

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Susana Alexandra Pires Lopes

Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Junho de 2013

Susana Alexandra Pires Lopes

Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes
de Licenciatura em Enfermagem

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estudo efetuado sob orientação:

Mestre Olivério Ribeiro

Junho de 2013



AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Professor Mestre Olivério Ribeiro orientador do estudo pela disponibilidade, orientação e apoio.

Aos estudantes que tornaram possível a realização desta pesquisa, pela disponibilidade e participação.

Aos oito doentes das Unidades de Cuidados Paliativos de Tondela e Instituto Português de Oncologia do Porto que integraram o primeiro estudo que quis desenvolver que, apesar de já não se encontrarem entre nós, foram uma lição de vida.

À minha família que acredita e sempre acreditou em mim.

Ao Rui. Sem ele este caminho não teria chegado ao fim. Por ser quem é e por fazer de mim quem sou hoje. Por ter o dom de ver e de me fazer ver sempre o que de melhor as adversidades têm.

À Kika e ao Afonso, os melhores amigos de sempre.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

Enquadramento: Atualmente os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde e como tal é imperioso que os profissionais de saúde estejam preparados para implementar intervenções paliativas de qualidade. O enfermeiro está numa posição única para avaliar e cuidar do doente terminal e da sua família, dada a sua diferenciação técnico-científica, competência humana e relacional e o seu tempo de permanência junto do doente/família, tornando-se um elemento fundamental na assistência. Assim, a formação em cuidados paliativos assume um papel de relevo e deverá iniciar-se durante a formação pré-graduada.

Objetivos: Identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem; Descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e da formação em cuidados paliativos com os conhecimentos sobre cuidados paliativos.

Métodos: O estudo transversal, de natureza descritiva foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 203 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, 89.7% do sexo feminino, com uma média de idades de 22.33 anos, 45.3% do 3º ano e 54.7% do 4º ano, 67.0% com formação curricular e 24.1% com formação extracurricular em cuidados paliativos. O conteúdo do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP (Lopes & Ribeiro, 2012) foi construído com base na revisão da literatura e nos objetivos da investigação.

Resultados: Verificamos que 40.4% dos estudantes apresentam conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom. A frequência de formação extracurricular em cuidados paliativos influencia significativamente os conhecimentos dos estudantes. Os estudantes do sexo masculino, os de idade \leq a 21 anos, os do 4º ano e os detentores de formação curricular na área também revelaram melhores conhecimentos, face aos restantes. A maioria dos estudantes revelou conhecimentos sobre o conceito, os princípios, a filosofia e a organização dos cuidados paliativos, o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa. Todavia, identificamos défice de conhecimentos sobre aspetos específicos da intervenção em cuidados paliativos, especialmente sobre o controlo de sintomas (controlo da dor e utilização da via subcutânea).

Conclusões: As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na formação dos estudantes, nomeadamente sobre os aspetos específicos da intervenção paliativa em que revelaram défice de conhecimentos, capacitando-os para a adoção de boas práticas. Esta investigação iniciou o estudo psicométrico do QCCP, contudo, atendendo ao tamanho da amostra em estudo recomendamos o desenvolvimento de outras investigações a fim de prosseguir a sua validação.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Conhecimentos; Estudantes; Enfermagem; Formação

ABSTRACT

Context: Nowadays the palliative care is recognized as an essential element of the health care and thus it is imperative that the health professionals are ready to implement qualitative palliative interventions. The nurse is in a unique position to evaluate and take care of the terminal patient and his family, given the technical-scientific differentiation, human and relational competence and the time he stays with the patient/family, becoming a fundamental element in the assistance. Therefore, the training in palliative care assumes relevant role and should be initialized during the pre-graduate training.

Objectives: Identify the level of knowledge about the palliative care of the undergraduate nursing student; describe the relation of the variables social demographic, academic and the training in palliative care with the knowledge about palliative care.

Methods: The transversal study, of descriptive nature was performed in a non probabilistic sample by convenience, constituted by 203 students of the course degree in nursing, 89,7% female, with an age average of 22.33 years old, 45,3% of the 3rd year and 54,7% of the 4th year, 67,0% with curricular training and 24,1% with extracurricular training in palliative care. The content of the Knowledge Questionnaire about Palliative Care – KQPC (Lopes & Ribeiro) was built based on the revision of the literature and in the investigation objectives.

Results: We verified that 40,4% of the students present knowledge of insufficient level, 29,1% sufficient and 30,5% of good level. The frequency of extracurricular training in palliative care influences significantly the knowledge of the students. The male students, the ≤ to 21 years old, the 4th year and the detainers of curricular training in the area also revealed better knowledge, compared to others. The majority of the students revealed knowledge about the concept, the principles, the philosophy and the organization of the palliative care, the symptoms control, the communication, the support to the family and the team work. However, we identify knowledge deficit about specific aspects of the intervention in palliative care, especially about the symptoms control (pain control and use of the subcutaneous duct).

Conclusions: The evidences found accentuate the need of investment in the student's training, namely about the specific aspects of the palliative intervention in which it was revealed knowledge deficit, enabling them to the adoption of good practices. This investigation started the psychometric study of the KQPC, however, attending the size of the sample studied, we recommend the development of other investigations in order to proceed with his validation.

Key-words: Palliative Care; Knowledge; Students; Nursing; Training

ÍNDICE

	Pág.
FIGURAS	
SIGLAS E ABREVIATURAS	
SÍMBOLOS	
TABELAS	
1 - INTRODUÇÃO	19
2 - MATERIAL E MÉTODOS	33
3 - RESULTADOS	37
3.1 - Análise Descritiva	37
3.2 - Análise Inferencial	42
4 - DISCUSSÃO	45
5 - CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
Apêndice I - Instrumento de colheita de dados	65
Apêndice II - Consistência interna do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos – QCCP	69
Apêndice III - Correlações item-score global de conhecimentos	71
Apêndice IV - Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos – QCCP	73
Anexo I - Conteúdos gerais e específicos propostos pela AECP para a formação de nível A	77
Anexo II - Pedido de divulgação do estudo enviado às escolas de Enfermagem	79

FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo..33

SIGLAS E ABREVIATURAS

AECP - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

cf. - Conforme

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

CP - Cuidados Paliativos

CV - Coeficiente de Variação

DGS - Direção Geral da Saúde

Dp - Desvio padrão

et al. - e outros

n.d. - sem data

K_{erro} - Curtose

K/S - Kolmogorov-Smirnov

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

Máx. - Máximo

Min. - Mínimo

MR - Mean Rank

n - Frequência absoluta

n^o - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p - Nível de significância

p. - Página

PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SC - Subcutânea

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SK_{erro} - Assimetria

t - Teste t de student

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMW - Teste U de Mann-Whitney

vs. - Versus

SÍMBOLOS

α - Alfa

χ^2 - Qui-quadrado

\bar{x} - Média

\geq - Maior ou igual

$>$ - Maior que

$=$ - Igual

\leq - Menor ou igual

$<$ - Menor que

% - Percentagem

TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos estudantes em função do sexo.....	37
Tabela 2 - Grupo etário dos estudantes face ao sexo	37
Tabela 3 - Características académicas dos participantes em função do sexo.....	38
Tabela 4 - Formação curricular em cuidados paliativos face ao sexo	39
Tabela 5 - Formação extracurricular em cuidados paliativos face ao sexo	40
Tabela 6 - Importância atribuída à existência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e classificação da intervenção do Enfermeiro em cuidados paliativos em função do sexo	40
Tabela 7 - Auto-classificação do conhecimento sobre cuidados paliativos face ao sexo	41
Tabela 8 - Resultados do teste UMW entre os conhecimentos sobre cuidados paliativos e as variáveis independentes	43
Tabela 9 - Nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos em função do sexo	44

1 – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas assistiu-se a um aumento da esperança média de vida em muito motivado pela melhoria das condições de vida das populações e pela sofisticação dos recursos de saúde. Apesar de se constituir como um importante sinal de progresso a realidade é que a acompanhar a longevidade dos indivíduos surgem as doenças crónicas muitas das quais de carácter terminal (Pereira, 2010).

Estima-se que 60 a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, podendo esta ser avançada ou terminal (UMCCI, 2010). Para Pereira (2010) a fase terminal de vida designa a condição de doença em que a pessoa apresenta, conjuntamente, doença grave em estado avançado e sem perspetiva de cura, presença de múltipla sintomatologia e de prognóstico de vida limitado. Neto (2010) situa o tempo de sobrevivência do doente terminal entre 3 e 6 meses, sendo que, quando o doente terminal se encontra, pela sintomatologia que apresenta, nos últimos dias ou horas de vida designa-se de doente moribundo ou agónico.

A filosofia dos cuidados paliativos surgiu no Reino Unido nos anos 70/80 pela mão de Cicely Saunders. Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez cuidados paliativos (Zago & Rodrigues, 2006), conceito que reformulou em 2002 (Faustino, 2011). Segundo a OMS (2002), os cuidados paliativos constituem uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de doenças graves e/ou incuráveis e das suas famílias, pela prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, à avaliação adequada e ao tratamento rigoroso dos problemas físicos, mas também dos psicossociais e espirituais (ANCP, 2006).

Os cuidados paliativos não dizem respeito a um local ou a uma instituição, são fundamentalmente uma filosofia de cuidados que pode ser implementada em diferentes contextos: domicílio, hospitais ou em unidades próprias (Lustosa & Porto, 2010).

Poder-se-á pensar que os tratamentos paliativos e curativos se excluem mutuamente o que não corresponde à realidade. As medidas paliativas não devem ter início apenas quando o doente se encontra em fase agónica, deverão começar gradualmente durante o tratamento curativo quando a doença avança e o doente vai deixando de responder ao mesmo (Sousa, 2006; DGS, 2004). Portanto, os cuidados paliativos devem ser considerados a partir do momento do diagnóstico de doença grave, durante o tratamento potencialmente curativo e na fase final da vida (Hall, Petkova, Tsouros, Costantini & Higginson, 2011).

Os destinatários dos cuidados paliativos são os doentes que não têm perspetiva de responder ao tratamento curativo e cuja progressão da doença seja rápida, com expectativa

de vida limitada e intenso sofrimento associado (Cardoso et al., 2010). Os cuidados paliativos assistem doentes de todas as idades e não apenas idosos (Neto, 2010). Inicialmente este tipo de cuidados destinava-se unicamente a doentes do foro oncológico em fase avançada da doença. Atualmente estendem-se a indivíduos portadores de outras patologias tais como: SIDA, doenças neurológicas degenerativas, insuficiência avançada de órgão (coração, rim, fígado, pulmão) e demências em fase final (Cardoso et al., 2010).

Os cuidados paliativos constituem-se então como um elemento fundamental dos cuidados de saúde sendo uma temática atual que envolve aspetos científicos, éticos, morais, emocionais, culturais e espirituais (Flores, 2006) cujo objetivo principal não é prolongar a vida mas sim proporcionar aos doentes terminais um fim de vida digno, sem sofrimento, tão suportável e significativo quanto possível (Sousa, 2006). A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares básicos: comunicação eficaz, controlo adequado dos sintomas, apoio à família e trabalho em equipa (DGS, 2004; Neto, 2010; OE, 2011). Se algum destes pilares for negligenciado na assistência ao doente/família inviabiliza-se a qualidade dos cuidados paliativos (Neto, 2004).

Os cuidados paliativos não pretendem provocar a morte nem atrasá-la através da eutanásia ou da futilidade diagnóstica e terapêutica (Neto, 2004 citada por Batista, 2008). Cardoso et al. (2010) definem futilidade diagnóstica e terapêutica como medidas de diagnóstico e de terapêutica desadequadas e inúteis, dada a evolução e irreversibilidade da doença, as quais podem acarretar sofrimento acrescido ao doente e à sua família. Os cuidados devem, por isso, ser planeados de acordo com as reais necessidades do doente/família, sendo a sua prática e tomada de decisões baseadas na ética clínica (Cardoso et al., 2010) que, segundo Twycross (2003) é a mesma da medicina em geral tendo por base os 4 princípios éticos (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não maleficência). Figueiredo e Melo (2006) acrescentam que os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, providenciando o alívio da dor e de outros sintomas, constituindo o acesso a cuidados paliativos um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde.

De um modo geral, os cuidados paliativos estendem-se muito para além do alívio dos sintomas somáticos. São antes um todo formado por partes de diversas naturezas: física, psicológica e espiritual cuja junção significa para o doente/família a melhor adaptação possível à morte eminente que não teria se os cuidados paliativos não existissem (Cardoso, 2009). É fundamental que se interiorize que o fim da possibilidade de cura não determina o fim das possibilidades de cuidados (Oliveira & Silva, 2011).

Em Portugal, os cuidados paliativos são uma área recente remontando as primeiras iniciativas nesta área ao início da década de 90. No entanto, a sua implantação foi um processo demorado quando comparado com outros países da Europa (Marques et al.,

2009). Em 1995 foi criada a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, atualmente designada Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (ANCP), que é uma entidade que integra profissionais de várias áreas (Marques et al. 2009). O principal objetivo desta associação é impulsionar as diversas “vertentes ligadas à melhoria da qualidade dos cuidados paliativos e à promoção e desenvolvimento do estudo, investigação e ensino dos cuidados paliativos.” (ANCP 2006a, p. 3). Em 2004, o Plano Nacional de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde considerou os cuidados paliativos uma área prioritária em Portugal, tal como já havia sido defendido pela OMS e pelo Conselho da Europa (Cardoso et al., 2010). Em 2005, o estudo intitulado “*Palliative Care Facts in Europe*” revelou que os recursos existentes em Portugal eram escassos e ausência de um modelo de organização homogêneo, sendo que nessa altura existiam quatro unidades de internamento, três equipas domiciliárias e duas equipas intra-hospitalares, dando resposta na sua maioria a doentes provenientes do próprio hospital onde funcionavam (UMCCI 2010).

Assim, urgia a necessidade de dotar o território nacional de meios de resposta que fizessem face ao incremento das doenças crónicas e terminais, que permitissem a continuidade de cuidados para além do hospital e que resolvessem casos sociais. Como forma de colmatar essa lacuna foi criada, pelo Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) onde se integraram os cuidados paliativos. Este Decreto-Lei justifica a criação da RNCCI pela carência de respostas de cuidados de longa duração e paliativos para fazer face ao aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. A RNCCI baseia-se num modelo de atuação articulado que prevê diferentes tipos de unidades e equipas de prestação de cuidados de saúde e de apoio social sendo assegurada por unidades de internamento e de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (Decreto-Lei nº 101/96 de 6 de Junho, 2006).

Após a criação da RNCCI e a implementação das suas demandas no terreno, em 2008, um novo estudo intitulado “*Palliative Care in the European Union*” aponta para os progressos conseguidos em Portugal, comparativamente a outros países da Europa, apesar do seu início tardio, elogiando a legislação criada bem como a formação e o modelo de financiamento adotado (UMCCI, 2010).

Apesar dos progressos alcançados que garantem já o apoio a muitos doentes terminais e suas famílias, encontramos-nos ainda aquém do que seria desejável face às necessidades de cuidados paliativos que se prevêem (Capelas, n.d). Entre 2006 e 2010 foram assistidos nas unidades de cuidados paliativos da RNCCI 4183 doentes de um total de 5178 referenciados (UMCCI, 2010).

Marques et al. (2009) defendem que existem alguns fatores que têm dificultado os progressos a nível da implementação dos cuidados paliativos, tais como o forte domínio da medicina curativa, a falta de formação específica e ainda as incertezas e alguma

«frouxidão» da tutela. Face a estas e outras dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança, Cardoso et al. (2010) definem como horizonte temporal para alcance das metas determinadas 5 a 10 anos, sendo os primeiros anos fortemente dedicados à formação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, OE (2010, p. 3) “os cuidados paliativos são uma área de intervenção em saúde na qual os cuidados de enfermagem são o maior sustentáculo”. É unanimemente reconhecido que o enfermeiro, devido à natureza dos seus cuidados e pelo tempo de permanência junto dos doentes, desempenha um papel fundamental no âmbito dos cuidados de saúde. No contexto dos cuidados paliativos esse papel enaltece-se sendo que, a este propósito Cicely Saunders (1999), reconhecida impulsionadora dos cuidados paliativos, citada por Batista (2008) afirma que todos os elementos da equipa são igualmente necessários, contudo, os enfermeiros estão no centro de todo este trabalho, transmitem aos doentes um grande sentido de conforto e de estabilidade, sendo a sua contribuição mais constante e estreita. Para Xavier (2008) os cuidados paliativos encerram em si aquela que é a natureza dos cuidados de enfermagem: o cuidar e a promoção da vida. Esta autora realça que é função dos enfermeiros auxiliar a pessoa em situação terminal a viver o mais plenamente possível, no meio onde se encontra inserida, respondendo às suas necessidades físicas, psíquicas, intelectuais ou espirituais, respeitando-a e zelando por todos os seus direitos.

O International Council of Nurses defende que os enfermeiros se encontram numa situação ímpar e privilegiada relativamente aos cuidados paliativos, pois acompanham o doente 24 horas por dia, construindo uma relação de proximidade com este e com a respetiva família. Esta proximidade permite que o enfermeiro realize uma avaliação inicial pormenorizada, incremente uma comunicação profunda e implemente ações terapêuticas ao doente/família (Sapeta, 2004).

Sobre o enfermeiro recai a responsabilidade de prestar cuidados holísticos e humanizados, de forma a proporcionar ao doente uma morte digna, com a máxima qualidade possível (Cotrim, 2011) tendo por base os quatro pilares dos cuidados paliativos: comunicação adequada, apoio à família, trabalho em equipa e controlo de sintomas (Xavier, 2008).

A comunicação em cuidados paliativos assume um papel essencial, uma vez que contribui amplamente para que o doente e família aceitem e lidem melhor com a doença. O enfermeiro, pelo tempo que despense junto do doente, torna-se o seu interlocutor privilegiado (Cardoso, 2009). Desta forma, é fundamental que desenvolva habilidades comunicacionais que incluem: ouvir, observar e tomar consciência dos seus próprios sentimentos (Querido, Salazar e Neto, 2006 referenciados por Carvalho & Botelho, 2010), o respeito, a empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade (Carvalho &

Botelho, 2010). Na perspetiva de Almeida (2008) a comunicação em cuidados paliativos funciona como uma ferramenta terapêutica perante o sofrimento e no controlo de sintomas. Só através da comunicação se pode saber como o doente se sente e quais as suas necessidades para assim oferecer cuidados direcionados. A comunicação constitui-se, assim, como uma importante estratégia terapêutica em cuidados paliativos (Polastrini, Yamashita & Kurashima, 2010).

Uma componente essencial da comunicação é a linguagem não-verbal, definida por Regateiro et al. (2004) como uma competência fulcral para evidenciar coerência entre a ação e o sentimento, é indicativa do interesse e empatia para com o doente e sua família. Algumas formas de comunicação não-verbal são: a expressão facial, a linguagem corporal, o contato ocular, os gestos, o toque e o tom de voz (Almeida, 2008; Twycross, 2003).

A comunicação em cuidados paliativos pressupõe algumas situações complexas devido à sua natureza. A transmissão de más notícias inclui-se nesse leque de situações, constituindo-se como um desafio constante para os profissionais de saúde (Fradique, 2010). Para Twycross (2003) as más notícias são informações que alteram completamente a perspetiva do doente em relação ao seu futuro. Barreto et al (2006) referenciados por Almeida (2008) defendem que a maioria dos doentes prefere conhecer o seu diagnóstico e prognóstico. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para a transmissão de más notícias. Aparício (2008, p. 28) defende que na transmissão de más notícias “É legítimo utilizar eufemismos, palavras positivas, comunicar as más notícias progressivamente e de forma doseada, tentando também dar algumas boas notícias, sem nunca encobrir informações, factos ou sentimentos.”.

Em cuidados paliativos é frequente recorrer-se à conferência familiar para transmissão de más notícias ao doente e família, se esta for a sua vontade. Esta estratégia permite perceber de que informação o doente e família dispõem acerca do diagnóstico e prognóstico, suas expectativas e evitar possíveis conspirações do silêncio (Fradique, 2010).

A família do doente sob cuidados paliativos é parte integrante da equipa de cuidados (Fradique, 2010; Cardoso et al., 2010), e os cuidados paliativos incluem também a assistência à família nas suas perdas, antes e depois da morte do paciente, prolongando-se pelo período do luto (Cardoso et al., 2010). A unidade recetora de cuidados paliativos será sempre o doente e família não devendo considerar-se como realidades distintas (Bragança, 2011). A equipa deverá ter em conta a individualidade de cada família uma vez que não existem formas padrão de reagir e encarar os factos (Carvalho, 2007).

Na perspetiva de Simões & Lima (2007) o apoio ao doente e família inicia-se no momento em que o doente/ família são referenciados à equipa/ unidade, decorre ao longo de toda a fase da doença e estende-se após a morte, ao processo de luto. Para Carvalho (2007) a doença grave quebra a homeostasia familiar. No sentido de prevenir situações de

claudicação familiar, isto é, a incapacidade dos membros da família responderem às necessidades do doente seja pelo surgimento de novos sintomas seja por medo, angústia ou frustração, é essencial que esta seja e se sinta apoiada. Se o doente se encontra no domicílio deverá ser providenciado o seu internamento para descanso do cuidador (Regateiro et al., 2004).

Para o doente é fundamental a presença da família, pois tal como assegura Grilo (2001) citado por Saraiva (2007) a solidão, ou seja, o sentir-se a ficar à parte na vida dos outros é o mais terrível e intolerável na fase final da vida. Quer em contexto de internamento quer no domicílio, como forma de reduzir a ansiedade e contribuir para a preservação das relações familiares, deve incluir-se a família na prestação de cuidados ao doente (Polastrini; Yamashita; Kurashima, 2011). Em contexto de internamento os profissionais de saúde devem permitir a permanência dos familiares para além do horário normal de visitas a fim de promover o acompanhamento do doente (Twycross, 2003).

A complexidade e particularidade dos cuidados paliativos exige uma abordagem multidisciplinar e trabalho em equipa com metodologia, plano assistencial e objetivos comuns, pois ao ser confrontado com um prognóstico de vida limitado, o doente experimenta reações e sentimentos diversos criando-lhe necessidades de ordem física, psicológica, social e espiritual (Fradique, 2010).

Para Polastrini; Yamashita; Kurashima (2011) os cuidados paliativos não são mais do que um conjunto de ações multiprofissionais. De facto, os cuidados paliativos resultam do trabalho em equipa devendo esta ser constituída preferencialmente por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entidades religiosas e voluntários de modo a proporcionar alívio multidimensional do sofrimento do doente paliativo e família. O enfermeiro assume um papel central no seio da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos podendo desenvolver intervenções autónomas e interdependentes com vista a dar a melhor resposta às necessidades identificadas (Pereira, 2010).

Da organização e articulação da equipa dependerá o sucesso da assistência aos doentes e famílias, contribuindo cada elemento com os seus conhecimentos e formação específica (DGS, 2004). A este propósito Pereira (2010, p. 102) afirma que em cuidados paliativos “os problemas e necessidades da pessoa doente e dos seus familiares são analisados e encarados de um modo conjunto, indo para além da mera soma das partes”.

O conhecimento, a confiança e a comunicação entre os elementos dos vários grupos profissionais que compõem a equipa de cuidados paliativos assumem-se como estratégias fundamentais para o bom funcionamento da mesma. A realização periódica de reuniões entre a equipa é um método frequente em cuidados paliativos por forma, não só a planear

os cuidados a prestar aos doente e famílias e avaliar resultados, mas também como forma de estimular a formação interna e a comunicação (Pereira, 2010).

A coordenação da equipa é um fator importante para o bom funcionamento desta. Em cuidados paliativos, dada a sua especificidade, uma liderança eficaz pressupõe sensibilidade e discernimento, de forma a gerir corretamente as dificuldades da equipa. No entanto, neste contexto específico de cuidados, é frequente a existência de uma liderança partilhada, ainda que exista apenas um coordenador oficial (Pereira, 2010).

Na ótica de Fradique (2010) os pilares fundamentais para a qualidade do trabalho em equipa são: profissionalismo, flexibilidade, rigor técnico, respeito, apoio interprofissional e cooperação interequipa.

O desígnio major da equipa multidisciplinar será o de garantir o máximo bem-estar e qualidade de vida ao doente, condição que passará inevitavelmente pelo controlo de sintomas tão rigoroso e eficaz quanto possível. Para Regateiro et al. (2004) o controlo de sintomas constitui um dos pilares em que se suportam os princípios dos cuidados paliativos. Considerando esta questão como essencial no bem-estar, autonomia e melhor adaptação à doença, o controlo de sintomas constitui um dos critérios para internamento em unidades de cuidados paliativos (ANCP, 2006c). Para o doente a questão do controlo de sintomas é igualmente importante, pois, sobretudo as questões ligadas à dor são geradoras de ansiedade e medo (Monteiro, 2009).

O enfermeiro deve possuir conhecimentos específicos que lhe permitam identificar o surgimento ou agravamento de sintomas. Assim, poderá mais adequadamente planear, executar e avaliar, em conjunto com os restantes elementos da equipa, intervenções (autónomas e interdependentes) conducentes ao alívio dos sintomas (Carvalho & Botelho, 2010).

O doente poderá apresentar vários sintomas em simultâneo, as suas causas podem ser de diferentes ordens e na grande maioria relacionam-se com a patologia de base. À medida que a doença avança os sintomas podem intensificar-se e nos últimos dias/horas de vida podem surgir alguns novos (Aparício, 2008). A estratégia terapêutica a aplicar deverá compreender sempre que possível a componente farmacológica e a não farmacológica para cada sintoma (Fradique, 2010).

Polastrini; Yamashita; Kurashima (2011) enumeram os sintomas mais frequentes em cuidados paliativos: anorexia, caquexia, fadiga, náuseas, vômitos, insónia, prurido, dispneia e dor. Para avaliação de sintomas é utilizada, em cuidados paliativos, a escala de Edmonton. Trata-se de uma escala específica de cuidados paliativos que permite a avaliação de nove sintomas simultaneamente (dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar). É constituída por escalas visuais

numéricas que variam entre zero e dez, sendo zero a ausência do sintoma e dez a pior manifestação possível do mesmo (Monteiro, 2009).

A dor é um dos sintomas mais habituais e perturbadores em cuidados paliativos (Simões, 2007), sendo que esta se torna para o doente uma verdadeira obsessão, não lhe permitindo ter outros centros de interesse (Alves, Gonçalves, Ribeiro & Silva, 2006). Devido à sua natureza multidimensional faz sentido falar-se em dor total, pois abrange aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento (Twycross, 2003; Nobre, 2008).

A OE (2008, p. 9) afirma que “O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” e que a dor “(...) interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objetivo prioritário”. O enfermeiro pelo seu contacto permanente com o doente assume um papel crucial na avaliação e controlo da dor (Lameiras, 2009).

O tratamento farmacológico da dor deve seguir os três degraus da escada analgésica da OMS, aumentando-se a potência analgésica dos medicamentos administrados de acordo com a intensidade da dor (Kraychette et al., 2011). Assim, o primeiro degrau diz respeito à dor ligeira e nele incluem-se os analgésicos não opióides como o Paracetamol e os anti-inflamatórios. O segundo degrau destina-se ao tratamento da dor ligeira a moderada e neste adicionam-se, ao esquema anterior (Degrau 1), os opióides fracos como o Tramadol e a Codeína. O terceiro degrau inclui a dor moderada a intensa e substituem-se os opióides fracos por opióides fortes como é o caso da Morfina (Lameiras, 2009). Kurashima, Serrano & Júnior (2007) fazem referência ao 4º degrau onde se incluem bloqueios nervosos e técnicas neurocirúrgicas. Em cada degrau pode recorrer-se a fármacos adjuvantes (Alves, Gonçalves, Ribeiro & Silva, 2006). Segundo Kurashima, Serrano & Júnior (2007) estes são fármacos não analgésicos, mas que assumem essa função em situações específicas, os quais complementam a eficácia dos analgésicos e/ou tratam outros sintomas que eventualmente exacerbam a dor. São exemplos de fármacos adjuvantes os antidepressivos, os neurolépticos, os anticonvulsivantes, entre outros (Kraychette et al., 2011).

Relativamente ao uso de opióides Neto (2010) considera-os como fármacos de extrema utilidade, eficazes e seguros. No entanto, continuam a ser subutilizados pelos profissionais de saúde, sobretudo porque existem crenças e mitos que se têm perpetuado o tempo (Simões, 2007). O recurso a opióides em cuidados paliativos é essencial para um bom controlo de sintomas (Cardoso et al., 2010) sendo fundamental a monitorização e prevenção dos seus efeitos secundários mais frequentes, obstipação, náuseas, vômitos, sedação e confusão (Alves, Gonçalves, Ribeiro & Silva, 2006).

De acordo com a OE (2008, p. 16) a dor deverá ser avaliada de forma “ (...) regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno (...) ” e deve pressupor “ (...) a utilização de instrumentos de avaliação.”. Relativamente à avaliação da

dor em cuidados paliativos esta deve ser multiprofissional tendo por base o conceito de dor total. Para tal, podem ser utilizados instrumentos unidimensionais (escala visual analógica, escala numérica, escala de faces), multidimensionais (questionário da dor de McGill) ou comportamentais (escalas de Bourhis). Kurashima, Serrano & Júnior (2007) defendem que os instrumentos multidimensionais da dor são complexos, de difícil aplicação na prática clínica e não muito bem compreendidos pelo doente, obstáculos porém superáveis pelo seu contributo no controlo da dor. Os dados desta avaliação constituem a base para o diagnóstico etiológico, instituição de terapêutica adequada e avaliação do efeito obtido (Regateiro et al., 2004; Kraychette et al., 2011).

Como complemento das medidas farmacológicas é importante o recurso a terapêuticas não farmacológicas, como o apoio emocional, os métodos físicos (calor, frio, massagem), os métodos educacionais (sessões de esclarecimento sobre os sintomas) e métodos cognitivo-comportamentais, como a distração (Kraychette et al., 2011).

O controlo da dor deve portanto, fazer parte das práticas diárias do Enfermeiro. A sua intervenção vai além da aplicação de escalas e administração de terapêutica (Kraychette et al., 2011). Pretende-se, assim, com as intervenções terapêuticas, assegurar um controlo sintomático constante, evitando as crises que podem agravar a qualidade de vida do doente e aumentar a ansiedade dos familiares.

Por forma a proporcionar o conforto e o controlo sintomático tão desejáveis em cuidados paliativos, a administração de fármacos assume um papel central (Bragança, 2011). Tendo por base a filosofia dos cuidados paliativos a via de administração de fármacos ideal deverá ser aquela que provoque o menor sofrimento possível ao doente, sendo rápida e eficaz na sua ação (Neto, 2007). Face ao referido, a via de administração de fármacos de eleição, em cuidados paliativos, é a via oral (Ferreira & Santos, 2011). No entanto, em determinadas circunstâncias (náuseas, vômitos persistentes, disfagia, agonia) não se torna viável a sua utilização e como tal torna-se necessário encontrar alternativas exequíveis. A via alternativa à oral que reúne maior consenso e que vai de encontro aos pressupostos dos cuidados paliativos é a via subcutânea (Grencho, 2008).

De facto, a via subcutânea apresenta inúmeras vantagens que Neto (2007, p. 279) identifica como “índice de absorção semelhante ao da via intramuscular mas com menos desconforto local associado, biodisponibilidade sobreponível à da via intravenosa mas com menos complicações e custos (...)”. Esta autora (2007) destaca o facto de ser possível a administração de fármacos por esta via em contexto domiciliário e a sua utilização por familiares/ cuidadores, não pressupondo por isso internamento. A via subcutânea permite a administração de fármacos, em bólus ou infusão contínua, ou a hidratação através da hipodermoclise (Roque, 2010) sendo esta definida por Moreira (2010, p. 64) como “a infusão de fluídos no tecido subcutâneo”. Para Neto (2007) os soros passíveis de serem

administrados por via subcutânea (SC) são o Soro Fisiológico e Dextrose a 4 ou 5% embora a Dextrose a 5% possa trazer complicações locais de relevo devido ao seu pH e concentração. Grencho (2008) defende que também o Lactato de Ringer pode ser administrado por via SC. Sendo a desidratação um problema frequente em cuidados paliativos (Baron, 2006 referenciado por Moreira, 2010) a hipodermoclise constitui uma importante técnica nesta área, sobretudo porque tem a vantagem de poder ser utilizada no domicílio evitando assim a hospitalização (Pereira, 2008 referenciado por Moreira, 2010).

Na perspectiva de Neto (2007, p. 280) “a via subcutânea é passível de ser usada com medicamentos de baixa viscosidade, que não sejam irritantes ou citotóxicos, e que sejam bem absorvidos a partir dos tecidos conjuntivo e adiposo.” Para este autor (2007) os fármacos mais frequentemente utilizados por esta via são: morfina, tramadol; haloperidol, levomepromazina; metoclopramida; butilescopolamina; ciclizina; midazolam, octreótido, furosemida, ceftriaxone. Azevedo e Nunes (2009) acrescentam clonidina, clorpromazina, dexametasona, ketamina, fenobarbital, fentanil, insulina, ondansetron e ranitidina.

As zonas de punção SC recomendadas são a região superior do tórax (zona infraclavicular), deltóides (face externa), abdómen e coxas (Twycross, 2003). A escolha do local de punção deverá, sempre que possível, ser feita pelo doente, não devendo interferir com a mobilização (Neto, 2007). A capacidade de absorção é variável conforme a região (Ferreira & Santos, 2011). De entre aos locais referidos, a região torácica e abdominal são as que possuem maior capacidade de absorção de fluídos, portanto, são as zonas preferenciais para a administração de fluídos e administração continuada de fármacos sendo os restantes locais mais recomendados para a administração intermitente (Neto, 2007). A via SC constitui-se, assim como uma opção segura em cuidados paliativos, com poucos riscos associados e enquanto técnica com impacto mínimo na qualidade de vida do doente. É passível de ser utilizada em diferentes contextos de cuidados, incluindo pela família (Moreira, 2010).

Face ao exposto, e de acordo com a perspectiva de Almeida (2000) citado por Xavier (2008) a prestação de cuidados ao doente terminal/família exige do enfermeiro capacidades mais apuradas, comparativamente a outras áreas da sua atuação, nomeadamente ao nível da atitude pessoal, vocacional, equilíbrio e maturidade para que lhe seja mais fácil suportar as dificuldades inerentes. Assim, impõe-se uma preparação técnico-científica rigorosa e em diferentes âmbitos. Será errado pensar que para assistir os doentes em cuidados paliativos apenas é necessário amor e carinho, e que os profissionais que exercem nesta área não têm que deter formação adequada (Neto, 2010).

Ao longo dos ensinamentos clínicos e depois no decurso da vida profissional é inevitável o contacto com doentes terminais e suas famílias, pois estes doentes continuam a ocupar camas em hospitais de agudos e a serem tratados com esse mesmo estatuto (Sapeta,

2004). Deste modo, é fundamental que os estudantes estejam preparados para desenvolver ações paliativas competentes (Faustino, 2011), ou seja, medidas terapêuticas cujo fim não é curar mas sim minorar o impacto negativo da doença na qualidade de vida e bem-estar do doente (Cardoso et al., 2010) podendo ser prestadas em qualquer contexto e não exclusivamente em unidades de cuidados paliativos (Neto, 2010). Esta qualidade assistencial só será viável se durante a formação pré-graduada lhe forem ministrados conteúdos programáticos sobre cuidados paliativos (Faustino, 2011).

É na escola que o estudante deve adquirir os princípios gerais que norteiam e suportam a sua atuação profissional, construindo a sua identidade social e profissional (Faustino, 2011). A escola assume um papel preponderante na formação dos futuros enfermeiros tornando-os profissionais qualificados e com capacidade de corresponderem às necessidades dos doentes/famílias (Costa, 2011), sendo reconhecido, tal como nos diz Faustino (2011) que essa preparação depende dos planos curriculares dos cursos e das estruturas e dimensões intervenientes no processo formativo. Lehna (2003) citada por Faustino (2011) refere que nos currículos básicos de enfermagem são ministrados poucos conteúdos programáticos sobre os cuidados aos doentes em fim de vida. Sapeta (2004), através do seu trabalho de pesquisa acerca da existência de conteúdos de cuidados paliativos nos cursos de enfermagem, concluiu que a maioria das escolas lecciona conteúdos sobre cuidados paliativos e dor crónica. No entanto, esta autora considerou essa abordagem superficial, pois num total de 4600 horas do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), apenas 5 a 8 horas eram atribuídas a estes temas, não sendo suficientes para dotar os futuros enfermeiros de competências para cuidar de doentes em fim de vida e/ou com dor crónica.

As recomendações da ANCP (2006b) para a formação de enfermeiros em cuidados paliativos consideram que a formação é um dos pilares da prestação de cuidados de enfermagem em cuidados paliativos. Sapeta (2004) considera essencial incluir uma disciplina de cuidados paliativos no plano de estudos do CLE, com duração mínima de 45 horas (idealmente 60 horas) com possível localização no 2º ano, pois defende ser a partir do 2º ano que o estudante tem as primeiras experiências práticas com doentes em fim de vida e família. A mesma autora (2004) refere que a disciplina não deverá ser de carácter opcional, pois todos os enfermeiros, independentemente da sua área de atuação, deverão possuir conhecimentos mínimos neste âmbito. Em consonância, Magalhães (2009) referenciado por Faustino (2011) defende que a preparação para prestar cuidados a doentes paliativos deve ter início durante a formação pré-graduada, pois sendo um processo delicado, esse é o momento oportuno, uma vez que é aí que se começam a formar as atitudes relativas ao doente em fim de vida.

De acordo com a ANCP os conteúdos programáticos devem contemplar as seguintes dimensões: “Doente e adaptação ao processo de doença grave; Apoio à família/cuidador principal; Trabalho em equipa; Atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida; Organização do sistema de cuidados de saúde; Auto-cuidado dos profissionais; Perícias de comunicação; Ética aplicada e Apoio no luto” (ANCP, 2006b, p. 6).

Ainda neste âmbito, a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AIECP) definiu 3 níveis de formação em cuidados paliativos (A - básica pré-graduada e básica pós-graduada, B - avançada pós-graduada e C – especialista pós-graduada), os respetivos destinatários e as horas de formação. O nível A contempla os futuros profissionais de enfermagem durante a sua formação profissional básica e os enfermeiros que prestam cuidados em serviços gerais de saúde mas que poderão confrontar-se com situações de cuidados paliativos, sendo a duração proposta das atividades de formação de 18 a 45 horas. O nível B abrange os enfermeiros dos serviços de cuidados paliativos ou de serviços gerais onde exerçam funções de referência em cuidados paliativos, que com frequência se confrontam com situações paliativas, sendo a duração recomendada das atividades de formação entre 90 e 180 horas. Os destinatários do nível C são os enfermeiros responsáveis das unidades de cuidados paliativos ou os que exercem consultadoria, ou aqueles que contribuam para a formação e investigação na área, sendo recomendada a realização de mestrado/pós-graduação de duração superior a 280 horas, com estágio de no mínimo 2 semanas em unidades de cuidados paliativos credíveis. Para cada um dos níveis de formação referidos a AIECP recomenda conteúdos gerais e específicos diferentes (ANCP, 2006b). Atendendo ao facto da temática desta investigação abordar os conhecimentos dos estudantes do 3º e 4º ano do CLE sobre cuidados paliativos, apresentamos em anexo apenas os conteúdos gerais e específicos preconizados para o nível A (cf. Anexo I).

Na perspetiva de Faustino (2011) para colmatar eventuais défices de formação em cuidados paliativos durante o CLE, os enfermeiros recorrem a formação pós-graduada, participando em congressos e cursos de formação específicos. Face às reconhecidas necessidades de formação em cuidados paliativos, tiveram início, em Portugal, vários cursos de mestrado e de pós-graduação nesta área (Marques et al., 2009) dirigidos a diversos profissionais independentemente da sua formação de base (Pereira, 2010).

Em 2011, a OE publicou o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, o que realça a importância da formação específica nesta área, assumindo-se esta como crucial para que os profissionais possam assegurar aos doentes e famílias cuidados de qualidade, respondendo às suas necessidades de cuidados, através do desenvolvimento de competências humanas, científicas e técnicas específicas.

Portanto, foi neste enquadramento e face a motivações pessoais e profissionais, pois tal como refere Cotrim (2011) cuidar doentes terminais constitui-se como um desafio para os Enfermeiros, que a presente investigação que intitulamos **“Cuidados paliativos: conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem”** emergiu como pertinente.

Com este estudo, pretendemos contribuir para a reflexão acerca dos princípios, filosofia, organização e objetivos dos cuidados paliativos e sobre a intervenção de enfermagem na assistência ao doente/ família, colocando a tónica nos conhecimentos e na formação dos estudantes de licenciatura em enfermagem nesta área.

Assim, para a condução desta pesquisa formulamos a seguinte questão central:

Qual o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

Em conformidade, definimos como objetivo principal identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem. Como objetivos específicos pretendemos descrever a relação das variáveis sociodemográficas, académicas e da formação em cuidados paliativos com os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

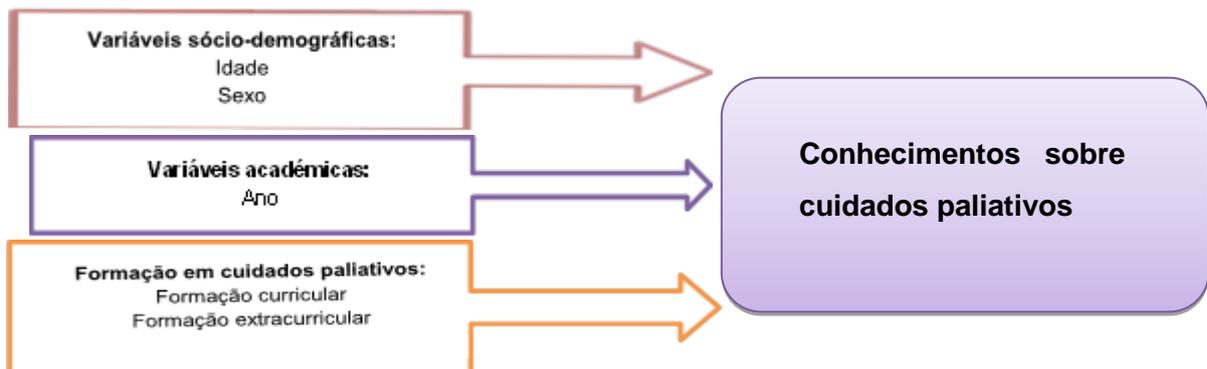
2 - MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo expomos o material e métodos definidos para o desenvolvimento do estudo, começando pelo tipo e desenho do estudo e prosseguindo com as questões e hipóteses de investigação, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos estatísticos e a caracterização da amostra e dos participantes.

Tipo e desenho do estudo

Conceptualizamos um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva, com a finalidade de descrever a relação das variáveis sócio-demográficas, académicas e da formação em cuidados paliativos com os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem (cf. Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo



Questões e hipóteses de investigação

Como apoio à condução da investigação, para além da questão central já apresentada na introdução definimos as seguintes questões específicas:

- Qual a relação das variáveis sociodemográficas e das variáveis académicas com os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?
- Em que medida a formação em cuidados paliativos influencia os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

Face ao exposto, formulamos as hipóteses de investigação subsequentes:

Hipótese 1 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

Hipótese 2 - Há relação entre as variáveis académicas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

Hipótese 3 - Existe relação entre a formação em cuidados paliativos e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado no estudo incluiu dois questionários: o Questionário Geral sobre Cuidados Paliativos - QGCP e o Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP, ambos construídos pelos investigadores, tendo por base a revisão da literatura na área e os objetivos definidos para a investigação (cf. Apêndice I).

Verificamos a legibilidade e compreensão do instrumento de colheita de dados realizando um pré-teste num grupo de 10 estudantes finalistas do 2º ano do CLE da Escola Superior de Saúde de Viseu por reunirem características semelhantes às da população-alvo, não desperdiçando, desta forma, possíveis sujeitos da amostra. Não surgiram dúvidas nem dificuldades no preenchimento pelo que não foi necessário alterar o questionário.

O QGCP integra questões relativas à caracterização sociodemográfica e académica dos participantes e questões sobre a formação em cuidados paliativos.

O QCCP inclui 67 afirmações, sendo solicitado aos participantes que assinalem com um X a opção (verdadeiro ou falso) que melhor se adegue àquilo que pensam, sabem ou fazem relativamente aos cuidados paliativos e visa avaliar os conhecimentos sobre cuidados paliativos. Para evitar tendências de resposta alguns dos itens foram construídos na negativa e outros na afirmativa. Os itens abordam aspetos relacionados com o conceito, filosofia, objetivos e organização dos cuidados paliativos (itens 1 a 23), o controlo de sintomas (itens 24 a 49), a comunicação (itens 50 a 55), o apoio à família (itens 56 a 61) e o trabalho em equipa (itens 62 a 67) em cuidados paliativos. Para a análise dos resultados a cada um dos itens do QCCP é atribuída pontuação 0 se resposta incorreta ou 1 se resposta correta. Da soma das pontuações de todos os itens resulta o score global de conhecimentos sobre cuidados paliativos, que pode oscilar entre 0 e 67 (valores inteiros). Deste modo, quanto maior for o score global obtido melhores os conhecimentos.

Quanto ao QCCP, avaliamos a sua fiabilidade pelo coeficiente Alfa (α) de Cronbach, entendido por Maroco & Garcia-Marques (2006) como a medida de consistência interna por excelência, e pelo coeficiente de bipartição (Split-half), (cf. Apêndice II). Contudo, ainda que o α de Cronbach global seja de 0.771 e o Split-half primeira parte de 0.680, segunda parte de 0.628, 18 itens apresentam correlações com o score global inferiores a 0.20 (cf. Apêndice III), pelo que, na perspetiva de Streiner & Norman (1989) deveriam ser eliminados. Todavia, decidimos mantê-los no QCCP, valorizando a importância do conteúdo desses itens para esta pesquisa, em consonância com Maroco & Garcia-Marques (2006, p. 84) que

consideram que “a relevância do item” pode “contrapor à sua remoção”. Assim, atendendo ao elevado número de itens do QCCP e ao tamanho reduzido da amostra em estudo deixamos outras análises de consistência interna e de validação deste instrumento de pesquisa para eventuais estudos futuros em amostras maiores.

Procedimentos estatísticos

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e inferencial. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central como médias, medidas de dispersão como a amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão e medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, utilizamos os testes não paramétricos pois verificamos pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov que a variável quantitativa score global de conhecimentos não apresenta distribuição normal. Recorremos ao teste de U de Mann Whitney (UMW) para comparação de ordenações médias da variável quantitativa score global de conhecimentos em dois grupos de sujeitos diferentes. O teste de qui-quadrado foi utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Este último teste aplica-se, de acordo com Pestana & Gageiro (2008), quando a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças não forem significativas as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica.

Para identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos à variável quantitativa score global de conhecimentos aplicamos a fórmula Mediana \pm 0,25xAmplitude Interquartil preconizada por Pestana & Gageiro (2008), definindo desta forma três grupos de corte (insuficiente, suficiente e bom) para o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com apoio do programa informático *IBM SPSS Statistics 20*. Na análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância: $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa; $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa e $p \geq 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa (Pestana e Gageiro, 2008).

Amostra e participantes

O instrumento de colheita de dados foi disponibilizado online no período de 25 de Maio de 2012 a 30 de Agosto de 2012, sendo os objetivos do estudo e a garantia de confidencialidade dos dados explanados na introdução ao mesmo (cf. Apêndice I).

Enviamos emails para todas as escolas que lecionam o CLE solicitando a divulgação do estudo junto dos estudantes do 3º e 4º anos (cf. Anexo II), recorrendo desta forma a uma amostragem não probabilística por conveniência. A pesquisa visou os estudantes do 3º e 4º anos pois, de acordo com o plano de estudos do CLE, o primeiro contacto com doentes ocorre no 2º ano e como tal só a partir daí poderão ter experiências com doentes terminais.

Nesta investigação o instrumento de colheita de dados revelou-se de fácil compreensão e administração (aplicabilidade de 100%), visto que todos os participantes responderam à totalidade das questões. Assim, participaram no estudo 203 estudantes, com uma média de idades de 22.33 anos ($Dp=2.793$), sendo 89.7% do sexo feminino, 54.7% do 4º ano e a maior parte (25.6%) da escola superior de enfermagem do Porto (cf. Tabelas 1 e 3).

3 – RESULTADOS

O propósito deste capítulo é descrever e interpretar os resultados obtidos. O processo de análise (descritiva e inferencial) dos resultados que agora se inicia está estruturado para dar resposta aos objetivos, às questões e às hipóteses definidas.

3.1 - Análise descritiva

A análise descritiva dos resultados visa a caracterização sociodemográfica, académica, da formação (curricular e extracurricular) e dos conhecimentos em cuidados paliativos dos participantes.

- **Perfil sociodemográfico dos participantes**

A amostra é constituída maioritariamente por estudantes do sexo feminino (89.7%), com idades entre os 20 e os 42 anos, com uma média de idades de 22.33 anos ($Dp=2.793$), e uma dispersão baixa em torno da média. Para o sexo feminino a idade máxima foi 42 anos, enquanto para o masculino foi 33, sendo a mínima 20 anos para ambos. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) revela que a distribuição da variável idade não é normal ($p=0.000$). Os valores de curtose ($K/_{erro}$) e assimetria ($Sk/_{erro}$) mostram curvas leptocúrticas assimétricas positivas com enviesamento à esquerda. O teste UMW não revelou diferenças estatísticas significativas face ao sexo ($U=1634$; $p=0.262$), (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos estudantes em função do sexo

	n (%)	Min.	Max.	\bar{x}	Dp	$Sk/_{erro}$	$K/_{erro}$	CV (%)	K/S	Mean Rank (MR)	U de Mann Witney
Masculino	21 (10.3)	20	33	22.86	3.198	2.272	5.222	13.9	0.000	115.19	U=1634
Feminino	182 (89.7)	20	42	22.27	2.745	3.685	18.386	12.3	0.000	100.48	p=0.262
Total	203 (100)	20	42	22.33	2.793	3.461	15.962	12.5	0.000	—	—

A amplitude de variação da idade situa-se nos 22 anos. Após o seu agrupamento em duas classes verifica-se que dos 203 participantes, 55.7% têm idade maior ou igual (\geq) a 22 anos e 44.3% menor ou igual (\leq) a 21 anos. Não se verificam diferenças significativas no grupo etário face ao sexo ($\chi^2=2.358$; $p=0.125$), (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Grupo etário dos estudantes face ao sexo

Grupo etário	Sexo Masculino (M)		Sexo Feminino (F)		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 21 anos	6	28.6	84	46.2	90	44.3
≥ 22 anos	15	71.4	98	53.8	113	55.7
Total	21	100.00	182	100.00	203	100.00

Qui-Quadrado: $\chi^2=2.358$; $p=0.125$

- **Características académicas dos participantes**

O percentual de participantes do 3º ano foi de 45.3% e do 4º de 54.7%, sendo que face ao sexo não se verificam diferenças significativas ($\chi^2=1.358$; $p=0.244$). Relativamente à escola que os estudantes frequentam verificamos que a maior parte pertence à Escola Superior de Enfermagem do Porto (25.6%) seguida pela Escola Superior de Saúde de Viseu (12.3%), (cf. Tabelas 3).

Tabela 3 - Características académicas dos participantes em função do sexo

	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
Ano que frequenta?						
3º Ano	7	33.3	85	46.7	92	45.3
4º Ano	14	66.7	97	53.3	111	54.7
Total	21	100.0	182	100.0	203	100
$\chi^2=1.358$; $p=0.244$						
Escola que frequenta?						
Escola Superior de Enfermagem do Porto	3	14.3	49	26.9	52	25.6
Escola Superior de Saúde de Viseu	4	19	21	11.5	25	12.3
Escola Superior de Saúde de Aveiro	4	19	16	8.8	20	9.9
Universidade Católica Portuguesa - Lisboa	1	4.8	16	8.8	17	8.4
Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny	3	14.3	9	4.9	12	5.9
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	0	0.0	11	6.0	11	5.4
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria	0	0.0	8	4.4	8	3.9
Escola Superior de Enfermagem do Minho	0	0.0	8	4.4	8	3.9
Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias	1	4.8	7	3.8	8	3.9
Escola Superior de Saúde de Bragança	0	0.0	3	1.6	7	3.4
Escola Superior de Saúde de Santarém	3	14.3	4	2.2	7	3.4
Escola Superior de Saúde da Guarda	1	4.8	5	2.7	6	3.0
Escola Superior de Saúde do Vale Sousa	0	0.0	6	3.3	6	3.0
Escola Superior de Saúde Jean Piaget Viseu	0	0.0	5	2.7	5	2.5
Escola Superior de Saúde de Viana Castelo	0	0.0	4	2.2	4	2.0
Escola Superior de Saúde de Faro	0	0.0	3	1.6	3	1.5
Escola Superior de Saúde de Beja	1	4.8	1	0.5	2	1.0
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	0	0.0	1	0.5	1	0.5
Escola Superior de Saúde de Leiria	0	0.0	1	0.5	1	0.5
Total	21	100	182	100	203	100.0

- **Formação curricular em cuidados paliativos**

Dos 203 inquiridos 67.0% responderam ter recebido formação em cuidados paliativos durante o CLE, tendo indicado entre 2 e 54 horas de formação (média 19.67, $Dp=17.624$), e 33.0% referiram não ter recebido formação nesta área no curso. Não se verificaram diferenças significativas face ao sexo ($\chi^2=3.712$; $p=0.054$), (cf. Tabela 4).

Do total de participantes 28.1% indicaram ter realizado trabalhos na área dos cuidados paliativos durante o CLE, declarando as seguintes áreas temáticas: comunicação, controlo de sintomas, cuidados ao doente em fim de vida e reflexão sobre casos clínicos de cuidados paliativos.

Relativamente à importância atribuída à inclusão de conteúdos curriculares sobre cuidados paliativos no plano de estudos do CLE, 58.1% dos estudantes consideraram muito importante, 40.9% importante, 0.5% pouco importante e 0.5% nada importante (cf. Tabela 4).

Quando questionados se durante o CLE receberam informação suficiente sobre cuidados a doentes em situação terminal, 75.9% dos participantes responderam “*não*” e 24.1% “*sim*”, sendo que face ao sexo não se verificaram diferenças significativas ($\chi^2=0.251$; $p=0.616$), (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Formação curricular em cuidados paliativos face ao sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No CLE recebeu formação sobre cuidados paliativos?						
Não	3	14.3	64	35.2	67	33.0
Sim	18	85.7	118	64.8	136	67.0
Total	21	100	182	100	203	100
$\chi^2=3.712$; $p=0.054$						
Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre cuidados paliativos no plano de estudos do CLE?						
Muito Importante	13	61.9	105	57.7	118	58.1
Importante	7	33.3	76	41.8	83	40.9
Pouco Importante	0	0.0	1	0.5	1	0.5
Nada Importante	1	4.8	0	0.0	1	0.5
Total	21	100	182	100	203	100
Considera que durante o CLE recebeu informação suficiente sobre cuidados a doentes em situação terminal?						
Não	15	71.4	139	76.4	154	75.9
Sim	6	28.6	43	23.6	49	24.1
Total	21	100	182	100	203	100
$\chi^2=0.251$; $p=0.616$						

- **Formação extracurricular em cuidados paliativos**

Dos 203 estudantes questionados, 75.9% referiram não ter frequentado formação extracurricular em cuidados paliativos. Os estudantes do sexo feminino estão mais representados no grupo dos que referiram não ter frequentado formação extracurricular na área face aos do sexo masculino (78.6% vs. 52.4%), enquanto no grupo dos que mencionaram ter frequentado esta formação estão mais representados os participantes do sexo masculino (47.6% vs. 21.4%), com diferença estatística bastante significativa ($\chi^2=7.053$; $p=0.008$), (cf. Tabela 5). Dos estudantes que mencionaram ter frequentado formação extracurricular (24.1%), 32.7% indicaram conferências, 20.4% workshops, 16.3% jornadas, 10.2% ações de formação, 10.2% conferências e jornadas, 6.1% cursos breves e 4.1% ações de formação e workshops. No que concerne, às horas de formação extracurricular frequentadas os estudantes referiram entre 1 e 30 horas, sendo a média 8.61 horas ($Dp=6.642$). Dos estudantes que nunca frequentaram formação extracurricular em cuidados paliativos, 46.1% referiram como motivos “*Não teve conhecimento de formações na área*”, 22.1% “*Falta de tempo*”, 14.9% “*Pouca oferta formativa na área*”, 9.1% indicaram

“Pouca oferta formativa na área” e “Não teve conhecimento de formações na área”, 5.8% “Pouca oferta formativa na área” e “Falta de tempo” e 1.9% “Não tem interesse pela área”.

Relativamente à questão “Gostaria de frequentar formação específica na área dos cuidados paliativos?”, 71.4% dos estudantes responderam “Sim”, sendo que face ao sexo não se verificaram diferenças significativas (cf. Tabela 5). Dos estudantes que gostariam de frequentar formação específica nesta área, 58.6% mencionaram “pós-graduação”, 25.5% “especialidade”, 11.7% “mestrado” e 4.1% “doutoramento”.

Tabela 5 - Formação extracurricular em cuidados paliativos face ao sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Já frequentou formação extracurricular na área dos cuidados paliativos?						
Não	11	52.4	143	78.6	154	75.9
Sim	10	47.6	39	21.4	49	24.1
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0
$\chi^2 = 7.053; p=0.008^{**}$						
Gostaria de frequentar formação específica na área dos cuidados paliativos?						
Não	5	23.8	53	29.1	58	28.6
Sim	16	76.2	129	70.9	145	71.4
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0
$\chi^2 = 0.260; p=0.610$						

- **Importância atribuída à existência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e classificação da intervenção do Enfermeiro em cuidados paliativos**

Quanto às questões “Considera importante a existência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa?” e “Como classifica a intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos?” os estudantes responderam “importante” ou “muito importante” (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Importância atribuída à existência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e classificação da intervenção do Enfermeiro em cuidados paliativos em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Considera importante a existência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa?						
Importante	3	14.3	31	17.0	34	16.7
Muito Importante	18	85.7	151	83.0	169	83.3
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0
Como classifica a intervenção do Enfermeiro em cuidados paliativos?						
Importante	1	4.8	17	9.3	18	8.9
Muito Importante	20	95.2	165	90.7	185	91.1
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0

- **Auto-classificação do conhecimento sobre cuidados paliativos**

A maioria dos inquiridos (53.2%) auto-classificou o seu conhecimento sobre cuidados paliativos como sendo “razoável”, 26.1% “pouco apropriado” e 20.7% “apropriado” (cf. tabela 7)

Tabela 7 - Auto-classificação do conhecimento sobre cuidados paliativos face ao sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pouco Apropriado	4	19.1	49	26.9	53	26.1
Razoável	12	57.1	96	52.7	108	53.2
Apropriado	5	23.8	37	20.4	42	20.7
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0

- **Perfil de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos participantes**

Como já referido, as respostas (Verdadeiro ou Falso) do QCCP foram recodificadas de modo a atribuir pontuação 1 a cada uma das respostas corretas e 0 a cada uma das incorretas. Assim, verificamos que a pontuação global (score global de conhecimentos) dos estudantes variou entre 33 e 65, sendo a mediana 58, a amplitude interquartil 6, a média 56.73 (Dp=5.519) e a dispersão baixa em torno da média (CV=9.7). Considerando que o score global poderia variar entre 0 e 67, estes resultados indicam que, em média, os estudantes responderam corretamente a 84.7% dos itens do QCCP.

Pela análise das respostas verificamos que o percentual de respostas corretas foi maior ou igual a 84.7% em 41 itens do QCCP (cf. apêndice IV). Desses itens realçamos o 5 “Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) não se aplicam em cuidados paliativos”, o 14 “O principal objetivo dos cuidados paliativos é promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente”, o 15 “Os cuidados paliativos baseiam-se na futilidade diagnóstica e terapêutica”, o 32 “Para alívio da dor, em cuidados paliativos, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas”, o 35 “Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são a obstipação, náuseas/vómitos, sedação e confusão”, o 50 “A empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade são habilidades que o enfermeiro deve possuir para comunicar com o doente terminal e família”, o 51 “A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas”, o 56 “A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal” e o 62 “Os cuidados paliativos são um conjunto de ações multiprofissionais”, pois evidenciam percentagens de respostas corretas superiores a 97%.

No que concerne a respostas incorretas, constatamos que em 26 itens o percentual de respostas incorretas é maior do que 15.3% (cf. Apêndice VI). Destacamos os percentuais de respostas incorretas observados nos itens 6 “A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia” (55.2%), 37 “Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral”

(57.1%), 60 “A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente” (49.8%), 38 “A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa” (46.8%), o 46 “A administração de soros por via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado” (46.3), o 49 “Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea (41.9%), o 29 “Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol” (38.9%), o 33 “Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia” (36.9%) e o 47 “A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão” (35.5%).

3.2 - Análise Inferencial

A análise inferencial visou explorar as relações entre as variáveis independentes (sociodemográficas, académicas e de formação em cuidados paliativos) e a variável dependente (conhecimentos sobre cuidados paliativos).

Em relação à variável dependente (score global de conhecimentos sobre cuidados paliativos), o teste de K/S ao revelar diferenças estatísticas bastante significativas ($p=0.003$) indica-nos que a variável não apresenta distribuição normal e os valores de assimetria ($Sk_{\text{erro}}=-1.639$) e curtose ($K_{\text{erro}}=4.026$) mostram distribuição simétrica e leptocúrtica para o total da amostra. Deste modo, para o teste de hipóteses recorreremos, tal como já referido à estatística não paramétrica.

Hipótese 1 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

O teste de UMW mostra que os participantes do sexo masculino ($n=21$) pontuaram com ordenações médias mais elevadas (melhores conhecimentos) quando comparados com os do sexo feminino ($n=182$), ($MR=125.19$ vs. $MR=99.32$), embora sem significância estatística ($U=1424$; $p=0.055$), (cf. Tabela 8).

Em relação à idade dos participantes, pela correlação de Spearman constatamos que não existe correlação entre esta variável e o score global de conhecimentos ($Rho=-0.052$; $p=0.464$). Contudo, após agrupar a variável idade e através da aplicação do teste UMW verificamos que os estudantes de idade \leq a 21 anos ($n=90$) pontuaram com ordenações médias mais elevadas (melhores conhecimentos) quando comparados com os de idade \geq a 22 anos ($n=113$), ($MR=105.84$ vs. $MR=98.94$), porém sem diferenças estatísticas significativas ($U=4739$; $p=0.404$), (cf. Tabela 8).

Hipótese 2 - Há relação entre as variáveis acadêmicas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

Pela aplicação do teste UMW averiguamos que os estudantes do 4º ano (n=111) apresentam ordenações médias mais elevadas (melhores conhecimentos) face aos do 3º ano (n=92), (MR=108.05 vs. MR=94.70), embora sem significância estatística (U=4434; p=0.106), (cf. Tabela 8).

Hipótese 3 - Existe relação entre a formação em cuidados paliativos e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

No que respeita à frequência de formação em cuidados paliativos os estudantes que mencionaram ter recebido formação na área durante o CLE (n=136) pontuaram com ordenações médias superiores (melhores conhecimentos) quando comparados com aqueles que referiram não ter frequentado (n=67) essa formação (MR=106.69 vs. MR=92.48), embora sem diferenças estatísticas significativas (U=3918; p=0.104), (cf. Tabela 8).

Identicamente, os estudantes que mencionaram possuir formação extracurricular em cuidados paliativos (n=49) mostram ordenações médias superiores (melhores conhecimentos) face aos que referiram não possuir (n=154) esta formação (MR=117.29 vs. MR=97.14), neste caso com diferenças estatisticamente significativas (U=3024; p=0.036), (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados do Teste de UMW entre os Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos e as variáveis independentes

	<u>Ordenações Médias</u>		U	p
	Sexo	Masculino		
<i>Conhecimento Global</i>		125.19	99.32	U=1424 p=0.055
Grupo etário		≤ 21	≥ 22	
<i>Conhecimento Global</i>		105.84	98.94	U=4739 p=0.404
Ano do CLE		3º	4º	
<i>Conhecimento Global</i>		94.70	108.05	U=4434 p=0.106
Formação curricular		Não	Sim	
<i>Conhecimento Global</i>		92.48	106.69	U=3918 p=0.104
Formação extracurricular		Não	Sim	
<i>Conhecimento Global</i>		97.14	117.29	U=3024 p=0.036

Questão central – Qual o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

Com vista a identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem, dando resposta à questão central do estudo, recorremos à fórmula Mediana \pm 0,25xAmplitude Interquartil preconizada por Pestana & Gageiro (2008), sendo os conhecimentos classificados em 3 níveis:

- ✓ Insuficiente - se score global \leq 56,5
- ✓ Suficiente - para score global $>$ 56,5 e $<$ 59,5
- ✓ Bom - quando score global \geq 59,5

Assim, verificamos que 40.4% dos estudantes apresentam conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom sobre cuidados paliativos. Os estudantes do sexo masculino estão mais representados no nível bom (47.6% vs. 28.6%), e os do sexo feminino no nível insuficiente (41.8% vs. 28.6%), contudo, sem diferenças estatísticas significativas face ao sexo ($\chi^2=3.270$; $p=0.195$), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos em função do sexo

Nível de Conhecimentos	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente	6	28.6	76	41.8	82	40.4
Suficiente	5	23.8	54	29.6	59	29.1
Bom	10	47.6	52	28.6	62	30.5
Total	21	100.0	182	100.0	203	100.0

$\chi^2=3.270$; $p=0.195$

Em síntese:

- Verificamos que as variáveis independentes, idade, sexo, ano do CLE e formação curricular não influenciam os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem;
- Os estudantes do sexo masculino, os de idade \leq a 21 anos, os do 4º ano e os detentores de formação curricular na área pontuaram com ordenações médias superiores, logo melhores conhecimentos, face aos restantes;
- Constatamos diferenças significativas nos conhecimentos dos estudantes face à frequência de formação extracurricular;
- Apuramos ainda que 40.4% dos estudantes pontuaram com conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom.

4 - DISCUSSÃO

O ensino de enfermagem em Portugal surge, de forma estruturada, no fim do século XIX (Vieira, 2008) sendo que o plano de estudos do curso de enfermagem sofreu várias reformas ao longo da sua história, motivadas, essencialmente, pela constante necessidade de adequação da profissão à realidade dos contextos de saúde (Costa, 2011).

No contexto atual dos serviços de saúde assiste-se a um crescendo das situações de doença de evolução prolongada conducentes a situações terminais de vida o que fez disparar o número de indivíduos e famílias a necessitar de cuidados paliativos. É a esse propósito que surge esta investigação, em resultado da constatação de que no centro da assistência em cuidados paliativos estão os enfermeiros, sendo por isso fundamental que detenham conhecimentos nesta área. Deste modo, é primordial que os estudantes de Enfermagem, enquanto futuros profissionais, possuam conhecimentos adequados à intervenção perante o doente/ família em situação de doença crónica e/ ou paliativa.

Assim, foi com o propósito de refletir e contribuir para os avanços do conhecimento sobre cuidados paliativos, sensibilizando para a importância e repercussões das ações de enfermagem nos cuidados ao doente terminal/família que desenvolvemos a presente investigação.

Neste capítulo pretendemos refletir sobre a pesquisa desenvolvida, dissecando a abordagem metodológica, as limitações do estudo, os principais resultados obtidos, bem como as implicações para o ensino e para a prática de enfermagem em cuidados paliativos.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva, pelo que os resultados e as conclusões devem ser interpretados com as reservas impostas por este tipo de estudo. Procuramos desenvolver uma pesquisa rigorosa, seguindo opções metodológicas que classificamos de ajustadas ao tipo de estudo.

Importa começar por realçar as dificuldades relacionadas com a escassez de bibliografia relacionada com o estudo dos conhecimentos sobre cuidados paliativos em estudantes de enfermagem, constituindo uma das limitações do estudo. Assim, os resultados obtidos serão discutidos com base no quadro conceptual que suporta a presente investigação, nas investigações em enfermeiros e considerando as questões de investigação que formulamos para condução deste estudo.

O instrumento de colheita de dados que utilizamos foi desenvolvido com base na revisão da literatura na área. O QCCP revelou ser fácil de aplicar e compreender, um α de Cronbach global de 0.771 e um Split-half primeira parte 0.680, segunda parte 0.628. Porém, reconhecemos ser fundamental desenvolver novas pesquisas, aplicando o QCCP em

amostras maiores e caso se considere pertinente procedendo à revisão/ remoção de determinados itens, aperfeiçoando desse modo o instrumento agora desenvolvido.

A participação dos estudantes de algumas escolas de enfermagem foi nula, de outras muito baixa ou baixa, com relevo apenas para a participação dos estudantes da escola superior de Enfermagem do Porto (25.6%) e da Escola Superior de Saúde de Viseu (12.3%), situação que inviabilizou a generalização dos resultados à população dos estudantes de enfermagem em Portugal, bem como a avaliação da influência da variável escola no nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos. Insistimos na divulgação do questionário, apelando, via email, às escolas superiores de enfermagem para o difundirem junto dos estudantes de 3º e 4º anos, contudo, não foi possível ir além dos 203 participantes, pois existia ainda a urgência de avançar com a pesquisa e de cumprir os prazos académicos, constituindo o tamanho da amostra outra limitação do estudo. Assim, sugerimos a realização de colheitas de dados presenciais, de forma a garantir uma maior participação dos estudantes.

Pese embora as limitações e dificuldades, acreditamos que este estudo poderá proporcionar contributos importantes para a reflexão, formação e intervenção de enfermagem em cuidados paliativos e incitar para novas investigações na área, fomentando o desenvolvimento profissional.

Qual o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

Os estudantes responderam corretamente, em média, a 84.7% dos itens do QCCP, revelando possuir conhecimentos sobre cuidados paliativos. Porém, os resultados obtidos impõem precauções na sua análise, pois importa realçar: que se trata de um questionário de conhecimentos, no qual os participantes têm à partida 50% de hipótese de escolher a resposta correta, que existe o conhecimento efetivo e o presumido e que o preenchimento online permite o recurso a pesquisa bibliográfica.

Considerando as respostas aos itens 1 a 23 do QCCP, que incluem afirmações relativas ao conceito, filosofia, objetivos e organização dos cuidados paliativos, verificamos que a maioria dos estudantes revelou conhecimentos sobre estes aspetos. Estes resultados vão de encontro aos do estudo de Xavier (2008) em enfermeiros, pois verificou que os enfermeiros inquiridos possuem conhecimentos sobre estes assuntos. A exceção ocorre no item 6 “*A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia*”, pois o percentual de respostas incorretas foi de 55.2%.

Apreciando as respostas aos itens 24 a 49 do QCCP, questões referentes ao controlo de sintomas em cuidados paliativos, constatamos que a maioria dos estudantes mostrou conhecimentos neste âmbito de intervenção. A exceção verifica-se no item 37 *“Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral”* que apresenta 57.1% de respostas incorretas. Em oposição, no estudo de Xavier (2008) 56,7% dos enfermeiros responderam corretamente a esta questão. Realçamos também, os percentuais de respostas incorretas verificados nos itens 29 *“Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol”* (38,9%) e 33 *“Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia”* (36.9%). Estes itens abordam questões relacionadas com a dor em cuidados paliativos. Os resultados obtidos vão de encontro ao referido por Sapeta (2004) que conclui que os estudantes não adquirem competências para cuidar doentes com dor crónica. Também Xavier (2008) no seu estudo em enfermeiros refere ser na área da dor e controlo de sintomas onde existe maior lacuna de conhecimentos. Em oposição, a investigação de Faustino (2011) revela que 95% dos estudantes conhece e desenvolve intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade.

Ainda relativamente ao controlo de sintomas destacamos pela percentagem de respostas incorretas os itens 38 *“A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa”* (46.8%), 40 *“A via subcutânea não permite a administração de soros”* (33%), 46 *“A administração de soros por via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado”*, 47 *“A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão”* (35.5%) e o 49 *“Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea”* (41.9%). Estes resultados opõem-se aos encontrados por Faustino (2011) em que os estudantes revelam conhecer e aplicar a via SC e aos de Xavier (2008) em que a maioria dos enfermeiros responde corretamente às questões relacionadas com a utilização da via subcutânea.

Nos itens 50 a 55, que abordam aspetos relacionados com a comunicação com o doente/família em cuidados paliativos, verificamos que a grande maioria dos estudantes respondeu corretamente a essas questões, sendo o maior percentual de respostas incorretas de 17.2%, no item 54 *“Em cuidados paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio”*. Estes resultados estão em conformidade com os de Faustino (2011) em que 71.3% dos estudantes de enfermagem conhecem e aplicam competências de comunicação com o doente paliativo, família e outros profissionais. A mesma autora (2011) faz referência a resultados semelhantes obtidos por Oliveira (2010) e em oposição menciona Magalhães (2009) que nos diz que os estudantes manifestam dificuldades comunicacionais com os doentes em fim de vida e salientam a necessidade de mais formação nesta área. Os

resultados mencionados podem levar-nos a pensar, tal como defende Faustino (2011), que os estudantes possuem conhecimentos comunicacionais de âmbito geral, porém revelam ainda algum défice de conhecimentos em questões específicas da comunicação em cuidados paliativos.

Analisando as respostas aos itens 56 a 61, que incluem questões relativas ao apoio à família do doente em cuidados paliativos, apuramos que a maioria dos estudantes assinalou a resposta correta, revelando conhecimentos sobre estas matérias. Destacamos apenas o percentual de resposta incorretas observado no item 60 *“A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente”* (49.8%), seguido do item 59 *“O descanso do cuidador é um dos critérios de admissão do doente em unidades de cuidados paliativos”* (17.2%). Estes resultados revelaram-se satisfatórios uma vez que em cuidados paliativos a unidade recetora de cuidados é o doente e a família, não devendo considerar-se nunca realidades distintas (ANCP, 2006b). A família do doente terminal vivencia uma situação de stress e portanto vai ter necessidade de cuidados. Caberá ao enfermeiro o apoio à família do doente paliativo, ajudando-a a suportar a dificuldade do momento difícil que atravessa. A relação que o enfermeiro estabelecer com o doente e família será determinante para assegurar a qualidade dos cuidados (Xavier, 2008).

Examinando as respostas aos itens 62 a 67 do QCCP, que contemplam questões relacionadas com o trabalho em equipa em cuidados paliativos, verificamos que a maior parte dos estudantes possui conhecimentos, sendo o maior percentual de respostas incorretas de 19.2% no item 63 *“Em cuidados paliativos não é necessário a existência de um líder”*. Similarmente Faustino (2011) obteve bons resultados na dimensão trabalho em equipa, pois mais de metade dos estudantes conhece e aplica competências de trabalho em equipa. Esta autora (2011) faz ainda referência a resultados idênticos no estudo de Oliveira (2010).

Apuramos que 40.4% dos estudantes pontuaram com conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom. Contudo, a escassez de estudos que avaliem o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos em estudantes de enfermagem ou em enfermeiros constitui uma limitação à discussão destes resultados.

Qual a relação das variáveis sociodemográficas e das variáveis académicas com os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

A amostra é predominantemente feminina (89.7%). Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Xavier (2008), Candeias (2009) e Faustino (2011) com 72.2%, 90.1% e 77%

de participantes do sexo feminino respetivamente. Este facto resulta, tal como afirma Amendoeira (2006), da elevada taxa de feminização da classe profissional.

A idade dos participantes variou entre os 20 e os 42 anos, sendo a média de idades de 22.33 anos ($Dp=2.793$). Faustino (2011) obteve uma média de idades de 23.1 anos. O percentual de participantes do 3º ano foi de 45.3% e o do 4º de 54.7%.

De acordo com a análise inferencial realizada verificamos que os estudantes do sexo masculino, os de idade \leq a 21 anos e os do 4º ano revelaram melhores conhecimentos face aos restantes. Contudo, verificamos não existir relação entre as variáveis sociodemográficas e académicas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem.

Face ao exposto consideramos essencial o desenvolvimento de outros estudos nesta área, de modo a permitir confrontar os dados obtidos com os acima apresentados. Simultaneamente é importante não esquecer que a interpretação destes resultados deve ser associada às limitações deste estudo.

Em que medida a formação em cuidados paliativos influencia os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem?

Dos inquiridos, 67.0% dos estudantes referiram ter recebido formação curricular sobre cuidados paliativos. Faustino (2011) obteve igual percentagem (67.0%) e Sapeta (2004) verificou que a maioria das escolas leciona conteúdos relacionados com os cuidados paliativos. Relativamente ao número de horas os estudantes revelaram, em média, 19.57 horas de formação em cuidados paliativos ($Dp=17.624$). Este valor médio situa-se próximo do limite inferior recomendado pela AECF para a formação pré graduada (18-45 horas) e abaixo do sugerido por Sapeta (2004) que é no mínimo de 45 horas. No entanto, a maioria dos estudantes considera a informação sobre cuidados paliativos recebida durante o CLE insuficiente (75.9%), em harmonia com os 87.8% do estudo de Faustino (2011). No estudo de Candeias (2009) todos os enfermeiros inquiridos manifestaram necessidades formativas nesta área, sendo que 60% consideraram ter muitas necessidades.

A maioria dos estudantes considerou muito importante (58.1%) e importante (40.9%) incluir conteúdos sobre cuidados paliativos no plano curricular do CLE, o que vai de encontro às sugestões do estudo de Sapeta (2004) que considera de primordial interesse a inclusão de uma disciplina de cuidados paliativos no currículo do CLE.

Relativamente à frequência de formação extracurricular em cuidados paliativos a maioria dos estudantes (75.9%) revelou não ter frequentado, em conformidade com os 83.2% do estudo de Faustino (2011). Por outro lado, 24.1% dos estudantes referiram ter

frequentado formação extracurricular em cuidados paliativos com duração, em média, de 8.61 horas ($Dp=6.642$), sendo que a maior parte (32.7%) indicou conferências. Xavier (2008) identificou preferência por conferências em 47% dos enfermeiros.

Verificamos que a maioria dos estudantes (71,4%) gostaria de frequentar formação específica na área dos cuidados paliativos após o CLE, o que está de acordo com os dados de Faustino (2011) em que 76.2% dos estudantes revelou a mesma vontade e com a opinião de Xavier (2008) que defende que a formação deverá ser uma preocupação constante.

A totalidade dos estudantes inquiridos considerou importante ou muito importante, quer a existência de enfermeiros especialistas em pessoa em situação crónica/paliativa quer a intervenção do enfermeiro em cuidados paliativos. Estes resultados mostram que os estudantes estão conscientes do contexto de cuidados de saúde atual em que, tal como defende a ANCP (2006b), os cuidados paliativos representam uma área muito específica dos cuidados de enfermagem, que requer conhecimentos sólidos e diferenciados para que possa ser garantida a qualidade assistencial a estes doentes. Reconhecem também a importância do enfermeiro no âmbito dos cuidados paliativos sendo vários os autores que apontam para a importância do enfermeiro neste âmbito. Xavier (2008) justifica esta importância pela proximidade do enfermeiro com o doente e família, o que o torna uma referência para estes.

Neste estudo apuramos que os estudantes detentores de formação curricular em cuidados paliativos apresentam melhores conhecimentos face aos restantes e que a frequência de formação extracurricular na área tem influência significativa nos conhecimentos dos estudantes. Atendendo ao défice de estudos, consideramos compreensível que os estudantes que detêm formação curricular ou extracurricular na área apresentem melhores conhecimentos comparativamente aos restantes.

5 - CONCLUSÕES

Atualmente os cuidados paliativos constituem-se como um imperativo ético, um direito do ser humano e uma área de desenvolvimento técnico fundamental (Capelas, n.d.; Oliveira & Henriques, 2011). Como tal é essencial a efetiva implementação de um programa nacional de cuidados paliativos com vista à prestação de cuidados equitativos e de qualidade. Para Capelas (n.d.) esta implementação assentará em quatro pilares fundamentais: adequação, disponibilização de fármacos, formação dos profissionais e da população e implementação diversificada e equitativa dos recursos.

Nos últimos anos assistiu-se a uma maior consciencialização da importância dos cuidados paliativos no nosso contexto de saúde (Marques et al.), materializada pela recente criação da rede nacional de cuidados paliativos (Lei nº 52 de 5 de Setembro, 2012). A implementação eficaz das linhas pelas quais se regem os cuidados paliativos esbarra ainda com a escassez de técnicos com formação diferenciada em cuidados paliativos. Daí surge a necessidade de incorporar conteúdos sobre esta temática na formação pré graduada sobretudo de médicos e enfermeiros (Oliveira & Henriques, 2011).

O enfermeiro contacta com doentes terminais nos vários contextos da sua atuação, tornando-se o elemento da equipa mais próximo do doente e família e por isso uma peça fundamental no processo assistencial. Desta forma, a formação assume-se como determinante na qualidade assistencial oferecida ao doente e família dotando os enfermeiros de competências técnicas e científicas cruciais em cuidados paliativos (Gómez, 2003 referenciado por Faustino 2011).

Este estudo realça a necessidade de incluir conteúdos sobre cuidados paliativos no plano de estudos do CLE de modo a dotar os futuros enfermeiros de competências científicas e técnicas que lhes permitam prestar cuidados de qualidade ao doente terminal e à sua família. A identificação dos conhecimentos sobre cuidados paliativos, assim como das necessidades formativas na área dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros, irá possibilitar o planeamento e implementação de estratégias formativas que, idealmente sejam comuns nas diferentes escolas.

O objectivo principal desta pesquisa foi identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem, de todas as escolas portuguesas a lecionar o CLE. Para dar cumprimento a este objetivo desenvolvemos e iniciamos o estudo psicométrico do QCCP. Este instrumento poderá ser aplicado a estudantes de enfermagem e enfermeiros, porém sugerimos que sejam desenvolvidas

outras investigações, por forma a prosseguir a validação das suas propriedades psicométricas.

Com este estudo verificamos que 40.4% dos estudantes apresentam conhecimentos de nível insuficiente, 29.1% suficiente e 30.5% de nível bom em cuidados paliativos. Apuramos ainda que o maior défice de conhecimentos se situa na área do controlo de sintomas, nomeadamente no controlo da dor e utilização da via subcutânea, evidenciado pelo elevado percentual de respostas incorretas nas questões relacionadas com essa temática. Os estudantes revelaram conhecimentos, tendo em conta a elevada percentagem de respostas corretas, nas áreas do conceito, princípios, organização e filosofia dos cuidados paliativos, comunicação, apoio à família e trabalho em equipa.

Constatamos com esta pesquisa que a maioria dos estudantes possui conhecimentos sobre cuidados paliativos (59.6%), no entanto importa reflectir na percentagem de estudantes que revelou conhecimentos insuficientes (40.4%). Estes dados revelam que há ainda um importante caminho a percorrer a nível da formação pré-graduada. Satisfatoriamente verificamos que a maioria (67%) afirma ter recebido formação na área durante o CLE, no entanto, demonstram que gostariam de frequentar formação específica, como pós-graduações, especialidade, mestrados e doutoramentos (71.4%).

Face aos resultados obtidos com esta investigação torna-se pertinente refletir sobre as implicações da mesma no processo formativo dos estudantes de enfermagem e enfermeiros, para que o mesmo possa ser otimizado. Assim, sugerimos a inclusão de uma disciplina de cuidados paliativos no plano de estudos do CLE já presente, por exemplo, no currículo do CLE da escola superior de enfermagem Dr. Lopes Dias, que seja homogênea nos conteúdos a incluir e extensível a todas as escolas portuguesas. Consideramos também importante a existência de estágios em unidades de cuidados paliativos, por forma a promover o contacto dos estudantes com doentes terminais e família, naquele que será o contexto ideal de prestação de cuidados paliativos. Assim, admitimos que o presente estudo possa constituir uma mais-valia para as escolas que lecionam o CLE e que o mesmo tenha suscitado o interesse pela área nos estudantes, bem como acerca do papel do enfermeiro no cuidado ao doente terminal.

Consideramos fundamental o desenvolvimento de outras investigações subjacentes a esta temática, quer em estudantes de enfermagem quer em enfermeiros, de forma a melhor estudar os conhecimentos e as necessidades formativas nesta área, para assim serem implementados programas formativos ajustados às mesmas.

Com a finalização deste estudo podemos afirmar que o mesmo contribuiu para o aprofundar de conhecimentos nesta área específica dos cuidados de saúde e para uma maior consciencialização das necessidades formativas que este tipo de cuidados exige. Assim, o desenvolvimento deste estudo nesta área tão apelativa e promissora constituiu-se

como gratificante quer a nível pessoal quer a nível profissional. Ressalvamos de novo a escassez de bibliografia nesta área o que se constituiu como uma dificuldade acrescida. Estamos certos de que desenvolvemos conhecimentos e competências para o incremento da investigação científica e consideramos que os objetivos a que inicialmente nos propusemos foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S.C.T. (2008). *A morte faz falar. Optimizar a comunicação em cuidados paliativos para otimizar os cuidados em fim de vida*. Dissertação Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Julho 4, 2012, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/715/1/17449_Tese_de_mestrado_Sara_Almeida.pdf

Alves, S., Gonçalves, F., Ribeiro, A. & Silva, S. (2006). Os opióides no tratamento da dor. *Sinais Vitais*, 76.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Aparício, M.C.L. (2008). *A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Maio 12, 2012, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1012/3/ulsd_dep.17647_A_Satisfacao_dos_Familiars.pdf

Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006). Programa nacional de cuidados paliativos. Acedido Julho 7, 2012, em http://www.care4it.pt/sites/default/files/Programa_Nacional_de_Cuidados_Paliativos.pdf

Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006a). Estatutos. Acedido Maio 20, 2012, em http://www.apcp.com.pt/uploads/APCP_Estatutos.pdf

Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006b). *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos*. Recomendações da ANCP. Acedido Julho 7, 2012, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf

Associação Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2006c). Organização de serviços em cuidados paliativos. Recomendações da ANCP. Acedido Julho 7, 2012, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf

Azevedo, E. F. & Nunes, M. G. S. (2009). *Terapia subcutânea no câncer avançado*. Acedido em Set 4, 2012, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf

Batista, P.M.P.M.M. (2008). *Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Acedido Junho 24, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19398/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>

Bragança, J.F. (2011). *Enfermeiros de cuidados paliativos – Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seu cuidados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Maio 13, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6056>

Candeias, M.C.N. (2009). *Formação dos enfermeiros em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Beja – Instituto Politécnico de beja. Acedido Janeiro 12, 2013, em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/458/1/Forma%c3%a7%c3%a3o%20dos%20Enfermeiros%20em%20Cuidados%20Paliativos%20-%20Novembro%202009.pdf>

Capelas, M.L.V. (n.d.). Cuidados paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de saúde*, 1 (2), 51-57. Acedido Maio 7, 2012, em http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf

Cardoso, A. et al. (2010). *Proposta de revisão do programa nacional de cuidados paliativos*. Acedido em Julho 7, 2012, em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/PNCP_REVISAO_19Maio_2010+NotaPrevia.pdf

Cardoso, A.B.S. (2009). *A comunicação na transição para cuidados paliativos: Um estudo exploratório da realidade portuguesa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal. Acedido Maio 13, 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21922/3/DISSERTACAOVIMESTRADOBIOETICAANA%20SEARACARDOSO.pdf>

Carvalho, S.C.C. & Botelho, M.A.R. (2010). Os cuidados paliativos no âmbito dos cuidados de saúde primários: As intervenções dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. 15 (1) 1º semestre, 2-24. Acedido Junho 7, 2012, em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_02-24(1).pdf)

Carvalho, M. L. G. (2007). Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. *Nursing*, 227, 36-40.

Costa, M.L.G.P.V. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem. A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese de Doutoramento, Instituto da Educação – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal. Acedido Julho 3, 2012, em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber%2c%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>

Cotrim, H.M.T.S. (2011). *Da escola para o exercício: Atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar do doente em fase paliativa*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Julho 20, 2012, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4383/3/624862_Tese.pdf

Decreto Lei nº 101/96 de 6 de Junho. Diário da República nº 109/2006 – I Série A. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.

Decreto Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República nº 172/2012 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Acedido Março 13, 2013, em <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Direção Geral da Saúde – DGS (2004). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Circular Normativa nº 14, Julho, 2004.

Faustino, S.C.A.A. (2011). *Competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Maio 30, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6024>

Ferreira, K.A.S.L. & Santos, A.C. (2011). Hipodermóclise, Proctóclise e administração de medicamentos por via subcutânea. In Santos, F.S. *Cuidados paliativos – Directrizes, humanização e alívio de sintomas* (pp. 263-275). São Paulo: Atheneu.

Figueiredo, M. T. A. & Melo, A.G.C. (2006). Conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação de hospice e cuidados paliativos. In Pimenta, C. A. M., Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (24 – 28). Brasil: Manole.

Flores, R. (2006). Cuidados paliativos no domicílio: Humanização nos cuidados. *Sinais Vitais*, 76, 27-30.

Fradique, E.M.S. (2010). *Efectividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Setembro 10, em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2692/1/603291_Tese.pdf

Grencho, L. (2008). A via subcutânea: Uma alternativa para a administração de terapêutica. *Nursing*, 229, 14-18.

Hall, S.; Petkova, H.; Tsouros, A.D.; Costantini, M. & Higginson I.J. (ed. Lit) (2011). *Palliative Care for older people: Better practices*. Acedido em Junho 25, 2012, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf

Kraychete, D., Pimenta, C.A.M., Kurita, G.P., Corrêa, C.F., Castro, M.M.C. (2011). Dor oncológica em cuidados paliativos. In Santos, F.S. *Cuidados paliativos – Directrizes, humanização e alívio de sintomas* (pp. 277-285). São Paulo: Atheneu.

Kurashima, A.U., Serrano, S.C. & Júnior, J.O.O. (2007). No Controle da dor. In Mohallen, A.G.C. & Rodrigues, A.B. *Enfermagem oncológica* (149-165). São Paulo: Manole.

Lameiras, M.P.M. (2009). *As atitudes dos enfermeiros face à avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Agosto 10, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2023>

Marques, A.L. et al. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*. Outubro de 2009, 32-38. Acedido Maio 20, 2012, em <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4 (1), 65-90. Acedido Janeiro 16, 2012, em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

Monteiro, D.R. (2009). *Escala de Edmonton e cuidados paliativos: Revisão integrativa*. Monografia para obtenção do grau de licenciado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Acedido Junho 13, 2012, em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24699/000748477.pdf?sequence=1>

Moreira, L.M.L. (2010). *Hipodermoclise uma forma de dignificar a “vida” na prestação de cuidados de saúde no domicílio*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Maio 15, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3319>

Neto, I.G. (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aletheia.

Neto, I.G. (2007). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15 (4), 277-283. Acedido em Julho 3, 2012, em http://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf

Neto, I.G. (2004). Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In Neto, I.G.; Aitken, H.H. & Paldron, T.A. *A dignidade e o sentido da vida – Uma reflexão sobre a nossa existência* (pp. 13-40). Cascais: Pergaminho.

Nobre, C.F.C. (2008). O doente em fim de vida. Uma abordagem sobre o acompanhamento espiritual na perspectiva de enfermagem. *Nursing*, 235 (suplemento), 9 – 12.

Oliveira & Silva (2011). Escalas psicométricas em cuidados paliativos. In Santos, F.S. *Cuidados paliativos: Directrizes, humanização e alívio dos sintomas* (pp 63-77). São Paulo: Atheneu.

Oliveira, N.A.S. & Henriques, C.M.G. (2011). Cuidados paliativos: Situação nacional. *Nursing*, 266. Acedido Setembro 20, 2012 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3595:cuidad

Ordem dos Enfermeiros – OE (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa* [em linha]. Ordem dos Enfermeiros web site. Acedido Junho 12, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Ordem dos Enfermeiros – OE (2010). Cuidados paliativos para uma morte digna. Catálogo da CIPE [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros Web site*. Acedido em Julho 27, 2012, em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos_versaoFinal.pdf

Ordem dos Enfermeiros – OE (2008). *Dor*. Guia orientador de boa prática. Acedido em Junho 20, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Pereira, S.M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5.^a ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Polastrini, R.T.V, Yamashita, C.C. & Kurashima, A.Y. (2011). Enfermagem e o cuidado paliativo. In Santos, F.S. *Cuidados paliativos – Directrizes, humanização e alívio de sintomas* (pp. 277-285). São Paulo: Atheneu.

Lustosa, M.A. & Porto, G. (2010). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 13 (1). Acedido Junho 27, 2012, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000100007&script=sci_arttext

Regateiro, F.J.B. et al. (2004). *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau.

Roque, C.M.O. (2010). *Agonia – Últimos momentos de um doente terminal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Portugal. Acedido Maio 15, 2012, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18763>

Sapeta, A.P.G.A. (2004). Currículo de cuidados paliativos: Linhas gerais de orientação para o nível pré-graduado em enfermagem. In Associação Nacional de Cuidados Paliativos. *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos*. Recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Anexo 1. Acedido em Julho 7, 2012, em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf

Saraiva, D. M. R. F. (2007). O enfermeiro e a morte. *Nursing*, 227, 24-30.

Simões, S. C. A. (2007). Morfina: Mitos e factos. *Nursing*, 227, 32-35.

Simões, S.C.A. & Lima, P.R.V. (2007). O luto. *Nursing*, 227, 45-48.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Sousa, S.M.C. (2006). Cuidados paliativos. *Sinais Vitais*, 76, 23-26.

Streiner, D. & Norman, G. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. (4ª.ed.). Oxford: Oxford University Press.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi editores.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – UMCCI (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos*. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 – 2013. Acedido em Setembro 15, 2012, em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

Xavier, C.J.D. (2008). Contributos da formação na área dos cuidados paliativos: Um estudo quantitativo nos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido Maio 16, 2012, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1073>

Zago, M. & Rodrigues, I. G. (2006). O papel da enfermagem nos cuidados paliativos. In Pimenta, C. A. M., Mota, D. D. C. F. & Cruz, D. A. L. *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*. Brasil: Manole.

APÊNDICES

Apêndice I

Instrumento de Colheita de Dados



Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Investigador Principal (Orientador): Mestre Olivério Ribeiro

Investigador colaborador: Enfermeira Susana Alexandra Pires Lopes

Curso: Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2ª ed.

Estudo: *Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem*

Destinatários: Estudantes do 3º e 4º anos

Caro (a) estudante,

Sendo nosso objetivo identificar o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem, solicitamos a sua participação na presente investigação através do preenchimento deste questionário.

As suas respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, sendo exclusivamente utilizadas para fins científicos.

Nas afirmações de verdadeiro ou falso assinale a opção pretendida. Nas questões abertas responda de forma clara ao que lhe é solicitado, evitando dúvidas na interpretação da sua resposta.

Gratos pela imprescindível colaboração.

Os Investigadores:

_____ - Olivério Ribeiro

_____ - Susana Lopes

Questionário Geral sobre Cuidados Paliativos - QGCP (Ribeiro & Lopes, 2012)

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade** _____ Anos.

3. **Ano que frequenta** _____.

4. **Escola que frequenta** _____.

5. **No curso de licenciatura em enfermagem recebeu formação sobre cuidados paliativos?**

Não

Sim 5.1 Nº de horas _____?

6. **No curso de licenciatura em enfermagem realizou algum trabalho na área dos cuidados paliativos?**

Não

Sim 6.1 Em que área (s)? _____

7. Considera importante incluir conteúdos curriculares sobre cuidados paliativos no plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem?

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

8. Considera que durante o curso recebeu informação suficiente sobre cuidados a doentes em situação terminal? Não Sim

9. Já frequentou formação extracurricular na área dos cuidados paliativos?

Não

Sim **9.1 Qual (ais)?** Conferências Jornadas Ações de formação Workshops Cursos breves

9.2 Total de horas? _____

10. Se nunca frequentou formação extracurricular na área dos cuidados paliativos qual (ais) o (s) motivo (s)?

10.1 - Pouca oferta formativa na área.....

10.2 - Falta de tempo.....

10.3 - Não teve conhecimento de formações na área.....

10.4 - Não tem interesse pela área.....

11. Gostaria de frequentar formação específica na área dos cuidados paliativos?

Não

Sim **11.1 Qual?** Pós-graduação Especialidade Mestrado Doutoramento

12. Considera importante a existência do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa?

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

13. Como classifica a intervenção do Enfermeiro em cuidados paliativos?

Nada Importante Pouco Importante Indiferente Importante Muito Importante

14. Como classifica o conhecimento que possui sobre cuidados paliativos?

Inexistente Pouco Adequado Razoável Adequado Muito Adequado

Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP

(Ribeiro & Lopes, 2012)

Por favor, leia cada afirmação seguinte e assinale com um X a opção (Verdadeiro - V ou Falso - F) que melhor se adequa àquilo que pensa, sabe ou faz relativamente aos cuidados paliativos.

ITENS	V	F
1. Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde.		
2. Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida.		
3. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes agónicos.		
4. O apoio espiritual não é importante em cuidados paliativos.		
5. Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) não se aplicam em cuidados paliativos.		
6. A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia.		
7. Em Portugal as primeiras iniciativas em cuidados paliativos remontam à década de 90.		
8. A filosofia dos cuidados paliativos assenta na vertente curativa dos cuidados de saúde.		
9. Os cuidados paliativos não são um local ou uma instituição mas sim uma filosofia de cuidados.		
10. Quando se determina que a possibilidade de cura não existe não há mais nada a fazer pelo doente.		
11. Em Portugal os cuidados paliativos integram-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.		
12. Os cuidados paliativos preconizam a eutanásia e a distanásia.		
13. Por ação paliativa entende-se qualquer medida com intuito curativo que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.		
14. O principal objetivo dos cuidados paliativos é promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente.		
15. Os cuidados paliativos baseiam-se na futilidade diagnóstica e terapêutica.		
16. Os cuidados paliativos não antecipam nem atrasam a morte.		
17. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes com idade superior a 65 anos.		
18. Os cuidados paliativos podem ser prestados em contexto domiciliário.		
19. Doentes portadores de SIDA em estágio terminal podem ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.		
20. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes portadores de doença oncológica.		
21. Ações paliativas e ações curativas devem coexistir intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas.		
22. Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.		
23. Doente agónico é aquele, entre os terminais que previsivelmente, pelas características clínicas que apresenta, se encontra nos últimos dias/horas de vida.		
24. O controlo de sintomas não é um dos critérios de admissão em unidades de cuidados paliativos.		
25. Náuseas, vómitos e dispneia não são sintomas frequentes em cuidados paliativos.		
26. Considera-se como dor apenas a manifestação física da mesma.		
27. Em cuidados paliativos o tratamento farmacológico da dor não deve seguir a escada analgésica da dor da Organização Mundial de Saúde (OMS).		
28. Em cuidados paliativos o objetivo principal é a obtenção da cura renegando para segundo plano os sintomas predominantes.		
29. Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol.		
30. Dor Total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais).		
31. Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados paliativos.		
32. Para alívio da dor, em cuidados paliativos, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas.		
33. Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia.		
34. Antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos são exemplos de co-analgésicos adjuvantes.		
35. Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são a obstipação, náuseas/vómitos, sedação e confusão.		
36. A Escala de Edmonton é específica dos cuidados paliativos e avalia os principais sintomas.		

Continua no verso

Apêndice I - Continuação

Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP (Ribeiro & Lopes, 2012)

ITENS	V	F
37. Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.		
38. A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa.		
39. A via subcutânea reúne as condições aceitáveis para ser utilizada em cuidados paliativos.		
40. A via subcutânea não permite a administração de soros.		
41. A utilização da via subcutânea para administração de terapêutica implica o internamento do doente.		
42. O procedimento de administração de fluídos por via subcutânea designa-se por Hipodermoclise.		
43. Os locais de eleição para colocação de cateteres subcutâneos são: região infraclavicular, deltóides (face externa), abdómen e coxas.		
44. Todos os fármacos podem ser administrados por via subcutânea.		
45. Todos os soros podem ser administrados por via subcutânea.		
46. A administração de soros por via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado.		
47. A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão.		
48. A via de administração de fármacos ideal em cuidados paliativos é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível.		
49. Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea.		
50. A empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade são habilidades que o enfermeiro deve possuir para comunicar com o doente terminal e família.		
51. A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.		
52. Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos.		
53. Na transmissão de más notícias as informações devem ser dadas de forma doseada.		
54. Em cuidados paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio.		
55. A expressão facial, o tom de voz e os gestos são formas de comunicação não-verbal úteis em cuidados paliativos.		
56. A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal.		
57. Os cuidados paliativos mantêm-se após a morte do doente na assistência à família durante o luto.		
58. O apoio à família deve ter início quando o doente morre.		
59. O descanso do cuidador é um dos critérios de admissão do doente em unidades de cuidados paliativos.		
60. A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente.		
61. Os profissionais de saúde não devem permitir a presença dos familiares para além do horário de visitas.		
62. Os cuidados paliativos são um conjunto de ações multiprofissionais.		
63. Em cuidados paliativos não é necessário a existência de um líder.		
64. Em cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve apenas ações interdependentes.		
65. Em cuidados paliativos o doente só tem necessidades físicas e como tal o médico e o enfermeiro são suficientes para garantir o seu bem-estar.		
66. O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.		
67. O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.		

Chegou ao fim, obrigado por ter participado.

Apêndice II

Consistência Interna do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP (Ribeiro & Lopes, 2012)

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
1. Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde.	0,122	0,771
2. Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida.	-0,031	0,774
3. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes agónicos.	0,314	0,767
4. O apoio espiritual não é importante em cuidados paliativos.	0,329	0,766
5. Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) não se aplicam em cuidados paliativos.	0,214	0,769
6. A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia.	0,097	0,773
7. Em Portugal as primeiras iniciativas em cuidados paliativos remontam à década de 90.	0,067	0,773
8. A filosofia dos cuidados paliativos assenta na vertente curativa dos cuidados de saúde.	0,315	0,766
9. Os cuidados paliativos não são um local ou uma instituição mas sim uma filosofia de cuidados.	0,079	0,771
10. Quando se determina que a possibilidade de cura não existe não há mais nada a fazer pelo doente.	0,460	0,764
11. Em Portugal os cuidados paliativos integram-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	0,025	0,773
12. Os cuidados paliativos preconizam a eutanásia e a distanásia.	0,344	0,764
13. Por ação paliativa entende-se qualquer medida com intuito curativo que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.	0,179	0,769
14. O principal objetivo dos cuidados paliativos é promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente.	0,278	0,768
15. Os cuidados paliativos baseiam-se na futilidade diagnóstica e terapêutica.	0,291	0,767
16. Os cuidados paliativos não antecipam nem atrasam a morte.	0,107	0,770
17. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes com idade superior a 65 anos.	0,440	0,764
18. Os cuidados paliativos podem ser prestados em contexto domiciliário.	0,335	0,766
19. Doentes portadores de SIDA em estágio terminal podem ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.	0,136	0,769
20. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes portadores de doença oncológica.	0,331	0,766
21. Ações paliativas e ações curativas devem coexistir intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas.	0,182	0,768
22. Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.	0,169	0,769
23. Doente agónico é aquele, entre os terminais que previsivelmente, pelas características clínicas que apresenta, se encontra nos últimos dias/horas de vida.	0,325	0,764
24. O controlo de sintomas não é um dos critérios de admissão em unidades de cuidados paliativos.	0,198	0,768
25. Náuseas, vômitos e dispneia não são sintomas frequentes em cuidados paliativos.	0,168	0,769
26. Considera-se como dor apenas a manifestação física da mesma.	0,465	0,763
27. Em cuidados paliativos o tratamento farmacológico da dor não deve seguir a escada analgésica da dor da Organização Mundial de Saúde (OMS).	0,254	0,766
28. Em cuidados paliativos o objetivo principal é a obtenção da cura renegando para segundo plano os sintomas predominantes.	0,478	0,763
29. Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol.	0,181	0,769
30. Dor Total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais).	0,292	0,766
31. Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados paliativos.	0,277	0,766
32. Para alívio da dor, em cuidados paliativos, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas.	0,372	0,766
33. Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia.	0,187	0,769
34. Antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos são exemplos de co-analgésicos adjuvantes.	0,286	0,765
35. Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são a obstipação, náuseas/vômitos, sedação e confusão.	0,045	0,771

Apêndice II - Continuação

Consistência Interna do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP (Ribeiro & Lopes, 2012)

ITENS	r item- total (s/ item)	α Cronbach s/ item
36. A Escala de Edmonton é específica dos cuidados paliativos e avalia os principais sintomas.	0,226	0,767
37. Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.	-0,017	0,778
38. A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa.	0,204	0,768
39. A via subcutânea reúne as condições aceitáveis para ser utilizada em cuidados paliativos.	0,212	0,767
40. A via subcutânea não permite a administração de soros.	0,310	0,763
41. A utilização da via subcutânea para administração de terapêutica implica o internamento do doente.	0,310	0,765
42. O procedimento de administração de fluídos por via subcutânea designa-se por Hipodermoclise.	0,366	0,761
43. Os locais de eleição para colocação de cateteres subcutâneos são: região infraclavicular, deltóides (face externa), abdómen e coxas.	0,362	0,762
44. Todos os fármacos podem ser administrados por via subcutânea.	0,262	0,767
45. Todos os soros podem ser administrados por via subcutânea.	-0,025	0,776
46. A administração de soros via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado.	0,238	0,767
47. A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão.	0,233	0,767
48. A via de administração de fármacos ideal em cuidados paliativos é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível.	0,308	0,766
49. Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea.	-0,206	0,786
50. A empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade são habilidades que o enfermeiro deve possuir para comunicar com o doente terminal e família.	0,227	0,770
51. A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.	0,113	0,770
52. Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos.	0,402	0,763
53. Na transmissão de más notícias as informações devem ser dadas de forma doseada.	0,149	0,769
54. Em cuidados paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio.	0,167	0,769
55. A expressão facial, o tom de voz e os gestos são formas de comunicação não-verbal úteis em cuidados paliativos.	0,025	0,772
56. A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal.	0,264	0,768
57. Os cuidados paliativos mantêm-se após a morte do doente na assistência à família durante o luto.	0,275	0,767
58. O apoio à família deve ter início quando o doente morre.	0,302	0,766
59. O descanso do cuidador é um dos critérios de admissão do doente em unidades de cuidados paliativos.	0,144	0,771
60. A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente.	0,122	0,772
61. Os profissionais de saúde não devem permitir a presença dos familiares para além do horário de visitas.	0,332	0,765
62. Os cuidados paliativos são um conjunto de ações multiprofissionais.	0,077	0,770
63. Em cuidados paliativos não é necessário a existência de um líder.	0,046	0,773
64. Em cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve apenas ações interdependentes.	0,433	0,764
65. Em cuidados paliativos o doente só tem necessidades físicas e como tal o médico e o enfermeiro são suficientes para garantir o seu bem-estar.	0,478	0,763
66. O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.	0,472	0,761
67. O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.	0,164	0,769
Conhecimento Global - Split-half	Primeira parte: 0,680 Segunda parte: 0,628	
Conhecimento Global - (Alfa de Cronbach Global)	0.771	

Apêndice III

Correlações item-score global de conhecimentos

Os 18 itens com correlações inferiores a 0.20 são apresentados a itálico.

ITENS	Correlações Item-score global
1) <i>Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde.</i>	<i>0,190</i>
2) <i>Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida.</i>	<i>0,025</i>
3) Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes agónicos.	0,344
4) O apoio espiritual não é importante em cuidados paliativos.	0,359
5) Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) não se aplicam em cuidados paliativos.	0,231
6) <i>A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia.</i>	<i>0,186</i>
7) <i>Em Portugal as primeiras iniciativas em cuidados paliativos remontam à década de 90.</i>	<i>0,144</i>
8) A filosofia dos cuidados paliativos assenta na vertente curativa dos cuidados de saúde.	0,352
9) <i>Os cuidados paliativos não são um local ou uma instituição mas sim uma filosofia de cuidados.</i>	<i>0,139</i>
10) Quando se determina que a possibilidade de cura não existe não há mais nada a fazer pelo doente.	0,486
11) <i>Em Portugal os cuidados paliativos integram-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.</i>	<i>0,081</i>
12) Os cuidados paliativos preconizam a eutanásia e a distanásia.	0,390
13) Por ação paliativa entende-se qualquer medida com intuito curativo que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.	0,261
14) O principal objetivo dos cuidados paliativos é promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente.	0,298
15) Os cuidados paliativos baseiam-se na futilidade diagnóstica e terapêutica.	0,319
16) <i>Os cuidados paliativos não antecipam nem atrasam a morte.</i>	<i>0,157</i>
17) Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes com idade superior a 65 anos.	0,468
18) Os cuidados paliativos podem ser prestados em contexto domiciliário.	0,368
19) <i>Doentes portadores de SIDA em estágio terminal podem ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.</i>	<i>0,172</i>
20) Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes portadores de doença oncológica.	0,363
21) Ações paliativas e ações curativas devem coexistir intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas.	0,247
22) Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.	0,238
23) Doente agónico é aquele, entre os terminais que previsivelmente, pelas características clínicas que apresenta, se encontra nos últimos dias/horas de vida.	0,382
24) O controlo de sintomas não é um dos critérios de admissão em unidades de cuidados paliativos.	0,260
25) Náuseas, vômitos e dispneia não são sintomas frequentes em cuidados paliativos.	0,241
26) Considera-se como dor apenas a manifestação física da mesma.	0,494
27) Em cuidados paliativos o tratamento farmacológico da dor não deve seguir a escada analgésica da dor da Organização Mundial de Saúde (OMS).	0,326
28) Em cuidados paliativos o objetivo principal é a obtenção da cura renegando para segundo plano os sintomas predominantes.	0,505
29) Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol.	0,266
30) Dor Total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais).	0,328
31) Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados paliativos.	0,330
32) Para alívio da dor, em cuidados paliativos, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas.	0,396
33) Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia.	0,271
34) Antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos são exemplos de co-analgésicos adjuvantes.	0,352
35) <i>Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são a obstipação, náuseas/vômitos, sedação e confusão.</i>	<i>0,076</i>
36) A Escala de Edmonton é específica dos cuidados paliativos e avalia os principais sintomas.	0,300
37) <i>Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.</i>	<i>0,073</i>
38) A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa.	0,290
39) A via subcutânea reúne as condições aceitáveis para ser utilizada em cuidados paliativos.	0,280

Apêndice III - Continuação
Correlações item-score global de conhecimentos

ITENS	Correlações Item-score global
40) A via subcutânea não permite a administração de soros.	0,387
41) A utilização da via subcutânea para administração de terapêutica implica o internamento do doente.	0,363
42) O procedimento de administração de fluidos por via subcutânea designa-se por Hipodermoclise.	0,434
43) Os locais de eleição para colocação de cateteres subcutâneos são: região infraclavicular, deltóides (face externa), abdómen e coxas.	0,424
44) Todos os fármacos podem ser administrados por via subcutânea.	0,305
45) <i>Todos os soros podem ser administrados por via subcutânea.</i>	0,049
46) A administração de soros via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado.	0,323
47) A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão.	0,314
48) A via de administração de fármacos ideal em cuidados paliativos é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível.	0,342
49) <i>Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea.</i>	-0,119
50) A empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade são habilidades que o enfermeiro deve possuir para comunicar com o doente terminal e família.	0,239
51) <i>A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.</i>	0,131
52) Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos.	0,444
53) <i>Na transmissão de más notícias as informações devem ser dadas de forma doseada.</i>	0,195
54) Em cuidados paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio.	0,234
55) <i>A expressão facial, o tom de voz e os gestos são formas de comunicação não-verbal úteis em cuidados paliativos.</i>	0,068
56) A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal.	0,293
57) Os cuidados paliativos mantêm-se após a morte do doente na assistência à família durante o luto.	0,314
58) O apoio à família deve ter início quando o doente morre.	0,342
59) <i>O descanso do cuidador é um dos critérios de admissão do doente em unidades de cuidados paliativos.</i>	0,182
60) A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente.	0,211
61) Os profissionais de saúde não devem permitir a presença dos familiares para além do horário de visitas.	0,371
62) <i>Os cuidados paliativos são um conjunto de ações multiprofissionais.</i>	0,095
63) <i>Em cuidados paliativos não é necessário a existência de um líder.</i>	0,117
64) Em cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve apenas ações interdependentes.	0,463
65) Em cuidados paliativos o doente só tem necessidades físicas e como tal o médico e o enfermeiro são suficientes para garantir o seu bem-estar.	0,505
66) O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.	0,513
67) O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.	0,212

Apêndice IV

Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos - QCCP

Os valores dos 41 itens com percentuais de respostas corretas \geq a 84.7% são apresentados a verde, enquanto os valores dos 26 itens com percentagens de respostas incorretas \geq a 15.3% surgem a azul.

ITENS	% Respostas Corretas	% Respostas Incorretas
1. Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde.	81,8	18,2
2. Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade cuidar e apoiar os doentes na fase final da vida.	89,7	10,3
3. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes agónicos.	96,6	3,4
4. O apoio espiritual não é importante em cuidados paliativos.	96,6	3,4
5. Os princípios éticos (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência) não se aplicam em cuidados paliativos.	99	1
6. A filosofia dos cuidados paliativos assenta em quatro pilares: comunicação, trabalho em equipa, apoio à família e distanásia.	44,8	55,2
7. Em Portugal as primeiras iniciativas em cuidados paliativos remontam à década de 90.	76,4	23,6
8. A filosofia dos cuidados paliativos assenta na vertente curativa dos cuidados de saúde.	94,6	5,4
9. Os cuidados paliativos não são um local ou uma instituição mas sim uma filosofia de cuidados.	87,2	12,8
10. Quando se determina que a possibilidade de cura não existe não há mais nada a fazer pelo doente.	96,6	3,4
11. Em Portugal os cuidados paliativos integram-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	89,2	10,8
12. Os cuidados paliativos preconizam a eutanásia e a distanásia.	90,6	9,4
13. Por ação paliativa entende-se qualquer medida com intuito curativo que visa minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente.	67	33
14. O principal objetivo dos cuidados paliativos é promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente.	98,5	1,5
15. Os cuidados paliativos baseiam-se na futilidade diagnóstica e terapêutica.	97	3
16. Os cuidados paliativos não antecipam nem atrasam a morte.	91,6	8,4
17. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes com idade superior a 65 anos.	96,1	3,9
18. Os cuidados paliativos podem ser prestados em contexto domiciliário.	95,6	4,4
19. Doentes portadores de SIDA em estágio terminal podem ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.	95,6	4,4
20. Os cuidados paliativos destinam-se apenas a doentes portadores de doença oncológica.	96,1	3,9
21. Ações paliativas e ações curativas devem coexistir intensificando-se as paliativas à medida que a doença vai respondendo menos às curativas.	83,3	16,7
22. Doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e progressiva e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses.	80,8	19,2
23. Doente agónico é aquele, entre os terminais que previsivelmente, pelas características clínicas que apresenta, se encontra nos últimos dias/horas de vida.	85,7	14,3
24. O controlo de sintomas não é um dos critérios de admissão em unidades de cuidados paliativos.	85,2	14,8
25. Náuseas, vómitos e dispneia não são sintomas frequentes em cuidados paliativos.	77,8	22,2
26. Considera-se como dor apenas a manifestação física da mesma.	95,6	4,4
27. Em cuidados paliativos o tratamento farmacológico da dor não deve seguir a escada analgésica da dor da Organização Mundial de Saúde (OMS).	75,9	24,1
28. Em cuidados paliativos o objetivo principal é a obtenção da cura renegando para segundo plano os sintomas predominantes.	96,1	3,9
29. Na Escada Analgésica da Dor da OMS para a dor moderada (Degrau 2) são utilizados apenas analgésicos não opióides como o Paracetamol.	61,1	38,9
30. Dor Total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais).	95,1	4,9
31. Atualmente, não existem instrumentos para avaliação da dor em cuidados paliativos.	88,7	11,3
32. Para alívio da dor, em cuidados paliativos, o Enfermeiro deve recorrer apenas a medidas farmacológicas.	97,5	2,5

Apêndice IV - Continuação
Percentagens de respostas corretas e incorretas do Questionário de Conhecimentos
sobre Cuidados Paliativos - QCCP

ITENS	% Respostas Corretas	% Respostas Incorretas
33. Os co-analgésicos adjuvantes são fármacos cuja ação principal é a analgesia.	63,1	36,9
34. Antidepressivos, anticonvulsivantes e neurolépticos são exemplos de co-analgésicos adjuvantes.	80,3	19,7
35. Os efeitos secundários mais comuns dos opióides são a obstipação, náuseas/vómitos, sedação e confusão.	97	3
36. A Escala de Edmonton é específica dos cuidados paliativos e avalia os principais sintomas.	74,9	25,1
37. Em cuidados paliativos a via de eleição para administração de terapêutica é a via oral.	42,9	57,1
38. A via subcutânea possui um índice de absorção similar ao da via intramuscular e uma biodisponibilidade sobreponível à via intravenosa.	53,2	46,8
39. A via subcutânea reúne as condições aceitáveis para ser utilizada em cuidados paliativos.	81,3	18,7
40. A via subcutânea não permite a administração de soros.	67	33
41. A utilização da via subcutânea para administração de terapêutica implica o internamento do doente.	87,7	12,3
42. O procedimento de administração de fluídos por via subcutânea designa-se por Hipodermoclise.	73,9	26,1
43. Os locais de eleição para colocação de cateteres subcutâneos são: região infraclavicular, deltóides (face externa), abdómen e coxas.	80,3	19,7
44. Todos os fármacos podem ser administrados por via subcutânea.	93,1	6,9
45. Todos os soros podem ser administrados por via subcutânea.	78,8	21,2
46. A administração de soros por via subcutânea não é indicada se o doente estiver desidratado.	53,7	46,3
47. A via subcutânea permite a administração de fármacos em bólus ou em perfusão.	64,5	35,5
48. A via de administração de fármacos ideal em cuidados paliativos é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível.	95,6	4,4
49. Dexametasona; Midazolam e Butilescopolamina são exemplos de fármacos que não podem ser administrados por via subcutânea.	58,1	41,9
50. A empatia, a escuta ativa, o diálogo, a congruência e a autenticidade são habilidades que o enfermeiro deve possuir para comunicar com o doente terminal e família.	99,5	0,5
51. A comunicação funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas.	99	1
52. Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos.	91,6	8,4
53. Na transmissão de más notícias as informações devem ser dadas de forma doseada.	92,6	7,4
54. Em cuidados paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio.	82,8	17,2
55. A expressão facial, o tom de voz e os gestos são formas de comunicação não-verbal úteis em cuidados paliativos.	94,1	5,9
56. A família não deve ser incorporada nos cuidados ao doente terminal.	97	3
57. Os cuidados paliativos mantêm-se após a morte do doente na assistência à família durante o luto.	94,1	5,9
58. O apoio à família deve ter início quando o doente morre.	93,6	6,4
59. O descanso do cuidador é um dos critérios de admissão do doente em unidades de cuidados paliativos.	82,8	17,2
60. A claudicação familiar é a capacidade dos membros da família darem resposta às necessidades do doente.	50,2	49,8
61. Os profissionais de saúde não devem permitir a presença dos familiares para além do horário de visitas.	93,6	6,4
62. Os cuidados paliativos são um conjunto de ações multiprofissionais.	99	1
63. Em cuidados paliativos não é necessário a existência de um líder.	80,8	19,2
64. Em cuidados paliativos o enfermeiro desenvolve apenas ações interdependentes.	95,6	4,4
65. Em cuidados paliativos o doente só tem necessidades físicas e como tal o médico e o enfermeiro são suficientes para garantir o seu bem-estar.	96,1	3,9
66. O plano de cuidados ao doente e família é definido pelo médico que depois o comunica à restante equipa.	90,6	9,4
67. O doente e a sua família integram a equipa multidisciplinar.	92,1	7,9

ANEXOS

Anexo I - Conteúdos gerais e específicos propostos pela AACP para a formação de nível A

Observação, avaliação e controlo de sintomas:

- Sintomas comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (Dispneia, Tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras etc
- Vias e Modos de Administração (oral, enteral, subcutânea, intravenosa, rectal, transdérmica)
- Cuidados Espirituais

Avaliação de Enfermagem:

- Medidas de Higiene e conforto, Cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc.

Dor:

- Aspectos multidimensionais da Dor (Dor Total)
- Escalas para avaliação da dor
- Controlo da dor: Escada analgésica da Dor da OMS: fármacos, adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação, toxicidade
- Educação do doente e família sobre o uso de opióides

Fase terminal, agonia e morte:

- Preparar antecipadamente a fase terminal de vida
- Manejo e controlo de sintomas no fim da vida, atender as necessidades específicas do fim da vida (ex. preferir via SC)
- Cuidados de suporte ao doente e família
- Certidão de óbito, cuidados post-mortem, formalidades administrativas, apoio no luto imediato

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 de papéis sociais, intervenção face à crise na família, mecanismos de coping
- Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e mecanismos de suporte

Comunicação e abordagem sistémica:

- Técnica das más notícias: comunicação verbal e não-verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades de cada doente e família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados
- Conhecimentos da abordagem sistémica; Educação de doente/família
- Conferência familiar

Fase terminal, agonia, morte e luto:

- Processo de perda e luto

Equipa interdisciplinar: Funções, responsabilidades, liderança e relações de trabalho:

- Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa (inclui voluntários e família)

Auto-cuidado e Aspectos éticos:

- Reflexão e desenvolvimento pessoal: valores relacionados com o trajeto de vida, o fim de vida e a morte
- Limite de intervenção em medicina e o cuidar; respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro
- Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia. Beneficência e não maleficência

Cuidados Paliativos no sistema de saúde: Visão geral:

- Definição de cuidados paliativos e suas implicações na prática clínica, valores e fundamentos
- Epidemiologia das doenças crónicas
- Qualidade de vida; Modelo bio-psico-social de cuidados
- A morte e o morrer; medicalização da morte; medos e tabús
- Consentimento informado
- Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto

Modelos de organização de cuidados paliativos Nacionais e Internacionais:

- Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos

Formação de formadores em cuidados paliativos:

- Capacidades pedagógicas

Anexo II

Pedido de divulgação do estudo enviado às escolas de Enfermagem

De: Susana Alexandra Pires Lopes (ESSV)

Para: Escolas de Enfermagem (via respetivo correio eletrónico)

Assunto: Pedido de divulgação do estudo

Data: 25/05/2012 (09:51:03)

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a estudante Susana Alexandra Pires Lopes, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) está a desenvolver um estudo subordinado ao tema “*Cuidados Paliativos: conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem*”, cujo objetivo principal passa por identificar o nível de conhecimentos dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem sobre os cuidados paliativos.

Neste contexto, foi disponibilizado em plataforma eletrónica (<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJ2emFaQkRfMmdWby1GeWRfRFItb2c6MQ>) o instrumento de colheita de dados para o qual solicitamos a V.^a Ex.^a a divulgação junto dos estudantes dos 3º e 4º anos do curso de licenciatura em Enfermagem da V. Instituição.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que o Mestre Olivério Ribeiro é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Sem outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Viseu, 25 de Maio de 2012

Susana Alexandra Pires Lopes