação em cuidados paliativos.

		Concordo totalmente	Concordo frequentemente	Concordo algumas vezes	Discordo
1	<i>Não existe formação em cuidados paliativos durante o curso geral de enfermagem</i>				
2	<i>Já senti dificuldades por falta de formação em cuidados paliativos</i>				
3	<i>Considero importante o apoio de peritos em cuidados paliativos</i>				
4	<i>Sinto-me empenhado na formação em cuidados paliativos</i>				
5	<i>Considero importante a partilha de conhecimentos em cuidados paliativos</i>				
6	<i>A existência de modelos de aprendizagem em cuidados paliativos é importante</i>				
7	<i>Considero importante a aprendizagem com enfermeiros mais experientes</i>				
8	<i>Sinto necessidade de actualização contínua na área dos cuidados paliativos</i>				
9	<i>Sinto necessidade formação em estratégias de comunicação</i>				
10	<i>Tenho dificuldade em lidar com a morte</i>				
11	<i>Considero o trabalho de equipa fundamental em cuidados paliativos</i>				
12	<i>Sinto necessidade de formação em transmissão de más notícias</i>				
13	<i>Penso que os serviços de cuidados paliativos são desvalorizados em relação aos serviços que dispõe de cuidados baseados em tecnologia</i>				
14	<i>A filosofia dos cuidados paliativos iniciou um processo de mudança na prestação de cuidados de enfermagem</i>				
15	<i>Sinto necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional</i>				
16	<i>A formação em cuidados paliativos permite uma nova visão sobre a prestação de cuidados</i>				
17	<i>Os cuidados paliativos colocam em evidência a valorização do doente enquanto pessoa</i>				
18	<i>É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que, com o recurso à sua utilização</i>				

3ª Parte

Escala de “Coping”

(Carver, 1997; Versão Portuguesa: Ribeiro & Rodrigues, 2003)

Por momentos concentre-se e pense na **situação de maior stress** que experienciou ao cuidar de um doente em fim de vida, e sua família. Existem várias formas de lidar com as dificuldades ou problemas sentidos, adoptando cada pessoa uma forma diferente.

Seguem-se um conjunto de afirmações que se referem a **várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress**. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale com um círculo a opção que melhor corresponde à frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de modo a que a resposta seja verdadeira para si, utilizando a escala seguinte:

- 0 – Nunca usei
- 1 – Usei algumas vezes
- 2 – Usei muitas vezes
- 3 - Usei sempre

		0	1	2	3
1	<i>Refugiei-me noutras actividades para me abstrair da situação.</i>				
2	<i>Concentrei os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação</i>				
3	<i>Disse para mim própria/o: “isto não é verdade”.</i>				
4	<i>Refugiei-me no álcool ou outras drogas (medicamentos, ...) para me sentir melhor</i>				
5	<i>Procurei apoio emocional de alguém (familiares, amigos)</i>				
6	<i>Simplemente desisti de tentar alcançar o meu objectivo</i>				
7	<i>Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)</i>				
8	<i>Recusei-me a acreditar no que estava a acontecer, daquela forma, comigo</i>				
9	<i>Senti e expressei os meus sentimentos de aborrecimento</i>				
10	<i>Pedi conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação</i>				

		0	1	2	3
11	<i>Usei álcool ou outras drogas (comprimidos, ...) para me ajudar a ultrapassar os problemas</i>				
12	<i>Tentei analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva</i>				
13	<i>Critiquei-me a mim próprio</i>				
14	<i>Tentei encontrar uma estratégia que me ajudasse no que tinha a fazer</i>				
15	<i>Procurei conforto e compreensão de alguém</i>				
16	<i>Desisti de me esforçar para obter o que queria</i>				
17	<i>Procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer</i>				
18	<i>Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira</i>				
19	<i>Fiz outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver tv, ler, sonhar, ou ir às compras</i>				
20	<i>Tentei aprender a viver com a situação</i>				
21	<i>Fiquei aborrecida e expressei os meus sentimentos (emoções)</i>				
22	<i>Tentei encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual</i>				
23	<i>Pedi conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo</i>				
24	<i>Tentei aceitar as coisas tal como estavam a acontecer</i>				
25	<i>Pensei muito na melhor forma de lidar com a situação</i>				
26	<i>Culpei-me pelo que estava a acontecer</i>				
27	<i>Rezei ou meditei</i>				
28	<i>Enfrentei a situação com sentido de humor</i>				

Faro, Novembro de 2009
