

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**ANA PAULA GONÇALVES ANTUNES SAPETA**

**FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM ENFERMAGEM  
SOBRE  
CUIDADOS PALIATIVOS E DOR CRÓNICA**

Dissertação individual apresentada em concurso de provas públicas para provimento de uma vaga de Professor Coordenador na Área Científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESALD.

**Castelo Branco  
Março de 2002**

***Mais cedo ou mais tarde, todos os que assistem os moribundos descobrem face à sua resistência e à sua coragem, e muitas vezes ao seu humor, que recebem muito mais do aquilo que dão. Devemos dizer-lhes: ensinem-nos a sermos cada vez mais humanos.***

***Cicely Saunders***

***Aos doentes terminais e seus familiares,  
com quem tenho aprendido muito;***

***Aos alunos cuja motivação e curiosidade  
me estimulou e incentivou.***

## **AGRADECIMENTOS**

Convicta de que este trabalho resultou do esforço e empenho de muitos, cumpre-me dirigir algumas palavras de apreço a quem, por diversas razões, se disponibilizou e contribuiu para a consecução deste projecto.

Um lugar de destaque merecem, de igual modo, a Dr.<sup>a</sup> Isabel Galriça Neto e o Dr. Lourenço Marques pelo incentivo e apoio constantes na realização deste e de outros trabalhos.

Agradeço, de modo muito especial, à Directora da ESALD, Ana Maria B. O. Malva Vaz pelo incentivo e encorajamento permanentes, desde o primeiro momento que revelei a intenção de começar, nos avanços e recuos entretanto vividos, até à conclusão do documento final.

Expresso o mais sincero agradecimento ao meu colega e amigo Carlos Maia, pela forma solícita e interessada como se disponibilizou para analisar o instrumento de análise empírica e rever todo o trabalho, bem como pelo apoio e incentivo sistemáticos ao longo deste percurso comum.

Uma referência de gratidão ao colega e amigo Preto Ribeiro pelo estímulo, apoio e incentivo nos diferentes trajectos e projectos.

Uma palavra de apreço e amizade a todos os colegas, particularmente, aos da equipa do 2º ano, área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, pela solidariedade e apoio.

Finalmente, um agradecimento especial ao meu marido e filhos pela forma paciente como souberam entender e aceitar a minha indisponibilidade e ausências.

## **CHAVE DE SIGLAS**

ACF - Ano Complementar de Formação

CCF - Curso de Complemento de Formação

CEE - Comunidade Económica Europeia

EAC - Europa Contra o Cancro

EAPC - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ECTS - Sistema Europeu de Transferência por Créditos

EONS - Sociedade Europeia de Cuidados Paliativos

EU - União Europeia

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

IPOFG - Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil

IPO's – Instituto(s) Português de Oncologia

ISNCC - Sociedade Internacional de Enfermagem para o Cuidado no Cancro

HAL - Hospital Amato Lusitano

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SECPAL - Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

## RESUMO

O presente estudo traduz e corporiza preocupações, já antigas, decorrentes da observação e análise dos indicadores sociais e de saúde que emergem da realidade que nos rodeia e a clara constatação do défice ou mesmo ausência de respostas, por parte dos serviços e instituições de saúde, aos indivíduos portadores de doença crónica e às suas famílias.

Os apelos constantes para a necessidade de ampliar a formação e incluir o tema «Cuidados Paliativos» nos *curricula* de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, juntamente com o desconhecimento de qual a formação feita actualmente nas escolas superiores de enfermagem, constituíram as justificações mais fortes para realizar este estudo.

Estabeleceu-se como objectivo central conhecer e descrever a formação pré-graduada em Enfermagem quanto aos temas Cuidados Paliativos e Dor Crónica, em todas as Escolas Superiores de Enfermagem portuguesas.

Em termos metodológicos, o paradigma seguido foi necessariamente misto, quantitativo e qualitativo. Foram inquiridas todas as Escolas Superiores de Enfermagem do país, continente e ilhas, públicas e privadas, mediante um questionário dirigido a cada Presidente do Conselho Científico e para o(s) destinatário(s) último(s), o(s) professor(es) responsável(is) por estes conteúdos programáticos.

No decurso do trabalho empírico e após análise exaustiva dos conteúdos, localização na estrutura curricular (ano lectivo e disciplina) e número de horas atribuído, construíram-se os modelos-tipo da formação, feita actualmente. Em síntese muito geral, concluiu-se que a maioria das Escolas lecciona, em mais do que um ano lectivo e em mais do que uma área científica, os temas *Cuidados Paliativos e Dor Crónica*, mas numa abordagem bastante superficial, dado o reduzido número de horas, em geral, associado.

Para finalizar, no último capítulo incluí-se uma proposta de formação construída e alicerçada nas recomendações curriculares internacionais, a qual iremos sujeitar à apreciação da Ordem dos Enfermeiros para, posteriormente, sugerir a todas as Escolas Superiores de Enfermagem inquiridas.

PALAVRAS-CHAVE: DOR. CUIDADOS PALIATIVOS. EDUCAÇÃO. ENFERMAGEM.

## **ABSTRACT**

The present study is the answer to an old concern resulting from the observation and analysis of social and health indicators emerging from the surrounding reality and the clear verification of the lack, or even absence, of answers performed by healthcare providers to chronic disease patients and their families.

The constant appeals for the need of enlarging or including Palliative Care themes in the school curricula of doctors, nurses, psychologists, social workers, and other health professionals, and ignoring the academic performance of Nursing Schools about this matter, constituted the strongest justification to accomplish this study.

The central aim of this research is to know and describe the content and process of pre-graduated formation on Palliative Care and Chronic Pain in portuguese Schools of Nursing.

The methodology followed, took up both quantitative and qualitative paradigms. All the portuguese public and private Schools of Nursing, were inquired, using a questionnaire sent to their Scientific Council presidents, which was asked to address it to the responsible teachers for these contents.

Along the empiric stage of this work, and after an exhausting analysis of the school contents, its location in the curricular structure (school year and disciplines), number of school hours, current formation models were built.

In most of the Nursing Schools Palliative Care and Chronic Pain contents are taught in more than one school year and in more than a scientific area. Although this, the teaching of these themes is performed in a very superficial approach, due to the low number of school hours.

To conclude, in the last chapter is presented an academic curriculum proposal, grounded in international recommendations, which we will submit to appreciation to the Nursing Council (Order of Nurses) and suggest to all the inquired Nursing Schools.

**KEYWORDS:** PAIN. PALLIATIVE CARE. EDUCATION. NURSING.

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>PARTE I - FASE CONCEPTUAL</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 1 - O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	17
1 – ELEMENTOS ESTRUTURANTES .....	17
2 – OS CONTEXTOS: SOCIAIS E DE SAÚDE .....	25
3 – A NECESSIDADE DE UM CURRÍCULO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	36
<b>CAPÍTULO 2 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO</b> .....	43
1 - FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM ENFERMAGEM: EVOLUÇÃO E HISTÓRIA .....	43
2 – CURRÍCULO: ACTUALIDADE E INOVAÇÃO .....	53
3 – CUIDADOS PALIATIVOS .....	65
3.1 - CUIDADOS PALIATIVOS - UMA HISTÓRIA RECENTE .....	66
3.2 – ASPECTOS BIOÉTICOS E CUIDADOS PALIATIVOS .....	72
4 – DOR CRÓNICA: A MAGNITUDE DO PROBLEMA .....	81
5 – FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS: AS RECOMENDAÇÕES CURRICULARES INTERNACIONAIS .....	87
<b>PARTE II - METODOLOGIA</b> .....	108
<b>CAPÍTULO 3 - MATRIZ METODOLÓGICA</b> .....	109
1 - DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	110
2 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE EMPÍRICA .....	112
2.1 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS .....	112
2.1.1 – O <i>Questionário</i> .....	113
2.2 – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE .....	115
<b>CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	119
1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	119
1.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA .....	120
1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL .....	121
2 - CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR CRÓNICA .....	129
<b>PARTE III - CONCLUSÕES/SUGESTÕES</b> .....	143
<b>CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES</b> .....	144
<b>CAPÍTULO 6 - PROPOSTA DE FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR CRÓNICA</b> .....	154
1 – FILOSOFIA CURRICULAR .....	154
1.1 - PRESSUPOSTOS DA FORMAÇÃO .....	154
1.2 – PRINCÍPIOS .....	157
2 – ESTRUTURA CURRICULAR .....	160
2.1 - OBJECTIVOS EDUCACIONAIS /CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS .....	162
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	168
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>Erro! Marcado</b>
APÊNDICE I – CARTA DIRIGIDA AO PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO .....	177
APÊNDICE II – O QUESTIONÁRIO .....	178
<b>ANEXOS</b> .....	179
ANEXO I – LISTA DAS ESCOLAS SUPERIORES DE ENFERMAGEM INQUIRIDAS .....	180

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Matérias obrigatórias do ensino teórico .....	51
Quadro 2 - Matérias obrigatórias do ensino prático .....	51
Quadro 3 - Diferenças entre a formação de jovens e adultos .....	60
Quadro 4 - Incidência da dor segundo a localização do tumor .....	84
Quadro 5 - Estratégia de Formação da OMS/Conteúdos Cuidados Paliativos e Dor Crónica.....	107
Quadro 6 - Distribuição do n.º de Escolas que leccionam Cuidados Paliativos e Dor Crónica por Cursos .....	130
Quadro 7 - Distribuição de conteúdos por Anos Lectivos e Cursos .....	131
Quadro 8 - Análise da Distribuição do N.º de Horas .....	133
Quadro 9 - Modelos de Formação em Cuidados Paliativos adoptados pelas Escolas .....	137
Quadro 10 - Modelos de Formação sobre Dor Crónica adoptados pelas Escolas.....	140
Quadro 11 - Cuidados Paliativos.....	165
Quadro 12 - Dor Crónica .....	166

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema da Dor Total .....	85
Figura 2 - Disciplinas que incluem a matéria Dor Crónica .....	134
Figura 3 - Disciplinas que incluem a matéria Cuidados Paliativos .....	134
Figura 4 - Metas do Processo Ensino-Aprendizagem.....	156

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Respostas Obtidas do total de Escolas Inquiridas .....	119
Tabela 2 - Distribuição por Áreas Geográficas .....	120
Tabela 3 - Distribuição por Grupos Etários .....	121
Tabela 4 - Distribuição por Sexo .....	121
Tabela 5 - Distribuição por Habilitações Literárias.....	122
Tabela 6 - Distribuição por Habilitações Académicas.....	122
Tabela 7 - Distribuição por Categoria Profissional.....	123
Tabela 8 - Distribuição por Anos de Actividade Profissional .....	123
Tabela 9 - Distribuição por Anos de Docência.....	124
Tabela 10 - Distribuição por Áreas de Especialização.....	124
Tabela 11 - Distribuição por Anos de Especialização.....	125
Tabela 12 - Distribuição por Áreas de Mestrado.....	126
Tabela 13 - Distribuição por Anos de Mestrado.....	126
Tabela 14 - Distribuição por Publicação de Artigos Científicos e Organização de Cursos .....	127
Tabela 15 - Distribuição por Horas de Formação sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica.....	128
Tabela 16 - Distribuição por Campos de Estágio.....	142

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – N.º de Respostas do total de Escolas Inquiridas .....	119
Gráfico 2 – Distribuição por Área Geográfica .....	120
Gráfico 3 – Distribuição por Grupos Etários.....	121
Gráfico 4 – Distribuição por Sexo.....	121
Gráfico 5 – Distribuição segundo as Habilitações Literárias e Académicas .....	122
Gráfico 6 – Distribuição por Categoria Profissional .....	123
Gráfico 7 – Distribuição por Áreas de Especialização .....	125
Gráfico 8 – Publicação de Artigos Científicos e Organização de Cursos.....	127
Gráfico 9 – Formação sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica (horas).....	128
Gráfico 10 – Dor Crónica/ Distribuição dos Conteúdos por Anos Lectivos .....	132
Gráfico 11 – Cuidados Paliativos /Distribuição dos Conteúdos por Anos Lectivos .....	132
Gráfico 12 – Curso de Licenciatura /Distribuição por N.º de Horas em cada Escola .....	133
Gráfico 13 – Cuidados Paliativos /Distribuição de Modelos por Escolas .....	139
Gráfico 14 – Dor Crónica /Distribuição de Modelos por Escolas .....	141

## INTRODUÇÃO

**N**os últimos anos, e sobretudo após o curso de mestrado em sociologia que concluí em 1997, tenho dedicado particular atenção e tempo ao aprofundamento de conhecimentos na área da enfermagem oncológica e, em especial, aos cuidados paliativos. Esta dedicação deve-se, essencialmente, a preferências de índole pessoal, mas também pela leitura e análise dos indicadores sociais e de saúde que caracterizam a realidade que nos rodeia e a clara constatação do déficite ou mesmo ausência de respostas às necessidades de saúde dos indivíduos portadores de doença crónica avançada, oncológica ou não, por parte dos serviços e instituições de saúde ou da sociedade, em geral.

A interpretação dessa realidade tornou-se mais clara e evidente após a concretização do trabalho de investigação «*A Família face ao Doente Terminal Hospitalizado - O caso particular do HAL-*»<sup>1</sup>, o qual permitiu extrair conclusões muito inquietantes, que convergiram e coincidiram com a análise social e de saúde, feita previamente. Em termos pessoais, implicou um sentido novo à nossa acção. Quando se conclui durante uma pesquisa, que uma das prioridades de mudança é a necessária e urgente formação dos profissionais de saúde, como primeiros agentes na operação dessa mudança, fica-nos a inevitável obrigação e responsabilidade de, em primeiro lugar, disseminar os resultados, alertando para o problema e, como passo seguinte, participar activamente nessa mesma formação, dirigindo-a em várias direcções e destinatários. Consciente dessa obrigação foi esse o percurso que delinee e procurarei cumprir. Nesse trabalho, a principal conclusão e projecto futuro foi a necessidade de ampliar a formação, dos profissionais de saúde, na área dos cuidados paliativos, revendo e actualizando os *curricula* dos cursos de licenciatura em Enfermagem, Medicina, Psicologia e outros. O presente estudo traduz e corporiza essas preocupações já antigas, e inclui a importante meta de elaborar uma proposta de formação a esse nível. Na sequência e continuidade desse projecto decidi, em meados do ano 2000, partir

---

1 Tese de Mestrado em Sociologia defendida, pela autora, na Universidade de Évora em 1997.

para a sua concretização prática e realizar este estudo. Assim, tracei como objectivo central o seguinte: *conhecer e descrever a formação pré-graduada em Enfermagem quanto ao tema Cuidados Paliativos e Dor Crónica, em todas as Escolas Superiores de Enfermagem do país*; como finalidade última e meta principal pretendo contribuir para a uniformização do ensino sobre estas matérias, elaborando uma proposta final que enuncie os conteúdos mínimos obrigatórios, a sua localização na estrutura curricular, creditando-a numa base numérica (horas e unidades de crédito) muito idênticas ao recomendado internacionalmente.

Em termos metodológicos, o paradigma seguido foi necessariamente misto, quantitativo e qualitativo. Foram inquiridas todas as Escolas Superiores de Enfermagem do país, continente e ilhas, públicas e privadas, mediante um questionário dirigido a cada Presidente do Conselho Científico e para o(s) destinatário(s) último(s), o(s) professor(es) responsável(is) por estes conteúdos programáticos.

No decurso do trabalho empírico e após análise exaustiva dos conteúdos, sua localização na estrutura curricular (ano lectivo e disciplina) e número de horas atribuído, construíram-se os modelos-tipo da formação feita actualmente.

Em linhas gerais, este trabalho encontra-se estruturado em três partes principais e seis capítulos: A *Parte I* considerada conceptual, inteiramente dedicada à delimitação do problema de investigação e à conceptualização do objecto de estudo, clarificando os conceitos e dimensões em análise, onde incluirei as recomendações internacionais existentes sobre estas matérias; a *Parte II* dedicada à metodologia e aos resultados, descreve o percurso metodológico adoptado no processo de colheita de dados e na análise da informação, apresentando e discutindo os resultados obtidos; a *Parte III* completa o trabalho ao apresentar as conclusões extraídas desta pesquisa, resultantes de toda a construção teórica e metodológica accionada, procurando especificar e evidenciar as intervenções prioritárias, na esperança de que a evidência dos problemas nos consciencialize melhor das vantagens alcançadas, se os desafios forem definitivamente enfrentados e aceites; inclui igualmente a proposta de formação construída e recomendada, a qual irei sujeitar previamente à Ordem dos Enfermeiros, a qual poderá dar-lhe validade, credibilidade e usá-la como recomendação, para posteriormente sugerir a todas as Escolas Superiores de Enfermagem inquiridas.

O futuro joga-se, assim, num presente que deve ser devidamente pensado e reflectido, do ponto de vista do equilíbrio entre os novos princípios, das decisões estratégicas, cuja articulação garantirá a melhor assunção dos novos desafios e abrirá certamente caminhos que podem viabilizar, a curto e médio prazo, melhores práticas e, definitivamente, consolidar serviços e equipas de cuidados paliativos.

# **PARTE I**

# **FASE CONCEPTUAL**

## CAPÍTULO 1

---

### O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo, procura explicitar-se a construção do objecto de estudo e a delimitação da problemática, traduzindo o motor de pesquisa (o pólo epistemológico) que galvanizou todo o processo, fazendo referência a aspectos dos «objectos reais» e dos «objectos percebidos», submetidos ao sistema das questões elaboradas no seio da problemática, passando por uma ruptura epistemológica<sup>2</sup> (Lessard-Hébert 1990, p.17).

#### 1 – ELEMENTOS ESTRUTURANTES

A problemática da Dor Crónica e do seu alívio, assim como a dos Cuidados Paliativos constitui um desafio para quem pretende, de algum modo, contribuir para a sua implementação prática, o mesmo quer dizer, para a optimização dos cuidados prestados a doentes com patologia crónica avançada e em fim de vida, em suma para dignificar a vida e a morte. No entanto, como diz Isabel Neto, em cuidados paliativos as boas vontades não chegam, é necessário uma preparação rigorosa para este tipo de trabalho e acrescenta “os cuidados paliativos são uma prática específica, com perícias diversas e uma zona do conhecimento científico médico – e não só – bem definida.” (Neto 2000, p.7). A mesma autora aponta caminhos e destaca a necessidade de formação desde o nível pré-graduado, quer sejam médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, como a primeira atitude de mudança a operar.

Investigar nesta área temática e na do desenvolvimento curricular em enfermagem resultou da reflexão e análise da realidade social e de saúde,

---

<sup>2</sup> A noção de ruptura epistemológica é um conceito central na epistemologia de Gaston Bachelard (1986), que vê na observação, ou experiência primeira, um obstáculo ao pensamento científico.

tomando em conta as carências e a conseqüente necessidade de perspectivar a formação em conformidade com o resultado dessa avaliação.

Em sintonia com esta estratégia Tyler, um autor clássico em temas curriculares, afirma que “as necessidades identificam-se no desenvolvimento do currículo através de três fontes: o aluno, os especialistas e a sociedade” (Zabalza 1992, p.62), e neste caso particular, incluem-se também os serviços de saúde.

Neste trabalho pretende-se, em primeiro plano, *conhecer e descrever a formação pré-graduada em Enfermagem quanto ao tema Cuidados Paliativos e Dor Crónica, em todas as Escolas Superiores de Enfermagem do país, públicas e privadas, nos cursos de bacharelato e licenciatura, no ano complementar de formação e no curso de complemento de formação em enfermagem.*

O interesse pelos dois temas, adoptando uma abordagem em separado, pode ser interpretada como uma aparente redundância, mas é intencional. Um dos objectivos dos cuidados paliativos é, exactamente, o controle de sintomas, sendo a dor crónica o mais frequente no doente terminal, sobretudo no doente oncológico. Falar de cuidados paliativos seria também abordar a dor, no entanto a sua prevalência e a complexidade do seu tratamento justifica uma preparação académica desde o nível pré-graduado mais profunda.

A dor é hoje considerada o quinto sinal vital, um sintoma complexo, que altera profundamente a qualidade de vida do doente e provoca grande impacto emocional na família, pelo que exige uma abordagem multidimensional. Existem, inclusivamente, recomendações internacionais quanto à sua avaliação, diagnóstico e tratamento. Cabe ao enfermeiro um papel de extrema importância na avaliação, assistência prestada, no alívio do sofrimento e na garantia de qualidade de vida destes doentes. Razão que fundamenta e justifica, em nosso entender, que o currículo deva enfatizar este tema, com a devida correspondência em número de horas e na adopção de metodologias próprias. Do somatório destas perspectivas se justifica a preocupação em conhecer, detalhadamente, qual a formação feita, ao nível pré-graduado em enfermagem, sobre dor crónica.

Esta inquietação existe há muito, está intimamente ligada com os apelos constantes para o investimento na formação sobre este tema. Tendo uma pávida

percepção de que a formação a este nível é feita, ao nível das Escolas Superiores de Enfermagem, de modo muito variável, quer em termos de valorização no número de horas atribuído, quer ao nível de conteúdos leccionados, assim como ao nível das práticas (ensino clínico) sobre os temas em referência, receio que as experiências possam ocorrer essencialmente em hospitais de “agudos”, sem o devido acompanhamento (por parte de docentes e profissionais) que facilitem a aprendizagem nesta área do cuidar, acabando por se fazer aprendizagem num ambiente hostil face à morte, vendo e observando reacções de outros profissionais, perpetuando assim modelos de evitação e fuga (Lopez Imedio, 1998). Trata-se de uma percepção falível e frágil, não tendo por essa razão legitimidade, nem validade. Esta constitui uma das fortes justificações para este estudo.

Relativamente à doença fatal e à morte, os profissionais de saúde projectam em si próprios a situação e, como pessoas, enfrentam as mesmas dificuldades em aceitar naturalmente a morte. São preparados e treinados no sentido da actividade curativa. Como tal, quando se debatem directamente com estas realidades, muitas vezes sentem-se ultrapassados e recuam perante as mesmas. (Neto, 2000)

As atitudes e competências para lidar com a agonia e morte, ocupam um lugar quase insignificante na formação de médicos, enfermeiros e outro pessoal de saúde, ainda que sejam justamente estes grupos profissionais que com mais frequência enfrentam a morte. A dessocialização da morte reflecte-se nos números, cerca de 90% das mortes ocorre nos hospitais; os familiares levam, invariavelmente, os seus doentes, em fase final de vida, mesmo que muito idosos, para o hospital, acreditando que a medicalização da morte lhe alivia o sofrimento, a angústia e consideram que essa é a única maneira de alcançar a dignidade. Dentro da mesma linha de pensamento, Margarida Vieira, precisa esta ideia:

Sabemos que ajudar a morrer não é apenas uma questão de unidades de cuidados paliativos: é uma questão permanentemente colocada aos enfermeiros, em qualquer serviço e local de trabalho ... Conhecemos estatísticas que revelam que, em Portugal, há hospitais onde morrem 5 pessoas por dia, ou seja 2000 pessoas por ano e destas, mais de 1/3 morre nos serviços de medicina. Mas ajudar a morrer, é uma questão permanente dos cuidados paliativos, para além das questões que se prendem com o alívio do sofrimento e a qualidade de vida (Vieira 2000, p.32).

A necessidade de adquirir um conjunto de aptidões específicas relacionadas com a impossibilidade da cura, habilidades em lidar com a morte, com o sofrimento e dor, em comunicar com estes doentes e suas famílias, percebem-se no dia-a-dia de cada enfermeiro, em qualquer área ou nível de prestação de cuidados. Este é um dos mais fortes argumentos que evidencia e legitima a pertinência deste estudo.

As relações entre o ensino e a posterior inserção no mundo profissional, passam à partida por duas vertentes: por um lado, os aspectos da prática com reflexos na formação ministrada ao indivíduo, por outro os aspectos da formação ministrada com impacto nas actividades a serem desempenhadas; o estudo deverá processar-se a estes dois níveis e da forma mais actual (socialização), mas também debruçar-se sobre as causas e as ligações entre eles (Paiva, 2000). É necessário manter uma relação permanente e dinâmica sobre as dimensões da actividade de enfermagem relevante para o ensino e a dimensão do ensino relevante para a prática.

Embora muito mediatizado e debatido, este tema dos Cuidados Paliativos ainda não constitui uma forte aposta de formação ao nível pré-graduado, não só ao nível dos cursos de enfermagem, como de medicina, de serviço social, fisioterapia ou outros cursos; seria inclusive de extrema importância a educação e formação da população em geral, dado que as questões culturais constituem, por vezes, grandes obstáculos nas decisões e medidas terapêuticas a implementar.

Até ao momento, observamos uma situação quase paradoxal, porque não existem profissionais devidamente preparados perpetuam-se modelos curativos e de sofrimento desnecessário, não se criam estruturas e serviços, e porque estes não existem não se investe na formação nesta área e domínio do saber. No entanto, nos últimos cinco anos, as políticas e prioridades de saúde definidas pelo Ministério da Saúde mudaram de direcção e procuraram reencontrar um caminho que oferecesse respostas às reais necessidades de saúde da população, a qual está envelhecida e em que a prevalência de doenças crónicas que conduzem à terminalidade e a quadros algícos graves, é evidente e facilmente demonstrável.

A formação está amplamente reconhecida, como um elemento essencial e até determinante para a prática dos Cuidados Paliativos, apesar disso a preparação adquirida até aqui tem variado muitíssimo. Tem dependido, essencialmente, do interesse individual de cada um, da experiência prática entretanto vivida ou da formação pré-graduada recebida ou não.

A educação de enfermeiras em cuidados paliativos é especialmente necessária em países em desenvolvimento nos quais as possibilidades para o tratamento são tão limitadas que, em primeira instância, o único que se pode oferecer ao doente, enquanto atenção médica é o cuidado paliativo. Não obstante, varias organizações que dominam a área dos cuidados paliativos nestes países enfrentaram este problema. (Cancer Pain, 1999)

A citação anterior refere-se, mais concretamente, a países como o Quênia, Índia; ainda que, no nosso país o tratamento do cancro esteja bastante mais avançado, a necessidade de cuidados paliativos surge em crescendo e as respostas não são as mais adequadas em número e, sobretudo, em qualificação.

A Associação de Escolas de Enfermagem Americanas recebeu apoios da Fundação Robert Wood Johnson para desenvolverem um programa que visava melhorar a educação em enfermagem para doentes que estão no final de vida. “*O projecto é único por ser de carácter nacional e por ter o potencial de influenciar consideravelmente na educação e prática de enfermagem*” opinou Betty Ferrell, do Centro de Câncer de City of Hope (California) e uma das investigadoras protagonistas do projecto (Cancer Pain 1999, p.3).

Existem vários documentos que reúnem recomendações internacionais, europeias e norte-americanas, apresentadas em capítulo próprio, as quais evidenciam linhas estruturais e filosofias comuns, deixando em evidência que em Portugal está todo um percurso por delinear e encetar.

A consolidar e a reafirmar essas recomendações, a OMS publica o livro *Nurses and Midwives for Health*, incluindo a *Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiras*, fundamentado nas metas de saúde da *Saúde 21*, e orientado para uma estrutura e organização em conformidade com o Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS), os quais desenvolveremos mais adiante; pode, entretanto acrescentar-se que estes documentos permitem, fundamentalmente, definir metas e prioridades de saúde, estruturar e organizar a formação em enfermagem num mesmo formato, creditada numa base numérica e com idêntica quantidade de trabalho. Trata-se de um momento

histórico muito importante, em que o ensino de enfermagem em Portugal viverá uma nova reforma e uma grande revolução, provavelmente duradoura.

A convergência das preocupações dos que governam com as necessidades sociais e de saúde que observamos, com a função principal da Escola: que ajuda os alunos a *adquirir a capacidade de pensar, reflectir as práticas, de despertar neles a consciência ética e incitá-los na criatividade*, tornando-os capazes de, construtivamente, problematizar os contextos e procurar soluções para os mesmos, obriga-nos a reflectir no processo ensino-aprendizagem orientando-o para um modelo que, não podendo distanciar-se do tradicional, sempre com alguma eficácia, deve incluir actividades orientadas para a compreensão dos conceitos e problemas morais e de juízo, adoptando uma metodologia específica: com espaço para a reflexão; para o debate de casos relacionados com as vivências práticas, com questões humanas, sociais; actividades organizadas na forma de projecto pessoal e individual; permitindo ao aluno que se reveja no professor e, em simultâneo, participe activamente na sua aprendizagem, progredindo no seu desenvolvimento social, moral e profissional.

É necessário e importante que o currículo da formação pré-graduada em enfermagem sustente *competências-chave* como forma de articulação entre a formação e as exigências de saúde das populações; devem ser tidos em conta nos desenvolvimentos curriculares do Curso de Licenciatura em Enfermagem as variáveis demográficas, ambientais, sociais e epidemiológicas do país. Nesse sentido, os currículos devem apresentar-se dinâmicos e suficientemente moldáveis para dar respostas adequadas às exigências profissionais, às reais necessidades de saúde das populações, às políticas e prioridades de saúde instauradas, bem como para a orientação e motivação profissional para áreas do sistema de cuidados, mais carenciadas.

Num estudo dedicado à formação em enfermagem e reportado à realidade brasileira encontra-se uma sugestão que me parece bastante pertinente:

(...) em 1987, foi realizado o Seminário sobre o Ensino Superior de Enfermagem da Região Sul (...). O resultado deste seminário recomendou a revisão curricular e actualização, a cada 5 anos, para atender às demandas sociais e acompanhar os avanços tecnológicos (Nascimento 1998, p.34).

Talvez 5 anos correspondam a um período demasiado curto para permitir alterações profundas no currículo na sua globalidade, mas quanto aos conteúdos mais específicos parece-me adequado e até desejado, dada a evolução e as transformações sociais e de saúde observadas, nesta última década.

Ainda que se perceba um interesse crescente pelo tema e pela área dos Cuidados Paliativos, as Escolas Superiores de Enfermagem não desenvolveram esforços sérios para unificar critérios exigidos na formação pré-graduada, quer nos aspectos teóricos, quer aspectos metodológicos e de prática clínica. Conscientes desta realidade e desconhecendo qual a formação pré-graduada em Enfermagem sobre Dor Crónica e Cuidados Paliativos nas Escolas Superiores de Enfermagem do país, entendi que a concretização deste trabalho de investigação, ainda que muito simples, devia ser feita.

A publicação do Decreto-lei nº353/99 de 3 de Setembro veio mudar o rumo e a história do ensino de enfermagem em Portugal, reorganiza a formação dos enfermeiros, em que se destaca a formação geral para o nível de licenciatura, transita para uma única tutela, a do Ministério da Educação, e fixa as regras gerais a que está sujeito o ensino de enfermagem, no âmbito do ensino politécnico.

Mudanças estruturais que ocorrem em paralelo, e que constituem um momento crucial para operar outro tipo de reformas, relativas aos conteúdos, mas também no que diz respeito aos processos. A criação do curso de complemento de formação em enfermagem (CCF), destinado a todos os enfermeiros detentores do grau de bacharel, determina que todos os enfermeiros, para obterem o grau de licenciado, regressem às escolas; esse constitui um momento privilegiado de actualização de conhecimentos. Os cuidados paliativos, como em capítulo próprio se refere, têm uma história recente. Em Portugal encontram-se mesmo numa fase pioneira, pelo que a maioria dos enfermeiros não teve oportunidade de receber formação, sobre o referido tema. Como se depreende, imediatamente, consideramos esta uma oportunidade única para iniciar/ampliar conhecimentos sobre dor crónica e cuidados paliativos a todos os enfermeiros do país.

Tendo conhecimento que algumas escolas superiores de enfermagem, na concepção dos planos de estudos do CCF, sabiamente se anteciparam e incluíram essas matérias, sabemos também que essa não é a realidade dominante, é a

nossa percepção. Assim incluí, na presente pesquisa, um objectivo específico relativo a este vector de análise: *conhecer e descrever os conteúdos, número de horas e sua localização na estrutura curricular, do curso de complemento de formação em enfermagem*; por razões e processos muito idênticos, defini o mesmo objectivo relativo ao *ano complementar de formação (ACF)*, o qual confere o grau de licenciado aos alunos que, entretanto frequentam o curso de bacharelato de enfermagem (período entre 1998 e 2002).

Relembro que os objectivos definidos para estes cursos<sup>3</sup> são assegurar o reforço, a extensão e o aprofundamento da formação científica, técnica, humana e cultural para prestar cuidados de enfermagem gerais ao ser humano, ao longo do ciclo vital, à família e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção; o desenvolvimento de capacidades e competências para desenvolver a prática de investigação no âmbito da enfermagem em particular e da saúde, em geral; participar na formação dos profissionais de saúde; participar na gestão dos serviços e unidades de saúde.

A inclusão de matérias sobre dor crónica e cuidados paliativos, em disciplinas obrigatórias ou opcionais, estaria em completa conformidade com estes objectivos e seria crucial e determinante no desenvolvimento desta área de cuidados, que atravessa transversalmente os três níveis de prevenção e que se percebem carenciados.

Procurando valorizar e matizar os resultados, procederei à caracterização sociográfica dos professores, responsáveis pelas disciplinas e conteúdos em análise, assim como a sua formação profissional realizada nesta área, objectivando a possibilidade de relacionar alguns desses atributos com resultados obtidos noutras dimensões.

Para além de debater o que existe, torna-se valioso que se apresentem alternativas e que se façam propostas concretas; nesse sentido procurei construir um plano curricular tipo, incluindo o desenvolvimento teórico e metodológico a sugerir a todas as Escolas inquiridas e previamente sujeito à apreciação da Ordem dos Enfermeiros.

---

<sup>3</sup> De acordo com as Portarias n.º 799-E/99 e n.º 799-F/99 de 18 de Setembro, em referência ao artigo 5º do Dec. lei n.º 353/99, de 3 de Setembro.

## 2 – OS CONTEXTOS: SOCIAIS E DE SAÚDE

Para caracterizar a realidade serviços de saúde e seu funcionamento e respectiva articulação na assistência aos doentes em situação crónica avançada e com dor crónica, assim como a realidade social envolvente, valorizei os resultados e as conclusões obtidas na pesquisa desenvolvida em 1996, num hospital distrital, subordinado ao tema «A Família face ao Doente Terminal Hospitalizado - O caso particular do HAL-» e apresentada à Universidade de Évora como dissertação de mestrado, em Sociologia.

A matriz de resultados permitiu conclusões bastante densas, a partir das quais se propuseram algumas sugestões concretas e que, sendo diagnosticas de um problema multifacetado e multidimensional, entendi pertinente apresentá-las como pressupostos que legitimam e justificam o presente estudo. Não obstante tratar-se de um estudo de caso, cujas conclusões não são generalizáveis, pode, no entanto, adiantar-se com alguma segurança, pela revisão da literatura e realidades descritas em congressos e nos *media*, que no restante país não difere grandemente da apresentada e que, a seguir, se descrevem.

Lidar com doentes terminais e com as suas famílias é uma prática do quotidiano de todos os profissionais de saúde, dentro e fora dos hospitais. Esta prática exige, cada vez mais, novas competências e reajustamentos nas intervenções e atitudes adoptadas. É necessário reflectir e redefinir sobre o que é, um doente terminal, mas sobretudo torna-se urgente reavaliar de forma detalhada a assistência e os cuidados prestados a ele e à sua família. Cada profissional de saúde, médico, enfermeiro ou assistente social deve, na sua prática, procurar conhecer o doente terminal, equacionar os seus problemas, hierarquizar as suas principais necessidades e ajudá-lo a enfrentar a mais terrível e enigmática fase da vida que é a morte. Nessa equação, deve ser incluída a família que vive, em paralelo, uma fase problemática, podendo apresentar limitações e dificuldades de vária ordem e que, provavelmente, precisará de ajuda na resolução desses problemas.

Em todo o mundo morrem, por ano, 52 milhões de pessoas. Aproximadamente, uma em cada dez morre com cancro. Milhões de outras pessoas sofrem de doenças progressivas incuráveis, incluindo a SIDA e as doenças próprias do envelhecimento; 70% dos doentes com cancro, em fase avançada, têm dor. Nos países em vias de desenvolvimento, o cancro é diagnosticado num estágio incurável. Não velar pela qualidade de vida destes doentes, não aliviar a dor e o sofrimento nestas condições é inaceitável.<sup>4</sup>

A dimensão crescente destes números e a constrangedora realidade vivida pelas famílias com um doente terminal hospitalizado ou no domicílio, reforça e justifica o investimento nesta área. As prioridades imediatas do programa da dor no doente oncológico e em cuidados paliativos da OMS<sup>5</sup>, para o período de 1995-99 incluía várias directivas, das quais destaco as que mais justificam a pertinência deste estudo:

- continuar a promover que o controlo da dor e outros sintomas do doente oncológico e o apoio psicológico e social façam parte integrante do tratamento do doente, em todo o mundo;
- estimular, a nível internacional, uma discussão sobre a ética, a política e a economia dos cuidados paliativos, incluindo temas como a comunicação da verdade, consentimento informado, autonomia do doente e a relação custo benefício do tratamento do cancro;
- fomentar a investigação de todos os aspectos do tratamento do doente oncológico e dos cuidados paliativos; aumentar a capacidade de ensino para melhorar a prática.

Graças aos progressos técnicos e científicos da medicina e de todas as outras áreas científicas, assistimos em poucos anos, ao aumento da esperança de vida para valores bastante animadores e optimistas para quem nasce. O nível de sofisticação técnica da medicina já atingiu o impensável, há uns anos atrás, como sejam as técnicas de hemodiálise, os transplantes do rim, do fígado, pulmão e mesmo coração. Com excepção do cérebro, todos os órgãos considerados nobres são substituíveis e a sua falência não significa necessariamente a morte.

---

<sup>4</sup> Dados estatísticos apresentados na Declaração de Barcelona 95 sobre Cuidados Paliativos, publicada pela Direcção Geral de Saúde e distribuída em Abril de 1996, pelas diferentes instituições de saúde.

<sup>5</sup> Idem

A partir da década de 60 a situação mudou radicalmente: as situações infecciosas intratáveis, pneumonias, tuberculose, etc., que levavam à morte passaram a ser facilmente controladas e, hoje, as causas de morte são principalmente doenças crónicas, degenerativas e tumorais. Verificou-se uma incidência crescente de doenças cardio e cerebrovasculares e oncológicas, que atingem sobretudo os mais idosos e conduzem à situação de terminalidade, havendo, por essa razão, cada vez maior número de doentes nessa situação. “Trocámos doenças agudas e ameaçadoras de morte, no início da vida, por doenças crónicas e limitadoras da actividade normal, nos anos terminais” (Ferreira 1993, p.160).

O hospital apresenta uma taxa saturada de utilização de recursos, não podendo, por essa razão, garantir internamentos prolongados; está preferencialmente vocacionado para o “curar”, no sentido da normalidade fisiológica e parece inadaptado para o “cuidar”, como actividade dirigida para dotar o doente do maior grau de funcionalidade e satisfação possível, apesar da progressão da doença. Nos seus índices de produtividade não tem cabimento um doente para quem as probabilidades de cura se esgotaram, as necessidades de internamento são em crescendo e é necessário libertar vagas para quem espera a cura.

Numa outra perspectiva, observamos que actualmente se pode prolongar uma vida por mais alguns anos, podendo garantir qualidade nessa mesma vida. Contudo, nem sempre o cenário resultante da aplicação de técnicas altamente diferenciadas é o mais adequado e desejável para o doente; o produto dessa obstinação terapêutica é um fim de vida repleto de sofrimento, de dor e de solidão afectiva. Há um momento em que é preciso assumir o fim e dar-lhe a dignidade, que qualquer vida humana merece. Humanizar é aceitar os limites. Este constitui, actualmente, um dos problemas mais delicados da medicina.

O processo de comunicação pode valorizar ou dificultar um processo de interacção humana. O nível de comunicação que se estabelece entre doente e família e entre esta e a equipa nem sempre é linear e fácil; um conjunto de factores sociais, culturais ou religiosos determina e condiciona atitudes e respostas de uns e de outros, conforme o posicionamento que cada um tem no processo. A revelação do diagnóstico e da inevitabilidade da morte é, certamente, o maior obstáculo criado a todos.

Sempre que um doente chega a esta fase avançada da sua doença, tem alta hospitalar, responsabiliza-se a família e é ela que tem o dever de cuidar do doente. Na maior parte dos casos, não é preparada para a alta ou, é-o, muito sumariamente. A eficiência e eficácia desse ensino nem sequer é avaliada. Os cuidados iniciados no hospital deveriam ser continuados, no domicílio, pela família, mas com o suporte técnico e emocional de técnicos de saúde. Aqui reside uma grande falha do sistema de saúde, pois a continuação destes cuidados é *terra de ninguém*. O hospital não dá continuidade aos cuidados lá iniciados e ao nível dos cuidados de saúde primários há um vazio e uma disfuncionalidade facilmente observáveis; os apoios dados pelo médico de família e pelo enfermeiro de família ficam muito aquém das suas verdadeiras necessidades, em termos de cuidados de saúde.

Em termos sociais, a realidade que um doente terminal pode esperar, não é mais animadora. Mudanças rápidas e profundas no sistema de valores e nos estilos de vida, a par da multiplicação de males sociais têm tornado mais complexa não só a vida social, em geral, mas também a das próprias famílias sujeitas, por estas razões, a profundas transformações e crises.

A família sofreu alterações na sua formação e estrutura. O modelo tradicional de família desapareceu, persistindo, todavia, a partilha de alguns dos seus valores e práticas. A família nuclear é bastante reduzida, a solidariedade entre gerações encontra-se fragilizada no tempo e no espaço geográfico que as separa. Actualmente, todos os membros contribuem de forma activa para a economia da família; isto significa que a mulher viu o seu estatuto modificado, trabalha e participa activamente na vida social, económica e política. Assim, muitos falam na demissão da família de algumas das funções que lhe eram inerentes. A educação foi transferida para as escolas e para os seus especialistas. A saúde e os cuidados a esse nível, transferiram-se progressivamente para técnicos exteriores à família: médicos, enfermeiros, terapeutas vários. Passou a nascer-se e a morrer-se fora do espaço privado da casa e da família. (Leal, 1995)

Quando se entrega um doente terminal à sua família, estamos a transferir o doente para o meio mais óbvio e natural, mas com que custos e benefícios para o doente e família? É legítima essa transferência? Em que medida são

avaliadas as possibilidades de cada família em questões económicas, profissionais, de tempo e até de coesão? Na maior parte dos casos, observamos um esgotamento dos membros mais implicados no tratamento do doente, a família entra em *stress* e tenta encontrar todas as alternativas possíveis, a mais frequente das quais é o reinternamento hospitalar sucessivo e o recurso a lares de idosos.

O doente terminal deve, idealmente, viver os seus últimos dias na sua casa, mas para sentir-se lá querido e desejado, não como um peso terrível e cuja morte é, ardentemente, desejada. Durante a minha experiência hospitalar verifiquei que, frequentemente, o doente em fase terminal ao ser reinternado apresentava sinais de uma débil qualidade de vida, desnutrição, desidratação, péssimo estado de higiene. O que é deprimente e nos faz pensar, se o lugar ideal será sempre a sua casa ou a da sua família.

Perante a alta do doente, os familiares mais próximos, suportam o enorme esforço e dificuldade em cuidar dele, completamente sós. Essa é a realidade mais dura de enfrentar, por razões múltiplas. Em primeiro lugar, a preparação para a alta que lhes é dada durante o internamento foi muito sumária ou mesmo nula; desconhecem todo o tipo de cuidados e técnicas, tudo é novo e estranho, temem o erro e o prejuízo para o doente. Por outro lado, a inexistência de estruturas ou instituições de saúde que garantam a continuação dos cuidados no domicílio é outro dos factores explicativos e legitimadores das reacções familiares. Assim sendo, há que reflectir seriamente sobre a legitimidade da transferência do doente terminal do hospital para o seu meio familiar. Impõe-se, em todos os casos, uma análise de pormenor e um diagnóstico social, procurando avaliar as suas reais dificuldades e capacidades, estudar as alternativas possíveis e em conjunto debater soluções. A assistente social tomaria aqui um papel valiosíssimo e decisivo.

A alternativa entre cuidados de saúde sem família ou família sem cuidados de saúde determinou, ao longo destes anos, que se preferisse a morte no hospital. Esta decisão não tem sido grandemente influenciada pela vontade do doente, mas sim pela dos familiares que, assustados com a sua incompetência em manejar oxigénio, soros e sondas sem ninguém a dizer-lhes como fazer, somada a todas as suas limitações sociais os obrigam a remeter,

sempre que possível, o doente para o hospital. Como consequência de tudo isto, os doentes terminais acabam por regressar ao hospital com uma falsa esperança de um tratamento milagroso ou então seguros de que vão morrer sós, com a angústia de que a família não os quer em casa e sem serem capazes, nem uns nem outros, de culpar o sistema de saúde.

Imaginar tudo isto em nós é demasiado, a menos que queiramos continuar a negar a morte ou em falar de eutanásia, confundindo-a com morte digna. A consciência desta situação começa a sentir-se em crescendo, porque o número de doentes terminais aumenta assustadoramente, dado o envelhecimento da população e a maior incidência de doenças oncológicas e degenerativas, mas também porque cada vez é mais difícil garantir internamento nos hospitais de agudos.

Em conformidade com a realidade descrita, Ferraz Gonçalves sintetiza-a deste modo:

Este contraste flagrante entre o que os doentes realmente necessitam e a prática médica resulta provavelmente da formação dos médicos. A medicina conheceu neste século, aliás como todos os ramos do conhecimento, um progresso enorme. Este progresso resultante do avanço tecnológico tornou-a cada vez mais capaz de intervir na história natural das doenças. A prática da medicina tornou-se cada vez mais técnica e... mais cara. Este facto, aliado à maior procura dos cuidados de médicos e às crises económicas cíclicas ocorridas desde os anos 70, tornaram necessária a rentabilização das instalações, com internamentos curtos e consultas rápidas. A assistência é fragmentada por várias especialidades perdendo-se a noção de globalidade. Na formação dos médicos, orientada de acordo com esses objectivos, realçam-se os aspectos técnicos, enquanto que os aspectos éticos e a comunicação não são valorizados. Curar ou prolongar a vida são os objectivos da medicina moderna e a morte passou a ser um fracasso médico. Esta medicina, com toda a sua importância e eficácia, não é porém útil para uma parte substancial de situações em que aqueles objectivos não são realistas. (Gonçalves 1998, p.170)

Já há muitos anos que se preconiza a “hospitalização no domicílio”, mas como sabemos esta expressão não significa somente cuidados no domicílio, mas sim um hospital complementar que leve ao doente em sua casa um tratamento adequado ao seu estado. Relembramos exemplos como os da França e Alemanha em que apesar da alta ser preparada minuciosamente e do apoio técnico domiciliário ser garantido, questiona-se se a transferência para o domicílio é sempre conveniente para o doente e para a família.

Claude Martin na reflexão que faz sobre os limites da protecção da família afirma que

o que está realmente em causa é saber se as famílias podem suportar materialmente mais do que já suportam e, sobretudo, se é aceitável para as pessoas em causa terem de

acompanhar esse reajustamento” (...) e acrescenta que “a questão é, antes de mais, saber quando é legítimo remeter os encargos para a família e para as redes de integração primária ou para o Estado. (Martin 1995, p.56)

Toda a lógica do nosso sistema de saúde actual leva a pensar que a estrutura de saúde própria para seguir o doente na comunidade é o Centro de Saúde que, na maioria esmagadora, foi quem enviou o doente ao Hospital, no início da doença. Todavia, a morte ao nível cuidados de saúde primários não tem sido até agora, muito considerada, nem os cuidados aos moribundos têm sido alvo de especial atenção, por parte dos profissionais dessa área de actuação. É preciso reconhecer que médicos, enfermeiros e assistentes sociais, pertencentes aos Centros de Saúde, têm de assumir o cuidado ao paciente moribundo, convencendo-se de que a sua função é ajudar a nascer, a viver e a morrer. Mesmo que lhes custe assumir, tal como a muitos outros profissionais, esse campo de actuação e se inventem vantagens para atender outros grupos da população, já que a ideia da morte lhes revoluciona o seu mundo interior. Só a análise e a consciência deste problema os levará a superá-lo e a assumir o cuidado ao doente terminal, como o de qualquer outro. (Nardiz, 1989) Para isso é preciso um *tempo* e um *lugar*. O tempo adequado para que uma equipa multidisciplinar (e não só o enfermeiro) possa resolver, sem pressas, os principais problemas de saúde do doente e da sua família, num atendimento global e personalizado. O lugar será o domicílio do doente, onde providenciarão todas as condições necessárias e suficientes para garantir qualidade assistencial; mas também um lugar próprio para reunirem e planearem o seu trabalho.

Esta não é a única solução que é preciso agilizar para tornar a situação do doente terminal e da sua família menos problemática e dramática. Urge a criação de unidades (ou equipas) hospitalares de cuidados continuados ou paliativos, composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, que dariam apoio aos doentes e famílias durante o internamento e após a alta; ou então a criação de uma unidade de cuidados paliativos ligada ao Hospital ou ao Centro de Saúde com internamento, centro de dia, com a dinamização de equipas que prestem apoio e cuidados aos doentes e suas famílias no domicílio.

Mathieu ao referir-se à realidade francesa, preconiza que o regresso do doente ao domicílio seja minuciosamente preparado. Adianta que é necessário

fazer uma avaliação completa das necessidades do doente; obter uma avaliação do domicílio e dos recursos familiares, sobretudo em casos “pesados”<sup>6</sup>; providenciar o material necessário; ensinar a família sobre os cuidados básicos, medidas de prevenção das complicações possíveis; fornecer as directivas mais essenciais sobre a terapêutica medicamentosa; indicar números de telefone ou outros contactos, para situações de urgência; garantir uma vaga no hospital, caso não se adaptem. Propõe ainda que, antes da alta, se ensaie um fim de semana no domicílio para experiência (Mathieu 1989, p.39).

Ainda dentro de uma perspectiva de confronto com outras realidades, considero oportuno referir Oskar Mittag e a apresentação que ele faz da realidade alemã. Para ele os requisitos imprescindíveis para que a transferência do doente para o domicílio se possa fazer, são: o desejo consciente do doente em regressar a casa; que os familiares ou amigos possam e queiram tomar conta dele; que o apoio técnico e sanitário esteja assegurado por uma equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social) (Mittag 1996, p.91).

Completa e esclarece a situação ao enunciar as razões que justificam a permanência do doente no hospital. Diz ele que “há motivos absolutamente válidos para que uma pessoa possa morrer no hospital: sempre que o doente assim o preferir; quando a família e o círculo de amigos não reúnem condições para o atender adequadamente; sempre que não haja garantias de nenhum apoio técnico no domicílio; sempre que o hospital signifique a única garantia de qualidade de vida ao doente; quando não há ninguém que queira assumir a assistência” (Mittag 1996, p.63).

A resolução do Conselho de Ministros de 19 de Novembro de 1998, sobre os recursos humanos da saúde, diz explicitamente que a saúde é um sector a que “o Governo atribui importância prioritária para a intervenção na próxima década”.

No documento publicado pelo Ministério da Saúde «Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002», apresenta “orientações estratégicas” e as “principais áreas de acção”, as quais foram postas à discussão por um período de dois meses. No referido documento são

---

<sup>6</sup> Entenda-se por “pesados”, os doentes muito dependentes, imobilizados no leito e completamente dependentes de cuidados.

apresentados os valores, os princípios e as respectivas linhas mestras dessa estratégia. Das diferentes políticas, aí definidas, se adianta que:

Os desafios da saúde exigem um enquadramento que permita analisar, compreender, comunicar, discutir e promover ideias e factos, base indispensável para cerzir os acordos e as alianças estratégicas que a mudança requer. (...) A reforma da saúde não pode fazer-se de forma linear e mecânica. É um processo de mudança bastante complexo onde participa um elevado número de actores, sob a influência de diversos factores condicionantes. Deste, o clima e o nível de confiança existente é, talvez o factor facilitador mais importante para a mudança na saúde.<sup>7</sup>

De todo este documento se depreende que a mudança estaria centrada no cidadão, como razão de existir do sistema de saúde. O Ministério da Saúde e a equipa que o constituía nessa altura, ao definir metas e objectivos que englobam todas as fases do ciclo vital, da concepção à morte, os estilos de vida saudáveis, doenças infecto-contagiosas, doenças mentais, cancro e sua prevenção, doenças crónicas e dor, assume diferentes compromissos dos quais destaco:

- melhorar o acesso e a humanização, aproximando e personalizando os contactos dos cidadãos com o sistema de saúde e melhorando a comunicação e interligação dos diversos prestadores de saúde;
- garantir a eficiência dos serviços e desenvolver a regulação do sistema com coordenação efectiva dos seus níveis.<sup>8</sup>

Este documento evidencia políticas de acção e uma mudança estrutural, prevista para um médio, longo prazo, não podendo, por isso, ficar esquecida a *formação profissional*, como elemento primordial para qualquer mudança que se objective. Neste capítulo reconhece que:

A formação profissional carece de uma importante reavaliação no sentido de a compatibilizar com a Estratégia da Saúde e reforçar o desenvolvimento profissional contínuo. Para o efeito, torna-se necessário precisar as necessidades do País, melhorar a colaboração com o Ministério da Educação e as Universidades, rever as disposições referentes à formação pré e pós graduada e desenvolver as necessárias estruturas de apoio. (Ministério da Saúde 1999)

Colocando o Ministério da Saúde como certeza para 2002 a colaboração na revisão dos currículos pré-graduados, assim como o apoio e financiamento da investigação na área da saúde.

Estas decisões e medidas, apesar de tardias são encorajadoras uma vez que reflectem e criam vectores de mudança; a sua aplicação prática seria a operar lenta e paulatinamente, mas cuja visibilidade prática ainda se percebe

---

<sup>7</sup> Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século 1998-2002 (p.2) in <http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/estrat.html>

<sup>8</sup> Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século 1998-2002 (p.7) in <http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/estrat.html>

muito ténue. A inércia dos serviços de saúde na implementação dessas políticas é claramente observável. A justificação mais premente e verbalizada é a falta de recursos humanos e meios que permitam os visados “*Ganhos em Saúde*”. Outra questão que se coloca é se a motivação não se encontra presente e/ou os interesses dos profissionais e das instituições descoincidem com as políticas de saúde?

Nesse documento, o Ministério da Saúde assume como uma das metas para este quinquénio: «Morrer – Direito à Dignidade»; em que preconiza como objectivos gerais, para 2002, "*proporcionar, em cada Sistema Local de Saúde, a oferta de serviços de saúde tecnicamente habilitados a prestar cuidados eficazes e humanizados ao doente em fase terminal, com impacto significativo no seu bem estar e no da sua família*", propondo até 2007 a existência de, pelo menos, uma Unidade Terapêutica de Dor Crónica, devidamente certificada, em cada sistema local de saúde e a resposta articulada com a Acção Social bem como os Cuidados Continuados de Saúde (1997, p.38). Trata-se de um projecto de intenções, dado que a sua concretização prática nem sequer foi iniciada, na maioria dos Centros de Saúde ou Hospitais. Relativamente a este assunto e antevendo esta evolução, José Luís Portela comentou que se trata de:

Um projecto arrojado, com o qual, em principio não discordo, embora sempre tenha defendido que esta actividade não deve ser imposta ou criada por decreto. Na realidade, se não houver motivação ou condições adequadas corre-se o risco de dispersão, falsas expectativas, incapacidade de resposta e descrédito.(Portela 2000, p.26)

Acrescenta ainda que impõem-se outros “alívios” para além do alívio da dor, tais como a qualidade da habitação, apoios sociais, disponibilidade económica, etc. sem os quais tudo falha, mesmo que o acesso a estas unidades seja rápido e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados fosse fácil; reconhece que é prioritário que existam este tipo de Unidades, em número e qualificação e distribuição geográfica suficientes para dar resposta às necessidades dos doentes. No mesmo artigo, o autor indica um dos pressupostos mais determinantes para esta mudança:

É necessário, também, proporcionar e estabelecer apoios e incentivos ao Ensino e Investigação na área da Dor, que deve iniciar-se logo ao nível universitário e continuar na pós-graduação, pois só uma formação adequada e uma actuação com bases racionais e científicas poderá entravar o «sucesso» dos falsos profetas e franco-atiradores (Portela 2000, p.26).

Numa outra perspectiva de análise, continua a observar-se, dentro Sistema de Saúde Português, a hegemonia hospitalar, em que:

Os cuidados de evolução prolongada, para idosos, casos terminais, sinistrados, deficientes ou doentes em reabilitação, são prestados, injustificadamente, em regime hospitalar, não havendo estruturas de saúde disponíveis para acolher esses doentes e prestar-lhes cuidados tecnicamente ajustados e humanamente dignos (Serrão 1998, p.112).

Constata-se uma descontinuidade nos cuidados, sobretudo aos doentes crónicos, ocupando estas camas hospitalares, preferencialmente destinadas a doentes “agudos”; estando, por essa razão, a ser cuidados como se doentes agudos fossem e sujeitos a todas as contingências desse estatuto, como sejam a obstinação terapêutica, terapias invasivas e, em última análise, à perda significativa da qualidade de vida e dignidade na morte. Importa também registar que, em termos económicos, o internamento hospitalar de um doente crónico avançado, tratado com o estatuto de doente agudo, fica incomparavelmente mais “caro” ao sistema de saúde, dado o desajuste de terapêuticas instauradas e a proporcional perda de qualidade e dignidade de vida.

Os cuidados continuados representam um modelo organizativo essencial para o desenvolvimento dos serviços de saúde e inclusive uma parte valiosíssima na reforma que se pretende no futuro breve.

Nessa mesma direcção, a frase *Formar para Agir* parece plena de sentido e actualidade. Nesta área do saber e do cuidar é necessário efectivamente fornecer, aos novos profissionais, um *background* de conhecimentos, pressupostos e princípios norteadores da acção; permitir experiências práticas e intercâmbios entre diferentes instituições e profissionais, que permitam adquirir competências técnicas e humanas para agir e inovar. A primeira reforma deverá acontecer ao nível da concepção e do pensamento.

### 3 – A NECESSIDADE DE UM CURRÍCULO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na sociedade actual são vários os elementos que emergem e justificam a necessidade e a urgência (do reforço) da formação sobre cuidados paliativos e dor crónica. No contexto actual dos serviços de saúde, hospitalares e na comunidade, a crescente incidência de doenças de evolução prolongada e que conduzem à situação terminal de vida, tais como as doenças cardíacas, oncológicas, degenerativas crónicas, infecciosas, renais e outras, em paralelo com o envelhecimento demográfico e a maior esperança de vida, aumentam em número significativo os doentes e famílias que necessitam de cuidados paliativos.

A negação e dessocialização da morte, visíveis na sociedade, em geral, e nos serviços de saúde, em particular, em que obstinadamente se investe sempre com objectivos curativos e se dedica menos atenção, tempo e cuidados aos que caminham inexoravelmente para a morte, constituem evidências dessa mesma necessidade. Numa outra perspectiva, as questões económicas, sociais e familiares, matizam e problematizam a situação dos doentes em situação terminal de vida, que maioritariamente são enviados para os hospitais de “agudos” e tratados com esse mesmo estatuto, com todas as contingências do mesmo.

Ao descrever a realidade brasileira, Mattos Pimenta e seus colaboradores, demonstram a evidente necessidade de ampliar a formação neste domínio, desenvolvendo um estudo muito coincidente com o presente trabalho:

Apesar da alta prevalência e do comprometimento à funcionalidade física, psíquica e social decorrentes da dor e de outros sintomas incapacitantes, o tema é, geralmente, pouco enfatizado nos cursos de graduação da área da saúde. Fala-se de dor como queixa comum de diversas afecções, mas pouco se discute sobre fisiopatologia, elementos que compõem a experiência dolorosa e métodos de tratamento. As mesmas considerações são aplicadas em relação a outros sintomas também incapacitantes. Disso resultam profissionais pouco despertados para o tema, pois desconhecem a magnitude e as consequências do problema por estarem despreparados para lidar com as queixas algícas, especialmente as crónicas e com outros cuidados paliativos. Os doentes e os familiares são mal orientados, padecem desnecessariamente e há maior custo aos sistemas de saúde e produção e insatisfação com a assistência. (Pimenta 2001, p.24)

No nosso país, as medidas estratégicas tomadas não avançam no terreno, e as estruturas ou equipas criadas, em Portugal, mantêm-se as mesmas. Com certeza a formação poderá contribuir também para o despertar

de maior interesse e motivação nos profissionais de saúde, em geral, e nos enfermeiros em particular, sobretudo ao nível pré-graduado, permitindo a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes em conformidade com os objectivos desta filosofia de cuidados e, em simultâneo, agir de acordo com os princípios a ela vinculados.

É unanimemente reconhecido que a formação nesta área deve começar no período de pré-graduação por forma a promover a integração por parte dos formandos de um conjunto de aquisições específicas relacionadas, entre outras matérias, com a impossibilidade da cura, com o tempo de morrer, com o trabalho em equipa. Uma formação iniciada exclusivamente num período mais tardio estará quase sempre condicionado por uma perspectiva irrealista dos cuidados de saúde – “o nosso objectivo é curar toda a gente”- e a consequente dificuldade em aceitar que “há sempre alguma coisa a fazer, mesmo quando a cura não é possível” (Neto 2000, p.25)

Da minha experiência pedagógica pude verificar, ao longo destes anos, exactamente o que foi afirmado. É bastante mais difícil conseguir que alunos finalistas confrontados com estes conteúdos pela primeira vez, compreendam e aceitem estes princípios, do que os que estão numa fase mais inicial do curso de enfermagem. Sente-se que os finalistas, estão preparados para um ‘formato’, no qual querem incluir este tipo de doentes, demonstrando dificuldade em aceitar os objectivos que se pretendem definir, em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, incluindo doente e família. Mantêm um perfil de actuação muito centrado no *curar* e exibem claras dificuldades e em aceitar os objectivos *paliativos* como a melhor caminho para a qualidade de vida. O debate, entretanto, criado torna-se riquíssimo e se bem trabalhado, obtêm-se resultados muito interessantes, porque são alunos com experiências ricas e diversificadas. Em geral, expõem dúvidas que não obstante serem pertinentes, evidenciam igualmente uma desmotivação *à priori*, relacionadas com as dificuldades de trabalho em equipa, as prescrições médicas e decisões terapêuticas, que à luz dos cuidados paliativos se consideram inúteis. Questões éticas e deontológicas em permanente debate, que confirmam que a formação pré-graduada é, igualmente, prioritária para outros técnicos de saúde. Sobre este assunto afirmou Isabel Neto:

Ao nível da formação é, em meu entender, inquestionável o maior interesse que a enfermagem tem dedicado a estes assuntos. Surgem iniciativas curriculares em vários estabelecimentos, quer a nível pré, quer pós graduado. Nas faculdades de Medicina, nas de Psicologia e nas de Serviço Social vão surgindo iniciativas que revelam interesse crescente já comentado para a matéria que estamos a discutir. Torna-se urgente definir com objectividade como se deve proceder à uniformização deste ensino e do treino prático associado. (Neto 2000, p.27)

Se os profissionais recém-formados a quem fosse conferida uma formação sólida nesta área temática, quando confrontados com reais necessidades ao nível da prática de cuidados, sentir-se-iam preparados para actuar; os comportamentos de evitação junto de doentes com dor ou de doentes moribundos seriam menos frequentes e a sua atitude poderia, ela mesma, ser catalisadora de outros tantos colegas. A mudança de atitudes, nem sempre é fácil e acontece lentamente, mas quando iniciada, raramente retrocede, sobretudo quando se reconhece a sua importância prática.

Parece-me, portanto, que a formação pré-graduada em enfermagem sobre dor crónica e cuidados paliativos é primordial e determinante para o futuro, devendo ser ampliada. Não obstante as Escolas Superiores de Enfermagem terem autonomia pedagógica e currículo próprio, podem em determinadas áreas científicas obedecer a critérios mínimos obrigatórios relativos aos conteúdos, número de horas e metodologias de ensino, desde que fundamentadas e legitimadas pelas necessidades.

É de destacar que no último Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, organizado pela SECPAL<sup>9</sup> a mesa de Consenso de Formação Universitária, integrada por Decanos de Faculdades de Medicina espanholas, reclamou a necessidade de incorporar progressivamente a formação em Medicina Paliativa no currículo de pré-graduado dos profissionais de saúde.<sup>10</sup> A referida Sociedade adianta, desde logo, um programa curricular para nível pré-graduado e pós-graduado, com recomendações metodológicas.

Analisando os diferentes tratados de Medicina Paliativa e todas as obras de publicação recente nesta área temática, encontra-se inevitavelmente um capítulo em que a importância da formação é claramente evidenciada e em linhas gerais são consensuais, em alguns aspectos:

- necessidade de formação obrigatória ao nível pré-graduado;
- formação pós-graduada, avançada;
- formação contínua/continuada;
- metodologias activas/docentes com experiência prática;

---

<sup>9</sup> Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

<sup>10</sup> <http://www.secpal.com/junta.html>

O mesmo aconteceu no primeiro plano de acção do programa “Europe Against Cancer” (EAC - Europa Contra o Cancro - 1987/1989), em que a Comissão Europeia propôs que “todos os Estados Membros devem reconhecer a natureza específica da oncologia” e empreender as medidas necessárias no sentido da formação dos profissionais de saúde em oncologia. Em resposta a estas propostas, a Comissão Consultiva para a Formação em Enfermagem na União Europeia (EU) emitiu uma série de recomendações sobre formação em oncologia. Uma das recomendações fundamentais diz respeito à necessidade de se proceder ao desenvolvimento e implementação de “cursos básicos de formação” em enfermagem oncológica pelos diferentes Estados Membros. Em resposta a esta recomendação, a European Oncology Nursing Society (EONS), com o apoio financeiro da instituição de beneficência do Reino Unido Marie Curie Memorial Foundation, elaborou um currículo essencial<sup>11</sup> para um curso de pós-graduação em enfermagem oncológica. Este currículo seria então utilizado pelos educadores da área da enfermagem oncológica de alguns do Estados Membros para desenvolvimento de programas educacionais, muitos dos quais submetidos a uma avaliação posterior. Uma das recomendações emanadas desta avaliação foi a necessidade de actualização constante deste currículo essencial. Ainda que os cuidados paliativos não se destinem somente a doentes oncológicos, mas a todos os doentes portadores de patologia crónica avançada, a realidade demonstra que grande número dos doentes que padecem de dor crónica e que necessitam deste tipo de cuidados e assistência são, efectivamente, os doentes do foro oncológico; qualquer actualização desse currículo, dito essencial, passará pela inclusão de conteúdos, cada vez mais, desenvolvidos sobre este assunto.

Com idêntica finalidade, a Sociedade Internacional de Enfermagem no Cuidado do Cancro (ISNCC) fez revisão do currículo básico em enfermagem paliativa, publicado pela primeira vez em 1991, com a colaboração de educadores em cuidados paliativos e em especialistas em enfermagem oncológica. Segundo Connie Yarbro, presidente da ISNCC, o motivo prende-se com o reflexo nas novas práticas contemporâneas em enfermagem oncológica e nas necessidades que têm os doentes com cancro que estão no final de vida.

---

<sup>11</sup> Currículo Essencial da EONS 2/6/99

(CANCER PAIN 1999) O novo currículo foi apresentado em Julho de 2000, cujas recomendações serão tidas em conta na proposta que construímos e apresentaremos, no último capítulo.

A European Association for Palliative Care (EAPC)<sup>12</sup>, após o Workshop de Medicina Paliativa, decorrido em Bruxelas, publicou um relatório de recomendações em que, para além de clarificar conceitos, enunciar princípios, estabelece as metas específicas em Medicina Paliativa. São recomendações curriculares para os diferentes níveis de formação e para os diferentes grupos profissionais.

Com idêntica finalidade a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu, para as Escolas de Enfermagem, as linhas gerais do currículo sobre Dor, incluindo objectivos e o programa detalhado.<sup>13</sup>

Após a análise destes documentos e das respectivas directivas conclui-se de que estão sistematizados e padronizados os princípios e os conhecimentos a adquirir nos diferentes graus de formação, faltando apenas consolidar, efectivar e difundir essas recomendações.

Os Planos Curriculares de cada curso devem corresponder ao nível de formação exigida nos conteúdos funcionais de cada profissão; para além desse critério, os responsáveis pela sua construção devem antecipar-se às realidades e aos novos desafios de contexto observáveis, operando mudanças que permitam acompanhar a evolução observada e dar resposta a problemas novos, em síntese que permitam às profissões evoluírem e crescerem, no conhecimento e nas competências.

Reforço as afirmações de Costa (2001) sobre as mudanças no ensino de enfermagem, apontando duas perspectivas relevantes, na actualidade, a de que a enfermagem muito se enriquecerá com o pluralismo teórico, emancipando-se das visões técnicas e tecnicistas que a têm dominado e a ruptura com o modelo tradicional de currículo, evidenciado está que aquele reproduz as crenças e valores dominantes e implícitas, em conformidade com as práticas estabelecidas nas e pelas instituições de saúde. Adianta ainda que *“a construção curricular tendo como objectivo educativo a construção da autonomia profissional,*

---

<sup>12</sup> Estando presentes representantes dos diferentes Estados Membros, incluindo Portugal, publicado o relatório em Março de 1993.

<sup>13</sup> [http://www.halcyon.com/iasp/nursing\\_toc.html](http://www.halcyon.com/iasp/nursing_toc.html)

*questionará as práticas nos locais onde poderes e saberes se confrontam: o palco das instituições e dos cuidados.”* (Costa 2001, p.9) Nesta perspectiva, sentimos que ampliar e solidificar a formação, ao nível pré-graduado, constituirá certamente um dos percursos a realizar e que permitirá gradualmente questionar e problematizar as práticas, os cuidados e sobretudo a avaliação dos mesmos, adicionando-lhe as mais valias, quase sempre reconhecidas à posteriori. É habitual que quem presta cuidados aos doentes, com dor crónica ou em fim de vida, fique com a plena sensação da ineficácia e do desajuste dos objectivos que traçou e dos resultados que obteve, essa constatação cada vez mais frequente, essa consciencialização das limitações e das falhas que cada um, individualmente, sente na sua própria formação, vem reforçar ainda mais a premissa de que é urgente *lançar mãos á obra* e investir na formação em todos os níveis: pré-graduado, formação contínua em cada serviço, nos departamentos responsáveis pela formação em cada instituição de saúde; e, num futuro próximo, a criação de uma pós-graduação de enfermagem em cuidados paliativos.

Embora, ultimamente, se observe um interesse crescente pelo tema e a formação aconteça em todas as regiões do país, constituindo um esforço valioso, a incentivar e a dinamizar, seria muito importante a sua implementação prática, aproveitando as reflexões individuais e conjuntas daí resultantes. Neste âmbito, podem as Escolas Superiores de Enfermagem desempenhar uma função muito importante, a de criar alianças estratégicas de formação/acção. O apelo dirige-se aos professores mais directamente ligados a estes conteúdos e que, em primeira instância, poderão ser os dinamizadores de primeira linha.

Investir o currículo escolar de saberes oriundos da prática, será uma mais valia para a enfermagem, sobretudo tendo em conta: a orientação da formação para a transformação social; a compreensão das tradições na história da profissão; a necessidade de proporcionar uma disposição moral para o trabalho correcto e eticamente informado; o uso do pensamento dialéctico, no qual a reflexão e a acção são co-constitutivas; (Costa 2001, p.10)

A pertinência e profundidade destas recomendações, remete-nos para uma outra ideia veiculada pela mesma autora, citando Probst (1989),

Face à complexidade do ambiente, os esquemas clássicos hoje não são suficientes. Só um pensamento global, integrador, abrangendo uma visão alargada que englobe as

interacções entre os fenómenos, permite compreender verdadeiramente o mundo que nos envolve. (Costa 2001, p.8)

O pressuposto de reorientar a formação para variáveis sociodemográficas, para os fenómenos sociais e suas implicações directas e indirectas na saúde das populações, transforma o currículo num documento dinâmico e versátil, ajustável e reorganizável, conferindo e permitindo ao formando o uso do pensamento dialéctico, no qual a reflexão e a acção são co-constitutivas.

## **CAPÍTULO 2**

### **CONCEPTUALIZAÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO**

#### **1 - FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM ENFERMAGEM: EVOLUÇÃO E HISTÓRIA**

**R**evisitar o passado através da História de Enfermagem constitui sempre um reencontrar das reminiscências do que somos e podemos vir a ser; trata-se de um percurso que atravessa transversalmente várias realidades e intersecta diferentes contextos e sectores. Constata-se que os saberes e os poderes da Enfermagem foram conquistados muito lentamente, quase sempre na periferia do saber médico e também da sua directa dependência.

São os médicos que vão dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados, ao ensinar as enfermeiras *‘tudo o que esperam delas’* (...) Assim formada, a enfermeira desenvolve uma prática de cuidados inteiramente tributária da prática médica, cujo exercício facilita consideravelmente. Sabe-se que uma boa enfermeira de cabeceira deve ser, para o médico, tanto no domicílio como no hospital, *um agente de informação e um agente de execução*. (Colliére 1989, p. 84/85)

As afirmações supracitadas reportam-se à realidade do princípio do século, em que a dupla pertença da prática de enfermagem, simultaneamente, ao modelo religioso e ao modelo médico, marcaram vincadamente o valor social da enfermagem.

Com um atraso de algumas décadas em relação às ideias pioneiras dos grandes reformadores da enfermagem no século XIX, as primeiras iniciativas da formação profissional remontam ao final desse século, os primeiros cursos de “enfermagem científica”, segundo Ferreira (1986) citado por Graça e Henriques<sup>14</sup>, datariam de 1881, 1886 e 1887, respectivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto. Os mesmo autores acrescentam que há cem anos

---

<sup>14</sup> <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>

atrás, por comparação com países europeus como a Inglaterra ou a Alemanha, a situação da *enfermagem hospitalar* deixaria muito a desejar.

Isabel Soares faz uma cronologia do aparecimento e continuidade dos cursos de enfermagem, para melhor compreensão da situação em Portugal, naquela época. Constata-se que até aos anos trinta a formação continuava centrada nos hospitais, em que todos procuram seguir o mesmo padrão de formação, quanto à duração de um ano e quanto à designação. A finalidade comum era a de:

Preparar o pessoal existente para executar tarefas que excediam os cuidados de higiene, as prescrições médicas, actuar em situações de urgência, observar e transmitir a informação sobre os doentes, substituir em tudo o que o facultativo durante a sua ausência em tudo o que não dependesse de uma decisão puramente científica. (Soares 199, p. 55/56)

O hospital constitui o lugar privilegiado para a aprendizagem do papel que se espera da enfermeira; *“só a formação hospitalar constitui a formação que deve ser a base de todo o serviço social, seja sanitário, social ou de cuidados, porque a vida hospitalar ensina a atitude que a enfermeira deve ter perante o médico”* (Collière 1989, p.108)

Na maioria das escolas (hospitalares) não existia um currículo próprio, não havia um documento organizado, explicitando objectivos, conteúdos, metodologias de ensino ou de avaliação. Alguma dessa informação existia de modo disperso em documentos vários. O critério da formação era essencialmente baseado nas necessidades dos clínicos que construíram e fundaram cada curso e cada escola. Muitas vezes se usou a terminologia “criar” enfermeiras. (Soares, 1997)

Em rigor, a primeira *Escola Profissional de Enfermagem* vai nascer já no século XX, por Decreto de 10 de Setembro de 1901, com sede no Hospital de S. José. Propunha-se então como missão ministrar “a instrução doutrinária técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam” a todos aqueles que “tenham de cumprir prescrições médicas e de prestar cuidados de enfermagem aos doentes “ ; previa-se um curso com duração de um ano. (Graça e Henriques 2000)

Em 1918, pelo Decreto n.º 4563, de 12 de Julho, é reorganizada a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa; em 1930 passa a chamar-se Escola de Enfermagem Artur Ravara e transferida para os Hospital

dos Capuchos. Segundo Ferreira, citado pelos mesmos autores, a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra surgiu, pelo Decreto n.º 5768 de 10 de Maio de 1918 e passou a designar-se Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca (Portaria n.º 7001 de 1931).

A Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, é fundada por uma religiosa brasileira, diplomada em enfermagem por uma escola francesa, considerada pioneira porque coloca em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia (Nogueira 1990), citado por Graça e Henriques (2000, p.6)

A legislação de 1942 (Decreto n.º 32612) teve como objectivo reformar o ensino de enfermagem, em que as medidas consideradas importantes para a melhoria do ensino se fundamentavam numa duração de 3 anos, currículo único e um exame final nacional. Recomendações estas já feitas no Reino Unido, em 1919.

O currículo do curso que, em 1938 e 1940, as Escolas de S. Vicente de Paulo e Técnica de Enfermeiras, respectivamente, já incluíam muitas das propostas do Goldmark Report, no que diz respeito à extensão e composição das matérias obrigatórias.

Como diz Collière, os conhecimentos transmitidos orientavam-se para dois domínios fundamentais e interligados entre si, a doença e a técnica. Os conhecimentos teóricos centram-se sobre as doenças e os conhecimentos práticos sobre as técnicas. (Collière,1989) Trata-se de um saber utilitário, subordinado ao saber e interesse médico, um modelo dito biomédico, muito contestado até aos dias de hoje, mas tristemente mantido pelos enfermeiros que teimam em recusar funções menos tecnicistas, negando a vertente humanista da profissão que exercem, e que lhe poderá conferir verdadeira autonomia.

Embora se diga, nas últimas reflexões feitas sobre a actividade dos enfermeiros, que o papel dominante da profissão se estabelece e se reconhece no papel psicossocial, pretensamente concesso de «verdadeira autonomia» através de uma relação terapêutica desenvolvida entre enfermeiros e doentes, a verdade é que analisados os casos em particular, conclui-se que persiste uma certa contradição entre o que deve ser e o que é, realmente, a actividade profissional dos enfermeiros. (Carapinheiro, 1993)

Com efeito, os enfermeiros escusam-se a esse papel primordial, argumentando, invariavelmente com a falta de tempo, com o excesso de trabalho mais técnico e com a superlotação dos serviços. Apesar de muito contestado, o modelo biomédico de actuação, ainda é o que vigora, isto é, os enfermeiros esgotam o seu tempo na execução de tarefas técnicas e no cumprimento das prescrições médicas, enfatizando a parte somática do indivíduo doente.

A partir de 1947 surge o programa único, é também a partir desta altura que disciplinas como Psicologia, Sociologia, Deontologia e Ética passam a ser leccionadas nas Escolas de Enfermagem.

Além das matérias obrigatórias (anatomia, fisiologia, higiene), incluem agora noções de química e física para enfermeiras, ciências naturais, bacteriologia e parasitologia, alimentação e dietética, patologia e semiologia, noções de obstetrícia e puericultura, administração hospitalar, contabilidade, escrituração comercial e dactilografia, noções gerais de assistência e serviço social. (Soares 1997, p.68)

Os currículos têm a sua génese nas escolas, mas as disciplinas são construídas com base em escolhas de matérias que fazem parte do saber médico, com um objectivo determinado. São os médicos que “inventam” o currículo dos cursos de enfermagem, aceitando e mantendo um conjunto de saberes próprios do papel tradicional da mulher, integrando os saberes próprios da medicina, indispensáveis ao desempenho que estava, então, destinado à enfermeira. (Soares,1997)

Os saberes da enfermagem ampliam-se e desenvolvem-se paralelamente ao saber e à especialização médica, sempre com dupla filiação, o saber empírico e técnico e o conhecimento científico e, embora este lhe confira algum prestígio, surge sempre com um lugar menor, a primazia é técnica e os papeis tradicionais da mulher, dominam.

A construção de um corpo de conhecimentos próprio, de um método que permita a valoração desse mesmo saber, só tardiamente surge sem vacilações ou inseguranças, não obstante os preciosos contributos científicos de muitas das nossas historiadoras de que Florence Nightingale é o paradigma mais universal, mas também com os postulados e modelos da Wanda Horta, Virginia Henderson, Hildegard Peplau.

Os Decretos Lei n.º 38884 e 38885 de 28 de Agosto de 1952, vieram finalmente disciplinar e organizar o ensino da enfermagem nas escolas oficiais.

A partir de então, passam a haver três cursos distintos: Curso Geral (habilitações mínimas, 1º ciclo; duração de 3 anos); Curso de Auxiliares (habilitações mínimas, instrução primária; duração de 1 ano e 3 meses de estágio); Curso Complementar (habilitações mínimas, 2º ciclo liceal, além do Curso de Enfermagem Geral e prática profissional; duração 1 ano). Para além disso foram introduzidas em 1952 outras reformas: o ensino passa a ser ministrado apenas em Escolas de Enfermagem oficiais e particulares; melhoria da formação dos monitores; idade mínima de 18 anos e as habilitações mínimas exigidas; o plano de estudos passa a ser constituído por aulas teóricas, teórico-práticas e estágios de frequência obrigatória; no final os alunos deviam submeter-se a um exame de Estado, a realizar numa escola oficial. (Graça e Henriques 2000, p.7)

A trajetória e a evolução da Enfermagem em Portugal acontece, tal como o desenvolvimento social e económico do país, sempre algumas décadas mais tarde, em relação aos países do norte da Europa, dos Estados Unidos da América ou Canadá. Esses contrastes são hoje, apesar de menos vincados, ainda visíveis e demonstráveis.

Num passado mais recente, os últimos 20 anos, o ensino de enfermagem em Portugal sofreu profundas alterações e reestruturações. Em certa medida, resultado de políticas que consolidam e reafirmam a busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde, configurando os planos de estudo aos padrões internacionais, nomeadamente aos europeus.

O modelo de formação continua, em meados do séc. XX, médico-hospitalocêntrico; médicos e hospitais persistem em colonizar o ensino de enfermagem. Seria preciso, esperar pela reforma de 1965 (Dec. Lei n.º 46448 de 20 de Julho), para que o ensino e o exercício da enfermagem em Portugal começasse a *desmedicalizar* e a ganhar maior *autonomia* e *especificidade*, abrindo-se assim às correntes internacionais, nomeadamente às orientações da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Esta reforma trouxe grandes avanços na organização e concepção dos cuidados de enfermagem, de entre outros destacam-se os seguintes aspectos inovadores, o plano de estudos visa uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro, com menos peso da patologia e de outras matérias

do domínio biomédico; a orientação da enfermagem já não é apenas para o hospital mas também para o exercício de actividade no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais; enfatiza-se a necessidade de uma pedagogia activa e participativa (Graça e Henriques, 2000).

Também o ensino de enfermagem não passou incólume pelas transformações operadas na sociedade portuguesa, na sequência da revolução do 25 de Abril de 1974. Das quais se destacam as novas alterações na estrutura e organização dos conteúdos curriculares, como resultado de um grupo de trabalho onde desempenharam um papel activo os representantes dos, então recém criados, sindicatos de enfermagem, bem como da Associação Portuguesa de Enfermagem.

Mais recentemente, a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e ensino superior politécnico<sup>15</sup> veio garantir o reconhecimento académico dos seus vários níveis de formação, constituindo o 'salto' qualitativo de maior relevo para a valorização, reconhecimento e prestígio social, desejado.

Tendo em conta que o estado português, ao assinar o Tratado de Adesão, se vinculou a respeitar as decisões dos órgãos comunitários, houve necessidade de dar cumprimento às disposições constantes em algumas Directivas Europeias<sup>16</sup> no sentido da livre circulação de pessoas, o reconhecimento de diplomas, certificados e outros títulos de formação e a livre prestação de serviços. Assim como primeira decisão, surgiram alguns princípios de orientação geral, publicados no Dec. Lei n.º 320/87 de 27 de Agosto, quanto à duração mínima do curso de Enfermagem de três anos, a tempo inteiro, incluindo, de forma integrada, o ensino teórico e prático. No mesmo decreto se enunciam as matérias consideradas, a partir daí, obrigatórias, no ensino teórico e prático e que visam os domínios dos Cuidados de Enfermagem, as Ciências Fundamentais, Ciências Sociais e as valências do Ensino Prático obrigatório.

Em 1988 as Escolas de Enfermagem passam a Escolas Superiores de Enfermagem com autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, ficando o ensino de enfermagem com a dupla tutela dos Ministérios da

---

<sup>15</sup> Decreto Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, Decreto Lei n.º 205/95 de 8 de Agosto

<sup>16</sup> Directiva n.º 77/452/CEE; n.º 77/453/ CEE; revogadas pela n.º 89/594/CEE

Educação e da Saúde. Existindo dois níveis de formação: o curso de Bacharelato em Enfermagem<sup>17</sup> e os Cursos de Estudos Superiores Especializados<sup>18</sup>, que conferem o grau académico de licenciado e correspondendo em simultâneo, a uma área de especialização.

Ao nível mundial, a licenciatura em enfermagem foi reconhecida a partir de 1964. Numa etapa anterior, dita de transição (1953-1964) estabeleceu-se nova organização curricular,

A ênfase colocada na licenciatura referia-se desde a preparação do papel clínico e funcional em todos os programas para professoras, administradoras e especialistas clínicas até à eliminação dos dois níveis de preparação até aí existentes (Donahue 1985, p.455).

A licenciatura de enfermagem amadureceu e converteu-se, nos anos sessenta, numa creditação importante para enfermeiras com cargos directivos. Produziu-se a partir daí um incremento significativo da investigação em enfermagem. Existiam e existem contínuas discussões em torno do propósito e o produto deste nível de formação

A ênfase colocada no conteúdo varia periodicamente em relação com as filosofias, necessidade de cuidados e forças sociais do momento. Sem dúvida, é evidente a revalorização da formação, já que o número de enfermeiras que obtêm o grau de licenciatura está aumentando rapidamente. (Donahue 1985, p.456)

Questões colocadas na época e que se revestem de actualidade no contexto actual português. Se por um lado se questiona e debate a formação actualmente conferida pelas escolas superiores de enfermagem e as filosofias subjacentes à licenciatura, o consenso entre as forças sociais, estruturas sindicais, diferentes profissionais de saúde e o pessoal médico será difícil e objectivamente adiado, porque estatutariamente as áreas de actuação não estão bem definidas e a interdependência de funções subalterniza as que se encontram menos nítidas.

A Resolução do Conselho de Ministros de 4 de Dezembro<sup>19</sup> veio revolucionar o ensino de enfermagem ao reconhecer o seguinte:

A forte consciência da necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde, pilar fundamental deste sector a que o Governo atribui importância prioritária para intervenção na próxima década, exige tomada de um conjunto de medidas estruturantes no quadro de um plano integrado e determina a conjugação de esforços de diversos departamentos. (DR n.º 280/98, p. 6693)

---

<sup>17</sup> Portaria n.º 195/90 de 17 de Março

<sup>18</sup> Decreto Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro

<sup>19</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 de 4 de Dezembro

Essa resolução integra um conjunto vasto de medidas, de entre as quais destaco as que se referem ao ensino de enfermagem, em particular, nas alíneas b) e c):

- b) A reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, da sua integração em institutos politécnicos e da criação de novas unidades de ensino neste domínio nos distritos em que ainda não exista nenhuma;
- c) A reorganização da formação dos enfermeiros em que se destaca a passagem da formação geral para o nível da licenciatura. (DR n.º 280/98: 6693)

O curso de licenciatura em Enfermagem, com duração de quatro anos, foi aprovado em 1999 (Dec. Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro), embora o grau de licenciado pudesse ser obtido mediante um Curso de Estudos Especializados em Enfermagem desde 1988.

O Regulamento que disciplina o curso de licenciatura em enfermagem é apresentado na Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro. O Curso de Licenciatura em Enfermagem tem por finalidade formar profissionais de enfermagem por forma a garantir:

- A formação humana, científica técnica e cultural para prestar cuidados de enfermagem gerais ao ser humano, ao longo do ciclo vital, à família e comunidade, aos diferentes níveis de prevenção;
- O desenvolvimento de capacidades e competências para:
  - desenvolver a prática de investigação no âmbito da enfermagem em particular e da saúde, em geral;
  - participar na formação dos profissionais de saúde;
  - participar na gestão dos serviços e unidades de saúde.

Nesse sentido o curso está estruturado segundo um plano de quatro anos lectivos bi-semestrais formando no seu conjunto um todo coerente, com uma estrutura curricular sequencial em conformidade com as competências que identificam o profissional de enfermagem:

Cada ano lectivo terá a duração de 36 semanas e carga horária total do curso é, no mínimo, de 4600 horas, em que cerca de 50 a 55% será de ensino clínico. Relativamente às matérias obrigatórias, a elas se faz referência no art.1º do decreto lei n.º 320/87 de 27 de Agosto, em conformidade com a Directiva n.º

77/453/CEE, as quais se apresentam de modo mais discriminado nos quadros 1 e 2.

Quadro 1  
Matérias obrigatórias do ensino teórico

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM	CIÊNCIAS FUNDAMENTAIS	CIÊNCIAS SOCIAIS
Orientação e Ética da profissão; Princípios gerais de saúde e de cuidados de enfermagem;	Anatomia e Fisiologia	Sociologia
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos a doentes do foro médico e cirúrgico;	Patologia	Psicologia
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;	Bacteriologia, Virologia e Parasitologia	Administração
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Infantil e Pediatria;	Biofísica e Bioquímica	Investigação
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Gerontologia e Geriatria;	Nutrição/ Dietética	Ensino e Aprendizagem
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Mental e Psiquiátrica;	Epidemiologia	Legislação e Aspectos Jurídicos da Profissão
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Pública e Comunitária;	Farmacologia Higiene	

Quadro 2  
Matérias obrigatórias do ensino prático

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
Orientação e Ética da profissão; Princípios gerais de saúde e de cuidados de enfermagem;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos a doentes do foro médico e cirúrgico;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Infantil e Pediatria;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Gerontologia e Geriatria;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Mental e Psiquiátrica;
Cuidados de Enfermagem gerais e específicos em Saúde Pública e Comunitária;

Os quadros apresentam matérias obrigatórias de carácter muito geral, a particularização dos conteúdos poderá ser, em cada escola, bastante variável. Os cuidados paliativos, dadas as necessidades presentes nos contextos de saúde (serviços hospitalares e na comunidade), deveriam constar nestes quadros como designação de uma matéria obrigatória, cujo programa, esse sim, poderia ser da autoria de cada escola. Para além deste aspecto, é preciso sublinhar que numa duração total de 4600 horas, atribuir 45 a 60 horas a este assunto, ao longo de todo o curso, incluindo o tratamento e assistência ao doente com dor crónica, seria o mínimo desejável e esperado.

As Escolas Superiores de Enfermagem possuem autonomia pedagógica e científica, fazem sob proposta do órgão legalmente competente aprovar o seu

plano de estudos, que obedecendo a todo o articulado do decreto, podem construir um currículo próprio e completamente distinto de qualquer outra escola.

Torna-se pois, importante que o plano de licenciatura de cada escola seja construído e alicerçado em postulados e pressupostos intimamente relacionados com a prática de cuidados, com os níveis de prevenção, ao longo de todo o ciclo vital, ao indivíduo são ou doente, à família e/ou à comunidade. Devendo nele conter as matérias obrigatórias atrás enunciadas<sup>20</sup> e acrescentado outras, em relação directa com as variáveis demográficas, sociais e epidemiológicas.

Conceptualmente cada currículo deve estar objectivado e em coerência com o conteúdo funcional dos enfermeiros, a actual organização do sistema de saúde, as necessidades de saúde e de gestão da saúde, as novas tecnologias, novos saberes adquiridos, novas áreas de especialização, novas terminologias e linguagens a que a evolução técnica e os avanços da medicina obriguem. Porque os saberes da medicina e da enfermagem estão e estarão sempre intimamente relacionados e interdependentes.

Nesse sentido, questiona-se qual a ênfase hoje atribuída à área da medicina paliativa e aos cuidados paliativos na formação pré e pós graduada em medicina e em enfermagem, tendo em conta a realidade social e de saúde, do nosso país? Esperamos que as faculdades de Medicina e a Ordem dos Médicos legitimem esta especialidade médica, para depois investirmos nesta área, ou preferimos, como observadores atentos da realidade, ser pioneiros numa área que urge ampliar? Idealmente o reforço e o investimento nesta área deveriam acontecer em paralelo quer na medicina, quer na enfermagem, porque naturalmente os doentes precisam de cuidados médicos e de enfermagem, em simultâneo.

---

<sup>20</sup> Dec. Lei n.º 320/87 de 27 de Agosto

## 2 – CURRÍCULO: ACTUALIDADE E INOVAÇÃO

A análise das necessidades de educação/formação pode fazer-se a diferentes níveis: mundial, nacional, estatal, institucional e relativo a um curso concreto, neste caso particular, o do curso de licenciatura em enfermagem.

Neste estudo procurarei incorporar e interrelacionar as mudanças sociais, de saúde, os avanços técnicos e científicos com as exigências profissionais que daí decorrem e se impõem aos (novos) enfermeiros.

Efectuei no capítulo 1 uma análise matizada das variáveis que determinam, condicionam e legitimam a necessidade de modificar o currículo do curso superior de enfermagem e de ampliar a formação pré-graduada sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica.

Antes de mais parece importante clarificar os conceitos e o significado atribuído ao termo currículo e distingui-lo de plano de estudos, por exemplo. São inúmeras e muito variadas as definições que se encontram de currículo. A mais antiga identifica currículo com plano de estudos, conjunto de matérias de estudo, a qual tem sido amplamente criticada, mas permanece e continua a ser a mais comum.

Vários autores, Caswell, Campbell (1935), Andersen (1956) ficaram na história do currículo por lhe acrescentarem a ideia de que ele inclui as experiências na sala de aula e as actividades extraclasse. Uma visão alargada de currículo, também evidente no esquema conceptual defendido por Tyler, o qual não identifica currículo exclusivamente com conteúdo, mas antes com as experiências escolarmente planeadas e dirigidas de modo a atingir os objectivos pretendidos. M. Johnson mostra a necessidade e as vantagens da separação conceptual rigorosa entre currículo e ensino e define currículo como uma série estruturada de resultados de aprendizagem pretendidos (Machado e Gonçalves, 1991).

São visões parcelares e dualistas da questão, uns autores identificam currículo com os meios, outros com os fins (meios/fins ou matérias/alunos).

Actualmente existe uma forte tendência de ultrapassar este dualismo através de visão integrada das partes.

Tem sido usada pela Sociologia da Educação uma definição mais ampla de currículo, centrada na aprendizagem. Currículo é tudo o que aprendido na escola pelos alunos, seja ou não objecto de transmissão deliberada. Seja como for, as distinções que aparecem correntemente de currículo oculto, oficial, real, formal, informal, etc. e os estudos que alguns destes conceitos têm merecido denotam ainda uma incerteza sobre o que é o currículo, o que deve conter, como ultrapassar as suas limitações.

Assim, partindo do global para o particular, Plano de Estudos pode ser entendido pelo conjunto mais geral do conjunto de disciplinas, sua estrutura, organização, conteúdos seleccionados, que permite identificar a filosofia contida em cada curso.

O currículo é o conjunto de pressupostos de partida, das metas que se deseja alcançar e dos passos que se dão para as alcançar; é o conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, etc. que são considerados importantes para serem trabalhados na escola, ano após ano. E, supostamente, é a razão de cada uma das opções (Zabalza 1992, p.12).

O perfil de coincidência pode ser grande, daí falar-se, frequentemente, em Plano Curricular. “A ideia de currículo referiu-se, durante muitos anos, a esse conhecimento global do que era ou deveria ser um Plano de Estudos” (Zabalza 1992, p.12). Aqueles que trabalhavam no currículo eram os arquitectos da estrutura do ensino, os professores constituíam os “peões” dessa obra.

O conceito de *programa* aponta para o documento oficial de carácter nacional ou autonómico em que é indicado o conjunto de conteúdos, objectivos, etc. a considerar num determinado nível; o conjunto das prescrições oficiais, relativamente ao ensino, emanado do Poder central. No caso das escolas superiores de enfermagem, os programas são definidos pelos professores responsáveis por cada disciplina, mas sujeitos ao plano de estudos e à filosofia subjacente, em geral, proposto pelo órgão legalmente competente, o conselho científico.

Por outro lado, a *programação* refere-se ao projecto educativo e didáctico específico desenvolvido pelos professores para um grupo concreto, numa situação e num período concreto e para uma ou várias disciplinas.

Programa e programação são, pois, aspectos que não se excluem, cada uma destas actividades cumpre uma função que lhe é própria, complementando-se e fechando o círculo do que constitui o “projecto curricular” a desenvolver em cada aula (Zabalza, 1992).

O conceito de necessidade é fundamental em educação, porque a partir daí se justifica e se dá corpo a um programa, verdadeiramente, instrutivo. Para Scriven<sup>21</sup>, necessidade é “qualquer coisa que seja essencial para um modo satisfatório de existência, qualquer coisa sem a qual este modo de existência ou nível de trabalho não pode alcançar um grau satisfatório”, também entendida como a discrepância entre a situação actual e a situação desejada ou ainda a distância entre o ser e o dever ser. Taba procurou mostrar como o diagnóstico das necessidades é importante para o processo:

Permite manter o *currículo* em sintonia com as necessidades da época (...) sendo essencialmente um processo de determinação de factos para serem tomados em conta no *currículo* (Zabalza 1992, p.62).

Em Educação são apontadas vários tipos de necessidades, Bradshaw<sup>22</sup> distingue as seguintes: normativas, fazem referência a carências que um sujeito ou grupo padece se considerarmos um padrão standard. Os programas oficiais, enquanto expressão de conteúdos mínimos obrigatórios, são o reflexo principal desses níveis de maturação, conhecimentos e experiências que se apresentam como necessários para todos os alunos de um determinado nível; sentidas fazendo referência ao que cada indivíduo deseja. Este continua sendo um dos debates mais fortes no âmbito da filosofia da educação e nos meios escolares. A questão que se coloca é se a escola deve responder aos interesses e desejos particulares do aluno e assumi-lo como um desafio e um compromisso face ao futuro? Trata-se de uma questão de maior significado no nível secundário da aprendizagem. Tudo nos leva a crer que, em enfermagem e dado o carácter profissionalizante do curso e a variabilidade de áreas mais específicas, o aluno não só pode, como deve, desde logo, optar por aprofundar conhecimentos em domínios que lhe despertarem maior interesse e curiosidade, não deixando por isso de assimilar todos os considerados normativos; comparativas algumas necessidades referem-se aos benefícios que um determinado grupo não possui e

---

<sup>21</sup> <http://www.sistema.itesm.mx/va/DraMarisa/Modulo3.html>

<sup>22</sup> *Idem*

que outro colectivo de características similares possui. Estas necessidades são de importância fundamental em educação. Se nos movemos num mundo interdependente necessitamos homologar os níveis educativos e profissionais. Prospectivas em referência estão aquelas necessidades que com toda a probabilidade se apresentarão no futuro. Este tipo de necessidades afectam grandemente o desenho curricular. A educação deve estar pensada para o amanhã, para as novas formas de vida e incorporar aquele tipo de habilidades, recursos formativos e conhecimentos que permitam ao sujeito ser um cidadão do seu tempo e um profissional apto a responder às exigências de modo criativo e inovador.

Imbuídos deste espírito e da clara constatação de que existem competências por adquirir ao longo do curso de licenciatura em enfermagem, emergentes de um cenário de saúde problemático e também inspirado nas reflexões dialogadas que esses desafios e necessidades provocam quer nos formandos, quer nos formadores, considero imprescindível pensar a formação pré-graduada em enfermagem, pautando-a pelos indicadores de mudança presentes e futuros, considerando-os como claras necessidades (normativas, sentidas, comparativas e prospectivas) de formação.

Advém assim a necessidade de um compromisso entre o que as instituições de saúde precisam em termos de cuidados de saúde, o que a sociedade tem direito de exigir e o *portfolio* de competências atribuídas aos enfermeiros recém-formados. Esta constitui uma das funções, provavelmente, a mais importante de uma escola do ensino superior e naturalmente um dos pressupostos básicos da educação/formação: *conciliar necessidades de formação com a criação de aptidões e respostas, no terreno.*

Construir o currículo é intervir, questionar, problematizar no sentido de uma prática performativa, não só no sentido da eficiência dos resultados, mas numa abordagem que nos revele um espaço narrativo que evidencie o contexto e os seus aspectos específicos (Pacheco, 2001).

O contributo de Célestin Freinet para a pedagogia foi a sua grande paixão e convicção de que a aprendizagem deve centrar-se na espontaneidade e na actividade do aluno que ao agir, ao contactar com as situações, aprende. Efectivamente foi a proximidade que sempre manteve com os alunos e a

preocupação de ligar a teoria à prática e a escola à vida, que o levaram a perceberem que a aprendizagem é muito mais eficaz quando os conteúdos a adquirir vão de encontro aos interesses espontâneos dos alunos, ou seja, quando se relacionam com as suas experiências práticas quotidianas (Antunes, 2001).

Se entendermos estas afirmações como pressupostos básicos na conceptualização de um currículo e respectivos programas, surgem-nos dúvidas sistémicas:

- quais as qualidades e os poderes que os indivíduos devem desenvolver?
- quais são as competências profissionais e pessoais que requerem?
- o que há para aprender para a compreensão de um mundo cada vez mais vasto?
- que significado tem tudo isto na selecção e na organização dos conteúdos de um programa?
- que tipo de currículo servirá melhor a sociedade, no momento actual?

Através do passado reconhecemos que o ensino de enfermagem se foi moldando e crescendo em torno do saber médico, posteriormente, a este e aos avanços da ciência e da técnica. Mais recentemente, a enfermagem assumiu-se como ciência, com um corpo de conhecimentos e um método próprio e uma história valiosíssima deixando, ela própria, vários paradigmas para seguir. Independentemente do paradigma seguido, cada escola de enfermagem, de acordo com a sua autonomia pedagógica e científica, segue o seu plano curricular atribuindo e valorizando perspectivas gerais de consenso, mas evidenciando um certo descompasso, ao formar novos profissionais sem considerar as carências e as necessidades no sector da saúde.

Apesar de conterem alguns riscos, estas afirmações baseiam-se nos resultados que, em capítulo próprio, se apresentam. Amâncio Filho, num artigo de opinião que se reporta à realidade brasileira, evidencia idênticas preocupações:

Esse panorama, no qual denominamos “aparelho formador” (educação) e “aparelho absorvedor” (saúde) desenvolvem acções desconexas, torna obrigatório, para os profissionais das duas áreas, reflectir sobre propostas educacionais que almejem romper com uma situação historicamente falha, sinalizando para a construção e a implementação de mecanismos resultantes de uma parceria inter-institucional entre educação e a saúde (...) Um processo que englobe crescimento intelectual e profissional do indivíduo, propiciando-lhe o desenvolvimento das suas capacidades com autonomia de pensamento

e prática crítica e legitimando-o, via sistema de educação, para o exercício profissional (Amâncio Filho 1998, p.2).<sup>23</sup>

Hoje, na viragem do milénio, vivemos uma época em que as mudanças científicas, tecnológicas, económicas, políticas e, sobretudo, sociais trazem à Escola uma responsabilidade acrescida na definição do seu papel e formas de actuação. Uma das características da sociedade científica-tecnológica em que vivemos é o ritmo alucinante da transformação a todos os seus níveis, nunca antes experimentado na história da humanidade. Modos de vida, hábitos, valores e costumes estão em permanente mutação. A definição e estrutura das diferentes profissões cada vez se apresenta menos estática, a exigência de novas profissões e especializações impõe a necessidade de reconversão e mobilidade profissionais.

A sociedade de hoje não é mais a sociedade do saber fechado, estático, tranquilizador. A pós-modernidade tem como característica a instabilidade, as mudanças excepcionalmente rápidas quer ao nível dos conhecimentos e das técnicas, quer também ao nível dos hábitos e atitudes. O saber é instável, reorganizável e recombinaível. A cultura é, como sempre foi, um fenómeno profundamente multidimensional. (Costa, 1999)<sup>24</sup>

Mantendo a perspectiva da construção inacabada do saber, da sua relatividade temporal e do assumir da ruptura, como forma de gerar equilíbrio-desequilíbrio e inovação, assinalo com a citação seguinte, precisamente, esta ideia:

A globalização da educação e de todo o acto educativo, a efemeridade dos conhecimentos, a necessidade de se construírem currículos de “banda larga” onde se pratique uma interdisciplinaridade em todos os níveis do saber, a necessidade de romper com os paradigmas instalados, não na procura da ruptura pela ruptura, mas da ruptura criadora de equilíbrio e da inovação. (...) Esse novo paradigma será o resultado da permanente procura que cada profissional deve desenvolver no desempenho das funções que lhe estão atribuídas (formador ou formando), partindo das necessidades e desafios colocados no terreno que pisa (Amaral 1999, p.1).<sup>25</sup>

Esta visão (construtivista em termos epistemológicos) reforça a visão tradicional do processo ensino-aprendizagem. No entanto, a actual modernização aponta algumas tendências que poderão alterar a morfologia das organizações, dos saberes instituídos, das práticas profissionais e dos espaços-tempo dos

---

<sup>23</sup> <http://www.senac.br/boletim/boltec27.htm>

<sup>24</sup> [http://www.ipv.pt/millennium15\\_pers3.htm](http://www.ipv.pt/millennium15_pers3.htm)

<sup>25</sup> [http://www.ipv.pt/millennium15\\_pers7.htm](http://www.ipv.pt/millennium15_pers7.htm)

contextos de interação. Esses efeitos tem-se sentido particularmente na alteração dos perfis profissionais exigidos. De facto, o mundo do trabalho desactualiza vertiginosamente os conhecimentos adquiridos na instituição de educação formal, a tónica é colocada então, na educação ao longo da vida (*formação contínua*) e numa reactualização permanente das competências profissionais. Esta aposta pode ser encarada como crítica à instituição escola e à desadequação da formação ministrada face às exigências do mercado de trabalho. (Torres, 2000)

Ao longo de toda a história da educação e do ensino, mas hoje com uma pertinência muito maior, um dos grandes problemas da instituição escolar decorre do enorme hiato existente entre ela e a realidade social geral. A mudança processa-se a um ritmo acelerado em todos os campos: organizacional, cultural, axiológico, epistemológico, técnico... Em contrapartida, a inércia, com excepções pontuais tem sido nota dominante dos sistemas de educação e ensino. Modificar este estado de coisas é uma necessidade da escola para manter credibilidade e garantir a sua subsistência e, ao mesmo tempo, uma exigência da sociedade que a sustenta (Machado e Gonçalves, 1991).

Ao longo dos anos foram estabelecidos um conjunto de princípios pedagógicos considerados úteis na formação de adultos<sup>26</sup> e que se sintetizam da seguinte forma:

- personalização do processo formativo;
- autoformação;
- participação;
- abertura;
- funcionalidade aplicativa dos conteúdos propostos;
- análise crítica da realidade;
- optimização dos recursos disponíveis.

Tendo em conta que os estudantes de enfermagem se situam, em média, numa faixa etária entre os 18 e os 26 anos, podemos considerar que são adultos jovens e como tal é necessário adequar as metodologias e estratégias de ensino procurando aumentar a sua motivação e adesão aos programas educativos.

---

<sup>26</sup> <http://www.terraviva.pt/Guincho/5198/Formadultos.htm>

Embora passível de críticas e considerado simplista este modelo ideológico da educação/formação, apresenta-se como um modelo com provas dadas, no que diz respeito a resultados.

Dos princípios apontados, destaca-se a autoformação, a participação no processo de formação e a análise crítica da realidade como formas de evidenciar a responsabilização do próprio, valorização da sua experiência e da sua participação num processo “aberto” e catalisador de atenção e motivação.

Rui Canário<sup>27</sup> sintetizou, da seguinte forma, as diferenças encontradas nos modelos de formação e respectivos vectores de orientação: necessidade de aprender, conceito de si, papel da experiência, vontade de aprender, orientação da aprendizagem e motivação.

Quadro 3  
Diferenças entre a formação de jovens e adultos

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>Adultos</b>
<b>Necessidade de saber:</b> Os alunos apenas precisam de saber que devem aprender aquilo que o professor lhes ensina;	<b>Necessidade de saber:</b> Antes de iniciar um processo de aprendizagem, os adultos têm a necessidade de saber por que razões essa aprendizagem será útil e necessária.
<b>Conceito de si:</b> O professor tem do aluno a imagem de um ser dependente. É esta dependência que marca, também, a auto imagem daquele que aprende;	<b>Conceito de si:</b> os adultos têm consciência de que são responsáveis pelas suas decisões e pela sua vida. Por consequência, torna-se necessário que sejam encarados e tratados como indivíduos capazes de se auto gerir;
<b>Papel da experiência:</b> a experiência daquele que aprende é considerada de pouca utilidade. O que é importante, pelo contrário, é a experiência do professor (ou o do autor do manual, ou dos materiais pedagógicos);	<b>Papel da experiência:</b> os adultos são portadores de uma experiência que os distingue das crianças e dos jovens. Em numerosas situações de formação, são os próprios adultos, com a sua experiência, que constituem o recurso mais rico para as suas aprendizagens;
<b>Vontade de aprender:</b> a disposição para aprender aquilo que o professor ensina tem como fundamento critérios e objectivos internos à lógica escolar, ou seja, a finalidade de obter êxito e progredir, em termos escolares;	<b>Vontade de aprender:</b> os adultos estão dispostos a iniciar um processo de aprendizagem desde que compreendam a sua utilidade para melhor enfrentar problemas reais da sua vida pessoal e profissional;
<b>Orientação da aprendizagem:</b> A aprendizagem é encarada como um processo de aquisição de conhecimentos sobre um determinado tema. Isto significa que é dominante uma lógica centrada nos conteúdos (e não em problemas);	<b>Orientação da aprendizagem:</b> nos adultos, as aprendizagens são orientadas para a resolução de problemas e tarefas com que se confrontam na sua vida quotidiana (o que desaconselha uma lógica centrada nos conteúdos);
<b>Motivação:</b> a motivação para a aprendizagem é, fundamentalmente, o resultado de estímulos externos ao sujeito como é o caso das classificações escolares, das pressões familiares e das apreciações do professor.	<b>Motivação:</b> os adultos são sensíveis a estímulos de natureza externa (promoção profissional, por exemplo), mas o principal factor de motivação para a realização das aprendizagens são factores de ordem interna ( satisfação profissional, auto-estima, qualidade de vida, etc).

<sup>27</sup> <http://www.terravista.pt/Guincho/5198/Formadultos.htm>

Do quadro anterior se retira a ideia de com adultos jovens, as estratégias de ensino deverão conter características próprias; para além da idade, o que está, realmente, em causa são níveis de maturidade intelectual e emocional e, em associação, o interesse, a motivação para a aprendizagem e a respectiva 'fórmula' de sucesso, quanto a resultados. Os alunos, na sua maioria adultos, devem ser incentivados a controlar e avaliar a sua própria aprendizagem e a desenvolver capacidades de aprendizagem para toda a vida. Mais ainda, precisam que lhes seja dada oportunidade de aplicarem a teoria à prática, de sentir satisfação profissional e utilidade prática no que estão a aprender, que possam dispor de adequada supervisão e orientação e de experiências práticas relevantes.

No ensino de enfermagem e, concretamente, nos conteúdos em análise, cuidados paliativos e dor crónica, a motivação é primordial, por essa razão todos os esforços para a catalisar ou ampliar, devem ser feitos.

Numa outra face do processo, sabemos que a aprendizagem, sobretudo ao nível do ensino superior, não se faz pela memorização, pelo armazenamento, mas pela interpretação da informação, compreendê-la de forma cada vez mais abrangente e profunda e torná-la parte do nosso referencial. Moran<sup>28</sup> completa a ideia ao dizer que “*aprendemos quando equilibramos e integramos o sensorial, o racional, o emocional, o ético, o pessoal e o social.*” Ainda na mesma linha de pensamento, Glaser (1984) citado por Canavarro acrescenta que:

O processo de construção do conhecimento é determinado ou motivado pelo próprio conhecimento, isto é, quem conhece mais terá tendência a conhecer mais ainda. Este facto, revela-se de grande importância para o processo de ensino porque significa que se deve ensinar a construir conhecimento (a pensar) e não apenas a transmitir informação (conhecimentos), rejeitando-se uma concepção elementarista e associacionista do ensino, a transmissão de pequenas parcelas do conhecimento que o sujeito deve associar, preconizando-se uma concepção participativa e contextualizada, onde o sujeito não recebe passivamente mas constrói activamente e em conjunto com os outros o seu próprio conhecimento e onde se permite ao sujeito a prática daquilo que aprende em contextos onde essa prática pode ser utilizada de forma útil e viável (Canavarro 1999, p.48).

A teoria da *integração curricular* (Beane, 1997), diz respeito a uma concepção considerada progressista e sempre muito sujeita a críticas. Na sua filosofia, esta teoria envolve quatro princípios fundamentais: a integração das

---

<sup>28</sup> <http://www.batina.com/moran/camin.htm>

experiências, a integração social, a integração do conhecimento e a integração como uma concepção curricular:

- com a integração das experiências defende-se que a aprendizagem ocorra a partir da reflexão nas nossas vivências, como recurso para lidar com os problemas, com questões pessoais ou sociais, surgidas no presente ou no futuro. Este tipo de aprendizagem envolve experiências construtivas e de reflexão, que não só alarguem e aprofundem o nosso entendimento de nós próprios e do nosso mundo, mas que sejam igualmente “aprendidas” de um modo em que possam evoluir e ser utilizadas em novas situações;
- na integração social encontra-se o objectivo de proporcionar experiências educacionais comuns ou partilhadas aos alunos com diversas características e vivências, através da ênfase num currículo que promova algum sentido de valores comuns ou de um “bem comum”; a educação geral para além de se basear num conjunto disciplinas, está antes de mais organizado em redor de questões pessoais e sociais, planificada de forma colaborativa e levado a cabo por docentes e estudantes conjuntamente e empenhados na integração do conhecimento; o qual fica mais acessível aos jovens e ajuda a criar cenários em sala de aula democráticos, como um contexto para a integração social;
- a integração do conhecimento usualmente defende na base tornar o conhecimento mais acessível ou mais significativo, colocando em destaque determinadas áreas do conhecimento, contextualizando-o de tal forma que, supostamente, fará mais sentido para os alunos; quando usado em relação ao currículo, a integração refere-se também a uma teoria de organização e usos do conhecimento, não o considerando apenas como um conjunto de pedaços de informação e de técnicas organizadas por matérias ou disciplinas, confinadas pelas respectivas fronteiras, mas entendendo o conhecimento como integrado, capaz de definir os problemas tão amplamente quanto o são na vida real e de usar uma grande variedade de conhecimentos para lidar com eles. Pensar deste modo acerca da integração do conhecimento e dos usos como um instrumento para resolver problemas reais é sinal de um significado mais profundo subjacente à ideia de

integração curricular; em síntese o conhecimento prepara o aluno para a vida e não para o *teste* seguinte;

- A concepção de “integração curricular” é organizada à volta de problemas e de questões pessoais e sociais do mundo real, de experiências e vivências partilhadas, preparando-os para esse mundo; nesta concepção, e como quarta característica essencial, apela à participação dos alunos na concepção e validação crítica do currículo, bem como quais as experiências que acreditam poderem ajudá-los a aprender, entendendo a escola e o processo de aprender como espaços democráticos.

James Beane (1997), no seu livro, acaba por explicar que esta concepção não elimina a organização do currículo por matérias e disciplinas, mas que estas devem constituir um meio de veicular o conhecimento, associando-as e mobilizando-as na compreensão das experiências e factos pessoais e sociais, consolidando a aquisição dos (novos) conhecimentos, num espírito de partilha e de progresso construído individualmente.

Esta teoria, nos seus diferentes aspectos e perspectivas, claramente se adapta e adequa ao modo como os temas em estudo, cuidados paliativos e dor crónica, devem ser concebidos e desenvolvidos em termos curriculares. A reflexão e contributo pessoal de cada aluno, as experiências e os exemplos práticos como a melhor estratégia de aprendizagem, o desenvolvimento social e moral pretendido, assim como o carácter multidisciplinar do cuidado no fim de vida, são os vectores que legitimam os princípios expressos nesta concepção curricular.

Numa linha de pensamento não muito distante da que se acaba de explicar, e incluída nas teorias sociais, a teoria de educação de Alvin Toffler inscreve-se numa óbvia recusa das estruturas educativas contemporâneas. Orienta-se para a profunda inserção do futuro enquanto eixo fundamental da educação, em oposição àqueles que defendem o passado e as tradições (1974). Escreve que as escolas e as universidades, ao colocar a tónica no passado, não só veiculam uma falsa imagem do futuro – assemelhar-se-á ao presente – como geram milhões de candidatos para o choque do futuro com as suas expectativas face à mudança social. O indivíduo percebe-se como não estando em mudança,

em crescimento ou adaptação, mas como sendo estático e passivo no interior de um mundo em constante transformação (Bertrand, 2001).

O movimento centrado no futuro é somente uma etapa para reestruturar as ligações entre as escolas, os colégios, as universidades e as suas comunidades. A derradeira meta consiste no reforço da capacidade prática do indivíduo de se adaptar à mudança, quer seja pela invenção, pela participação esclarecida ou pela resistência inteligente.

O '*currículo do futuro*' de Toffler pressupõe um vaivém entre a teoria e a prática, entre a escola e a comunidade, entre a informação escrita e os dados novos. Há que reconhecer o alcance do trabalho extra-universitário na indústria, nos projectos comunitários, nas diferentes actividades. Os laços entre a sociedade e a escola devem ser restabelecidos. O autor sustenta que a presente política educacional assenta numa falsa imagem do futuro, mantém uma falsa distinção entre o trabalho e a aprendizagem, entre a escola e a comunidade, que acentua o divórcio entre a teoria e a prática e que infantiliza os jovens ao mesmo tempo que os desmotiva. Sugere uma estratégia pedagógica: a aprendizagem-acção (Bertrand, 2001). A qual consideramos interessante para as matérias em estudo tendo em conta as variáveis de contexto observáveis, quer nos serviços de saúde, quer nas escolas superiores de enfermagem. O indivíduo deve manter uma atitude de prática reflexiva - um profissional reflexivo (o *practicum*) - que responde ao que o mercado exige em termos de competências e habilidades (Pacheco, 2001).

A estratégia defendida, a qual subscrevo, preconiza sobretudo a autonomia na aprendizagem, a responsabilização na mesma e aguça o espírito crítico. Os alunos adquirirão competências em comunicação, a avaliar problemas, a imaginar soluções, a comunicar e a tomar decisões; aprendendo assim que as decisões pessoais podem ter consequências importantes na sociedade. Resumindo, pedagogicamente isto traduzir-se-á na aprendizagem-acção, feita a partir da resolução de problemas reais confrontados na vida quotidiana da comunidade. A estrutura escolar é um suporte secundário para a educação (Bertrand, 2001).

### 3 – CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são os cuidados activos e globais aos pacientes e suas famílias, prestados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde ao tratamento curativo e o seu tempo de vida é relativamente curto. O termo paliativo deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa, encobrir, dissimular, mitigar e moderar o rigor ou a violência de certos processos (Gonzalez Barón, 1996). Nesta área os sintomas são «encobertos» com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente. Os cuidados paliativos, todavia, estendem-se muito para além do alívio dos sintomas, dão resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, se necessário, prolongam a sua acção até ao luto; concentram-se no doente e não na doença. (Twycross, 2001)

A Organização Mundial de Saúde adoptou a seguinte definição de cuidados paliativos: *o cuidado activo global de doentes cuja doença não responde a terapêuticas curativas. O seu fundamento é o alívio da dor e outros sintomas e a consideração dos problemas psicológicos, sociais e espirituais. O objectivo é alcançar a máxima qualidade de vida possível para o doente e sua família. Muitos aspectos dos cuidados paliativos são também aplicáveis em fases prévias da doença conjuntamente com tratamentos específicos.* (Bouësseau s/d, p.1)

Embora por vezes designados pela expressão «baixa tecnologia e elevado afecto», os cuidados paliativos não são intrinsecamente contra a tecnologia médica. Ao invés, eles pretendem assegurar que seja a compaixão, e não a ciência, a força orientadora dos cuidados ao paciente. Os tratamentos e a investigação de «alta tecnologia» são utilizados apenas quando os benefícios ultrapassam claramente quaisquer eventuais aumentos dos malefícios.

Os cuidados paliativos incluem a reabilitação; procuram auxiliar os doentes a atingirem e manterem o seu mais elevado potencial, física, psicológica, social e espiritualmente, por muito limitados que estes se tenham tornado, em resultado da progressão da doença. Na essência a filosofia dos cuidados paliativos, de acordo com a OMS, assenta nos seguintes pressupostos:

- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Não antecipam nem atrasam intencionalmente a morte;
- Proporcionam aos pacientes o alívio da dor e de outros sintomas incómodos;
- Integram os aspectos psicológicos, sociais, espirituais dos cuidados, de forma que os pacientes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva possível;
- Oferecem um sistema de apoio para auxiliar os doentes a viverem tão activa e criativamente possível;
- Oferecem um sistema de apoio para auxiliar as famílias a adaptarem-se durante a doença do paciente e no luto;

São melhor administrados por um grupo de pessoas (médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, capelão, voluntários, etc.) que trabalhem em equipa, a qual deve estar colectivamente empenhada no bem estar global do doente e da sua família.

### 3.1 - CUIDADOS PALIATIVOS - UMA HISTÓRIA RECENTE

Assim como o objectivo da Medicina curativa é o estudo nosológico, a etiologia, anatomia patológica, fisiopatologia e patogenia, clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e profilaxia, na Medicina Paliativa o objecto de estudo é o *homem doente e a preservação da sua dignidade*.

A expressão «dignidade humana» em certo sentido é uma redundância, já que falar de pessoa é realçar a sua própria nobreza. Tomás Aquino sustenta que o vocábulo pessoa se reserva para os seres mais excelentes para realçar a sua grandeza; Kant afirmou que “a própria humanidade é uma dignidade”; muitos autores, filósofos e em distintas épocas fundamentaram a dignidade humana na liberdade: a capacidade de querer ou não realizar um acto, com capacidade de amar, ser amado, com domínio sobre os seus próprios actos. (Gonzalez Barón 1996, p.7)

Em Medicina, a concepção *curativa* e a concepção *paliativa* nunca podem ser mutuamente exclusivas, pelo contrário, têm que ser duas concepções complementares e devem constituir duas atitudes assistenciais sincrónicas. Toda a medicina clínica está impregnada de uma secular ideia expressa no século XVI de «*curar às vezes, aliviar frequentemente, cuidar sempre*». Dito de outra forma, não existe uma incompatibilidade entre um tipo de Medicina, a curativa, e a

Medicina Paliativa, devem ajustar-se os objectivos em função do momento evolutivo da doença e com as circunstâncias particulares de cada doente. (Gonzalez Barón, 1996)

Frente ao modelo «heróico» da medicina - que amplia os limites do homem - surge um modelo humanístico ou paliativo, que tenta compreender a vulnerabilidade, o declínio e o final da vida humana, o encontro de uma ética do cuidado.

Provavelmente, o ponto de partida há que situá-lo em Descartes: o reconhecimento de dois tipos de fenómenos, os da natureza e os espirituais. O dualismo cartesiano explicou o desenvolvimento em duas direcções mutuamente exclusivas entre si, persistindo com uma força poderosa: por um lado, o desenvolvimento científico materialista, mecanicista e, por outro, o metafísico e espiritualista. Este sistema permitiu separar os fenómenos humanos, que pela sua complexidade escapavam à investigação científica da época, facilitando e possibilitando um prodigioso desenvolvimento das ciências da natureza (Sancho, 1998).

O procedimento fundamental do método e pensamento mecanicista consiste numa das regras cartesianas de decompor o complexo nos seus elementos ou partes constitutivas. Esta conquista metodológica mostrou-se de grande alcance, o qual não se pode menosprezar. Ao nível das ciências biomédicas essa operacionalidade está a custar preços bastante elevados. Elas converteram o ser humano num objecto. Elas objectivaram-no, abstraíram-no da sua história, da sua subjectividade, da sua existência.

A objectivação do ser humano, pelas ciências biomédicas, consiste em colocar entre parêntesis certos aspectos do ser humano, para subtrair outros. A nossa cultura profundamente marcada pelo êxito das ciências e das técnicas e pela tendência em dividir o corpo humano, segmentando em especialidades médicas, cada vez mais super especializadas, fizeram do homem um *puzzle* que jamais será uma pessoa (Sancho, 1998).

Como recompor os fragmentos do conhecimento e competência tão particularizados, sem perder as vantagens da especialização? Esta constitui, actualmente, uma das grandes questões da medicina, assim como o aceitar a inexistência de cura para certas situações patológicas, e tão só aceitar essa

realidade, compreendendo e aceitando o ser humano como finito e com uma dimensão humana por “cuidar”.

Provavelmente, um dos modos ocidentais mais característicos na interpretação da doença vale-se da variedade de alguns conceitos interrelacionados, tais como o *stress*, a preocupação e a tensão. Tem-se afirmado, com relativa frequência, na sociedade ocidental, que o enfoque dominante sobre saúde e doença é aquele que procura a explicação da doença em princípios físicos reducionistas e que opera num dualismo mente-corpo, é uma perspectiva, na qual os dois reinos são distintos e separados. Engell chamou a este modelo de actuação «o modelo biomédico».

Hoje em dia, o modelo dominante da doença é biomédico; nele a biologia molecular é a disciplina científica básica (...) a doença é perfeitamente explicada por meio de um desvio da norma, de variáveis mensuráveis (somáticas). Com este marco, não se deixa lugar para as dimensões sociais, psicológicas e de conduta, na doença (Sancho 1998, p.29).

Para além da vida biológica, o ser humano move-se na vida humana, na vida dos valores, das motivações, de objectivos, dos sentidos e dos significados. A medicina deverá possuir, também, uma dimensão antropológica. No momento de formalizar a história clínica da pessoa doente é necessário valorizar a biografia orgânica e anímica, as relações sociais de coexistência, a sua atitude face ao sofrimento, à doença, à dor, a Deus e aos seus semelhantes.

O acompanhamento de um doente grave, de um doente terminal, permite ir conhecendo progressivamente muitos destes detalhes, que ao longo do processo de doença vão aflorando como uma necessidade, que o próprio doente tem de exteriorizar.

A pessoa que se dedica a cuidar homens doentes não deve ser, somente, um bom técnico, mas também um técnico bom. Ao lado de um homem que sofre deve haver um homem que ama, pressupondo, naturalmente: uma real vocação, uma sólida formação técnica e científica, capaz de elaborar uma correcta concepção do mundo, enquanto estrutura, dimensão e existência, usando-a como marco para a análise e apreciação da existência individual; sensibilidade para compreender o homem doente, os seus medos, palavras, silêncios, gestos e reticências; uma experiência reflexiva da vida, para que a condição do doente seja compreendida no contexto vital; mente livre de preconceitos, sem juízos de valor precipitados, equilibrada, capaz de objectividade e neutralidade emocional; condição de humanista, reconhecimento do valor da pessoa e da dignidade humana, da liberdade e com formação cultural geral. Numa primeira análise, este perfil pode surgir demasiado ambicioso e muito próximo da perfeição, mas a

tarefa pretendida é tão exigente, sensível e delicada que estes poderão ser os critérios mínimos exigidos.

O objecto de cuidados é o Homem, podendo ser entendido como afirmou Kierkegaard “*uma síntese do finito e infinito, de liberdade e necessidade, de temporal e eterno*”; aliviar o sofrimento, manter e preservar a sua dignidade, elevando ao mais alto nível a qualidade de vida, entendida como aquilo que a pessoa considera como tal, exige uma abordagem multidisciplinar centrada no todo, em que a ética do cuidado tem essa dupla responsabilidade. No fim da vida, o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior, já que a preservação da vida se vai tornando, cada vez, mais difícil.

A história dos cuidados paliativos é, em todo o mundo, relativamente recente. Em muitos países, o que se convencionou chamar de «*Movimento dos Cuidados Paliativos*», refere-se historicamente ao «*Movimento dos Hospícios*». Os hospícios foram/são estabelecimentos essencialmente destinados a acolher cancerosos em fase terminal. O percurso histórico deste movimento durante muito tempo se associou ao cuidado ao doente que padecia de cancro e também à pobreza e miséria, em geral associada, daí o cariz caritativo e de compaixão, que surgiu a partir de 1830. Com efeito, o termo “*hospício*” foi utilizado por Jeanne Garnier, em França (1842) para designar as instituições de cuidados aos moribundos que ela criou em Lyon com a comunidade, dando origem à fundação «*Damas do Calvário*».

O termo e o conceito dos Hospícios atravessaram a Mancha e foram retomados pelas Irmãs Irlandesas da Caridade com a criação de um hospício em Dublin em 1879, depois em 1905 o hospício St Joseph em Londres (Bounon, 1999)<sup>29</sup>.

Na história da Medicina Paliativa, incluído no movimentos dos hospícios, o nome que ocorre imediatamente é do Cicely Saunders que, em 1940, então jovem enfermeira<sup>30</sup>, interessa-se pelos cuidados aos moribundos e constata que os tratamentos para aliviar a dor crónica são insuficientes. Aos 33 anos, começa os estudos de medicina e, a partir de 1951, faz pesquisas sobre a administração oral de morfina. Nessa altura, conclui e reafirma que a dor não é apenas física mas

---

<sup>29</sup> [http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique\\_lb.htm](http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique_lb.htm)

<sup>30</sup> Algumas obras referem que a formação inicial de Cicely Saunders era assistente social, outras que terá sido simultaneamente, assistente social, enfermeira e médica.

interactua com as dimensões psicológicas, familiares, sociais e espirituais da pessoa. Acentua que é necessário cuidar a dor, entendendo a pessoa como um ser global. Ela desenvolve, assim pela primeira vez, o conceito de *Dor Global*. (*Total Pain et Whole Person Care*) (Bounon,1999<sup>31</sup>). Trabalhou e estabeleceu relações entre as teorias dessa época e a nova filosofia de cuidados que queria implementar, nomeadamente a *escuta activa* inspirada nos trabalhos de Carl Rogers e da Escola de Palo Alto.<sup>32</sup>

Em 1967, Cicely Saunders abre, em Londres, o St Christopher Hospice, reconhecido como o primeiro hospital moderno e pioneiro do movimento dos Cuidados Paliativos, onde são acolhidos os doentes em fase terminal. Lamau no seu “*Manuel des Soins Palliatifs*” faz o seguinte comentário:

A vida e a obra de Cicely Saunders aparecem-nos com um triplo significado: como um protesto contra o facto de nos interessarmos tão pouco por aqueles vão morrer brevemente e o pouco que fizemos para aliviar as suas dores e sofrimento; como um atestado da riqueza afectiva e moral possível para certos fins de vida; como um convite a alargar o nosso conceito de cuidados (Bounon 1999, p.1).

Na mesma época, em 1967, uma psiquiatra americana de origem suíça, Elisabete Kübler-Ross, realizava um seminário destinado a estudantes de Teologia, intitulado «*On Death and Dying*», que serviu de base para o seu livro, publicado em França com o título «*Les derniers instants de la vie*» e, em Portugal, «*Sobre a morte e o morrer*». Tratou-se de um trabalho de pesquisa sobre doentes que se aproximavam da morte, em que ela conceptualizou e definiu as fases do morrer e que a celebrizaram.

Elisabete Kübler-Ross através dos estadios do morrer deixou a seguinte mensagem: a humanidade que recusa a sua mortalidade, marginaliza aqueles que se aproximam da morte; tenta fazer-nos descobrir que o moribundo é um ser em tudo idêntico a nós mesmos, é um ser vivo enquanto morre, um ser de palavra, uma pessoa; ela demonstrou que o doente pode ter um papel activo dentro do sistema de cuidados, enquanto a medicina, cada vez mais técnica, fez dele um ser (objecto) passivo nos cuidados. Os seus estudos ajudaram a compreender o moribundo, explicando as suas reacções e quais os comportamentos adaptados a essas reacções. Em harmonia, devem articular-se um conjunto de

---

<sup>31</sup> [http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique\\_lb.htm](http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique_lb.htm)

<sup>32</sup> [http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses\\_b2.html](http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses_b2.html)

técnicas médicas, paramédicas e relacionais, que permitam a tranquilidade no morrer.

O que é novo em Kübler-Ross é que ela situa-se apenas do lado da investigação e não do lado do cuidado. Esta aproximação “psicológica” vai permitir, justamente, libertar-se da base espiritual de C. Saunders.

Um dos marcos históricos ocorre em 1973 com a constituição da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)<sup>33</sup>.

É curioso acrescentar que o termo “Cuidados Paliativos”, foi usado pela primeira vez por um canadiano, Balfourt Mount em 1975<sup>34</sup>, para designar um serviço que acolhia doentes em fim de vida, evitando o termo “hospício” que tinha uma conotação particular, ligada a conotações religiosas e de caridade. Este cirurgião inglês do Royal Victoria Hospital em Montréal, hospital de reputação internacional, visita St.Christopher Hospice e, em 1975, funda o primeiro serviço de Cuidados Paliativos.<sup>35</sup> O Prof. Mount situa-se na convergência das duas autoras e respectivos paradigmas, tendo sido o primeiro titular, em todo o mundo, de uma cadeira de Cuidados Paliativos.

Em 1986 a OMS publica a obra Cancer Pain Relief e em 1991 publica Cancer Pain Relief and Palliative Care.

Em Itália é constituída a Sociedade Italiana de Cuidados Paliativos. Em França, no mesmo ano, é publicada a primeira circular ministerial (circular DGS/3 de 26 Agosto de 1986, dita circular Laroque)<sup>36</sup> relativa à organização dos cuidados e ao acompanhamento dos doentes em fase terminal. Nessa época abre a primeira unidade de cuidados paliativos, em Paris. “*O parlamento francês votou por unanimidade, a 9 de Junho de 1999, uma lei sobre o direito de acesso generalizado aos cuidados paliativos.*” (Hennezel 2001, p.18)

A constituição da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) em 1989, foi outro marco importante, assim como o seu primeiro congresso em Paris, no ano de 1990.

Em Portugal, os cuidados paliativos estão numa fase embrionária. Não sendo fácil um conhecimento exaustivo de todos os serviços ou equipas actualmente existentes posso por isso, cometer algumas imprecisões, assim

---

<sup>33</sup> <http://www.sicp.it/ricp02-99/newsicp2.htm>

<sup>34</sup> <http://cri-cirs-wnts.univ-lyon1.fr/Polycopies/Cancerologie/Cancerologie-16.html>

<sup>35</sup> [http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique\\_lb.htm](http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/historique_lb.htm)

existem a Unidade de Cuidados Paliativos do IPOFG do Porto, nas suas diferentes valências; Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Regional de Oncologia de Coimbra (recentemente inaugurado); a Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas e da Reboleira; a Equipa do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital de Vila Franca de Xira e a Unidade de Tratamento da Dor do Hospital do Fundão, a qual se dedica inteiramente a doentes com dor e em fim de vida, estando por isso a transformar-se em Unidade de Medicina Paliativa, a qual se articula com o Serviço Domiciliário de Enfermagem, do mesmo hospital. Existem outras equipas de cuidados continuados a funcionar em diferentes Centros de Saúde e várias consultas da dor em hospitais distritais e centrais, as quais vão tentando prestar algumas medidas paliativas aos doentes que apoiam.

### 3.2 – ASPECTOS BIOÉTICOS E CUIDADOS PALIATIVOS

Existem dois momentos no decurso da vida do ser humano, caracterizados por serem os de maior vulnerabilidade e dependência, onde os dilemas da bioética que se relacionam com as ciências da saúde se colocam de modo mais intenso:

- o começo da vida, desde a fecundação ao nascimento, temos o exemplo do aborto, da fecundação artificial, investigação em embriões, clonagem, etc.;
- o fim da vida humana, quando se aproxima o acontecimento inevitável da morte, sempre que esta não ocorra de maneira súbita e seja consequência de uma doença que, na sua evolução, chegue a cumprir critérios de terminalidade (Tapiero 2000, p.145).

No primeiro caso, os problemas colocam-se fundamentalmente devido a intervenção do homem, da sua ciência, da sua consciência, para alterar ou impedir um processo natural, o início da vida, negando ao ser humano o direito mais fundamental que é o direito à vida.

No segundo caso, acontece justamente o contrário, reconhecem-se todos os direitos fundamentais da pessoa humana, mas os dilemas bioéticos que surgem decorrem, essencialmente, da negação que o ser humano faz da morte.

---

<sup>36</sup> <http://perso.wanadoo.fr/usp-lamirandiere/laroque.htm>

A morte, para além de facto biológico, tem igualmente uma dimensão social e cultural, que varia consoante o momento histórico, os costumes, crenças e códigos da sociedade onde acontece. Na sociedade ocidental contemporânea, há uma atitude tendência em isolar o fenómeno “morte” e tudo o que a rodeia, produzindo-se a «*morte social*», antes da «*morte biológica*». Essa morte social caracteriza-se pelo isolamento a que o moribundo é votado à medida que a doença avança inexoravelmente para a morte, a sua vivência maior é a solidão afectiva.

Segundo as concepções freudianas, o inconsciente desconhece a noção da própria finitude pelo facto da morte estar revestida de maus significados e se ter tornado um tabu para a civilização ocidental (Mittag, 1996). O homem não a reconhece como um processo natural e inevitável, convenceu-se internamente da sua imortalidade, capaz somente de se imaginar morto enquanto espectador da cena.

À dramaturgia da morte de ontem, sucede a comédia lúgubre da morte contemporânea: o moribundo deve representar o papel de quem não vai morrer e os do seu meio participam nessa farsa. O moribundo é privado da sua morte, e a sociedade do seu luto. Só se chora em privado. A morte como cerimónia pública “morte domada”, transforma-se num acto solitário e a “morte interdita” (Vincent, 1991).

A sociedade ocidental oculta a morte. É paradoxal que, nos dias de hoje se queira descobrir a origem do mundo e se viva numa contínua farsa de negar, quiçá, a única certeza que temos, a morte. Todos a receamos e tentamos iludir o seu aparecimento no quotidiano. Adiamos-la. “*No mais íntimo de nós queremos acreditar na nossa imortalidade, mesmo sem qualquer evidência para esta aspiração*” (Bernardo 1988, p.258). Todavia, a morte é considerada um acontecimento social por excelência; é um acontecimento sociobiológico com forte carga psicológica, não podendo ser desligada do contexto em que ocorre.

Na fase final da vida, os direitos que assistem as pessoas, devem adquirir uma matiz especial, passam a constituir necessidades, devendo ser satisfeitas e protegidas pelas Instituições do Estado, de maneira que não possam ser ignoradas ou qualificadas como ‘actos de boa vontade’.

Em definitivo, a tendência da sociedade actual é esconder e *medicalizar* a morte. Em linhas gerais, a sociedade actual prefere a morte súbita, rápida e discreta, sem despedidas, limpa, asséptica, sem problemas, a uma morte lenta, com possibilidade de despedidas, o que no princípio do séc. XX era absolutamente comum e desejado. Reprimem-se as manifestações de luto, apesar de ser positivo expressar os sentimentos. Os pais não falam de morte com os filhos, nem os professores com os alunos e, o que é pior, nem os médicos (ou outros profissionais) com os seus doentes (Tapiero, 2000).

Intimamente relacionado com esta 'negação' e dessocialização da morte, estão alguns dos maiores problemas (dilemas) éticos, o mais debatido nos *media* é a eutanásia, mas o de maior escala e menos contestado é a obstinação terapêutica, comumente designada de medicina defensiva. As conclusões da comissão de peritos da OMS, relativas a este assunto, admitem que:

- é eticamente justificável não utilizar ou colocar um fim às medidas que prolonguem a vida, quando tais medidas não podem modificar a evolução da doença e vão somente prolongar a agonia;
- medicamentos destinados a suprimir a dor e outros sintomas não podem ser negados só porque poderiam encurtar a vida a um doente;
- a eutanásia (que acelera a morte de maneira activa com fármacos) não deve ser legalizada (Bouësseau s/d, p.1).

Destas conclusões se destaca o princípio da *autonomia* do doente e um elemento fundamental nesta discussão, o dever de não prolongar a agonia. Constituem pilares éticos fundamentais: *o carácter finito da intervenção médica, o princípio da autonomia e da autodeterminação do doente.*

Por razões da sua formação pessoal, cultural e também profissional, são principalmente os médicos, mas também os enfermeiros e todos os outros profissionais de saúde, que mais investem com terapêuticas invasivas e inúteis no fim da vida, para salvar o que já não pode ser salvo.

A eutanásia é provavelmente a questão mais debatida e mais *mediatizada*, pondo em debate ideias extremas, mas que, em geral, partem de premissas e pressupostos errados, jogando com a pouca clarificação dos termos e das ideias (Hennezel, 2001). Na prática dos serviços de saúde, sabemos que essa não é

questão que mais se levanta. Confundem-se intencionalmente ou não atitudes distintas, norteadas por princípios opostos. A este respeito Lourenço Marques revela, num artigo de opinião, que:

na minha experiência recordo um único caso de um doente, que no primeiro contacto, então com muito sofrimento, pediu o alívio da morte. O tratamento da dor, como se exigia afastou esse desejo. Em situação terminal, viveu ainda mais dois meses, com alegrias e tristezas tal como me confidenciou três ou quatro dias antes de morrer. (Marques, 1999)

A eutanásia, entendida como a boa morte, é solicitada por doentes em fim de vida que se encontram em profundo sofrimento, ao qual querem por fim; o primeiro instinto do ser humano é o da sobrevivência, mas a dor persistente, a angústia e o medo da morte, determinam um estado de confusão e desorientação plenas, em que o único caminho que faz sentido é o da morte rápida e breve *o tiro misericordioso nos campos de guerra*.

Sabemos que a pessoa que pede a morte vive um insuportável sofrimento, ao enfermeiro cabe o dever de não julgar quem o faz (art.81º *abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida*<sup>37</sup>). Mas o dever máximo do enfermeiro é a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Essa deve constituir a direcção e a linha orientadora da sua actuação (art. 87º *o enfermeiro tem o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase final da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas*<sup>38</sup>). Ao estabelecer uma comunicação eficaz, relação empática, aliviar a dor e o sofrimento ao doente, incluindo a família nessa abordagem, poderá inverter completamente o seu pedido. A dignidade no morrer não pode ser confundido com eutanásia. Daniel Serrão acrescenta que:

Nestas culturas, que subconscientemente recusam a morte humana como um fenómeno biológico, natural e inevitável e que tudo esperavam de uma medicina orgulhosamente triunfadora, aquilo que os defensores da eutanásia estão a querer dizer aos médicos é, muito brutalmente, o seguinte: se a vossa tecnologia não consegue salvar esse homem então matai-o! (Serrão1990, p.35).

Na sua concepção:

enfrentar uma situação terminal é, para um médico verdadeiramente consciente da grandeza e responsabilidade da sua profissão, tomar uma posição sobre a vida e a morte

---

<sup>37</sup> Dec.Lei nº104/98 de 21 de Abril, *Capítulo VI - Da Deontologia Profissional -*

<sup>38</sup> idem

dos homens nossos irmãos e iguais; é assumir pessoalmente, um comportamento profissional específico no qual se têm de acrescentar os critérios éticos aos critérios técnico-científicos; é afinal, integrar o gesto médico numa antropologia coerente que nos situe o homem no mundo natural e as relações que eles próprio criam. A morte do homem, a morte de cada homem, sendo um acontecimento natural, não é um acontecimento trivial, não é nunca trivial. (Serrão1990, p.35).

A solução para o problema que surge face ao sofrimento da pessoa não deve consistir em terminar com a *pessoa* que está sofrendo, como desejam os defensores da eutanásia, mas o fim do *sofrimento* da pessoa, utilizando todos os meios disponíveis, que são muitos - incluem atitudes terapêuticas específicas, de comunicação, de ajuda, para além do alívio dos sintomas - para aceitar a morte com serenidade, e enfrentá-la com dignidade.

Essa comunicação terapêutica e eficaz exige dos profissionais de saúde habilidades e perícias e um treino particular, para além de um perfil psicológico e maturidade emocional, porque os obstáculos e dificuldades são uma realidade complexa. A comunicação com a pessoa doente, numa fase incurável, é um dos problemas que se coloca aos que a rodeiam, incluindo familiares, amigos, vizinhos e aos profissionais que a cuidam. Muitos, ainda hoje, polarizam a questão se devemos informar ou não informar a verdade da gravidade da situação; hoje sabemos, pela experiência acumulada e pelos conhecimentos adquiridos e reconhecidos que a maioria dos doentes (incluindo com SIDA e cancro), conhecem o diagnóstico e pressentem o prognóstico; o problema real reside em quem deve comunicar a notícia, de que maneira e em que momento. Mais que um dilema ético, é um problema técnico: habilidades em comunicar (Simone, 2000).

Os grandes dilemas éticos e legais derivam de um tronco de dificuldade comum: a negação da morte e, nalguns casos, no argumento da possível acusação de má prática e negligência profissionais.

Ao omitir a verdade do diagnóstico, os profissionais estão a projectar as suas próprias reacções sobre os doentes. Mais tarde ou mais cedo o doente vai por si próprio descobrir o seu diagnóstico e reconhecer que o médico quis poupá-lo, acabando por experimentar sentimentos de amargura, cólera, revolta e aumento da ansiedade, que poderão conduzir a uma crise de desconfiança penosa e por vezes irreversível. Os profissionais de saúde ligados directamente ao cancro defendem, de uma maneira geral, também a necessidade do

conhecimento do diagnóstico como contributo para a diminuição dos níveis de ansiedade, criando conseqüentemente melhores perspectivas de tratamento. No entanto, para alguns autores, dizer a verdade com delicadeza é não mentir; deve-se proporcionar a informação relacionada com a gravidade clínica sem dar prazos de vida, mantendo uma prudente reserva e indicando o desconhecimento médico em relação à evolução clínica (Vega e Baza, 1991).

Mathieu enuncia alguns princípios importantes do tratamento e cuidados paliativos. Enuncia como primeiro princípio o direito à informação e à verdade; a este respeito diz que as relações profundas e íntimas não se podem estabelecer senão num clima de confiança mútua. Essa confiança baseia-se no conhecimento, o mesmo quer dizer, na informação; a verdade e o respeito do outro implicam uma escuta recíproca, da qual o doente depende em grande parte. A informação e a verdade são dúvidas que o doente tem sempre até que lhas esclareçam, só a partir daí sente confiança e à vontade para falar abertamente do que mais o atormenta. (Mathieu, 1989)

Os estudantes de medicina passam anos a aprender a fazer diagnósticos, mas apenas dedicam cinco minutos a aprender a melhor maneira de comunicar o diagnóstico, ensina-se-lhes a “curar doenças” e não a “curar doentes”. (Tapiero, 2000)

O código deontológico da Ordem dos Enfermeiros, no seu art.84º obriga o enfermeiro a “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. A lei de Bases da Saúde<sup>39</sup> diz que os doentes têm direito a serem informados “sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado”. Por outro lado, tanto o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, quanto o Estatuto Hospitalar<sup>40</sup> defendem que “os prognósticos graves”, isto é a evolução provável do doente, “podem ser *legitimamente* ocultados aos doentes; os prognósticos fatais só lhes podem ser revelados pelo médico responsável, com as precauções aconselhadas pelo exacto conhecimento do seu temperamento e índole moral; mas, em regra, uns e outros devem ser revelados à família”.

---

<sup>39</sup> Lei de Bases da Saúde, Base IV, n.º 1 e) in DR n.º195, I Série de 24/8/1990

<sup>40</sup> in Estatuto Hospitalar publicado no Diário do Governo de 27/4/1968 no decreto-lei n.º 48 357, capítulo VIII, Art. 85º no n.º 2.

Sabemos que a realidade dominante foge a estes critérios legais e são bastante frequentes as situações de doentes que, próximos do fim de vida, ainda desconhecem quer o diagnóstico, quer o prognóstico. A confirmá-lo diz Lourenço Marques:

Na maioria dos casos, vem alguém da família à frente, muitas vezes pedindo que não se comunique ao doente a sua situação (...) mesmo assim tentamos estabelecer comunicação com o doente. (...) Os doentes são muito evasivos. Além disso, mesmo já no final do percurso da doença, constata-se que têm muito pouca informação. A experiência diz-me que quando há informação, a morte é mais serena. O conhecimento com alguma profundidade da situação clínica própria, leva a uma tranquilidade acrescida e a encarar a morte como um alívio. (Marques 2000, p.15)

Parece-me oportuno reforçar a opinião dos vários autores (Veja e Baza 1991; Gómez-Batiste 1996; Astudilho e cols. 1995) que entendem necessário e conveniente difundir nos hospitais e em toda a relação médico-doente a mentalidade em prol da veracidade, eliminando essas «*conspirações em silêncio*», em que alguns familiares pretendem a todo o custo ocultar ao doente o mal que sofre e em particular se se trata de adverti-lo da proximidade da morte, contando com a cumplicidade do médico. Ninguém tem o direito de mentir a um doente que séria e confiadamente pergunta pelo seu estado, roubando-lhe, desse modo, a possibilidade de decidir sobre a sua vida e enfrentar a sua morte.

No que respeita a terapêuticas inúteis, o consenso é, igualmente, muito difícil de conseguir. Sempre que um doente se aproxima da morte, em geral, o seu interesse pela ingestão de alimentos e ingestão hídrica diminui ou torna-se impossível, por razões que se prendem com o agravamento da sua situação patológica (por exemplo tumores gástricos ou intestinais). Nestas situações a questão que se coloca é se se deve recorrer à administração de fluidos e nutrientes por via artificial (endovenosa ou entérica). Este dilema coloca-se, todos os dias, a médicos e enfermeiros em meio hospitalar e na comunidade. É provavelmente um dos dilemas mais frequentes e menos debatidos, exigindo-se uma reflexão ética e deontológica para breve. Sob a égide de uma má *praxis* ou da acusação de negligência, os médicos investem e os doentes acabam os seus dias, com catéteres centrais, porque os edemas periféricos impedem o acesso venoso periférico e/ou uma sonda nasogástrica; os enfermeiros convictos de que estão a zelar por uma boa morte, cumprem essas prescrições e vigiam os balanços hídricos e nutricionais. A decisão está centrada num processo

obstinadamente curativo e não centrada na pessoa humana, no seu conforto, na sua qualidade de vida e no seu direito em recusar esses tratamentos.

O princípio da beneficência ou da não maleficência aplica-se inteiramente, nesta matéria. “*Favorecer ou pelo menos não prejudicar*” é o verdadeiro aforismo hipocrático. A hidratação e nutrição entérica ou parentérica implicam maior desconforto e perda da qualidade de vida do que benefícios para o doente que se encontra em fase final de vida. (Sanz-Ortiz, 1998)

Robert Twycross acrescenta inclusivamente que a hidratação endovenosa e a nutrição artificial poderão ser prejudiciais, em certos casos.

Com a desidratação diminui o volume urinário, menos necessidade de urinar e menos episódios de “cama molhada”. Diz-se que a redução de secreções pulmonares diminui a tosse, a sensação de asfixia e sufoco e a necessidade de aspirar as vias aéreas. Da mesma maneira, a diminuição das secreções gastrointestinais resulta em menos episódios de vômitos em doentes com obstrução intestinal. A dor também pode diminuir devida à redução do edema que rodeia as massas tumorais.

A hidratação endovenosa também tem efeitos psicológicos negativos (...) actua como uma barreira entre familiares e doentes (...)é mais difícil abraçar alguém conectado a um tubo de plástico e as enfermeiras tendem a distrair-se mais dos aspectos humanos e a controlar o balanço de líquidos e da química sanguínea. (Twycross 2000, p.39)

Relembro que nos estamos a referir a doentes em fim de vida, não devendo este tipo de tratamentos ser negados a doentes que deles precisem e portanto, tal decisão depende exclusivamente da fase da doença e dos objectivos estabelecidos para o tratamento (curativos ou paliativos).

Quanto à angústia revelada pela maioria dos familiares perante o facto do seu familiar doente não ingerir alimentos e água, é perfeitamente legítima e cabe ao enfermeiro (e restantes profissionais) estabelecer um diálogo e uma relação profunda procurando discutir com eles quais os sentimentos que tais medidas lhes provocam, explicando-lhes racionalmente os objectivos, os fundamentos e os convenientes para o doente, dessa decisão; a unidade básica de tratamento em cuidados paliativos é o doente e família e todos os objectivos da actuação devem ser discutidos em conjunto.

A sedação do doente a pedido dos familiares é outro dos acontecimentos, igualmente frequente, na fase final da vida. Muitas vezes, alguns familiares consideram que já viram muito, já não podem tolerar mais perguntas e mais angústia e sofrimento. “*Ao menos dêem-lhe um calmante para ele não sofrer nem perceber que vai morrer*”. É eticamente incorrecto sedar um doente, que não o

solicita, somente a pedido da família e portanto não deve ser realizado. Vários direitos estariam a ser violados.

Os dilemas bioéticos colocados em cuidados paliativos: comunicação e informação ao doente e família; consentimento informado; direito à autonomia e autodeterminação; ordem de não ressuscitar, terapêuticas inúteis e eutanásia são hoje, à custa de sondagens e de muitos trabalhos jornalísticos, bastante debatidos nos *media* e nos meios científicos, mas joga-se com a ambiguidade das palavras e alimenta-se a confusão em torno das práticas. Acima de tudo, fazemos crer que há apenas uma alternativa ao sofrimento extremo, abreviar o momento da morte.

É um dever dos profissionais de saúde (em particular, dos enfermeiros) estarem eticamente esclarecidos, agir em conformidade com esses princípios e ajudar a esclarecer todos os que deles dependem, na prestação de cuidados, daí a importância nítida da formação, desde o nível pré-graduado.

## 4 – DOR CRÓNICA: A MAGNITUDE DO PROBLEMA

Neste capítulo darei relevo a diferentes incursões históricas, colocando em evidência um percurso e evolução dos conceitos de dor e a sua expressão quantitativa. Antes, entendi começar por citar algumas ideias que são, elas mesmas, retratos fiéis dessa mesma evolução, deixando antever que, quer no passado, quer nos dias de hoje, ainda existem atitudes profundamente enraizadas na cultura médica e não só, que impedem evoluir no tratamento da dor e vencer os mitos ligados à farmocod dependência, da abreviação da morte pela temível insuficiência respiratória.

De acordo com Lobo Antunes, o médico ‘*comum*’ não sabe tratar a dor por, entre outras razões, ignorar o uso eficaz de analgésicos e temer, de forma injustificada a sobredosagem e o risco de habituação (Antunes, 1977).

Sobral de Campos, sobre este assunto, refere-se assim ao ensino de enfermagem:

Na década de 70, numa Escola de Enfermagem de Lisboa, era dito aos futuros enfermeiros que a morfina só em pequenas doses e apenas aos doentes cancerosos, em estadio terminal, sob pena de estarmos a contribuir para a toxicod dependência, sem esquecer a temível depressão respiratória, capaz de fazer perigar a vida do paciente (Campos 2001, p.7).

De facto, tememos que este tipo de informações ainda hoje, possam ser transmitidas aos alunos de enfermagem mas, pelas práticas observadas em hospitais e centros de saúde, é igualmente provável que também o sejam aos alunos de medicina. Como confirma o autor citado, no mesmo artigo, ao reconhecer que nas Faculdades de Medicina não é conferida nenhuma formação específica sobre dor e também se verificar algum déficit a esse nível. Sem dúvida que estas constatações apenas confirmam a imperiosa necessidade de investir seriamente na formação pré-graduada de enfermeiros e médicos sobre o tema.

A dor convencional faz parte dum sistema de alarme do corpo. Cumpre uma função importante, dita até ‘saudável’. Alerta-nos para o facto de que alguma coisa está a comprometer a nossa integridade. Aniquila o bom humor, mesmo que apenas doa um ombro, tudo dói. É uma sensação que se generaliza, compromete o corpo, afecta a mente, altera todo o nosso comportamento.

Desde o ponto de vista fisiopatológico a dor é valorizada como um sinal de especial importância diagnóstica em virtude das características particulares com que se apresenta. Em certas circunstâncias a dor constitui, ela própria, uma entidade patológica própria que exige tratamento específico (Gonzalez Barón, 1996).

A dor é considerada como uma resposta neurofisiológica muito complexa, que se diferencia notavelmente de qualquer outra experiência sensorial. Entende-se como a percepção da nocicepção e esta define-se como a actividade produzida no sistema nervoso por efeito de estímulos que real ou potencialmente lesionam os tecidos. A experiência ou vivência dolorosa consta de dois componentes. Um é propriamente sensorial, através dele que se detectam as características do estímulo nociceptivo e que permite precisar a sua localização, intensidade, modificação temporal, etc. É o elemento objectivo básico da sensação dolorosa (*algognosia*<sup>41</sup>); o outro é de ordem afectivo-emocional (*algotimia*<sup>42</sup>), que se apresenta com carácter desagradável e que também tem um substrato morfofuncional específico no sistema nervoso central. Este componente determina uma alteração de comportamento que conduz a uma série de modificações motoras, posturais ou de hábitos, orientados para deter ou diminuir a dor, tão rápido quanto possível e de qualquer modo. Em determinadas circunstâncias dá lugar a reacções depressivas, de ansiedade, medo e isolamento (Gonzalez Barón, 1996).

Associada à dor crónica está, em geral, a depressão, entre outros transtornos psíquicos. As teorias biológicas sugerem que a dor crónica e a depressão podem partilhar vias fisiológicas comuns. Perturbações dos sistemas noradrenérgicos e serotoninérgicos estão habitualmente implicados na etiologia das perturbações do humor. Estes mesmos neurotransmissores têm sido implicados na modulação da percepção dolorosa. Os estudos de doentes com dor crónica já instalada e com todos os efeitos deletérios desta, não conseguem diferenciar os antecedentes da dor crónica dos seus concomitantes e consequentes (Paulino, 1994).

---

<sup>41</sup> Algo do conhecimento

<sup>42</sup> Algo da vida, da alma

Pelo facto de a dor ser uma experiência única, uma sensação íntima e pessoal, é impossível conhecer com exactidão a dor do outro. Assim, pela diversidade das experiências dolorosas, explica-se porque tem sido impossível, até hoje, encontrar uma definição definitiva e satisfatória da dor. Recentemente foram apresentadas três definições de dor<sup>43</sup>:

Sternbach (1969) *“uma sensação pessoal íntima do mal; um estímulo nocivo que assinala uma lesão tecidual actual ou eminente; um esquema de reacção destinado a preservar o organismo do mal”*; nesta definição confundem-se causa com experiência.

Moncastle (1980) declara que *“a dor é a experiência sensitiva provocada pelo estímulo que lesa os tecidos ou ameaça destruí-los, experiência definida introspectivamente por cada um, como o que o magoa”*, assume e valoriza, sobretudo a lesão física em si mesma e ignora a dimensão afectiva, a motivação e a cognição, como partes integrantes da experiência.

Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (Merskey e col. 1979) a dor é definida como *“uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual actual ou potencial ou descrita como tal lesão, ou ambas”*. A dor é sempre uma experiência subjectiva. A dor não é o mesmo de sofrimento. O sofrimento é a vivência da dor em cada pessoa (Lopez Imédio, 1998). Tem grande influência na qualidade de vida, interferindo a nível do funcionamento físico, psicológico e social. É temida por muitos doentes, mais do que a própria morte.

Se temos dores, estamos doentes, a sociedade trata-nos como tal, torna-se imperativo um tratamento, ao qual se adere de imediato. Se a dor persiste e se, concomitantemente, existe uma doença incurável que progride, com frequência se diz ao doente *“já não posso fazer mais por si”*. A situação torna-se aparentemente insolúvel à medida que o tratamento da doença – e o alívio dos sintomas – é abandonado (Diamond e Conian, 1997). Este constitui o quadro mais real e frequente, nos dias de hoje, em Portugal.

Apesar dos grandes avanços técnicos e científicos verificados, nos últimos anos, quer na compreensão, quer no tratamento, a dor continua a ser uma

---

<sup>43</sup> A Dor e Controle do Sofrimento (s/a). Revista de Psicofisiologia.  
In <http://www.icb.ufmg.br/iff/revista/monografia2a/cap1.html>

evidência penosa sendo o doente oncológico uma das maiores vítimas desta realidade. Apesar de dispormos de armas terapêuticas quase definitivamente eficazes, a dor oncológica continua, em muitos casos a não merecer a atenção devida.

Em inúmeros países do mundo, mesmo os mais desenvolvidos, a incapacidade dos médicos em tratar a dor e o sofrimento de muitos doentes constitui uma séria violação da ética e dos direitos humanos. Tal como foi denunciado por Margaret A. Somerville, no 7º Congresso Mundial sobre Dor, realizado em Paris, em 1993 (Marques e Portela 1994, p.81).

Segundo os mesmos autores, todos os anos são diagnosticados no mundo cerca de 6,4 milhões de novos casos de cancro dos quais 4,3 milhões vêm a falecer. Quando se considera a evolução da doença no seu conjunto, Bonica demonstrou que 51% destes doentes apresentam dor, sendo a prevalência deste sintoma, no cancro avançado e metastático, da ordem dos 74%, estima-se que 3,5 milhões de doentes oncológicos, em cada ano, sofram de dor relacionada com a doença e sabe-se igualmente que apenas uma pequena parte recebe tratamento adequado.

Calcula-se que mais de 50% dos doentes dos países desenvolvidos tem dor não controlada, não havendo dados quanto ao que se passa nos países em vias de desenvolvimento (Gonçalves, 1999).

De acordo com a OMS, cerca de 50% dos casos de cancro são curáveis à data do diagnóstico. Posteriormente, e durante a doença, 10 a 20% dos casos tratados vêm a mostrar-se incuráveis. Como conclusão ressalta que cerca de 2/3 de todos os doentes oncológicos necessitam, em tempo variável, de alguns meses a anos, de cuidados paliativos para tratamento da dor (presente em cerca de 60 a 90% dos casos) e de outros sintomas incómodos (Bernardo, 1999).

A incidência da dor neoplásica varia com a localização do tumor. Uma das causas mais comuns da dor oncológica é a invasão óssea, quer pela lesão primária, quer pelas metástases. Um segundo grupo é causado pela compressão ou infiltração das raízes, dos troncos ou dos plexos nervosos; é uma dor lancinante e pode acompanhar-se por outros distúrbios sensitivos e motores. Outras causas indirectas de dor são a oclusão de veias, artérias, a obstrução de vísceras ocas, o edema no interior de certos órgãos maciços, como o fígado e o baço.

Quadro 4  
Incidência da dor segundo a localização do tumor

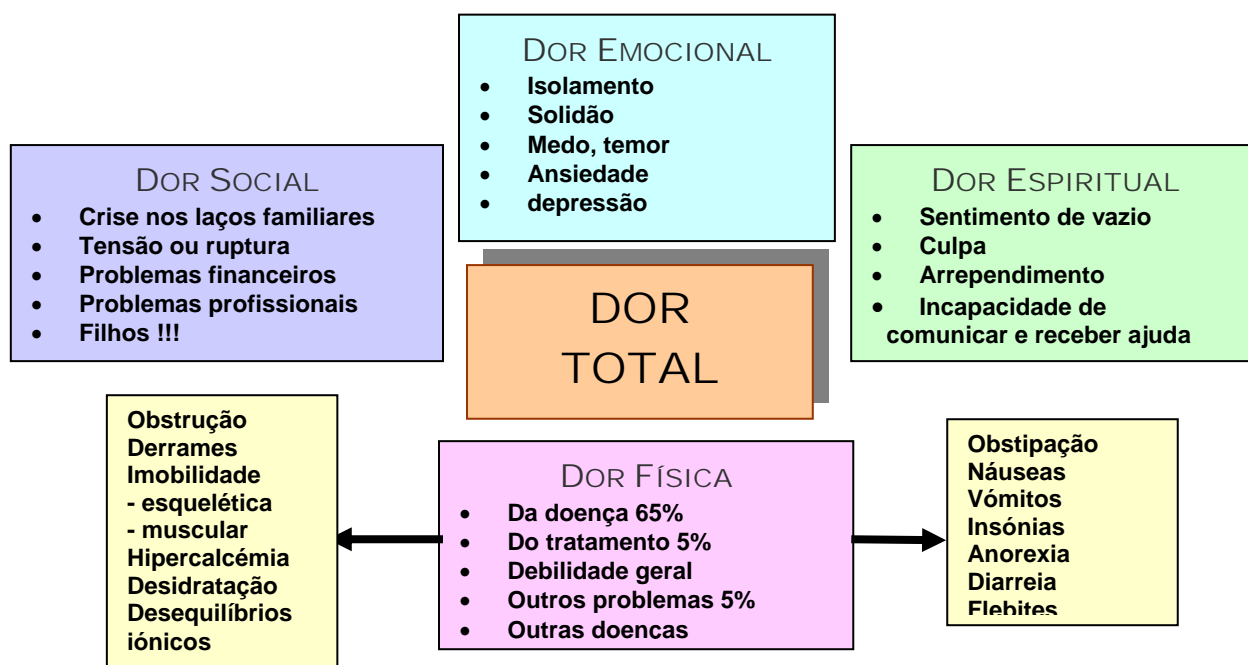
Localização	Incidência de Dor %
Osso	85
Cavidade oral	70-90
Estômago	70-75
Pâncreas	70
Cólon e Recto	50-90
Cérvix e Ovário	70-90
Mama	55-85
Genito-urinário	70-75
Linfoma	20
Leucemia	5

Fonte: Marques, António Lourenço e Portela, J. Luís (1994)  
«Dor Oncológica» in Dor Crónica Rebelde, Lisboa: Ed. Permanyer Portugal

No que diz respeito à dor, as indicações da OMS são precisas. O programa global prevê a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e alívio da dor, em que uma das premissas mais importantes é *avaliar antes de tratar*.

Em cuidados paliativos a dor é o principal sintoma a ser abordado e tratado, pois influencia negativamente todas as outras dimensões do indivíduo, a dor é total, física, psicológica, social e espiritual, como tal a abordagem é obrigatoriamente multidimensional. Por este motivo, é fundamental que se faça uma avaliação correcta e o mais completa possível do doente com dor.

Figura 1 – Esquema da Dor Total



Tanto médicos, como enfermeiros devem estar habituados a conhecer e distinguir os vários tipos de dor, considerando nessa avaliação os aspectos psicossociais e espirituais.

De entre as características fundamentais que há a identificar estão: tipo de dor e suas qualidades, a localização, irradiação, intensidade, os factores que a aumentam ou aliviam, a duração e intervalos e todos os factores que possam ser responsáveis pela sua agudização ou exacerbação. Não é possível prescrever e administrar medidas farmacológicas sem antes conhecer com clareza estes aspectos e, fundamentalmente, conhecer o doente.

Os profissionais de saúde devem estar convictos de que a dor crónica, seja em que tipo de doente, pode e deve ser tratada; assim proclamou a OMS, ao recomendar a escada analgésica da dor, garantindo o alívio substancial da dor em 80%, desde que cumpridas todas as regras preconizadas nessa atitude terapêutica. Para isso apela para a formação, desde o nível pré-graduado e treino específico, nesta área e domínio da ciência médica, em consonância com esse apelo orientou-se este estudo para a etapa seguinte: *qual a formação pré-graduada em enfermagem sobre dor crónica?*

## 5 – FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS: AS RECOMENDAÇÕES CURRICULARES INTERNACIONAIS

Existem recomendações curriculares, para os diferentes graus de formação e para diferentes grupos profissionais, produzidos por diferentes organizações internacionais. Dada a sua sistematização e organização são facilmente adaptáveis à realidade portuguesa. Estes modelos de formação, no contexto da sociedade portuguesa, ainda se encontram sedimentadas no plano das intenções político-ideológicas, faltando a necessária e urgente implementação prática. Como diz Isabel Neto:

É importante que as instituições de saúde encarregues da formação dos técnicos de saúde no nosso país reconheçam que os conhecimentos em cuidados paliativos estão já padronizados e que elaborações curriculares “excessivas e pretensamente originais” poderão atrasar ainda mais a difusão e consolidação dos princípios dos cuidados paliativos. (Neto 2000, p.26)

Embora perfeitamente padronizados e internacionalmente reconhecidos, em Portugal estamos a iniciar os primeiros passos nesta área. No ensino de enfermagem, não existe uniformidade nos conteúdos, na atribuição do número de horas, nem na situação dos conteúdos na estrutura curricular. A disparidade entre escolas é enorme, mas pior do que isso, a dor crónica e cuidados paliativos não estão a ser suficientemente valorizados nos planos curriculares e os novos enfermeiros saem mal preparados neste domínio do saber. Esta foi a convicção inicial ao partir para a concretização deste trabalho.

Orientei e estruturei este trabalho sempre numa dupla perspectiva pedagógica: primeiro conhecer a formação actual, para depois propor, justificando a pertinência de uma proposta de alteração curricular.

Neste capítulo, apresento em síntese, os principais documentos consultados e algumas das recomendações internacionais e que sustentam a proposta curricular explicitada no capítulo 6.

*Documento1* - A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) publicou, em Março de 1993, um relatório de recomendações, resultado de vários *workshops* de um comité de peritos, relativas à formação e educação em

Medicina Paliativa. Embora mais dirigido a médicos, uniformiza atitudes e objectivos pretendidos, definindo e configurando a filosofia, que já conhecemos e descrevemos nos primeiros capítulos;

*Documento 2* - A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define num texto muito objectivo as linhas para o currículo sobre Dor para as Escolas de Enfermagem;

*Documento 3* - A American Association of Colleges of Nursing propõe um programa e as recomendações necessárias para cuidar doentes em fim de vida;

*Documento 4* - A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos reconheceu, no seu longo percurso dedicado à formação, atenção preferencial à docência e no último congresso (1999) reclamou a necessidade de incorporar progressivamente a formação em Medicina Paliativa nos cursos pré-graduados dos profissionais de saúde. No documento consultado, estão presentes as finalidades, conteúdos, duração e metodologia para os diferentes níveis de formação;

*Documento 5* - A Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica elaborou um relatório com o currículo essencial para um curso de pós-graduação em enfermagem oncológica, embora se reporte a um nível mais avançado de formação, reúne características de estrutura e filosofia muito interessantes que auxiliaram no trabalho de síntese para um plano curricular tipo.

*Documento 6* - Robert Becker publica no European Journal Of Palliative Care (2000;7 (3)) as competências em Enfermagem Paliativa;

*Documento 7* - Mattos Pimenta e seus colaboradores realizaram uma pesquisa muito idêntica ao presente estudo e publicaram as principais conclusões em 2001, deixando também algumas das linhas orientadoras para este nível de formação, que quisemos valorizar para a proposta final;

*Documento 8* - Da OMS valorizámos as estratégias para o próximo milénio, no controle do cancro: papel da educação, publicado em 2001;

*Documento 9* - V - *Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiras da OMS*

Da análise exaustiva destes documentos, da sua síntese e conseqüente adaptação à realidade do ensino de enfermagem em Portugal, constituíram um contributo importante para a proposta final. Antes porém, entendi que a apresentação das recomendações propostas e linhas curriculares orientadoras que mais valorizei

para a construção dessa proposta, enriqueceria o leitor mais interessado e poderá, em certa medida, justificar e explicar algumas das opções tomadas.

De seguida irei expô-las, e, sempre que possível, identificando a sua origem, os pressupostos de partida, os princípios, os objectivos e competências a alcançar, os conteúdos e sua situação curricular. Na tradução dos documentos consultados em língua inglesa, utilizei como auxiliar de tradução o programa Globallink Power Translator 6.4.

### *I - Metas Específicas para um Currículo em Cuidados Paliativos da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC)*

Do relatório da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) apenas indicamos as metas específicas (objectivos) para um currículo em Cuidados Paliativos enunciadas no início do documento, já que as recomendações curriculares específicas se dirigem mais aos médicos (de família/clínicos gerais). Assim se destacam:

#### a) Atitudes

- demonstrar aos estudantes e médicos que o processo terapêutico envolve mais do que um diagnóstico e um tratamento que inverta a fisiopatologia da doença e que esta é um estado complexo com elementos físicos, psicológicos e sociais;
- demonstrar o carácter multidisciplinar da Medicina Paliativa;
- demonstrar atitudes preventivas de modo a evitar problemas físicos, psicológicos e sociais;
- enfatizar que toda a intervenção deve estar centrada nas necessidades do doente, nos seus desejos e convicções, assegurando sempre que possível, que o controle seja baseado nas suas decisões;
- ajudar os estudantes e os médicos a identificar as suas próprias atitudes face à morte, identificar e respeitar as atitudes da família;
- permitir aos estudantes e médicos entender que a unidade básica de tratamento é a família e considerar o impacto da doença no grupo familiar;
- demonstrar como o impacto e interpretação da doença dependem de atitudes pessoais, recorrendo a exemplos que harmonizem os vários modelos médicos

europeus de tratamento com diferentes valores culturais e espirituais de doentes e famílias;

- envolver os estudantes em discussões de diferentes aspectos éticos do tratamento, inclusive eutanásia, reanimação, veracidade, paternalismo, tratamentos invasivos e agressivos *versus* tratamento paliativo; doentes incapazes de decidir; justiça no sistema de tratamento médico e estratégias para solucionar assuntos éticos;

#### b) Conhecimentos

- descrever a fisiopatologia e sintomas comuns de doença crónica avançada e sugerir tratamento farmacológico e técnicas não farmacológicas para combater esses sintomas;
- ajudar os estudantes a identificar os vários modelos organizacionais de cuidados paliativos e a relação dessas estruturas com sistema de saúde existentes, inclusive os recursos da comunidade disponíveis para doentes crónicos avançados e suas famílias;
- descrever as reacções possíveis à dor e algumas técnicas para prevenir o desenvolvimento de reacções patológicas do doente e família;

#### c) Habilidades

- permitir aos estudantes integrar conhecimentos de outras profissões para avaliar criticamente dados clínicos, testes diagnósticos e fornecer literatura para ajudar nas decisões de iniciar ou parar certas investigações ou terapias;
- ensinar várias técnicas de comunicação com doentes e famílias, como também como e porquê estas técnicas devem ser reajustadas, com base nas características pessoais, educacionais e culturais do doente e família;

## ***II - Currículo sobre Dor para as Escolas de Enfermagem da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)<sup>44</sup>***

### *Pressupostos*

1. Dor é um fenómeno complexo, multidimensional, requerendo uma avaliação baseada num conhecimento actualizado;

---

<sup>44</sup> Tradução livre feita com o auxílio do programa Globallink Power Translator 6.4

2. É necessário um conhecimento subsidiário proveniente, directa e indirectamente, de várias disciplinas;
3. A enfermeira é um dos profissionais de saúde que mais se relaciona com o doente na comunidade, hospitalizado e em situação de ambulatório;
4. Encontra-se numa situação privilegiada na avaliação inicial do doente com dor, do seu impacto no doente e família, na implementação da intervenção terapêutica, usando todos os recursos disponíveis e na avaliar da eficácia da mesma;
5. É esperado que a enfermeira receba formação sobre dor crónica, no nível pré-graduado, como resultado do seu papel central e da sua responsabilidade na avaliação e controle da dor, epidemiologia, variáveis que influenciam o limiar de dor, actualização dos métodos farmacológicos e não farmacológicos;
6. O sucesso do controle depende mais do cuidado do que da cura;
7. Se os profissionais de saúde não puderem eliminar a dor, as enfermeiras podem minimizar o sofrimento associado;
8. A implementação deste currículo depende das habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal;
9. O doente deve ser incluído no processo de tratamento e cuidado e devem ser incentivadas as suas habilidades de “advocacia”;

### *Princípios*

- I. A Dor é vista como uma experiência multidimensional, inclui componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais, culturais e todos os que podem influenciar a percepção e resposta à dor;
- II. A dor deve ser adequada e regularmente avaliada em modos sistemáticos e avaliação deveria ser considerada como uma parte necessária do controle;
- III. A avaliação e controle, aspectos integrantes dos cuidados de enfermagem, devem incluir sempre o doente, de modo contínuo;
- IV. Devem ser registadas as avaliações e as medidas de controle, servindo estas de guia para actuações sequenciais e não como um fim (rever, rever, rever...).

### *Objectivos do Programa/Curso (IASP):*

1. Conceptualizar dor como um distinto e frequente problema humano na prática de cuidados, independente da idade, do género e do nível cultural;

2. Descrever e compreender um conhecimento actual de anatomia, fisiologia, farmacologia e psicologia da dor;
3. Distinguir os vários tipos de dor;
4. Descrever as influências potenciais de variáveis como tensão, ansiedade, medo, fadiga na percepção e resposta à dor;
5. Descrever os componentes sensoriais, cognitivos, afectivos e comportamentais de dor;
6. Conhecer os papéis da família e da cultura no desenvolvimento de atitudes face à dor;
7. Descrever e utilizar instrumentos de avaliação comuns para medir a dor percebida e para testar a sua validade e utilidade, em diferentes situações;
8. Descrever intervenções actualizadas e correntemente usadas para alívio da dor;
9. Reconhecer que o controle da dor envolve tratamento de múltiplas dimensões da experiência vivida;
10. Descrever e utilizar os métodos mais comuns, avaliar a sua eficácia e os efeitos colaterais: farmacológicos e não farmacológicos;
11. Conhecer farmacodinâmica, propriedades farmacocinéticas dos mais comuns agentes farmacológicos, inclusive o sinergismo;
12. Demonstrar habilidades específicas de enfermagem, usando técnicas comuns para controle da dor;
13. Desenvolver e avaliar protocolos de actuação em conjunto com os doentes;
14. Avaliar as suas convicções pessoais, assim como de outros profissionais, em relação ao controle da dor na prática clínica;
15. Avaliar intervenções específicas de enfermagem, relacionando teoria e a prática com resultados de pesquisas .

### *Programa / Linhas gerais do currículo*

#### *I. Introdução*

- A. Magnitude de problema - epidemiologia
- B. Impacto pessoal, familiar e social
- C. Assuntos Éticos, legais, e políticos
- D. Considerações sobre experiência de Vida
- E. Facilitadores e barreiras para a avaliação e controle da dor (paciente, família, profissionais de saúde, instituições, sociedade)

## *II. Definições de dor*

- A. Tipos de dor (aguda, crônica e de câncer)
- B. Diferenciação entre dor, nocicepção, sofrimento, e comportamentos de dor
- C. Conceito Unidimensional vs multidimensional da dor
- D. Evolução de teorias de dor

## *III. Dor como um fenómeno de multidimensional*

- A. Dimensão Fisiológica - mecanismos de neuronal de dor
  - 1. mecanismos periféricos de dor
  - 2. processo de chifre dorsal
  - 3. Vias ascendentes centrais
  - 4. modulação de dor - ascendente e descendente
  - 5. consequências fisiológicas e patológicas da dor não aliviada
- B. Dimensão Sensorial
  - 1. local
  - 2. intensidade
  - 3. qualidade
  - 4. padrão temporal
- C. Dimensão Afectiva
  - 1. influência de emoções negativas
  - 2. influência de emoções optimistas
  - 3. consequências afectivas de dor, inclusive sofrimento,
- D. Dimensão Cognitiva
  - 1. influência de convicções pessoais e atitudes e significados na dor e que a condição médica associou com a dor (se presente)
  - 2. ego-eficácia, controle de *ego*, *locus* de controle,
  - 3. representação/experiência de dor/atributos de dor
  - 4. impacto de convicções espirituais, culturais, e família em respostas cognitivas na dor
- E. Dimensão Comportamental
  - 1. resposta aos stressores (situacionais, desenvolvimento)
  - 2. comportamentos de expressão de dor
  - 3. comportamentos de controle de dor
  - 4. comportamentos habituais para prevenir a dor
- F. Dimensão de Psicopatológica (dor como um sintoma de doença psiquiátrica)

## *IV. Medida de dor e Avaliação*

- A. Conveniência, validade e grau de confiança dos métodos de avaliação da dor, para grupos de idade específica e contexto clínico
- B. Métodos de Unidimensional (fisiológico, de comportamento, ego-relatório)
- C. Métodos de Multidimensional
- D. Registrar as avaliações e medidas da dor

## *V. Gestão da Dor Aguda, Crónica não maligna e Dor Maligna*

- A. Objectivos Terapêuticas (o paciente, família, profissional de saúde, sociedade)

B. Estratégias Farmacológicas - papéis interdependentes- incluir os pacientes bem como a enfermagem, medicina, psicologia, e outras disciplinas; incluir início da acção, efeito máximo e duração de efeitos)

1. conceitos e preconceitos dos pacientes
2. agentes antiinflamatórios não esteróides
3. opióides sistémicos e espinhal (inclua efeito de adição, dependência, e tolerância)
4. anestésicos locais
5. outras drogas (anticonvulsivantes, antidepressivos, os agentes de antineoplásicos)
6. métodos de absorção de medicamentos
  - a. entérica
  - b. parenteral
  - c. dispositivos de infusão
  - d. PCA
7. aspectos específicos da idade

C. Estratégias não farmacológicas - papéis interdependentes: incluir os pacientes bem como a enfermagem, medicina, psicologia, e outras disciplinas.

- 1.estratégias físicas (exercício, posicionamento, apoio, toque terapêutico, massagem, colchão especial, hidroterapia fria e quente, etc.)
- 2.estratégias psicológicas e de comportamento (psicoterapia, terapia de comportamento, técnicas de relaxamento, hipnose, estratégias de aproximação, controle do stress, terapia e aconselhamento familiar, grupos de ego-ajuda, música, humor, biofeedback).
- 3.neuroestimulação(estimulação nervosa transcutânea, acupunctura, excitação de epidural, estimulação cerebral e da espinhal medula)
- 4.estratégias de neuroablativas (bloqueio nervoso, técnicas de neurocirurgia)
5. radioterapia (dor de câncer)

D. Controle Multimodal e multidisciplinar da dor

1. papel de cada disciplina
2. contribuição sem igual da enfermeira
3. cuidados paliativos, inclusive hospício e cuidados no domicílio
4. ensino e educação do paciente
- 5.integração e coordenação dos cuidados

E. Monitorizar e controlar os efeitos desejados e colaterais das estratégias de controle de dor (cuidados continuados)

1. avaliação continuada do efeito terapêutico e necessidades dos pacientes
2. avaliação continuada dos pacientes e da reacção familiar ao tratamento

*VI. Impacto de dor e de dor não aliviada*

A. Impacto de dor aguda na recuperação de cirurgia ou doença

B. Impacto da dor crónica maligna e não maligna

1. o indivíduo (físico, psicológico, vocacional, socioeconómico)
2. a família (papéis, relações, psicológicas, socioeconómico)

C. Resolução da dor e prognóstico de cronicidade

*Conclusões:*

- a) este programa curricular é proposto para Escolas de Enfermagem, para o primeiro nível de formação de enfermeiros;
- b) não especifica número de horas, nem o ano lectivo ou disciplina em que deve ser incluído. Pela sua extensão, profundidade e complexidade considere que o número mínimo de horas necessário será de  $\pm 20$  horas;
- c) poderá ser incluído no ano lectivo em que se abordem os fundamentos de enfermagem, os cuidados diferenciados ou a pessoa em situação de doença, de acordo com o plano curricular de cada escola. No entanto considero que se deve situar numa fase inicial do curso, para ajudar o aluno a compreender a pessoa com dor, a identificar os seus principais problemas e dificuldades, a reflectir as práticas, a despertar neles a consciência ética, sustentando a sua acção na compreensão empática, ao mesmo tempo que desenvolve competências técnicas para avaliar e aliviar a dor.

***III - Competências e Currículo sobre Cuidado no Fim-de-Vida, para as Escolas de Enfermagem, da American Association of Colleges of Nursing***<sup>45</sup>

A *American Association of Colleges of Nursing*, apoiada pela fundação Robert Wood Johnson, propõe um programa e recomenda as competências necessárias para cuidar doentes em fim de vida, em conformidade com as recomendações do *International Council of Nurses* de 1997, o qual destaca a situação impar da enfermeira nesta área da prestação de cuidados.

*Pressupostos*

1. O envelhecimento demográfico da sociedade americana;
2. O reconhecimento dos limites e o uso impróprio de recursos tecnológicos e as preocupações de prestar cuidados de qualidade;
3. O número crescente de pedidos de suicídio assistido (eutanásia), as apreensões da população quanto ao sofrimento e o aumento das despesas com a morte, associadas ao prolongamento artificial e desnecessário da vida,

---

<sup>45</sup> <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>

contribuíram para um interesse renovado em relação com a humanização dos cuidados em fim de vida;

4. A consciência do sucesso crescente dos hospícios, como um modelo alternativo de cuidados, serviu como catalisador para a integração dos cuidados paliativos nos modelos tradicionais de prestação de cuidados;

### *Princípios*

1. As pessoas vivem até ao momento da morte;
2. Os cuidados devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar;
3. Tais cuidados devem ser coordenados, sensíveis à diversidade, prestados de forma permanente;
4. Deve valorizar as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente e família;
5. A preparação e formação das enfermeiras deve alicerçar-se nestes princípios fundamentais; a preparação e a formação das enfermeiras, no cuidado em fim-de-vida tem sido negligenciado e desvalorizado nos *curricula*;
6. Dado que a prestação de cuidados é multidisciplinar é fundamental que a formação resulte da complementaridade de várias disciplinas;

*Competências de Enfermagem - Necessárias para cuidar o doente em fim-de-vida e sua família -*

1. Reconhecer a dinâmica e alterações demográficas da população, da economia da saúde e das necessárias actualizações na formação para prestar cuidados de qualidade, no fim-de-vida;
2. Promover cuidados de conforto no morrer, como parte integrante dos cuidados de enfermagem, uma habilidade activa, necessária e importante;
3. Comunicação eficaz e empática com o doente, família e equipa de cuidados;
4. Reconhecer as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expectativas em relação à morte e a diversidade individual, cultural e espiritual que existe a nível destas crenças e tradições;
5. Demonstrar respeito pelas perspectivas e desejos do doente durante o cuidado de fim-de-vida;

6. Ao prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim-de-vida colabore com a equipa multidisciplinar;
7. Usar instrumentos standartizados cientificamente testados para avaliar sintomas (por exemplo dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náusea, vómito) e alterações cognitivas, experimentadas pelos doentes em fim-de-vida;
8. Usar os resultados da avaliação dos sintomas e os conhecimentos actuais (o estado da arte) das abordagens tradicionais e complementares, para planear e intervir;
9. Avaliar o impacto das terapias tradicionais, complementares e técnicas – centrado nos resultados;
10. Avaliar e trate dimensões múltiplas, incluindo físicas, psicológicas, sociais e espirituais, melhorando a qualidade do fim-de-vida;
11. Assistir o doente, família e amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento, dor e perdas;
12. Aplicar os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos (dilemas) nos cuidados em fim-de-vida, reconhecendo a importância dos valores pessoais, códigos profissionais e decisões do doente;
13. Identificar os obstáculos e facilidades na mobilização de recursos para o doente e seu cuidador;
14. Demonstrar competências na implementação de um plano de cuidados de fim-de-vida de qualidade, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo;
15. Aplicar os conhecimentos e resultados de pesquisas em cuidados paliativos na prestação de cuidados em fim-de-vida e na formação;

*Nota dos autores:*

O objectivo de apresentar estas competências é ajudar os pedagogos (professores) de enfermagem a incorporar estes conteúdos no currículo de enfermagem; este documento tem em conta que poucas escolas de enfermagem podem oferecer um curso em cuidados de fim-de-vida excepcional; então este documento oferece uma abordagem em que se inclui o conteúdo fim-de-vida no currículo já existente; Embora existam modelos curriculares diferentes, diferentes

designações das unidades curriculares, estes conteúdos podem ser incluídos em diversas áreas.

*Áreas-conteúdo* (de saber) onde as competências podem ser ensinadas:

### 1 – Avaliação da Saúde

Aqui devem ser ensinados aos estudantes instrumentos de avaliação standardizados para problemas comuns no fim-de-vida; tais instrumentos podem incluir escalas visuais analógicas, escalas numéricas para quantificar a dor ou dispneia; como a avaliação de um sintoma inclui sempre a intensidade, esta é a oportunidade de discutir o valor destas escalas para avaliação inicial e de modo contínuo; valorizar os sintomas comuns no fim-de-vida, escalas de conforto do moribundo e indicadores de aproximação da morte (competência 7)

### 2 – Farmacologia

Os princípios da farmacologia no controle de sintomas, com especial enfoque para os cuidados paliativos, constitui uma parte importante do currículo; deve ser incluído neste conteúdos, conceitos de doses equianalgésicas e a discussão do impacto negativo, conceito e preconceitos no uso de opióides; avaliação e controle dos efeitos colaterais dos analgésicos, como obstipação, náuseas e vômitos. (competência 8)

### 3 – Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalhos de grupo sobre os efeitos psicológicos e mentais e de problemas de comunicação, constituem oportunidades valiosas para debater problemas do fim de vida, como por exemplo:

- comunicação com o doente e família; (competência 3)
- conhecer os desejos do doente e da família para o fim-de-vida; (competência 4)
- reconhecer as próprias atitudes do estudante, sentimentos e expectativas sobre a morte; (competência 5)
- preparar a família do doente para o seu declínio emocional e cognitivo; (competência 10)

- ajudar o doente, família e amigos a lidar com o sofrimento, dor, perdas e crise na família; (competência 11)

#### 4 – Gestão (prestação) de Cuidados de Enfermagem

Incluem, normalmente, fisiopatologia da doença e utilização de processos de enfermagem para ajudar os doentes na resolução de problemas associados com a doença; incluir objectivos específicos relacionados com os cuidados a prestar aos doentes em fim-de-vida, como:

- promover cuidados de conforto, como um serviço activo, desejável e importante; (competência 2)
- prestar cuidados, ao doente em fim-de-vida, colaborando com a equipa multidisciplinar; (competência 6)
- avaliar e controlar sintomas frequentes na fase final da vida de doentes com patologia cardíaca, pulmonar, renal, cancro, demência, imuno-supressão e outras condições que podem conduzir à morte; (competência 7 e 8)
- avaliar o impacto e os resultados em conjunto com o doente; (competência 8)
- cuidados em fim-de-vida com uso apropriado de tecnologia, como desejado pelo doente e sua família; (competência 8)

*Nota do autor:* cada faculdade deve integrar estes conteúdos no lugar mais apropriado dos seus cursos; por exemplo se a abordagem for corpo-sistema, deverá falar dos sintomas esperados em cada sistema, no fim da vida;

#### 5 - Conteúdo Ético-Legal

Trabalhos de grupo que ajudem os estudantes a identificar e avaliar as suas representações pessoais em relação à morte e como também o respeito pelas representações e valores do outro, deviam constituir conteúdos obrigatórios; (competência 4)

Incluir conteúdos ético-legais, tais como:

- Estado actual das leis federais sobre consentimento informado, ordem de não ressuscitar, etc.; (competência 2)
- Mitos e preconceitos mais comuns dos profissionais relativos ao fim-de-vida; (competência 12)

- Diferenças entre leis, políticas institucionais, valores pessoais, familiares, profissionais e éticos; (competência 12)

## 6 - Assuntos Culturais

O ensino da enfermagem inclui, de modo crescente, conteúdos relativos à cultura; devendo incorporar, nesses conteúdos, influências culturais nas atitudes, representações e convicções sobre a morte e o morrer nas culturas próximas; (competência 5)

## 7 - Investigação em Enfermagem

Incluir, nos cursos de investigação, exemplos feitos sobre cuidados paliativos e sobre abordagens da morte; por exemplo, vários estudos de enfermagem foram publicados nas áreas de avaliação e controle de sintomas, perda socio-familiar, qualidade de vida e abordagens de cuidados paliativos; (competência 15)

## 8 - Assuntos Profissionais / Cenários dos Cuidados de Saúde

Discussão sobre hospícios, como modelo-tipo de cuidados médicos, devia ser incluído no currículo; Cuidados no domicílio, o papel do familiar cuidador, papel da enfermeira no apoio ao familiar cuidador; bem como algumas abordagens em situações agudas e clínicas tradicionais, em cuidados paliativos; (competência 1, 10,11)

## ***IV - Competências e Currículo sobre Cuidados Paliativos, para as Escolas de Enfermagem, da Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL)***

### *Considerações Prévias:*

A SECPAL, empenhada em contribuir para uma maior difusão dos princípios dos cuidados paliativos, aponta alguns critérios que podem contribuir para otimizar todas as actividades formativas; tendo em conta as solicitações de orientação que tem recebido tanto de particulares como de entidades com competência na formação, faculdades, escolas de ciências da saúde, ministério

da saúde e, também, de outras sociedades científicas que incorporaram nos seus programas temas de medicina paliativa.

As sugestões não devem ser interpretadas como normas definitivas. São um primeiro passo na orientação e que se realiza num momento concreto depois de alguns anos de cursos formativos. São susceptíveis de melhorar em desenvolvimentos posteriores e terão em conta a experiência acumulada. Depois das considerações iniciais dos autores passamos a apresentar a sua proposta:

#### *IV a - SECPAL*

- Todos os profissionais de saúde quando terminam a sua formação universitária devem ter recebido formação elementar e obrigatória sobre Cuidados Paliativos. A SECPAL recomenda que esta formação chegue com as seguintes características:

*Conteúdos:* princípios e organização dos cuidados paliativos, tratamento da dor e controle de outros sintomas, aspectos psicológicos e comunicação, conceito de sofrimento na fase terminal, bioética e morte digna.

*Professores:* idealmente estes conteúdos deveriam ser leccionados por docentes com experiência clínica nas matérias a tratar;

*Momento:* parece conveniente que esta formação se realize durante os últimos anos do curso;

*Método:* dada a matéria a tratar recomenda-se uma docência interactiva, mediante exposições práticas e casos clínicos;

*Práticas:* é recomendável que o aluno tenha um contacto directo com doentes e famílias atendidos dentro de um programa específico de cuidados paliativos;

*Duração:* estima-se uma duração mínima desejável de um crédito docente teórico e um crédito docente prático;

A SECPAL propõe, de seguida, um programa para o nível pós-graduado e dentro desse, estabelece três níveis de formação segundo o critério da relação mais ou menos frequente do profissional de saúde com doentes em fase terminal ou o nível de interesse na busca de formação.

Considerámos, por essa razão, estas propostas para níveis mais avançados de formação, as quais poderiam ser incluídas no curso de enfermagem, nos últimos anos do curso, como disciplinas opcionais ou mesmo com carácter obrigatório, desde que correspondentes ao nível básico, a seguir explicitado.

#### **IV b SECPAL**

Nível básico: corresponde a profissionais com contacto esporádico com doentes em fase terminal

*Finalidade*: melhorar as atitudes face à problemática do doente em situação terminal e sua família;

*Objectivos*: os conteúdos de um curso básico devem dirigir-se, de modo equilibrado aos seguintes objectivos fundamentais:

- conhecer os princípios, possibilidades e organização dos cuidados paliativos;
- descrever as principais causas de desconforto no doente terminal;
- reconhecer a comunicação e da informação como parte do processo terapêutico;
- ser capaz de traçar uma estratégia terapêutica básica

*Duração*: seria apropriada uma duração entre 20 a 40 horas

*Formação Prática*: é desejável uma visita de contacto a um programa específico;

*Professores*: a maior parte dos professores terá experiência assistencial ou formação específica em programas de cuidados paliativos. É desejável que a formação seja multidisciplinar;

Nível Avançado: Dirigido a profissionais que desenvolvem ou vão desenvolver o seu trabalho habitual em equipas de cuidados. Os conteúdos são específicos para os diferentes grupos profissionais implicados no cuidados ao doente terminal;

A SECPAL é uma sociedade multidisciplinar e trabalha actualmente na elaboração de programas avançados dirigidos a enfermeiros, psicólogos, trabalhadores sociais, etc. No que respeita aos médicos o programa formativo terá as características de continuidade.

A finalidade destes programas avançados é capacitar os profissionais para realizar um trabalho com dedicação plena a um programa de cuidados

paliativos com responsabilidade de um grande número de doentes em avançados estado de doença oncológica ou não oncológica.

São definidos cerca de dez objectivos gerais e a duração prevista é a de dois a três meses. Por se tratar de uma proposta que vai mais além da proposta que desejamos construir, não a apresentarei detalhadamente.

*Comentário:*

- considero que as propostas IVa e IVb se encontram sistematizadas e são facilmente adaptáveis à realidade portuguesa;
- os cuidados relativos à avaliação e controle da dor e de outros sintomas poderiam ser mais aprofundados e enfatizados;
- a formação específica e a experiência prática dos professores, nesta matéria, é uma necessidade incontestável, mas não existindo estruturas e serviços de cuidados paliativos na maioria das sub-regiões de saúde do país, é de esperar que a maioria dos professores careça de experiência prática e assistencial, podendo indubitavelmente, ampliar a sua formação pessoal e profissional;
- o mesmo se adianta quanto às práticas dos alunos; apenas nos grandes centros urbanos e, pontualmente noutras regiões, se poderão ser concretizadas essas experiências.

#### ***V - Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiras da OMS (2001)***

A OMS publicou o livro, em 2001, *Nurses and Midwives for Health: WHO European Strategy for Nursing and Midwives Education* (para os Estados Membros) incluindo as directrizes da *Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiras*, fundamentada nas metas de saúde da *Saúde 21 (metas de saúde para todos)*, e orientado para uma estrutura e organização em conformidade com o Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS); este documento permite, fundamentalmente, definir metas e prioridades de saúde, estruturar e organizar a formação em enfermagem num mesmo “formato”, creditando-a numa base numérica e idêntica quantidade de trabalho, nos diferentes Estados Membros. Trata-se de um documento complexo e, essencialmente, muito completo e abrangente.

A Estratégia de Formação de Enfermeiras da OMS enuncia os princípios fundamentais da preparação inicial das enfermeiras (e parteiras)<sup>46</sup>, tendo em conta de que esses princípios irão influenciar a formação permanente das enfermeiras, que já exercem a sua profissão. Adianta que os princípios e objectivos secundários devem ser fixados em cada país e em cada escola; alertando para que esses princípios e directrizes devam ser, regularmente, revistos e actualizados. Conceptualmente define um modelo de formação que assenta nos seguintes pressupostos:

- concepção de um plano de estudos para os profissionais, centrado na prática;
- a formação deve pautar-se nas competências;
- deve conter um plano de estudos reorientado para as metas da *Saúde para Todos* e no trabalho de equipa pluriprofissional;
- a estratégia de ensino, aprendizagem e de avaliação deve obedecer aos princípios da educação de adultos;
- controle da qualidade e avaliação da formação, devem estar presentes;
- definir e aplicar critérios idênticos na formação dos formadores (docentes) de enfermagem e aos tutores dos locais de estágio, situados nos quadros hospitalares e extrahospitalares;
- definir critérios relativos à supervisão da qualidade e à homologação das escolas de enfermagem e dos locais de estágio, dos futuros enfermeiros;
- definir critérios relativos à homologação nacional e internacional da aprendizagem, aprovados por um diploma e sempre fundamentado na experiência prática;

Assume-se, neste documento, que não se pretende somente uma reforma ao nível do plano de estudos, mas antes uma mudança estrutural e que prevê a contribuição dos enfermeiros, que juntamente com os outros profissionais de saúde, permitirão aos diferentes países e Estados Membros alcançar as metas da *Saúde para Todos*. Tornando-se, para isso, necessário o envolvimento dos Governos, do Ministério da Saúde e da Educação, dos organismos legislativos ou regulamentares que estabelecem as leis e os regulamentos aplicáveis à formação dos enfermeiros.

---

<sup>46</sup> Toda a estratégia, no que diz respeito aos princípios gerais e directrizes, refere-se sempre à formação inicial da enfermeira e da enfermeira obstetra (parteira); por questões práticas irei referir sempre e só a enfermeira (generalista).

Dos princípios fundamentais relativos à formação inicial dos enfermeiros destaco alguns que, no contexto deste trabalho, se tornam significativos. Assim, a formação dos enfermeiros deve:

- assentar sobre os valores baseados na promoção e manutenção da saúde junto de indivíduos, famílias e grupos, individualizando os cuidados e valorizando a perspectiva pessoal;
- dirigir-se à pessoa humana, com saúde ou doente, tendo em conta o valor do contexto no qual o indivíduo vive e trabalha, em particular, a família, amigos, o seu grupo social e a comunidade;
- ser, em parte, pluridisciplinar e pluriprofissional, de maneira a facilitar um trabalho de equipa e prestação de cuidados eficaz;
- perspectiva a formação total do enfermeiro, para um mínimo de três anos até um máximo de 4;

Quanto ao plano de estudos para a formação inicial de enfermeiros, a estratégia indica que devem estar presentes os seguintes elementos, considerados fundamentais: componente teórica e prática, incluindo objectivos, a concepção, conteúdos, experiências de ensino-aprendizagem, estratégias e métodos de avaliação dos resultados.

Todo o plano de formação deve ser orientado para as funções e competências do enfermeiro, igualmente descritas neste documento estratégico.

Em termos de concepção do ensino de enfermagem fala da estrutura, do processo e dos resultados esperados, relativamente aos conteúdos e matérias a desenvolver nas componentes teórica e prática define, em linhas gerais o seguinte:

- atender a resultados de pesquisas em matéria de saúde e estar adaptados às prioridades de saúde nos contextos epidemiológicos, demográficos e socioculturais do país;
- a principal matéria e domínio da aprendizagem deve ser a prática dos cuidados de enfermagem;
- considera matérias complementares, devidamente incorporadas e claramente explicada a sua utilidade na óptica dos cuidados de enfermagem, as seguintes:

- saúde pública, promoção da saúde, educação para a saúde e educação terapêutica do doente;
- epidemiologia e cuidados na doença;
- ciências do comportamento;
- ciências biológicas;
- noções relativas à investigação;
- comunicação;
- questões profissionais, éticas e jurídicas;
- gestão da informação e informática;
- gestão e aptidão para dirigir pessoal e organizacional;

Organiza o curso em três anos e por módulos de aprendizagem, com um valor em créditos, previamente estabelecido. Por exemplo, Enfermagem compreende um total de 10 módulos distribuídos ao longo de todo o curso. No quadro 5, apresentam-se esses módulos, a sua localização na estrutura curricular (anos lectivos), componentes teórica e prática, área científica (temática) e identificam-se os conteúdos sobre *cuidados paliativos e dor crónica*, presentes em cada módulo de Enfermagem.

O plano curricular previsto segue a linha/ciclo da vida, o curso tem início com os fundamentos de enfermagem, saúde na mulher, maternidade, a criança saudável e/ou doente, saúde na comunidade, as situações de patologia médica, cirúrgica, infecciosa, de saúde ou doença mental, de gestão e liderança e por fim um módulo de consolidação de conhecimentos.

Como se pode verificar, os temas em referência estão presentes em todos os anos lectivos, em diferentes unidades curriculares (módulos) e diferentes áreas científicas; o 2º ano é o ano privilegiado para o desenvolvimento e aprofundamento destas matérias. Nas áreas da enfermagem médica (Enfermagem VI) e cirúrgica (Enfermagem VII) pode observar-se até alguma repetição de conteúdos, desnecessária, na nossa perspectiva.

Na proposta final, apresentada no capítulo 6, incluí algumas das recomendações presentes neste documento, dada a sua importância, actualidade e ter origem na OMS.

QUADRO 5  
Estratégia de Formação da OMS/Conteúdos Cuidados Paliativos e Dor Crónica

Módulo	Área temática/científica	Ano Lectivo	Cuidados Paliativos e Dor Crónica
<b>Enfermagem I</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Conhecimentos, habilidades e valores éticos ( <i>fundamentos</i> )	1º	Valores éticos inerentes à enfermagem e ao cuidar *; Trabalho de equipa *
<b>Enfermagem II</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	A saúde da mulher, cuidado materno e infantil	1º	Não refere
<b>Enfermagem III</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidado a crianças saudáveis e doentes	1º	Cuidar crianças com patologia oncológica e em quimioterapia citostática; Controle da dor e de outros sintomas; Cuidar crianças com doença crónica; Cuidar a criança em agonia, inclusive apoio à família e irmãos;
<b>Enfermagem IV</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidados de Enfermagem de Saúde na comunidade	2º	Cuidados ao doente crónico; Cuidados paliativos; Cuidados ao doente terminal; Trabalho de equipa (dos cuidadores); Dinâmica familiar; Habilidades de comunicação;
<b>Enfermagem V</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidados a pacientes com doenças de declaração obrigatória (incluindo e aplicando a microbiologia e epidemiologia)	2º	Não refere
<b>Enfermagem VI</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidados a pacientes com afecções médicas	2º	A necessidade de informação do doente; Reconhecimento das necessidades espirituais e culturais do paciente, na prática de cuidados; Cuidado ao paciente com câncer; Habilidades de comunicação; Lidando com um mau prognóstico e como comunicar más notícias; Envolvimento de familiares e pessoas significativas nos cuidados, em fim de vida; Respostas para a doença crónica; Abordagem e gestão da dor; Cuidando o paciente moribundo; Lidar com a morte e preparando o cadáver conforme convicções espirituais e culturais do paciente; Procedimentos de ressuscitação; Assuntos éticos na decisão/ordem para não ressuscitar;
<b>Enfermagem VII</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidados a pacientes que requerem cirurgia	3º	A necessidade de informação do doente; Reconhecimento das necessidades espirituais e culturais do paciente, na prática de cuidados; Habilidades de comunicação; Lidando com um mau prognóstico e como comunicar más notícias; Lidar com a morte e preparando o cadáver conforme convicções espirituais e culturais do paciente; Envolvimento de familiares e pessoas significativas nos cuidados; Cuidando o paciente moribundo; Procedimentos de ressuscitação; Assuntos éticos na decisão/ordem para não ressuscitar;
<b>Enfermagem VIII</b> T - 40% P – 60 % 10 créditos	Cuidados de Enfermagem à pessoa mentalmente doente	3º	Refere-se à morte, na perspectiva do suicídio, da sua prevenção, envolvimento da família, no que diz respeito a doentes com patologias psiquiátricas crónicas, nos adolescentes e idosos;
<b>Enfermagem IX</b> T - 13% P – 87 % 10 créditos	Liderança e administração	3º ou 4º	Não refere
<b>Enfermagem X</b> T - 13% P – 87 % 10 créditos	Módulo de consolidação	3º ou 4º	Não refere

\* não específicos dos cuidados paliativos, de carácter geral, conferindo, no entanto, habilitações e competências gerais muito importantes.

# **PARTE II**

# **METODOLOGIA**

## **CAPÍTULO 3**

### **MATRIZ METODOLÓGICA**

**E**m sentido lato, a metodologia pode ser definida como um conjunto de directrizes que orientam a investigação. Alguns autores reportam-se a uma metodologia *geral*, isto é, ao nível das directrizes e não numa visão puramente tecnológica, ou lógica, que reduziria a um conjunto de procedimentos lineares; fundamentam o seu modelo de compreensão da metodologia de investigação no postulado da existência de uma unidade subjacente a uma multiplicidade de procedimentos específicos. Esta postura oferecer-nos-á a possibilidade de organizar a descrição das diferentes componentes das metodologias qualitativas nas ciências humanas e sociais (Lessard-Hébert 1990).

A investigação é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento do mundo real em que vivemos; permite descrever, explicar e prever factos ou acontecimentos; está estritamente ligada à teoria, dado que esta contribui para o seu desenvolvimento, quer seja para a produzir ou para a verificar; aumenta a compreensão e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas (Fortin, 1999). Esta interacção entre a teoria e a investigação suporta todo o processo científico elaborado, neste trabalho.

Mais recentemente, algumas disciplinas científicas demonstram que o conhecimento não é um estado, mas um processo complexo de adaptação activa e criadora do homem ao meio envolvente, implicando articulações entre a prática e o pensamento, vivências e representações simbólicas (Silva e Pinto, 1986).

## 1 - DELINEAMENTO DA PESQUISA

O aparelho metodológico construído para orientar o trabalho empírico junto das diferentes escolas exigiu um delineamento apropriado, relativamente simples, não exigindo metodologias sofisticadas, quer na recolha, quer na análise da informação. A sua pertinência e valor reside, essencialmente, nos resultados e nas extrapolações daí resultantes.

Trata-se de uma pesquisa descritiva de carácter exploratório, procurando realizar um diagnóstico actual sobre uma dimensão muito específica da formação pré-graduada em enfermagem, no domínio dos cuidados paliativos e dor crónica.

Depois de conceptualizado o problema de investigação e delimitados os seus elementos estruturantes no capítulo 1, foi possível configurar e clarificar o objectivo central e respectivas dimensões em análise, explícitas nos objectivos específicos, os quais passo a enunciar:

### **Objectivo Geral:**

*- Conhecer e Descrever a formação pré-graduada em Enfermagem, sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica, em todas as Escolas Superiores de Enfermagem do país, públicas e privadas, no curso de bacharelato, licenciatura, no ano complementar de formação e no curso de complemento de formação em Enfermagem;*

### **Objectivos Específicos:**

- a) *Caracterizar em termos sociográficos os professores inquiridos;*
- b) *Caracterizar a Formação Pessoal e Profissional dos professores inquiridos;*

Em relação ao curso de bacharelato, licenciatura, ano complementar de formação e no curso de complemento de formação em enfermagem, procurei:

- c) *Conhecer o número de horas atribuído aos conteúdos Cuidados Paliativos e Dor Crónica;*

- d) *Conhecer a sua localização na estrutura curricular, disciplina(s) e ano(s) lectivo(s);*
- e) *Conhecer e descrever os conteúdos programáticos leccionados sobre Cuidados Paliativos e sobre Dor Crónica;*
- f) *Identificar os principais locais de estágio (ensino clínico) onde estes conteúdos poderão ser desenvolvidos e aplicados;*

O desconhecimento sobre qualquer informação que responda a estes objectivos determina o carácter exploratório e descritivo simples deste estudo; no entanto, a matriz de resultados obtidos poderá permitir avançar para uma perspectiva analítica e comparativa.

Entendo a metodologia como um corpo de pressupostos de investigação científica que determina opções quanto aos instrumentos e às técnicas de análise empírica mais adequados à problemática e objectivos pretendidos (Fortin, 1999). Em conformidade com este princípio, e tendo em conta a natureza do estudo e dos objectivos, a abordagem metodológica será tendencialmente qualitativa. Todavia, a introdução de elementos de natureza quantitativa revelou-se essencial para apreender, demonstrar e evidenciar as principais tendências das dimensões e indicadores seleccionados, pretendendo, a partir daí, extrair conclusões.

Esta dicotomia e complementarização de metodologias, qualitativa e quantitativa, perfeitamente articuláveis, constitui, na actualidade, a melhor estratégia de enriquecer e matizar qualquer pesquisa. (Baltazar, 1996)

## 2 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE EMPÍRICA

A implementação do plano de investigação estabelecido traduz-se pela passagem da fase metodológica à fase empírica. Neste capítulo iremos descrever todo o processo de colheita de dados, a acessibilidade aos sujeitos e a explicitação do instrumento de colheita de dados e sua operacionalização.

Como passo preliminar, tornou-se necessário dar a conhecer o estudo, os seus objectivos, a sua justificação e pertinência, aos elementos da Direcção da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, onde exerço funções.

### 2.1 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

No sentido de obter, de forma sistemática, os dados necessários para dar resposta aos nossos objectivos, construí o instrumento de colheita de dados, optando pelo questionário, considerando-o como a melhor técnica de inquirir de igual modo os professores e de garantir a comparabilidade das respostas de todos os inquiridos (Ghiglione e Matalon, 1993).

O débil conhecimento sobre como os conteúdos "cuidados paliativos e dor crónica" são leccionados, nas diferentes escolas, implicou necessariamente recorrer a um método, complementarmente, aberto; deixando as questões principais abertas, para que cada professor descrevesse livremente os conteúdos leccionados e a sua situação curricular.

Sendo a **população alvo** os professores e dada a dispersão geográfica das escolas, o referido questionário foi enviado pelo correio dirigindo-o, em primeira instância, ao presidente do conselho científico de cada escola; em cada questionário foi anexada uma carta (**Apêndice I**) solicitando o encaminhamento do questionário para o(s) professor(es) que leccionavam os conteúdos, nos diferentes anos lectivos e cursos e agradecendo, antecipadamente, a colaboração; incluindo, igualmente, a explicitação dos objectivos pretendidos e um resumo do percurso metodológico previsto.

A primeira fase de envio dos questionários verificou-se em Setembro de 2000. Dada a fraca resposta (cerca 30%) obtida, procedi, em Fevereiro de 2001, ao reenvio de novos questionários para as escolas que, conhecidamente, não tinham respondido (possível pelo carimbo do correio).

Nesta segunda fase, assumo que nem todas as escolas tiveram iguais oportunidades, já que nas grandes cidades como Lisboa e Porto, existindo várias escolas e tendo algumas respondido na 1ª fase, não havia qualquer hipótese de as identificar e de reenviar 2º questionário, às que não o tinham preenchido.

Do total das 33 Escolas Superiores de Enfermagem inquiridas (**Anexo 1**), responderam 25 escolas (19 públicas; 6 privadas) e porque em cada escola estes conteúdos são leccionados por diferentes professores, o que era previsível, recebi 40 questionários, considerando válidos 38 e invalidei 2 respostas, chegadas por ofício e não pelo preenchimento directo do instrumento de colheita de dados.

Obtendo um total de 25 escolas, reuni cerca de 76% da população total, considerando, por isso, essa amostra bastante representativa, em número.

Procurando garantir o anonimato, quer de escolas, quer de professores, apenas irei identificar as zonas geográficas a que pertencem, não especificando as respostas de cada uma, em particular.

### 2.1.1 – O Questionário

Qualquer que seja o problema ou a hipótese que se quer demonstrar, confrontar-nos-emos sempre com o problema da construção de variáveis, quer dizer, com a tradução de conceitos e noções em operações de investigação definidas. O problema da construção de variáveis é o da tradução dos conceitos em índices, ou seja, passar da definição abstracta ou da conotação intuitiva das noções para critérios que permitam definir uma classificação baseada nessas variáveis (Boudon, 1990).

Tendo em conta o carácter exploratório deste estudo e, em simultâneo, o desconhecimento da formação actualmente feita sobre cuidados paliativos e dor crónica, ficaram em aberto as questões que vão permitir essa caracterização, organizando as categorias à *posteriori*; no entanto, utilizarei alguns critérios como indicadores mínimos que orientarão essa categorização.

Neste capítulo, explico toda a estrutura do instrumento de colheita de dados (**Apêndice II**), a organização das questões, os objectivos pretendidos e os critérios ou indicadores utilizados para caracterizar as diferentes dimensões do conceito, formação pré-graduada em enfermagem sobre os referidos temas.

Em concordância com este esquema sequencial, o questionário está estruturado em três partes distintas, em relação directa com o objectivo central e objectivos específicos pretendidos, as quais explico, de seguida, com mais detalhe.

### *Parte I - Caracterização Sociográfica dos Professores*

Em análise colocaram-se os critérios sociográficos necessários para definir um perfil tipo dos professores inquiridos: idade, sexo, habilitações literárias, grau académico, categoria profissional, anos de actividade profissional, anos de actividade docente e área geográfica da escola onde lecciona.

### *Parte II - Formação Pessoal e Profissional dos Professores*

Pretendendo conhecer a área de especialização, ano de conclusão da especialização, área de mestrado e ano de conclusão do mesmo, no sentido de caracterizar a formação pós-graduada feita até aí, para além destes aspectos, considere importante conhecer a actividade científica e de prática de investigação, em geral, e particularmente sobre as áreas temáticas em estudo (cuidados paliativos e dor crónica), evidenciando-se, desse modo e na nossa percepção, o interesse e motivação na implementação e desenvolvimento desta área do cuidar.

Numa outra perspectiva e partindo do pressuposto de que a formação específica sobre cuidados paliativos é determinante quer para prática, quer para o ensino, é importante conhecer a formação realizada, como formando e/ou como formador, sobre as temáticas em análise; usei como critério de medida o número de horas, e como formas (ou modelos) dessa formação:

- Jornadas, Congressos, Simpósios
- Cursos organizados por centros de formação de hospitais ou outras instituições de saúde;

- Cursos organizados por Cooperativas de Formação ou outras organizações de cariz privado;
- Cursos organizados por Escolas Superiores de Enfermagem

Além das hipóteses de resposta oferecidas, ficou sempre em aberto a possibilidade de o professor referir outro tipo de formação considerada importante.

### Parte III - *Caracterização da formação pré-graduada em Enfermagem sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica*

Como indicadores essenciais para caracterizar a formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica nos diferentes cursos (bacharelato, licenciatura, ano complementar de formação e complemento de formação) considere os seguintes:

- a) ano ou anos lectivos em que são leccionados
- b) disciplina(s)
- c) número de horas atribuído
- d) conteúdos programáticos

Tal como afirmado anteriormente, não se retira a possibilidade de encaminhar a análise dos dados para uma perspectiva analítica e comparativa, entre escolas e entre áreas científicas ou diferentes anos lectivos; inclusivamente e, se possível, poderemos analisar as principais diferenças entre escolas públicas e privadas.

## 2.2 – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ANÁLISE

Ao tentar conhecer a realidade social, vamos construindo a respeito dela, e mediante quadros categoriais, operações lógicas de classificação, ordenação, processos complexos influenciados pelas nossas necessidades, vivências e interesses - instrumentos que nos proporcionam informação sobre essa realidade e modos de a tornar inteligível, mas nunca se confundem com ela (Silva e Pinto, 1986).

Para a construção de um perfil tipo, que exiba as características predominantes dos professores recorrerei à estatística descritiva, à frequência absoluta e percentual, às medidas de tendência central, maioritariamente a moda, aplicadas aos indicadores referidos (na maioria *variáveis atributo*); o mesmo se aplicará na caracterização da formação pessoal e profissional, com base nos indicadores privilegiados.

Para encontrar o padrão (ou modelos) de formação pré-graduada em enfermagem e, tendo em conta os critérios que mais valorizámos, as técnicas de análise serão necessariamente mistas; trata-se de um conceito que não pretendo medir, mas apenas descrever como se processa. Assim, quanto à localização dos conteúdos, em estudo, na estrutura curricular é possível questionar: em que ano(s) lectivo(s) (*variável qualitativa*), em que disciplina (*variável qualitativa*) e qual o número de horas atribuído (*variável discreta*), implicará o recurso à estatística e às medidas de tendência central que darão relevo e significado aos resultados.

Relativamente aos conteúdos programáticos, em primeiro plano, a técnica de análise de conteúdo será útil para agrupar e categorizar níveis ou modelos de formação, complementarmente, as medidas quantitativas fixarão as proporções dos modelos mais observados.

A prática da análise de conteúdo baseia-se na elementar operação de *simplificar* para potenciar a apreensão e, se possível, a explicação.

Todos sabemos, porém, que a matriz do pensamento que se manifesta na linguagem não revela apenas e sobretudo a lógica formal, mas uma lógica que envolve convenções e símbolos, aspectos racionais e não racionais, conscientes e inconscientes. Todos estes aspectos estão organizados num código a que o analista pretende, pelo menos em parte, aceder através do accionamento de um código. As categorias são os elementos chave do código do analista (Vala 1986, p.110).

O mesmo autor (Vala, 1986) adianta que uma categoria é composta por um termo-chave ou um segmento de texto que indica a significação central do conceito que se quer apreender. Será a partir da análise exaustiva dos conteúdos programáticos referidos e descritos pelos professores que irei organizar, sistematizar e categorizar os dados e a informação.

Numa primeira fase, o procedimento será necessariamente aberto, já que não parti de categorias previamente estruturadas, fá-lo-ei à *posteriori*; este tipo de análise é igualmente reconhecido na literatura como “*procedimento exploratório*”

(Ghiglione e Matalon, 1993), o que significa que nenhum quadro teórico e categorial ou empírico serve de suporte à análise.

Dentro deste procedimento a análise temática é a mais frequentemente utilizada; a sua prática consiste em isolar os temas presentes num texto com o objectivo de, por um lado, o reduzir a proporções utilizáveis e, por outro lado, permitir a sua comparação com outros textos tratados da mesma maneira. Aprofundando um pouco mais o método, convirá realçar que se estabelece geralmente uma distinção entre temas principais e temas secundários; os primeiros podem ser definidos como dando conta do conteúdo do segmento de texto analisado, os segundos servem para especificar os primeiros nos seus diferentes aspectos. Poder-se-ia dizer que as técnicas de análise de conteúdo utilizadas são auto-geradoras dos resultados (Ghiglione e Matalon, 1993).

Uma vez construídas, as categorias resultantes da análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna, isto é, deve o investigador assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade. Garantindo, no primeiro caso, que todas as unidades de registo possam ser incluídas numa das categorias; e, no segundo caso, que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria. (Vala, 1986)

A unidade de registo considerada quanto aos conteúdos leccionados, é o segmento de texto que contenha o conteúdo mais elementar; a unidade de contexto considerou-se a área científica em que o conteúdo é leccionado (área de fundamentos de enfermagem, médico-cirúrgica, pediatria, saúde na comunidade).

Nas análises de conteúdo clássicas, tenta-se tratar o problema distinguindo-se as análises “verticais” e “horizontais”; a análise vertical é aquela em que se debruça sobre cada sujeito separadamente: passam-se em revista os diferentes temas que ele abordou, o que disse, e tenta-se uma síntese individual. A análise horizontal trata cada um dos temas, salientando as diferentes formas sob as quais ele aparece nos inquiridos (Ghiglione e Matalon, 1993). Estes dois tipos de análise constituem, em simultâneo e na nossa percepção, a abordagem mais aceitável para o problema em estudo.

O percurso metodológico previsto passará exactamente, por em primeiro lugar analisar os conteúdos temáticos referidos por cada professor e em cada escola, para a seguir, estabelecer relação com todos os outros, tomando em

consideração traços comuns ou diferenças, agregando os dados em grupos, categorias ou modelos-tipo, de acordo com a homogeneidade ou diferença encontrada.

## CAPÍTULO 4

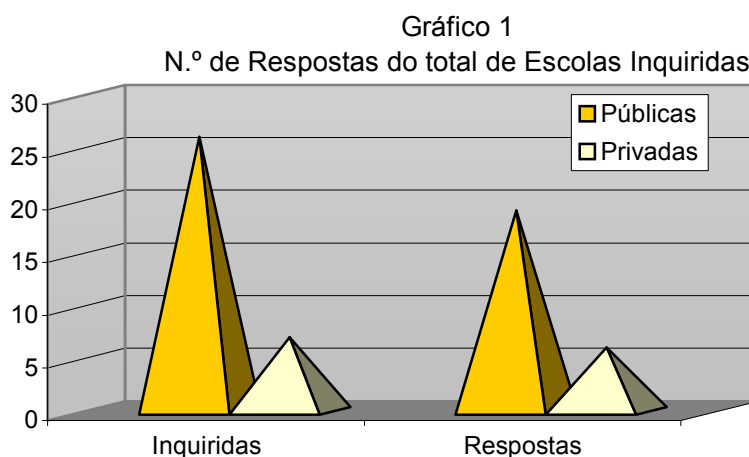
### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Foram enviados questionários para 33 Escolas Superiores de Enfermagem, públicas e privadas, do continente e ilhas. O quadro seguinte indica o número de respostas obtidas, do total de escolas inquiridas.

Tabela 1  
Respostas Obtidas do total de Escolas Inquiridas

	Inquiridas	%	Respostas	%
Públicas	26	78,8	19	57,6
Privadas	7	21,2	6	18,2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>75,8</b>



Obtendo um total de 25 escolas, conseguimos cerca de 76% da população total, considerando, por isso, essa amostra bastante representativa, em número.

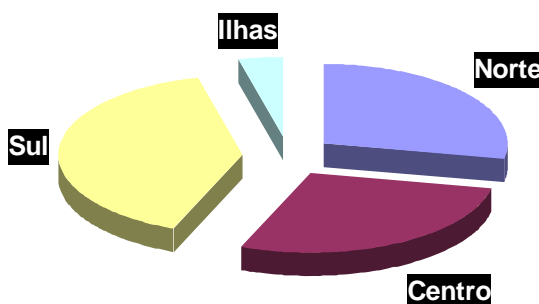
Procurando garantir o anonimato, quer de escolas, quer de professores, apenas irei identificar as áreas geográficas a que pertencem. Na região norte incluí as escolas do Porto, Viana do Castelo, Braga, Bragança e Vila Real; na região centro incluímos as escolas de Viseu, Coimbra, Guarda, Castelo Branco e

Leiria; na região sul as de Portalegre, Lisboa, Santarém, Évora, Beja e Faro; nas ilhas considere as escolas do Funchal, Ponta Delgada e Angra do Heroísmo. Assim, de acordo com a questão 8, a qual permitia identificar a área geográfica de cada escola, obteve-se a seguinte distribuição.

Tabela 2  
Distribuição por Áreas Geográficas

	N.º	%
Norte	7	28
Centro	7	28
Sul	10	40
Ilhas	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Gráfico 2  
Distribuição por Áreas Geográficas



### 1.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIOGRÁFICA

Dado que em cada escola, os conteúdos relativos aos Cuidados Paliativos e Dor Crónica podem ser leccionados por diferentes professores e em diferentes anos lectivos, considerei à *priori* a possibilidade de o questionário ser respondido, em cada escola, por vários professores; das 25 escolas obtive 40 questionários, 38 correctamente preenchidos pelos respectivos professores; invalidei dois, dado que as respostas foram efectuadas por ofício e não pelo preenchimento directo do instrumento de pesquisa.

Tendo em conta os objectivos pretendidos: caracterização sociográfica dos professores e conhecer e descrever a sua formação pessoal e profissional, apresento, de seguida, os resultados na forma de tabelas e gráficos.

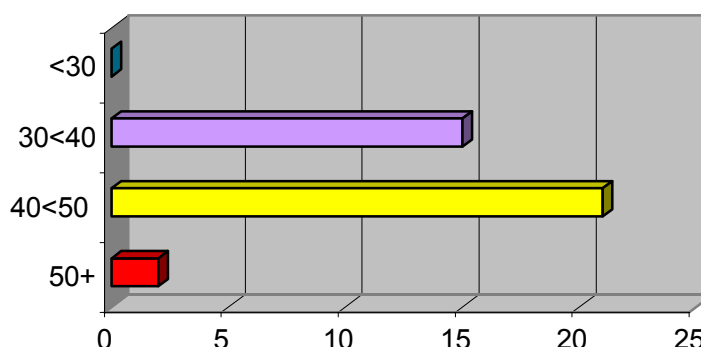
Farei, paralelamente, análise de alguns desses resultados incluindo reflexões consideradas oportunas e pertinentes para este estudo .

Pude concluir, a partir dos dados apresentados, que a maioria dos professores se situa no grupo etário dos 40 aos 50 anos e é maioritariamente feminina.

Tabela 3  
Distribuição por Grupos Etários

	N.º	%
<30	0	0
≥30<40	15	39,5
≥40<50	21	55,2
≥50	2	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 3  
Distribuição por Grupos Etários

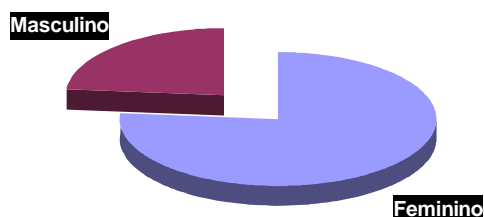


Em consonância com a história da profissão de enfermagem, continua a observar-se a tradição feminina no cuidar e sobretudo, na preferência por parte das mulheres, neste caso particular, em ensinar a cuidar de doentes em fim de vida.

Gráfico 4  
Distribuição por Sexo

Tabela 4  
Distribuição por Sexo

	N.º	%
Feminino	29	76,3
Masculino	9	23,7
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>



## 1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Neste capítulo pretendeu conhecer-se a formação feita pelos professores, como formandos e formadores, relativamente a este tema dos cuidados paliativos. Escolhi como indicadores a área de especialização e de mestrado, assim como o

tempo que medeia essas formações, trabalhos de investigação desenvolvidos, publicação de artigos científicos e participações em cursos sobre cuidados paliativos e dor crónica, como formando, formador ou como organizador da formação.

Quanto ao nível académico e como era de esperar, não só pela idade dos professores, mas também pelas exigências da carreira, a maioria dos professores possui o 12º ano, em que 20 são licenciados e 18 possuem o mestrado. Dos inquiridos nenhum possui o grau de doutor, alguns referiram, em nota de rodapé, estarem a frequentar o doutoramento (num total de 3).

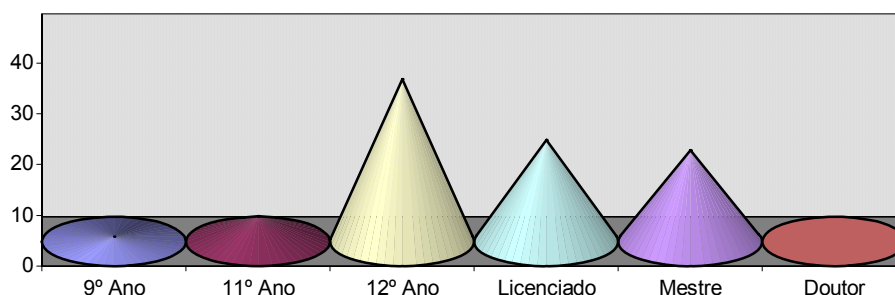
Tabela 5  
Distribuição por habilitações literárias

	N.º	%
9º Ano	1	2,6
11º Ano	5	13,2
12º Ano	32	84,2
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Tabela 6  
Distribuição por habilitações académicas

	N.º	%
Licenciado	20	52,6
Mestre	18	47,4
Doutor	0	0,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 5  
Distribuição segundo Habilitações Literárias e Académicas



A maioria dos professores detém a categoria de professor-adjunto, em que 18 deles possuem o grau de mestre, cumulativamente, apresentam mais de 15 anos de actividade como docente, o que faz prever que alguns tenham transitado da antiga carreira docente, com um segundo nível de formação (de pedagogia); é de referir que um dos professores responsáveis pelos conteúdos em referência, é médica e não pertence à carreira docente, nem está equiparada; existem 4 casos de enfermeiros especialistas, detentores da categoria de assistente de 1º ou 2º triénio; cerca de quatro professores referiram que obtêm colaboração de outros

profissionais de saúde, nomeadamente uma psicóloga e três anestesistas (na fisiologia e tratamento da dor) num número restrito de horas, nesta matéria a interdisciplinaridade é não só correcta, como inclusive recomendada.

Tabela 7  
Distribuição por Categoria Profissional

	N.º	%
Assist. 1º triénio	1	2,6
Assist. 2º triénio	6	15,8
Prof. Adjunto	25	65,8
Prof. Coordenador	1	2,6
Enf. Especialista	4	10,6
Médica	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 6  
Distribuição por Categoria Profissional

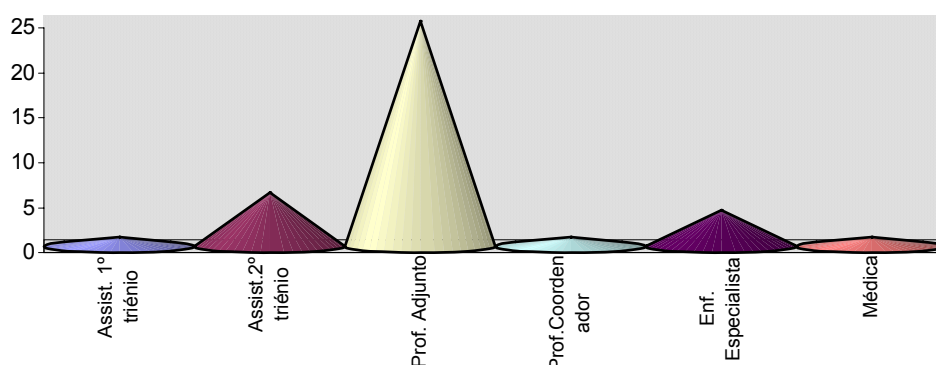


Tabela 8  
Distribuição por anos de actividade profissional

	N.º	%
<10	2	5,3
≥10<15	8	21,0
≥15<20	12	31,6
≥20<25	12	31,6
≥25<30	4	10,5
≥30	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Um número significativo de professores exerce a sua actividade profissional como enfermeiro há, pelo menos, 15 anos até um máximo de 25, e como docente entre 10 a 15 anos; podendo daí depreender-se que possuem uma longa experiência, numa e noutra área de actividade.

Tabela 9  
Distribuição por anos de docência

	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<1	7	18,4
≥1<5	4	10,5
≥5<10	4	10,5
≥10<15	15	39,5
≥ 15<20	7	18,5
≥20	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Sem grande surpresa a grande maioria dos professores possui a especialização em enfermagem médico-cirúrgica, a qual constitui a área privilegiada de formação na área da oncologia e da maioria das situações patológicas que conduzem a quadros de dor (aguda ou crónica) e de evolução prolongada ou de cronicidade; e, também, porque a maioria dos doentes são conduzidos para um hospital, sendo esta a área dos cuidados diferenciados por excelência, têm sido estes profissionais que mais carecem e solicitam formação a este nível e sobre esta temática; este indicador surge, assim, como um reflexo da organização do sistema de saúde, tornando evidente que não são os possuidores de especialização em enfermagem de saúde na comunidade os mais preparados para leccionar estas matérias, embora tal se deseje no futuro próximo.

É importante sublinhar que algumas escolas leccionam estes conteúdos na área da Enfermagem Pediátrica e, em geral, cumulativamente nos outros anos lectivos.

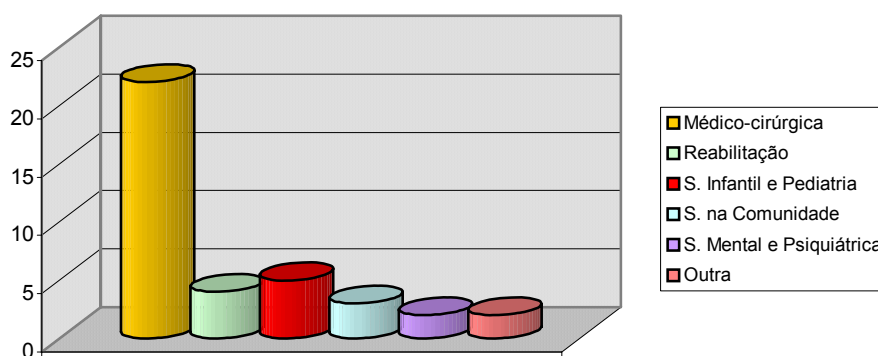
Tabela 10  
Distribuição por Áreas de Especialização em Enfermagem

	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Médico-Cirúrgica	22	57,8
Reabilitação	4	10,5
S. Infantil e Pediatria	5	13,2
S. na Comunidade	3	7,9
S. Mental e Psiquiátrica	2	5,3
Outra	2	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

As áreas de reabilitação ou de saúde mental e psiquiátrica são menos frequentes, como resultado da maior atenção e privilégio destes especialistas, para outros domínios do saber e do cuidar.

A maioria é especialista há mais de 5 anos e menos de 10, num total de 57,9%, situando-se mais de 80% dos professores entre os 5 e os 15 anos de especialista.

**Gráfico 7**  
**Distribuição por Áreas de Especialização**



**Tabela 11**  
**Distribuição por Anos de Especialização**

	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<5	4	10,6
≥5<10	22	57,9
≥10<15	10	26,3
≥15<20	1	2,6
≥20	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Embora, num passado recente, estivessem condicionados nas escolhas das áreas de mestrado, os enfermeiros e, em particular, os docentes de enfermagem tem delineado percursos académicos em áreas que não só a enfermagem.

Na tabela seguinte, referente a 18 professores, percebe-se a grande dispersão e variabilidade das escolhas feitas, claramente centrada nas ciências humanas e sociais; há que evidenciar e destacar o mestrado em Ética, no qual se incluem o maior número de casos; restando a percepção de que a realização do mestrado nesta área pode ter determinado a inclusão destas matérias (nomeadamente dos dilemas da bioética) nos programas quer da disciplina de ética, quer de outras disciplinas, sendo por essa razão, uma mais valia importante.

Tabela 12  
Distribuição por Áreas de Mestrado

	N.º	%
Ética	5	27,6
C. da Enfermagem	2	11,1
C. da Educação	2	11,1
Saúde Pública	2	11,1
Sociologia	2	11,1
Comunicação em Saúde	1	5,6
Ecologia Humana	1	5,6
Psicologia	1	5,6
Psicologia da Saúde	1	5,6
Sociopsicologia	1	5,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior (1988)<sup>47</sup> garantiu o reconhecimento académico dos vários níveis de formação, a partir daí observou-se um grande investimento na formação, na maioria dos casos feita por acumulação de funções, o mesmo quer dizer, feita em paralelo com o desempenho das mesmas funções. Daí que se observe que a grande “revolução”, no que diz respeito à formação se tenha verificado nestes últimos 10 a 15 anos.

Tabela 13  
Distribuição por Anos de Mestrado

	N.º	%
≥1<3	12	68,8
≥3<5	4	18,7
≥5	2	12,5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Dos professores com o grau de mestre, o maior número detém esse grau há menos de 3 anos e apenas 2 há mais de 5 anos.

Procurando avaliar o contributo científico dos professores para a divulgação e incremento do conhecimento relativo à medicina paliativa e à assistência ao doente com dor crónica, pretendeu conhecer-se a produção e actividade científica desenvolvida.

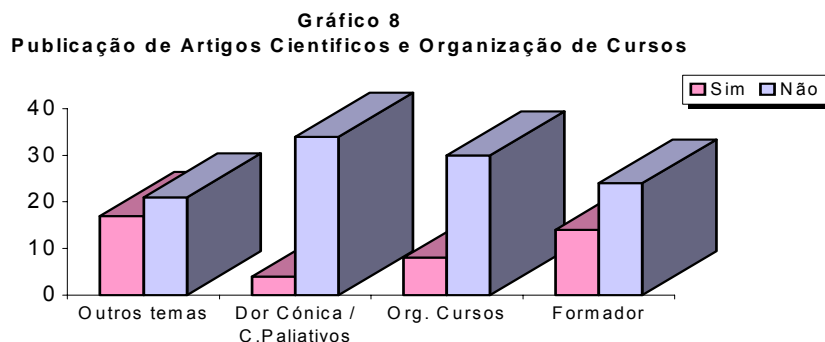
<sup>47</sup> Dec.Lei n.º 480/88 e Dec.Lei n.º 205/95

A publicação de artigos científicos na área dos cuidados paliativos é uma realidade pouco frequente, entre os professores que leccionam esta matéria, ainda que sobre outros temas se verifique um pouco mais.

Tabela 14  
Distribuição por Publicação de Artigos Científicos e Organização de Cursos

	Dor Cónica e C. Paliativos N.º	Outros temas N.º	Organização Cursos N.º	Como Formador N.º
Sim	4	17	8	14
Não	34	21	30	24
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>38</b>

A dinamização e organização de cursos sobre estes temas e a participação de cada professor como formador nos mesmos, pareceu-nos um indicador valioso, representativo de um modelo de escola virado para o exterior e empenhado na mudança e actualização de um dos pólos da educação – a sociedade, as instituições, o palco das práticas –.



Num maior número não se observou a organização (30) de cursos sobre os temas em referência, nem a publicação de artigos científicos; realça-se o aspecto de um número significativo participar como formador sobre estes assuntos.

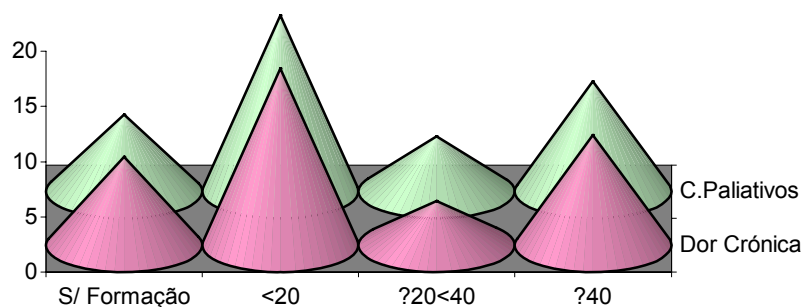
O quadro seguinte indica o número de horas de formação dos professores inquiridos sobre as áreas temáticas em estudo – realizada através de jornadas, congressos ou cursos de curta, média duração organizados por instituições de saúde ou de educação –; verifica-se que, na sua maioria, possuem pouquíssima formação, os dois primeiros grupos - não refere formação ou tem inferior a 20 horas - perfazem mais de 60%, o que é bastante significativo.

Tabela 15  
Distribuição por Horas de Formação sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica

	Dor Crónica		Cuidados Paliativos	
	N.º	%	N.º	%
S/ Formação	8	21,0	7	18,4
<20	16	42,1	16	42,1
≥20<40	4	10,6	5	13,2
≥40	10	26,3	10	26,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Evidenciou-se, pela análise de cada questionário, uma linha de coerência nos diferentes indicadores em análise; os professores com maior formação (em n.º de horas), com artigos publicados, participações como formador em cursos ou congressos, são eles próprios autores de programas curriculares relativamente bem desenvolvidos e completos, ainda que nem sempre sustentados por um número de horas suficiente para o seu aprofundamento, no entanto sabemos que a atribuição do número de horas não está dependente somente de cada professor, mas de diferentes órgãos, do modelo de educação e da filosofia implícita, de cada escola.

Gráfico 9  
Formação sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica



Relativamente à questão aberta n.º 20.3, a qual pedia que referissem outro tipo de formação que considerassem importante, de acordo com as respostas foram consideradas as seguintes categorias, em que oito professores colocaram como importantes momentos de formação:

- a leitura de livros sobre os temas em estudo;
- reflexão conjunta, com outros colegas, sobre as práticas;
- visitas de estudo a unidades de cuidados continuados, IPO e unidades de tratamento dor (portuguesas e estrangeiras);

## **2 - CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA EM ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR CRÓNICA**

Neste domínio, tornou-se imperioso conhecer e descrever a formação actualmente realizada no nível pré-graduado, pelas escolas superiores de enfermagem, públicas e privadas, sobre cuidados paliativos e dor crónica, especificamente: a situação curricular, em que ano ou anos lectivos, disciplina ou disciplinas se situam, que conteúdos, qual o número de horas atribuído e onde se realizam os estágios de ensino clínico, relativamente ao curso de bacharelato, licenciatura, ano complementar de formação (ACF) e curso de complemento de formação em enfermagem (CCF).

Neste capítulo apresento, de modo sistematizado, os resultados procurando responder a esses objectivos e em certa medida configurar a formação feita actualmente. A organização dos dados e de toda a informação obtida constituiu uma enorme dificuldade, dado que não existe grande homogeneidade e uniformização da formação nas diferentes escolas.

A situação individual de cada escola foi analisada exaustivamente. Feito o levantamento dos conteúdos referidos, tendo em conta o curso, a situação curricular e a área científica. Completa a análise vertical, passei à análise transversal ou horizontal procurando encontrar denominadores comuns quanto às categorias e modelos de formação encontrados.

Alguns questionários traziam anexados os programas das disciplinas e inclusive os planos de estudo de cada curso, o que permitiu compreender que estão subjacentes modelos de formação também eles diferentes. Existem modelos que seguem a linha da vida, a concepção, a gravidez, o parto, saúde infantil, depois o adulto saudável e doente, saúde na comunidade, o idoso, incluindo as diferentes especialidades de acordo com o momento da vida em que o ser humano delas precisa; um outro modelo centra-se mais na organização dos serviços de saúde, em que o 1º ano se dedica às ciências fundamentais e aos fundamentos de enfermagem, o 2º ano aos cuidados diferenciados de saúde e o

3º ano à saúde na comunidade ou cuidados de saúde primários e às especialidades e o 4º ano um ano de síntese (este pareceu-nos o modelo mais frequente); outros surgiram, embora mais difíceis de compreender, por falta de dados, mas apresentam-se claramente centrados na pessoa humana como possuidora de necessidades humanas básicas ou actividades de vida, com alterações ou perturbações a esse nível, distanciando-se bastante do modelo biomédico, evidenciando-se extremamente interessante e adequado ao tipo de matérias em questão, em que a grande ênfase se situa no ser humano como ser holístico. Esta heterogeneidade, tal como já se disse, dificultou a organização e categorização dos dados. A diversidade é também observável nas disciplinas onde estes conteúdos estão incluídos, assim como no número de horas, que variou entre 2 e 75 horas.

O quadro 6 evidencia o número de escolas onde os conteúdos, em estudo, são leccionados e em cada curso .

Quadro 6  
Distribuição do n.º de Escolas que leccionam  
Cuidados Paliativos e Dor Crónica por Cursos

	BACHARELATO		LICENCIATURA		ACF		CCF	
	LECCIONA		LECCIONA		LECCIONA		LECCIONA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	14	11	22	3	12	13	7	18
<b>DOR CRÓNICA</b>	19	6	24	1	10	15	5	20

Parti para esta pesquisa com a convicção de que qualquer um dos conteúdos, sobretudo cuidados paliativos, seria leccionado em poucas escolas, foi com surpresa que se verificou que, actualmente, no curso de licenciatura a grande maioria das escolas o leccionam, embora com um reduzido número de horas, como se verá.

Observou-se uma evolução positiva do curso de bacharelato para o curso de licenciatura, quanto aos cuidados paliativos e à dor crónica. No universo das 25 escolas inquiridas, apenas 14 leccionavam o tema Cuidados Paliativos no curso de bacharelato e que passaram a 22 no curso de licenciatura, verificando-se ainda 3 que não valorizam estes conteúdos; quanto à dor crónica a evolução

deu-se no mesmo sentido, mas de modo mais significativo, já que apenas uma escola não lecciona este conteúdo no curso de licenciatura.

No ano complementar de formação observa-se uma valorização por um número significativo de escolas, por um e outro tema; o mesmo não se verifica no complemento de formação, em que apenas 7 escolas leccionam cuidados paliativos e 5 dor crónica; lamentavelmente, já que considero ser um momento crucial de actualização de todos os enfermeiros em exercício nos hospitais e centros de saúde, independentemente da sua formação realizada até aí.

Importa realçar que das 11 escolas que não leccionam o tema cuidados paliativos no bacharelato, apenas 5 consideraram importante inclui-lo no ano complementar de formação, cujo objectivo principal era exactamente esse a extensão ou o aprofundamento da formação.

Quadro 7  
Distribuição de conteúdos por Anos Lectivos e Cursos

<b>DOR CRÓNICA</b>	<b>CBE</b>	<b>CLE</b>
1º ANO	5	7
2º ANO	17	18
3º ANO	5	8
4º ANO	-	4
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>CBE</b>	<b>CLE</b>
1º ANO	0	0
2º ANO	13	17
3º ANO	7	8
4º ANO	-	6

O quadro 7 permite conhecer em que anos lectivos estes conteúdos são leccionados, quer no curso de bacharelato, quer na licenciatura; dele se conclui que *o 2º ano do curso*, dirigido ao adulto e idoso ou aos cuidados diferenciados de saúde, *é o ano privilegiado para um e outro tema*; é importante referir que um elevado número de escolas leccionam em mais do que um ano, encontrando-se estes temas distribuídos ao longo de todo o curso; no entanto, o modelo mais frequente nas respostas, relativamente à dor e aos cuidados paliativos é o 2º ano.

Gráfico 10 - Dor Crónica  
Distribuição dos Conteúdos por Anos Lectivos

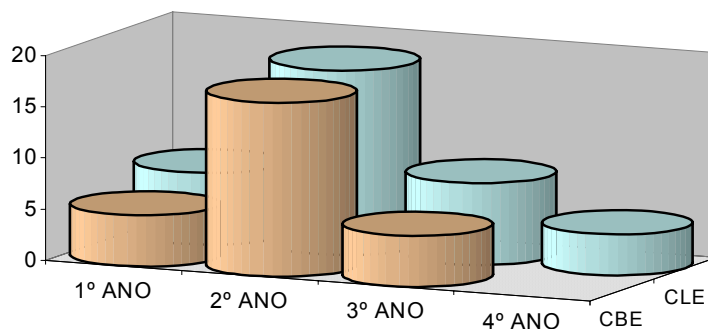
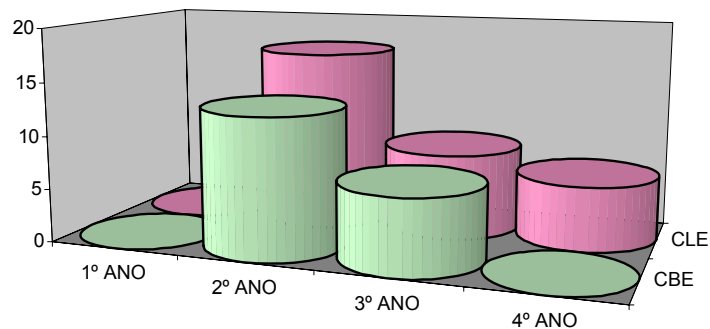


Gráfico 11- Cuidados Paliativos  
Distribuição dos conteúdos por Anos Lectivos



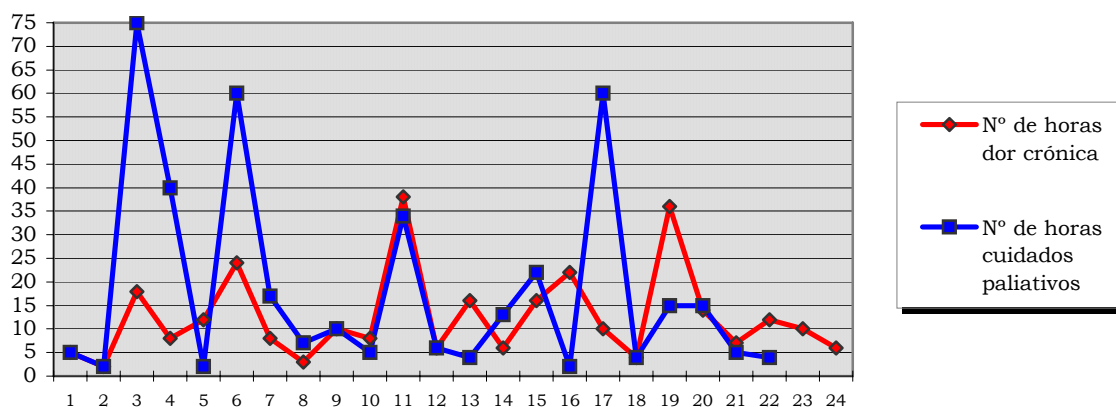
Existem, no entanto, casos especiais:

- relativamente à *dor crónica*, 5 escolas leccionam o tema, simultaneamente, no 1º ano (fundamentos de enfermagem), no 2º ano (médico-cirúrgica, oncologia, adulto e idoso ou enfermagem II) e no 3º ano (pediatria);
- no que diz respeito aos *cuidados paliativos* 6 escolas incluem no 2º ano (na enfermagem médico-cirúrgica, adulto e idoso ou oncologia) e no 3º ano (pediatria ou saúde na comunidade);
- existem 3 escolas (privadas) com a disciplina de *Cuidados Paliativos* com 40, 60 e 75 horas, incluída no 4º ano da licenciatura; outras 2 (públicas) incorporam estes conteúdos na disciplina de oncologia ou enfermagem oncológica, localizada no 2º ano da licenciatura;
- 4 destas escolas abordam este tema na disciplina de ética e, cumulativamente, noutras disciplinas do 2º e 3º ano.

O gráfico seguinte evidencia a grande diversidade no número de horas atribuído a uma e outra matéria, no curso de licenciatura, na sua construção não teve em conta as que não leccionam.

O número de horas atribuído aos cuidados paliativos varia entre 2 e 75 horas; o atribuído à dor crónica varia entre 1 e 35 horas. Claramente se demonstra a necessidade de uniformizar esta formação e creditá-la numa base numérica de intervalos mais estreitos.

Gráfico 12  
Curso de Licenciatura  
Distribuição por N.º de Horas atribuído em cada Escola



O quadro seguinte mostra a análise estatística destes mesmos números, em evidência colocámos a média, moda e o desvio padrão. Coloco em destaque a tendência central de 8 e 5 horas, respectivamente, claramente insuficiente face às exigências hoje observadas, nos serviços de saúde.

Quadro 8  
Análise da Distribuição do N.º de Horas

	<b>DOR CRÓNICA</b>	<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>
Média	12,83	19,19
Moda	8	5
Desvio Padrão	9,54	21,84

Quanto à disciplina ou disciplinas onde estas matérias são incluídas, a diversidade não é tão acentuada; basicamente constituem um capítulo ou sub-capítulo de uma disciplina de enfermagem, a qual, essa sim, pode adoptar diferentes designações. Os esquemas seguintes procuram ilustrar a sua distribuição por disciplinas e respectivas designações.

É importante referir que 2 escolas (públicas) possuem, nos seus planos de estudos, disciplinas autónomas, no curso de licenciatura, onde a dor é abordada com bastante profundidade, designadas como “*Teorias e Técnicas de Intervenção na Dor*” e “*Sensações*”.

Figura 2  
Disciplinas que incluem a matéria Dor Crónica



Três escolas (privadas) possuem uma disciplina, incluída no 4º ano da licenciatura, designada de “*Cuidados Paliativos*”; outras 2 (públicas) possuem uma disciplina na área da oncologia/enfermagem oncológica, onde o tema cuidados paliativos tem uma abordagem relevante.

Figura 3  
Disciplinas que incluem a matéria Cuidados Paliativos



Com base em toda a informação e dados obtidos, foram construídos modelos de formação, para tal, foram tidos em conta o programa, a extensão e

*profundidade do mesmo*, a partir dos itens descritos pelos professores e *número de horas referido*. Para os distinguir, atribuí letras aos modelos, os quais discriminamos nos quadros 9 e 10. Em cada um são acrescentadas outras características que ajudam a compreendê-los melhor. O processo e percurso de análise adoptado é explicitado seguidamente.

A análise exaustiva dos conteúdos programáticos referidos e descritos pelos professores permitiu organizar, sistematizar e categorizar os dados e a informação, para cada curso - bacharelato, licenciatura, ano complementar de formação e complemento de formação – e por escola. Completando assim a análise individual e “vertical” pretendida.

Na fase seguinte, a partir dos registos manuais e respectivas tabelas mestras em conjunto com os outputs da base de dados do SPSS (versão 10.0, para Windows) compararam-se os conteúdos leccionados em cada ano lectivo, cada área científica e agruparam-se, usando como critério de agregação o nível progressivamente mais complexo do conceito referido.

O exemplo mais simples e mais frequente diz respeito ao que viemos a designar como modelo A. Um elevado número de professores descreveram os seguintes enunciados:

- a) *Filosofia, Princípios, Pressupostos dos Cuidados Paliativos;*  
*Conceitos; Objectivos e bases terapêuticas;*

Os temas seguintes, nem sempre foram enunciados com estes termos, mas com segmentos de texto de significado muito idêntico:

- b) *Comunicação doente/família/equipa multidisciplinar;*  
*Intervenções de enfermagem no controle de sintomas (dor);*

Outros referiram, para além destes, outros que completavam o programa, evidenciando uma abordagem mais variada, como exemplo temos:

- c) *Direitos do doente;*  
*Informação ao doente e família;*  
*Como dar más notícias;*  
*Assistência à família;*  
*O Luto e Morte;*  
*Modelos Organizativos dos Cuidados Paliativos;*

O que determinou a sua inclusão no modelo A ou B, foi a extensão do programa e o número de horas atribuído. Um professor que indique os temas da alínea a) e b), com 2 a 5 horas foi incluído no modelo A; outro que enuncie os mesmos

conteúdos mas que refere 15 horas, bem como os que referiram os temas da três alíneas e um número superior a 6 horas e inferior a 20 horas, foram incluídos no modelo B. A base desta classificação prende-se claramente com a profundidade permitida com uma abordagem de 2 ou de 15 horas.

O esquema de análise de conteúdo, de organização e agregação dos dados foi idêntico para qualquer um dos modelos e para um e outro tema.

Nos quadros referidos, aponta-se o número de escolas que utiliza cada um destes modelos. Lembra-se que em cada escola e, porque é leccionado em diferentes anos lectivos, ou num mesmo ano lectivo, mas em diferentes disciplinas, poderão ser considerados mais do que um modelo, daí que o valor de  $n$  possa ser superior a 25.

O exemplo mais característico, tal como se afirmou anteriormente, refere-se ao *Modelo A*, em que a maioria dos professores que o referiram, enunciavam um programa relativamente extenso, pormenorizado, incluindo os aspectos de maior importância, paradoxalmente, atribuíam-lhe apenas 2 horas até a um máximo de 5; levando a crer que qualquer desses conteúdos é apresentado numa definição, num conceito breve, não existindo qualquer espaço de análise ou de reflexão. Ao *Modelo B*, para além de um programa igualmente extenso é atribuído maior número de horas 10 a 15 horas; o *Modelo C* enuncia um programa de pequena extensão, referente à Pediatria ou Enfermagem Pediátrica e um pequeno número de horas; o *Modelo D* que se refere as aspectos mais específicos, em geral, organizacionais e referentes à saúde na comunidade; o *Modelo E* aplica-se sempre que existam disciplinas autónomas sobre o tema em questão.

Quadro 9  
Modelos de Formação em Cuidados Paliativos adoptados pelas Escolas

Conteúdos e Características de cada Modelo de Formação		N.º de ESCOLAS			
		CBE	CLE	ACF	CCF
<b>MODELO A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filosofia, Princípios, Pressupostos dos Cuidados Paliativos;</li> <li>- Conceitos; Objectivos e bases terapêuticas;</li> <li>- Comunicação doente/família/equipa multidisciplinar;</li> <li>- Intervenções de enfermagem no controle de sintomas (dor);</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associado a este modelo está um <u>reduzido número de horas</u> (2\5h)</li> <li>- No curso de licenciatura ou Bacharelato, em geral, é leccionado no 2º Ano</li> </ul>	8	13	4	2
<b>MODELO B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filosofia, Princípios, Pressupostos dos Cuidados Paliativos;</li> <li>- Dessocialização \ Ressocialização da morte;</li> <li>- Conceitos; Objectivos e bases terapêuticas;</li> <li>- Direitos do doente;</li> <li>- Comunicação doente/família/equipa multidisciplinar;</li> <li>- Informação ao doente e família; Como dar más notícias;</li> <li>- Assistência à família;</li> <li>- Intervenções de enfermagem no controle de sintomas(dor);</li> <li>- O Luto e Morte;</li> <li>- Modelos Organizativos dos Cuidados Paliativos;</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associado a este modelo está um <u>número significativo de horas</u> (6\15h)</li> <li>- A maioria de Escolas que adopta este modelo de formação, lecciona na disciplina de (Bio)Ética conteúdos relacionados com os principais dilemas bioéticos: direitos do doente e família; a informação da verdade ao doente; obstinação terapêutica; morte com dignidade;</li> <li>- No curso de licenciatura ou Bacharelato, em geral, é leccionado no 2º Ano;</li> </ul>	2	9	6	4
<b>MODELO C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência específica à <i>criança</i> e Família face à doença de mau prognóstico e fase terminal de vida;</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associado a este modelo está um número reduzido de horas (2\4 h)</li> <li>- É leccionado na disciplina de Enfermagem Pediátrica;</li> </ul>	6	5	0	0
<b>MODELO D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos Organizacionais;</li> <li>- Visitação Domiciliária\Cuidados Continuados;</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associado a este modelo está um <u>reduzido número de horas</u> (2\10h)</li> <li>- É leccionado na disciplina de Enfermagem de <i>Saúde na Comunidade</i>;</li> </ul>	2	3	0	1
<b>MODELO E</b>	Disciplina – Cuidados Paliativos – <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este modelo relaciona-se com a existência de uma <i>disciplina autónoma ou opcional</i>, em geral, designada por Cuidados Paliativos, Enfermagem Oncológica ou Oncologia;</li> <li>▪ Contém um programa extenso (correspondente ao Modelo B); Com a duração mínima de 30 horas até um máximo de 75 horas;</li> <li>▪ Situa-se no 2º ou 4º Ano;</li> <li>▪ Este modelo verifica-se em 3 Escolas Privadas;</li> </ul>	2	4	2	0

As principais conclusões que se podem extrair deste quadro, referentes à matéria dos *cuidados paliativos* são:

- grande diversidade de modelos de formação e de planos curriculares, nas diferentes escolas;
- da globalidade das escolas consideradas domina o Modelo A, o mesmo quer dizer, um programa que compreende os conceitos, princípios e bases terapêuticas desenvolvidos num tempo mínimo, que não permite ir além do

enunciar dos mesmos; podemos mesmo arriscar dizer-se que são abordados com superficialidade e sem aprendizagem que capacite o aluno a actuar no futuro;

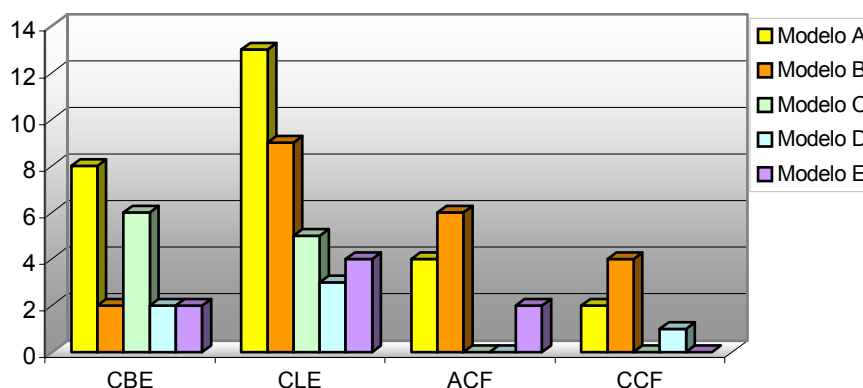
- verifica-se, no entanto, um número significativo de escolas com o Modelo B, com um programa extenso e um número significativo de horas;
- o tema é abordado na área da Enfermagem Pediátrica e da Enfermagem de Saúde na Comunidade, igualmente pouco desenvolvido e aprofundado, dado o reduzido número de horas e o programa descrito;
- curiosamente são 3 escolas privadas que possuem no seu currículo disciplinas autónomas intituladas *Cuidados Paliativos* com um significativo destaque e peso em horas; pelos dados provenientes de uma destas escolas, considero exemplar, já que por exemplo, para além de o desenvolver com profundidade nessa disciplina; o tema dor crónica é leccionado em todos os anos lectivos e inclui também o tema “cuidar o doente terminal e a fase final da vida” em várias etapas do curso, na enfermagem médico-cirúrgica, pediátrica e de saúde na comunidade, fazendo prova disso com os planos de estudo, discriminando os conteúdos programáticos de cada um, os quais são desenvolvidos num número significativo de horas.

Para além das características dominantes expressas nestes quadros, importa destacar alguns pormenores, embora menos frequentes, são reveladoras duma formação ainda insuficiente, nesta área do saber e do cuidar:

- a comunicação com doente e família é referida apenas por 4 escolas para o curso de bacharelato e 9 no curso de licenciatura; no entanto a técnica de como dar más notícias é apresentada apenas por 5 escolas para o curso de licenciatura;
- quanto ao controle de sintomas, a maioria refere apenas a dor, somente 4 referem outros sintomas, nomeadamente a dispneia, vómitos e obstipação;
- a morte, dessocialização da morte, representações sociais da morte são temas referidos por 4 escolas; a dignidade na morte é abordada por estas e por outras na disciplina de ética, num total de 8 escolas;

Em síntese, apresento no gráfico seguinte a distribuição de modelos por escolas (em número) para melhor visualizar os mais frequentes, em cada curso.

Gráfico 13  
Cuidados Paliativos  
Distribuição de Modelos por Escolas



A partir do gráfico lê-se claramente que, para além da evolução quantitativa, do curso de bacharelato para o de licenciatura, também se verificou uma maior qualificação da formação, já que existe maior número de escolas que adoptaram o modelo B e E.

No ano complementar de formação e no curso de complemento de formação em enfermagem predominam os modelos A e B; verificando-se a existência de duas escolas (privadas) com disciplinas inteiramente dedicadas aos cuidados paliativos no ACF.

Quanto à formação sobre *dor crónica*, o Quadro 5 já tinha permitido concluir que o tema dor crónica é leccionado em grande número de escolas, quer no bacharelato, quer na licenciatura. Estructurei as respostas de modo idêntico, organizando os conteúdos referidos igualmente por modelos, com base nos mesmos critérios (o programa, a extensão e profundidade do mesmo, a partir dos itens descritos pelos professores e número de horas referidos), representando o quadro 9 a distribuição verificada.

Quadro 10  
Modelos de Formação sobre Dor Crónica adoptados pelas Escolas

Conteúdos e Características de cada Modelo de Formação		N.º de ESCOLAS			
		CBE	CLE	ACF	CCF
MODELO A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição e conceito de dor;</li> <li>- Tipos de Dor (aguda e crónica);</li> <li>- Escalas de avaliação;</li> <li>- Tratamento da dor;</li> <li>- Assistência de enfermagem</li> </ul>	20	24	4	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este modelo está associado a um <u>reduzido número de horas</u> (2\5 h)</li> <li>▪ No curso de licenciatura ou Bacharelato, em geral, é leccionado no 1º Ano, na disciplina de Fundamentos ou Enfermagem I;</li> <li>▪ Tem um carácter muito geral e não abordam aspectos específicos da situação do doente com dor crónica;</li> </ul>				
MODELO B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito de dor crónica; tipos de dor crónica;</li> <li>- Fisiologia da dor;</li> <li>- Formas de avaliação da dor (escalas de intensidade, localização, factores que influenciam o limiar de dor, valorização de aspectos psicossociais)</li> <li>- Intervenções farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>- Especificidade da dor crónica; /Mitos;</li> <li>- Atitudes do enfermeiro face às vivências do doente e família face à dor crónica;</li> <li>- Unidades de tratamento da dor crónica</li> </ul>	3	12	6	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este modelo está associado a um <u>número significativo de horas</u> (6\15h)</li> <li>▪ No curso de licenciatura ou Bacharelato, em geral, é leccionado no 2º Ano;</li> <li>▪ A maioria de Escolas que adopta este modelo de formação, lecciona na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem II, Enfermagem Oncológica ou Oncologia (opcional);</li> </ul>				
MODELO C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos específicos na assistência à <i>criança com dor</i>,</li> </ul>	6	5	0	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este modelo está associado a um <u>número reduzido de horas</u> (2\4 h)</li> <li>▪ É leccionado na disciplina de Enfermagem Pediátrica;</li> </ul>				
MODELO E	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este modelo inclui conteúdos bastante completos e relaciona-se com a existência de uma <i>disciplina autónoma</i> designada por <i>Teorias e Técnicas de Intervenção na Dor</i> e <i>Sensações</i>”.</li> <li>▪ Com a duração mínima de 30 e 45 horas;</li> <li>▪ Situa-se no 1º ou 2º ano da licenciatura;</li> </ul>	0	2	0	0

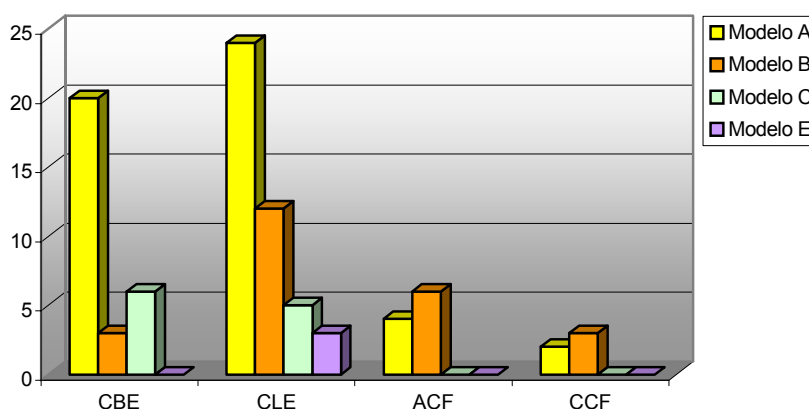
Analisando a situação individual de cada escola que lecciona o tema *dor*, verifica-se que se trata de um tema repartido ao longo de todo o curso, aliás como seria de esperar, mas raramente demonstrado grande profundidade nos conteúdos e leccionados numa pequena parcela de horas, em relação ao todo do curso.

No colectivo de escolas consideradas no estudo, observa-se que predomina o Modelo A, o mesmo quer dizer que são leccionados conteúdos relativos à distinção de dor aguda e crónica, na forma de conceitos e manifes-

tações, o tratamento farmacológico e a assistência de enfermagem, tudo num número reduzido de horas (2/5 horas).

Neste modelo, pressupõe-se que os aspectos mais específicos no tratamento da dor crónica (farmacológicos e não farmacológicos) não são abordados; o Modelo B, apesar de mais frequente no curso de licenciatura, significa um programa mais extenso, com conteúdos mais pormenorizados e abrangentes, num número mais “confortável” de horas (6/15 horas), tal como se descreve no quadro anterior; o Modelo C que se reporta aos conteúdos da Pediatria ou Enfermagem Pediátrica, é igualmente um programa curto e ao qual se atribuem um pequeno número de horas (2/4 horas); o Modelo E refere-se a um disciplina autónoma, totalmente dedicada à dor, a qual se encontrou em 2 escolas. O gráfico 14 ilustra exactamente essa distribuição por cursos e por número de escolas.

Gráfico 14  
Dor Crónica  
Distribuição de Modelos por Escolas



Embora pouco expressivos, os modelos A e B são os que prevalecem no ano complementar de formação e no curso de complemento em enfermagem.

Os estágios ou ensino clínico desenvolvem-se, maioritariamente, em hospitais e centros de saúde, excepcionalmente em unidades específicas tais como unidades da dor, equipas de cuidados continuados e nos Institutos de Oncologia (IPO's); a dispersão de resultados relaciona-se directamente com a área geográfica a que pertencem as escolas; nos grandes centros, como Lisboa, Porto e Coimbra são zonas privilegiadas onde essas valências e serviços de saúde existem; as outras regiões ficam condicionadas às opções locais.

Tabela 16  
Distribuição por Campos de Estágio

<b>Locais de Estágio</b>	<b>N.º</b>
Hospitais e Centro de Saúde	25
IPO	11
Unidades da Dor	6
Equipa de Cuidados Continuados	7

Quanto à metodologia utilizada para os conteúdos em estudo nada foi questionado no instrumento de colheita de dados, no entanto alguns professores (num total de 10) referiram-se à metodologia adoptada. Assim, foi possível registar os seguintes aspectos:

- recurso a trabalhos de grupo, sobretudo nas disciplinas de ética e na de saúde na comunidade;
- a participação de um prelector externo, com experiência prática na área (médico anestesista, psicóloga clínica);
- visitas de estudo a unidades de cuidados paliativos portuguesa e estrangeira, a unidades da dor e IPO's;
- apresentação e discussão de estudos de caso, onde os temas dor e cuidados paliativos eram centrais;
- discussão e reflexão conjunta após testemunhos reais (presença de doentes que contam a sua história de vida);

Considerando estas estratégias pedagógicas extremamente interessantes e valiosas, constituirão inclusive algumas recomendações da proposta final.

## **PARTE III**

# **CONCLUSÕES/SUGESTÕES**

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSÕES**

A concretização deste trabalho resultou, fundamentalmente, numa reflexão pessoal sobre a concepção do currículo do curso de licenciatura em Enfermagem, na sua globalidade e, concretamente, nas matérias em estudo; permitindo consolidar os pressupostos e princípios de toda a filosofia que subjaz a este nível de formação académica.

Neste capítulo, procurarei enunciar as principais conclusões resultantes de toda a construção teórica e da conceptualização a ela vinculada, do trabalho empírico, principais resultados e modelos de formação encontrados. A especial ênfase recairá sobre os vectores de mudança, evidenciando-se as intervenções prioritárias, na esperança de que a evidência dos problemas nos consciencialize melhor das vantagens alcançadas se os desafios forem definitivamente enfrentados e aceites.

Ao nível da saúde, tem-se verificado um interesse exponencial quanto aos temas cuidados paliativos e dor crónica, demonstrável pela mediatização de qualquer um deles e também porque cada vez mais são objecto de formação em seminários, simpósios e congressos, como momentos de actualização de conhecimentos. Tal facto acontece e decorre das necessidades sentidas pelos profissionais que confrontados com a realidade dos seus serviços, dos seus doentes e familiares se sentem sem soluções para os problemas reais dos mesmos. Essa constatação e esse confronto com a realidade de saúde e social deve constituir para a Escola um desafio e, em simultâneo, um objectivo. A relação entre o ensino e a posterior inserção no mundo profissional, passa por duas perspectivas fundamentais, os aspectos da prática com reflexos na formação ministrada e por outro os aspectos da formação com impacto nas actividades a serem desempenhadas. Todas as reflexões sobre o ensino e a

formação devem ser orientadas para estes vectores e sobretudo para o resultado da sua intersecção.

Investir o currículo de saberes oriundos da prática constituirá sempre uma mais valia para qualquer profissão, em que toda a formação deverá ser orientada para a transformação social, para capacitar o aluno para um pensamento global, integrador, em que a acção e a reflexão devem ser co-constitutivas.

Ao longo deste trabalho e da realidade dos serviços de saúde e da sociedade em geral, são vários os indicadores expressos, que justificam e legitimam a necessidade de ampliar a formação sobre as matérias em referência.

O envelhecimento demográfico da população portuguesa, o registo crescente de doenças oncológicas, de SIDA, degenerativas do SNC, respiratórias e cardíacas determinam quadros de cronicidade de grande sofrimento, elevada dependência e, por vezes de estigma social, para os quais os enfermeiros devem estar devidamente habilitados a prestar cuidados globais, valorizando todas as dimensões do indivíduo, e em todos os níveis de prevenção e de actuação.

De igual modo, a negação e dessocialização da morte, visíveis na sociedade, em geral, e nos profissionais de saúde, em particular, a obstinação em terapêuticas inúteis e invasivas, a clara dificuldade no controle de sintomas, são mais alguns dos indicadores presentes; na perspectiva social são sobretudo a composição, estrutura e funções familiares que mais problematizam a situação dos doentes em fim-de-vida; realidade que deve ser igualmente equacionada e encontradas estratégias e soluções, considerando-as como competências da enfermagem.

É unanimemente reconhecido que a formação, nesta área, deve começar no período de pré-graduação por forma a promover aquisições específicas, por parte dos alunos de enfermagem, relacionadas entre outras, com a impossibilidade da cura, a aceitação da inevitabilidade da morte, o controle de sintomas, a comunicação terapêutica e o trabalho de equipa.

Das várias recomendações internacionais apresentadas verifica-se grande coincidência quanto aos conteúdos mínimos obrigatórios. As maiores diferenças reportam-se à organização, modelo e estrutura curricular, sobretudo nos modelos americanos. Dado o grau de sistematização observado nessas recomendações,

são facilmente adaptáveis à realidade do ensino em Portugal, independentemente do modelo adoptado por cada escola.

A partir dos dados obtidos no trabalho empírico, podemos reunir as conclusões e responder aos objectivos e questões traçadas inicialmente.

Os docentes responsáveis por estes conteúdos são maioritariamente, professores-adjuntos, com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. A partir desta informação podemos concluir que, sendo profissionais tradicionalmente vinculados ao ensino em contexto hospitalar/cuidados diferenciados, são também os mais sensíveis quanto à importância destas matérias.

A análise deste dado, permite concluir o seguinte: dado que a maioria dos doentes crónicos avançados (sobretudo na fase final de vida) não encontra soluções na comunidade onde está inserido, recorre, juntamente com os seus familiares, invariavelmente ao hospital. A hegemonia hospitalar observada, resulta e determina um ciclo fechado e unidireccional.

Provavelmente, a formação, ao nível pré e pós-graduado, poderá através da sua filosofia global e por unidades curriculares específicas, habilitar o aluno com conhecimentos e competências no domínio dos cuidados paliativos, acabando por se sentir útil na sua profissão, na equipa a que pertence e na comunidade que serve. Por outro lado, essa formação deve capacitar e motivar o aluno/novo enfermeiro a entender a saúde na comunidade como uma opção de igual prestígio e de realização profissional, representando uma tentativa de contrariar esse hospitalocentrismo.

Uma autora brasileira, num estudo efectuado no seu país e que visou a *Educação Tecnológica no Processo Ensino-Aprendizagem das Técnicas de Enfermagem*, acrescenta dados importantes nesta reflexão, responsabilizando a formação por essa filosofia:

São mais de 20 anos de ensino fragmentado, pautado no modelo médico, sem enfoque na saúde colectiva, centrado no cuidado ao indivíduo hospitalizado. Isto é plenamente justificável considerando-se o contingente de doentes do nosso país em decorrência das políticas de saúde, o que leva os currículos a reservar proporcionalmente uma carga horária maior para o cuidado hospitalar. (Nascimento 1998, p.32)

À semelhança do que acontece na maioria dos países europeus, a primeira linha de atendimento aos utentes,ãos ou doentes, desde o nascimento até à morte, deve acontecer nos centros de saúde (cuidados de saúde primários - primeiros na linha de atendimento); o hospital de referência destina-se a situações

de agudização, que exijam cuidados mais especializados e diferenciados. Esta hegemonia hospitalar é, igualmente, muito observada também ao nível do ensino de enfermagem. Tradicionalmente o ensino de enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação (noutras escolas, enfermagem II) são muito focalizados na doença, cujas práticas clínicas decorrem principalmente ou unicamente nos hospitais.

A partir da *Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiras*<sup>48</sup> da OMS verificámos que para além dessa perspectiva, existe com igual importância a vertente da saúde na comunidade (no adulto e idoso), inclusive é dedicado um capítulo ao que deve entender-se sobre *Enfermeiro de Família*, reforçando o seu papel central na linha de atendimento, a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar e com os restantes níveis de prevenção e actuação.

Esta reforma, constitui um desafio de idênticas dimensões para os responsáveis da formação, mas também para os que dirigem as instituições de saúde e, em primeira instância, para os responsáveis políticos; no entanto todos sabemos que a reorganização e reforma do sistema de saúde não se concretiza por decreto, mas com o empenho e motivação de todos os implicados, em geral, e de cada um, em particular. Assumindo, indiscutivelmente, a formação uma função primordial e determinante para a mudança exigida.

Do universo das 33 escolas, responderam 40 professores pertencentes às 25 consideradas no estudo e que permitiram encontrar os modelos de formação, actualmente existentes.

Observou-se a partir das respostas dos professores inquiridos, que nos últimos 10 a 15 anos, houve um grande investimento na formação pós-graduada (de especialização, mestrado e doutoramento), reflexo das exigências da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e posterior integração no ensino superior politécnico. Para além do maior reconhecimento académico e profissional, diversificou e matizou os saberes, oriundos de outras ciências humanas e sociais. A mais valia acontece essencialmente na qualificação do corpo docente e de cada escola, mas certamente na qualificação do ensino ministrado. Tomamos o exemplo do mestrado em Ética, o qual determinou preocupações (novas) nos professores que o realizaram, os quais

---

<sup>48</sup> *Nurses and Midwives for Health*, OMS, Junho de 2001

passaram a incluir nos seus programas, as situações problemáticas e os dilemas frequentes no fim de vida.

Na análise dos dados, a primeira grande evidência prende-se com a existência de diferentes modelos de formação, perceptíveis não só através dos planos curriculares, estruturados de modo muito diferente, mas também pelas unidades curriculares com designações distintas, de escola para escola. Esta a grande justificação para a heterogeneidade encontrada e também para a dificuldade em apurar resultados, estruturando-os em modelos de raiz ou denominador comum.

É importante registar que do curso de bacharelato para o de licenciatura se observou um salto qualitativo quanto à valorização destes conteúdos nos programas das disciplinas, bem como do número de horas atribuído. De realçar que, no curso de licenciatura e das 25 escolas que responderam ao questionário, 22 leccionam cuidados paliativos e 24 o tema dor. Importa conhecer que das 11 escolas que não leccionavam cuidados paliativos no curso de bacharelato, apenas 5 consideraram importante inclui-lo no ano complementar de formação, cujo objectivo principal é, exactamente, a extensão ou aprofundamento de matérias menos valorizadas até aí.

O 2º ano do curso é o ano privilegiado para a leccionação destes conteúdos programáticos, tal como se afirmou anteriormente, dedicado ao adulto e idoso e aos cuidados diferenciados; embora se observe, por um número significativo de escolas, a sua valorização em áreas como a Saúde Infantil e Pediatria e Saúde na Comunidade.

A dor crónica é considerada e tratada no âmbito da disciplina de Fundamentos de Enfermagem e na Enfermagem Médico-Cirúrgica e mais raramente na Enfermagem Pediátrica; cuidados paliativos é capítulo da Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ética, Saúde na Comunidade e menos na Enfermagem Pediátrica.

Numa primeira etapa, procedeu-se à análise de escola por escola, feita a análise vertical, em que nos debruçámos sobre cada sujeito separadamente, passou-se em revista os diferentes temas que cada professor abordou, número de horas, unidade curricular e realizou-se uma síntese individual. A análise

horizontal tratou cada um dos temas, salientando as diferentes formas sob as quais ele apareceu nos inquiridos (as diferentes escolas e professores).

Pela homogeneidade ou diferença encontrada, nas matérias enunciadas por cada professor inquirido, número de horas atribuído e unidade curricular encontrou-se um denominador comum, a partir do qual viemos a definir como Modelos A, B, C, D e E, explicitados no decurso do trabalho. Cumpre agora colocar em destaque as principais ideias chave.

A profundidade na abordagem destas matérias está necessariamente dependente do n.º de horas utilizado e, neste domínio, podemos adiantar com alguma certeza, de que é superficial, já que a dispersão do n.º de horas atribuído a cuidados paliativos variou entre 2 e 75 h e dor crónica entre 1 e 35 h; em que a tendência central foi de 5 e 8 horas, respectivamente. Parece-me pertinente reflectir sobre o todo e as partes, tendo em conta que o curso de licenciatura compreende 4600 horas, atribuir 5 e 8 horas às matérias em questão é claramente insuficiente, podendo a partir deste dado concluir que os novos profissionais não adquirem competências para cuidar doentes em fim de vida e/ou com dor crónica. A este nível as escolas não cumprem uma das suas funções principais de adequar e preparar os novos enfermeiros, visando a permanente articulação com a realidade e contextos actuais, podendo, por isso, perder credibilidade face à sociedade, num médio prazo.

No que diz respeito aos cuidados paliativos, existe grande heterogeneidade nos conteúdos considerados e nem todos os professores valorizam os mesmos, o enunciado mais comum e frequente é *Filosofia, pressupostos e princípios dos cuidados paliativos*; o modelo A correspondente a um programa relativamente pouco extenso a desenvolver em 2/4 horas, foi o mais frequente. São conceitos, princípios e bases terapêuticas abordadas em tempo recorde, não permitindo a verdadeira aprendizagem que capacite o aluno, futuro enfermeiro, a actuar com independência em situações futuras; o Modelo B reúne um programa mais completo e a trabalhar em 10/15 horas, observou-se em 9 escolas, no curso de licenciatura; três escolas privadas apresentam no seu plano curricular disciplinas autónomas inteiramente dedicadas aos cuidados paliativos.

Relativamente à dor crónica seguiu idêntica metodologia para encontrar os modelos, valorizando igualmente os conteúdos referidos, n.º de horas e situação curricular (ano lectivo e disciplina).

Analisando a situação individual de cada escola que lecciona o tema dor, verifica-se que é leccionado quase sempre na dupla perspectiva dor aguda e crónica e, menos frequente, o aprofundamento da dor crónica; verifica-se que o assunto *dor* se encontra repartido e é transversal ao longo de todo o curso, aliás como seria de esperar, mas demonstrou-se a pouca profundidade na abordagem dos conteúdos, os quais são leccionados numa pequena parcela de horas, em relação ao todo do curso.

Ao nível de todas as escolas, o Modelo A foi, igualmente, o mais frequente, o que corresponde à distinção entre dor aguda e crónica, na forma de conceitos e manifestações, tratamento farmacológico e não farmacológico e assistência de enfermagem ao doente, numa abordagem que, em geral, não ultrapassa as 5/8 horas. Claramente se demonstra que os aspectos mais específicos da avaliação da dor crónica, medidas de tratamento farmacológico (escada analgésica da OMS) e não farmacológico, não são abordados, ou pelo menos, aprofundados.

Verificou-se idêntico salto qualitativo do curso de bacharelato para o de licenciatura, em que 12 escolas adoptam o Modelo B, o mais completo e um n.º mais confortável de horas; registou-se a existência de 2 escolas (neste caso públicas) com uma disciplina inteiramente dedicada à dor.

Embora pouco expressivos, os Modelos A e B, de um e outro tema, são os mais verificados no ano complementar de formação e complemento de formação em enfermagem.

As práticas clínicas realizam-se em hospitais gerais e centros de saúde, de todo o país; nos grandes centros como Lisboa, Porto e Coimbra as respostas incluíram outros campos como IPO's, Unidades da Dor e Equipas de Cuidados Continuados. Daqui se depreende que, sem um desenvolvimento curricular profundo ou aprofundado e sem um acompanhamento sistemático por parte de professores ou profissionais experientes na matéria, é esperado que se repliquem modelos de evitação e fuga. É natural que se mantenham os principais mitos e tabus relativos à morte, à sua negação, a ineficácia no controle de sintomas e a

franca dificuldade em estabelecer comunicação eficaz e terapêutica com doentes e familiares.

Embora não tenham sido questionados quanto às metodologias usadas na leccionação destas matérias, alguns professores referiram as usadas. Em síntese, apelam a metodologias activas e dinâmicas, incluindo a presença de prelectores externos com prática assistencial, discussão de casos reais, trabalhos de reflexão conjunta e visitas de estudo. De facto e a confirmar estas preocupações incluí-as, na proposta final, como um dos pressupostos importantes, sugerindo que as metodologias de ensino-aprendizagem sejam activas, dinâmicas e participativas; sabendo que a motivação é determinante para esta área, torna-se importante que cada aula vá muito além da narrativa em monólogo dos conteúdos e que se valorize a opinião e a reflexão de cada aluno, reorientando-a para os objectivos pretendidos; o recurso a exercícios e exemplos práticos é recomendado, como a melhor forma de integrar e compreender os conhecimentos adquiridos. Deixando como sugestão a necessidade dos docentes responsáveis por esta disciplina, idealmente deterem experiência assistencial ou formação específica em programas de cuidados paliativos ou, em alternativa, convidar um profissional que com a sua experiência prática, enriqueça e diversifique o ensino, consolidando a aprendizagem.

No início deste estudo estava presente a convicção de que a formação sobre cuidados paliativos e dor crónica seria encontrada em pouquíssimas escolas e feita de modo superficial; provou-se que, afinal, essa formação acontece na maioria das escolas inquiridas, embora se tenha comprovado que é insuficiente nos conteúdos e na profundidade dos mesmos. Está dado o primeiro passo, mas falta dar muitos mais para alcançar uma marcha segura e sem vacilações.

Do somatório dos diferentes capítulos deste trabalho pudemos recensear as principais características de uma realidade, a qual consideramos problemática, em termos sociais e de saúde. As soluções apontam para dois grandes caminhos, que o presente estudo pretendeu, exactamente, demonstrar. Assim, do conjunto dessas características entendo que é necessário:

1) vontade política para reorganizar, reformular o sistema de saúde, dinamizando e criando respostas reais e efectivas na comunidade, através de estruturas e serviços capazes de contrariar as taxas de ocupação (sempre saturadas) dos hospitais; nomeadamente no que diz respeito aos doentes crónicos avançados, idosos e aos doentes com dor crónica;

Em paralelo e em simultâneo é determinante:

2) apostar seriamente na formação, entendendo-a como um pilar fundamental para essa reforma; repensar os *curricula* dos cursos de licenciatura em enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia e outros, através da inclusão de matérias sustentadas e ancoradas na realidade, social e de saúde, envolvente e de medidas concretas objectivadas nos vectores da mudança requerida.

Ao nível do **ensino de enfermagem** propõe-se o seguinte:

- se reconheça a real e emergente necessidade de iniciar/ampliar a formação, ao nível pré-graduado, sobre cuidados paliativos, como uma habilidade activa, necessária e parte integrante e nobre dos cuidados de enfermagem;
- seja tida em conta toda a proposta de formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica, apresentada no capítulo seguinte;

Acrescenta-se ainda que:

- as matérias obrigatórias expressas no Decreto Lei n.º320/87 de 27 de Agosto, sejam revistas e passem a incluir conteúdos relativos ao doente com dor crónica e em fim de vida (cuidados paliativos);
- a concepção do currículo deve valorizar variáveis sociodemográficas e os indicadores de saúde presentes na realidade do país;
- as práticas e ensino clínico, relativas a estes conteúdos, devem ocorrer em serviços hospitalares, de saúde na comunidade, instituições de solidariedade social e outras, mas sempre com acompanhamento sistemático de professores e/ou enfermeiros detentores de formação específica em cuidados paliativos;
- se devem desenvolver projectos de parceria entre escola e instituições de saúde (professores e cooperantes) que permitam estruturar, planear e inovar na assistência a doentes em fim de vida ou com dor crónica, articulando-se

entre si e com outras estruturas e serviços, potencializando sinergias que resultem em mais valias para a formação e para a qualificação da prestação de cuidados;

- que se considere o complemento de formação em enfermagem como a oportunidade e o momento privilegiado de aprofundar conhecimentos não adquiridos no primeiro nível de formação (bacharelato), incluindo matérias como as versadas neste estudo e também como uma das formas de implementar estes projectos futuros de parceria.

É válido dizer que com este estudo houve um acréscimo significativo ao corpo de conhecimentos no que se refere ao tema focado, especialmente pelas conclusões retiradas dos dados obtidos e pela demonstração e evidência quantitativa da necessidade de reorientar a formação pré-graduada para outras perspectivas do *cuidar em enfermagem*.

Com a divulgação de resultados completarei o percurso de investigação iniciado e, depois de discutido este estudo e validada a proposta final que construí, resta a satisfação pessoal de contribuir activamente para a mudança futura, em que acredito.

Para finalizar sublinhamos, de novo, a orientação do *Currículo do Futuro* de Alvin Toffler o qual pressupõe um vaivém entre a teoria e a prática, entre a escola e a comunidade, entre a informação escrita e os dados novos. Toffler recomenda uma estratégia pedagógica, a aprendizagem-acção, preconiza sobretudo a autonomia na aprendizagem, a responsabilização na mesma e aguça o espírito crítico. Espera-se que todos os profissionais de saúde e, particularmente os docentes de enfermagem, se envolvam neste desafio e que os esforços sejam empreendidos para conduzir o ensino de enfermagem para novos rumos, podendo o aluno ser formado com consciência crítico-reflexiva e espírito inovador, capaz de acompanhar os avanços científicos e técnicos.

## **CAPÍTULO 6**

# **PROPOSTA DE FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR CRÓNICA**

### **1 – FILOSOFIA CURRICULAR**

A proposta que aqui faço e que, vivamente, gostaria que fosse tida em conta pelas escolas, fundamenta-se no trabalho de pesquisa, nas orientações veiculadas pelas organizações internacionais (europeias e norte-americanas), elaboradas por peritos na matéria, possuidores de uma longa experiência, na pesquisa bibliográfica feita no decurso deste trabalho de investigação, e também na matriz de resultados obtidos, da qual emergiram algumas ideias e princípios que considero importantes.

Sobre este último aspecto focado, dada a diversidade e as significativas diferenças de modelos curriculares encontrados nas escolas inquiridas, torna-se difícil propor um programa que se adapte de uma forma generalizada. Todavia enuncio as linhas gerais passíveis de inclusão em qualquer plano curricular, independentemente da sua organização.

#### **1.1 - PRESSUPOSTOS DA FORMAÇÃO**

Considerando a escola como um espaço privilegiado de construção de identidades sociais e profissionais, o processo de formação deve revestir-se de uma filosofia de fundo que estabeleça metas e princípios gerais que orientem e sustentem toda a actuação do aluno/enfermeiro, em toda a sua vida prática. Dentro desta linha de pensamento, enuncio os pressupostos e princípios que configuram a filosofia curricular que preconizamos e recomendamos.

- *Primeiro pressuposto* - é importante reafirmar, tal como fez a *International Council of Nursing*, que, no processo de cuidar, a enfermeira se encontra numa

situação ímpar e privilegiada relativamente aos cuidados paliativos, porque acompanha os doentes nas 24 horas do dia, relaciona-se mais de perto com os familiares, podendo durante a prestação de cuidados realizar uma avaliação inicial de pormenor, desenvolver uma comunicação profunda e planear e implementar intervenções terapêuticas junto dos doentes. Por outro lado, os cuidados de conforto durante a fase final da vida, devem ser considerados como uma habilidade activa, necessária, importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem. Daí a importância do reforço na formação nesta área.

- *Segundo Pressuposto* - tendo em conta as variáveis de contexto actualmente observáveis (demográficas, de morbilidade - com o aumento significativo de doenças crónicas - e a realidade social e familiar), considero de primordial interesse incluir uma disciplina no plano curricular da licenciatura em enfermagem, com um mínimo de 45 horas (idealmente 60 horas) e a provável localização no 2º ano, não opcional, mas obrigatória; o mesmo recomendo em relação ao complemento de formação em enfermagem, uma vez que é um momento privilegiado de actualização dos conhecimentos de todos os enfermeiros, independentemente, da formação ou área de trabalho;

- *Terceiro Pressuposto* - tal como a Oncologia, os cuidados paliativos socorrem-se de muitas outras especialidades para atingir os seus objectivos e para poder garantir a qualidade de vida dos doentes com doenças crónicas, incuráveis e evolutivas e a dignidade na morte. Qualquer intervenção de outra especialidade não deve, no entanto, perder de vista os objectivos pretendidos e os princípios norteadores da acção, bem como o carácter finito da intervenção médica, e ainda os direitos do doente.

Assim, o aluno de enfermagem faz, durante o seu percurso de aprendizagem, deve adquirir um certo número de conhecimentos próprios desta área, que serão recrutados e mobilizados aquando da leccionação de certos conteúdos, concretamente, no âmbito da socio-antropologia, da psicologia, da ética, da farmacologia, da oncologia e de enfermagem (fundamentos, médico-cirúrgica, saúde na comunidade, psiquiatria).

- *Quarto pressuposto* – é de esta aquisição dos conhecimentos, deve ser gradual e progressiva, feita ao longo do curso, partindo do simples para o complexo, devendo existir no 2º ou 4ºano do curso uma disciplina autónoma com

pelo menos 45 horas, que integre, desenvolva e consolide toda a formação anterior.

Esta concepção decorre do facto de o aluno estar sujeito, ao longo do curso e, em simultâneo, a um desenvolvimento social e moral que lhe permite, de modo crescente, compreender fenómenos como a morte e a sua aceitação, a comunicação com doentes em fim de vida e as más notícias e ainda atingir um nível de maturidade intelectual e também técnico sobre a monitorização, controle de sintomas ou o seu alívio, valorizando sempre as dimensões física, psicológica, social e espiritual do doente.

Figura 4  
Metas do Processo Ensino-Aprendizagem



- *Quinto Pressuposto* - relaciona-se com as metodologias de ensino-aprendizagem, as quais se sugerem activas, dinâmicas e participativas; sendo a motivação um pressuposto determinante para esta área, torna-se importante que em cada aula se vá muito além da narrativa em monólogo dos conteúdos e que se valorize a opinião e a reflexão de cada aluno, reorientando-as para os objectivos pretendidos; o recurso a exercícios e exemplos práticos é recomendado como sendo a melhor forma de integrar e compreender os conhecimentos adquiridos.

- *Sexto Pressuposto* - os docentes responsáveis por esta disciplina, idealmente devem ter experiência assistencial ou formação específica em programas de cuidados paliativos ou, em alternativa, deve ser convidado um profissional que, com a sua experiência prática, enriqueça e diversifique o ensino, valorizando a aprendizagem.

No seu conjunto, estas são orientações e, ao mesmo tempo, possíveis alicerces na estruturação da estratégia metodológica considerada imprescindível para que aquisição de competências, nesta área do saber se faça de modo consistente.

## 1.2 – PRINCÍPIOS

Como se sabe, em cada sociedade existem valores, crenças e atitudes que influenciam a forma como as pessoas vivem uma experiência das doenças e, muito particularmente, das doenças crônicas ou da proximidade da morte. O processo de formação deve valorizar tal perspectiva, começando por debater essas mesmas crenças e valores com os próprios alunos, também eles seres sociais, oriundos de diferentes culturas e famílias. É igualmente importante que adquiram princípios que norteiem toda a sua vida prática.

Dado que a prestação de cuidados paliativos é multidisciplinar, é fundamental que a formação resulte da complementaridade de várias disciplinas e que se recrutem todos os conhecimentos adquiridos.

A formação deve ser orientada para a prática e suficientemente dinâmica para reflectir tanto as alterações como o alcance da prática de enfermagem no país.

Os alunos, na sua maioria adultos, devem ser incentivados a controlar e avaliar a sua própria aprendizagem e a desenvolverem capacidades de aprendizagem que possam ser aplicadas durante toda a vida. Mais ainda, será indispensável precisam que lhes sejam dadas oportunidades de aplicarem a teoria à prática, num ambiente onde possam dispor de adequada supervisão e orientação e de experiências práticas relevantes.

Dentro da filosofia curricular destaco os seguintes princípios, que devem nortear toda a vida prática do recém-formado. Assim, ele deve ser preparado para:

### **A – Relativos aos Cuidados Paliativos**

1. *Criar um ambiente terapêutico que permita aos doentes e às suas famílias expressarem as suas necessidades e verem essas mesmas necessidades satisfeitas de forma culturalmente sensível;*

2. *Prestar cuidados centrados no doente, valorizando e tratando as múltiplas dimensões múltiplas: física, psicológica, cultural, espiritual e o seu contexto familiar e social mais vasto;*
3. *Promover cuidados de conforto e controlo de sintomas durante a fase final da vida, como uma habilidade activa, necessária, importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem;*
4. *Considerar o doente como uma pessoa viva até ao momento da morte, respeitando todos os seus direitos, valores e crenças;*
5. *Aplicar os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos (dilemas) relacionados com os cuidados na fase final da vida, reconhecendo a importância dos valores pessoais, códigos profissionais, legais e decisões do doente;*
6. *Quando necessário, deverão sentir-se confiantes para enfrentar práticas ou decisões em detrimento dos resultados para o doente;*
7. *Aceitar o carácter finito da intervenção médica e privilegiar a dignidade e qualidade de vida, aceitando a perspectiva do doente;*
8. *Ser capaz de actuar numa equipa multidisciplinar e sentir-se, simultaneamente, confiante e competente para actuar com todos os elementos da equipa.*
9. *Desenvolver capacidades de comunicação eficaz e empática com o doente, a família e a equipa de cuidados;*
10. *Assistir o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento, a dor e as perdas;*

## **B – Relativos à Dor Crónica**

1. *A Dor deve ser entendida como uma experiência multidimensional, que inclui componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais, culturais e todos os que podem influenciar a percepção e resposta à dor;*
2. *É necessário um conhecimento subsidiário proveniente, directa e indirectamente, de várias disciplinas;*
3. *A Enfermeira encontra-se numa situação privilegiada na avaliação inicial do doente com dor, do seu impacto no doente e família, na implementação da*

*intervenção terapêutica, usando todos os recursos disponíveis e na avaliar da eficácia da mesma;*

- 4. Se os profissionais de saúde não puderem eliminar a dor, as enfermeiras podem minimizar o sofrimento associado; o sucesso do controle depende mais do cuidado do que da cura;*
- 5. A implementação de um plano de cuidados no alívio da dor depende das habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal;*
- 6. A dor deve ser adequada e regularmente avaliada em modos sistemáticos; a avaliação e controle, são aspectos integrantes dos cuidados de enfermagem, devendo incluir sempre o doente, de modo contínuo;*
- 7. Devem ser registadas as avaliações e as medidas de controle, servindo estas de guia para actuações sequenciais e não como um fim (rever, rever, rever...).*

## 2 – ESTRUTURA CURRICULAR

Dada a evidência de que existe grande heterogeneidade nos planos curriculares das diferentes escolas, é necessário que esta proposta coincida com uma estrutura bastante flexível e adaptável aos vários modelos de formação. Basicamente, enunciam-se os principais objectivos/competências a alcançar podendo variar as metodologias, os percursos seguidos consoante o modelo curricular presente em cada escola.

Se se pretende uniformizar e atingir um nível equiparadamente elevado na formação em enfermagem em toda a União Europeia, é necessário satisfazer um conjunto de critérios mínimos de base.

Como proposta, resulta um programa, que não tem a pretensão da perfeição ou de esgotar o debate sobre o que é prioritário ensinar sobre dor e cuidados paliativos. Trata-se de um documento passível de ser valorizado com novas sugestões ou adaptações à realidade circunstancial de cada plano curricular, de cada escola ou de cada região.

*Sugere-se que exista, no curso da licenciatura em enfermagem, uma disciplina (não opcional) inteiramente dedicada aos cuidados paliativos, com um número mínimo de 45 horas. Porém, certas matérias, pela sua natureza e inter-relação com outras, devem continuar a ser leccionadas paulatina e gradualmente ao longo de todo o curso.*

Como exemplos mais elucidativos, temos a dor, que é um sintoma presente em inúmeras situações patológicas, tais como no pós-operatório, nos politraumatismos, no enfarte agudo do miocárdio, na patologia vascular periférica, na pancreatite aguda ou crónica, nas situações neoplásicas, nas doenças reumatismais, nas doenças do aparelho digestivo, etc. Determinam situações álgicas distintas com abordagens terapêuticas totalmente diferentes, mas que conduzem invariavelmente a uma perda significativa da qualidade de vida, exigindo uma avaliação e tratamento adequados e imediatos.

O conhecimento do ser humano pressupõe também uma reflexão sobre as suas dimensões psicológica, sociológica e espiritual, em situação normal ou de crise/doença.

A morte, como facto social, constitui um outro tema a incluir obrigatoriamente nas ciências humanas e sociais, como a psicologia, a antropologia e a sociologia.

Outra base importante são os conhecimentos adquiridos, em geral na fase inicial do curso, nas ciências fundamentais como a anatomia, a fisiologia, a farmacologia e a bioquímica.

Situar a disciplina de Cuidados Paliativos numa fase inicial do curso (2º ano) ou no último ano, tem vantagens e desvantagens num e noutro caso. Se situada no 2º ano, tem a vantagem de preparar o aluno para as primeiras experiências práticas, em meio hospitalar ou na comunidade, capacitando-o para avaliar correctamente as necessidades e equacionar os cuidados a prestar; tem porém a desvantagem de possuir pouca experiência e a consequente dificuldade em compreender plenamente os princípios norteadores da sua acção. No 4º ano, o aluno já apresenta uma maturidade pessoal e profissional que lhe permite essa compreensão, mas por outro lado, percebe tardiamente que existem doentes e familiares aos quais pode ser prestada uma assistência de maior qualidade.

Pesando as vantagens e desvantagens, optamos por sugerir que seja leccionado no 2º ano, considerando este como uma fase intermédia do curso. É importante referir que existem em todos os serviços de saúde e todas as áreas do sistema de saúde, doentes com doenças crónicas avançadas ou em situação terminal de vida e por essa razão são competências exigidas, desde muito cedo, ao aluno de enfermagem.

Por esta mesma razão se sugere que a cadeira não tenha carácter opcional; embora alguns profissionais possam não demonstrar especial motivação e preferência por estes temas e matérias, no entanto a todos devem ser exigidos conhecimentos mínimos na sua actuação diária, que podem ser úteis quer seja numa unidade de cuidados intensivos, quer seja num serviço de medicina, cirurgia geral, num centro de saúde de uma pequena aldeia ou de uma grande cidade ou num lar de terceira idade.

## 2.1 - OBJECTIVOS EDUCACIONAIS /CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

### **I - Cuidados Paliativos**<sup>49</sup>

#### Objectivos/ Competências

1. *Reconhecer a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias actualizações na formação para prestar cuidados de qualidade;*
2. *Promover cuidados de conforto durante a fase final da vida, como uma habilidade activa, necessária e importante e parte integrante dos cuidados de enfermagem;*
3. *Desenvolver capacidades de comunicação eficaz e empática com o doente, a família e a equipa de cuidados;*
4. *Reconhecer as suas atitudes pessoais bem como os sentimentos, valores e expectativas em relação à morte e à diversidade individual, cultural e espiritual que existe ao nível das crenças e tradições;*
5. *Demonstrar respeito pelas perspectivas e desejos do doente durante a prestação de cuidados;*
6. *Prestar cuidados de enfermagem ao doente, garantindo qualidade de vida, colaborando com a equipa multidisciplinar;*
7. *Usar instrumentos standardizados cientificamente testados e validados, para avaliar sintomas (por exemplo dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náuseas, vómitos e alterações cognitivas) experimentados pelos doentes na fase final da vida;*
8. *Usar os resultados da avaliação dos sintomas e conhecimentos actualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para planear e intervir;*
9. *Avaliar o impacto das terapias tradicionais, complementares e técnicas centrado nos resultados;*
10. *Avaliar e tratar tendo em conta as dimensões múltiplas do doente, incluindo físicas, psicológicas, sociais e espirituais, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final;*

---

<sup>49</sup> De acordo com as recomendações da *American Association of Colleges of Nursing*

11. *Assistir o doente, a família e os amigos, ajudando-os a lidar com o sofrimento, a dor e as perdas;*
12. *Aplicar os princípios legais e éticos na análise de assuntos complexos inerentes aos cuidados na fase final da vida, reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões do doente;*
13. *Identificar os obstáculos e facilidades relativamente à mobilização de recursos para o doente e o seu potencial cuidador;*
14. *Demonstrar competências na implementação de um plano de cuidados de qualidade na fase final da vida, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo;*
15. *Aplicar os conhecimentos e os resultados de pesquisas em cuidados paliativos na prestação de cuidados e na formação;*

## **II – Dor Crónica<sup>50</sup>**

### Objectivos / Competências

1. *Conceptualizar dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados, dependente da idade, do género e do nível cultural;*
2. *Descrever e compreender a anatomia, a fisiologia, a farmacologia e a psicologia da dor;*
3. *Distinguir os vários tipos de dor;*
4. *Descrever as influências potenciais de variáveis como a tensão, ansiedade, medo, fadiga na percepção e resposta à dor;*
5. *Descrever os componentes sensoriais, cognitivos, afectivos e comportamentais de dor;*
6. *Conhecer os papéis da família e da cultura no desenvolvimento de atitudes face à dor;*
7. *Descrever e utilizar instrumentos de avaliação comuns para medir a dor percebida e para testar a sua validade e utilidade, em diferentes situações;*
8. *Descrever intervenções actualizadas e correntemente usadas para alívio da dor;*

---

<sup>50</sup> De acordo com as recomendações da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)

9. *Reconhecer que o controle da dor envolve tratamento de múltiplas dimensões da experiência vivida;*
10. *Descrever e utilizar os métodos mais comuns, farmacológicos e não farmacológicos, e avaliar a sua eficácia e os efeitos colaterais;*
11. *Conhecer a farmacodinâmica, e as propriedades farmacocinéticas dos agentes farmacológicos mais comuns. Conhecer o fenómeno do sinergismo;*
12. *Desenvolver e avaliar protocolos de actuação em conjunto com os doentes;*
13. *Avaliar as suas convicções pessoais, assim como de outros profissionais, em relação ao controle da dor na prática clínica;*
14. *Avaliar intervenções específicas de enfermagem, relacionando a teoria com a prática e os resultados de pesquisas.*

Em íntima relação com os objectivos pretendidos enunciamos, no quadro 11 e 12, os conteúdos recomendados.

Quadro 11  
Cuidados Paliativos

<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>N.º horas</b>
<p>I. Introdução</p> <p>A. <i>Magnitude do problema</i> – estatísticas de morbilidade e mortalidade</p> <p>B. <i>Cuidados Paliativos – Conceitos, Pressupostos e Fundamentos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- doente terminal – conceito</li> <li>- necessidades do doente terminal e família</li> <li>- processo de adaptação à doença e à morte</li> <li>- a morte como facto social</li> </ul>	<b>2</b>
<p>II. <i>Organização dos Cuidados Paliativos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conceito e filosofia</li> <li>- metas e estratégias</li> <li>- estruturas de apoio e Assistência ao doente e à família</li> <li>- cuidados paliativos e o apoio domiciliário</li> </ul>	<b>2</b>
<p>III. <i>Aspectos Éticos e Legais</i></p> <p>A. <i>Direitos dos Doentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- direito à informação e ao consentimento informado</li> <li>- direito à autodeterminação</li> <li>- direito ao alívio da dor</li> <li>- direito à qualidade de vida</li> <li>- direito à morte com dignidade</li> </ul> <p>B. <i>Principais Dilemas Éticos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- negação da morte/evitação e fuga</li> <li>- obstinação terapêutica <i>versus</i> cessação de terapêuticas inúteis</li> <li>- eutanásia</li> <li>- sedação nos últimos dias e horas</li> </ul>	<b>8</b>
<p>IV. <i>Aspectos Psicológicos dos Cuidados</i></p> <p>A. <i>Aspectos psicológicos do doente e Família</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reacções e estádios de adaptação à doença e à morte</li> <li>- estádios do morrer de Elisabeth Kübler-Ross</li> <li>- locus de controle (interno e externo) de Bandura</li> </ul> <p>B. <i>Comunicação doente/família/equipa de saúde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bases da comunicação empática e terapêutica</li> <li>- transmissão de más notícias</li> <li>- estratégias de adaptação à incerteza;</li> <li>- conspiração em silêncio</li> <li>- cuidados espirituais</li> <li>- necessidades religiosas e culturais</li> <li>- apoio à família / o luto e as perdas</li> </ul>	<b>2</b>  <b>10</b>
<p>V. <i>Controle de Sintomas</i></p> <p>A. <i>Princípios Gerais</i></p> <p>B. <i>Dor (ver quadros seguintes)</i></p> <p>C. <i>Sintomas Digestivos</i></p> <p>D. <i>Sintomas Respiratórios</i></p> <p>E. <i>Sintomas Urinários</i></p> <p>F. <i>Perfis dos Fármacos</i></p>	<b>15</b>  <b>4</b>
<p>VI- <i>Cuidados nos últimos dias e horas</i></p> <p>A. <i>Cuidados de higiene e conforto (cuidar os detalhes)</i></p> <p>B. <i>Controle de sintomas</i></p> <p>C. <i>Apoio espiritual</i></p> <p>D. <i>Cuidar o corpo após a morte</i></p> <p>E. <i>Apoiar a família no luto</i></p>	<b>2</b>
<b>Unidades de Crédito</b>	<b>45 h / 5 UC</b>

Quadro 12  
Dor Crónica

Conteúdos Programáticos	N.º de horas
<p><i>I. Introdução</i></p> <p>A. <i>Magnitude de problema - epidemiologia</i></p> <p>B. <i>Impacto pessoal, familiar e social</i></p> <p>C. <i>Aspectos éticos e legais</i></p> <p>D. <i>Considerações sobre experiência de Vida</i></p> <p>E. <i>Facilidades e barreiras na avaliação e controle da dor</i> (paciente, família, profissionais de saúde, instituições, sociedade)</p>	1
<p><i>II. Definições de dor</i></p> <p>A. <i>Tipos de dor</i> (aguda, crónica, maligna e não maligna)</p> <p>a. tipos de dor crónica (nociceptiva (somática e visceral) e neuropática;</p> <p>B. <i>Diferenciação entre dor</i>, nocicepção, sofrimento, e comportamentos de dor</p> <p>C. <i>Conceito unidimensional vs multidimensional da dor</i></p>	1
<p><i>III. Dor como um fenómeno multidimensional</i></p> <p>A. <i>Dimensão Fisiológica</i></p> <p>1. mecanismos periféricos de dor</p> <p>2. processamento e transmissão central</p> <p>3. modulação da dor - ascendente e descendente</p> <p>4. consequências fisiológicas e patológicas da dor não aliviada</p> <p>B. <i>Dimensão Sensorial</i></p> <p>1. local</p> <p>2. intensidade</p> <p>3. qualidade</p> <p>4. padrão temporal</p> <p>C. <i>Dimensão Afectiva</i></p> <p>1. influência de emoções negativas</p> <p>2. influência de emoções optimistas</p> <p>3. consequências afectivas de dor, inclusive do sofrimento</p> <p>D. <i>Dimensão Cognitiva</i></p> <p>1. influência de convicções pessoais e atitudes e significados na dor e que a condição médica associou com a dor (se presente)</p> <p>2. ego-eficácia, controle de <i>ego</i>, <i>locus</i> de controle,</p> <p>3. representação / experiência de dor / atributos de dor</p> <p>4. impacto de convicções espirituais, culturais, e da família em respostas cognitivas na dor</p> <p>E. <i>Dimensão Comportamental</i></p> <p>1. resposta aos stressores (situacionais, desenvolvimento)</p> <p>2. comportamentos de expressão de dor</p> <p>3. comportamentos de controle de dor</p> <p>4. comportamentos habituais para prevenir a dor</p> <p>F. <i>Dimensão Psicopatológica</i> (dor como sintoma de doença psiquiátrica)</p>	2
<p><i>IV. Medida de dor e Avaliação</i></p> <p>A. <i>Conveniência, validade e grau de confiança dos métodos de avaliação da dor</i>, para grupos de idade específica e contexto clínico</p> <p>B. <i>Métodos de Unidimensional</i> (fisiológico, do comportamento)</p> <p>C. <i>Métodos de Multidimensional</i></p> <p>D. <i>Registar as avaliações e medidas da dor</i></p>	2
<p><i>V. Gestão da Dor Aguda, Crónica não maligna e Dor Maligna</i></p> <p>A. <i>Objectivos Terapêuticas</i> (o doente, família, profissional de saúde, sociedade)</p> <p>B. <i>Estratégias Farmacológicas</i> - papéis interdependentes- incluir os doentes bem como a enfermagem, medicina, psicologia, e outras disciplinas; incluir início da acção, efeito máximo e duração de efeitos)</p> <p>1. conceitos e preconceitos dos doentes</p> <p>2. escada analgésica da OMS</p> <p>a. AINS</p> <p>b. Opióides</p> <p>c. Medicamentos adjuvantes</p> <p>3. vias de absorção de medicamentos: oral, entérica, subcutânea, parenteral, dispositivos de infusão, PCA</p> <p>4. aspectos específicos da idade</p> <p>C. <i>Estratégias não farmacológicas</i> - papéis interdependentes: incluir os doentes bem como a enfermagem, medicina, psicologia, e outras disciplinas.</p> <p>1. estratégias físicas (exercícios, posicionamento, toque terapêutico, massagem, colchão especial, hidroterapia fria e quente, etc.)</p> <p>2. estratégias psicológicas e de comportamento (psicoterapia, cognitivo - terapia de comportamento, técnicas de relaxamento, hipnose, estratégias de aproximação, controle do stress, terapia e aconselhamento familiar, música, humor, biofeedback).</p> <p>3. neuroestimulação (estimulação nervosa transcutânea, acupunctura e outras)</p> <p>4. técnicas neuroablativas (bloqueio nervoso, técnicas de neurocirurgia)</p> <p>5. radioterapia (dor oncológica)</p>	5
	2

(continuação)

D. <i>Controle Multimodal e multidisciplinar da dor</i> 1. papel de cada disciplina 2. contribuição sem igual da enfermeira 3. cuidados paliativos / cuidados no domicílio 4. ensino e educação do doente 5. integração e coordenação dos cuidados 6. avaliação continuada do efeito terapêutico e necessidades dos doentes 7. avaliação continuada dos doentes e da reacção familiar ao tratamento	<b>2</b>
<b>Unidades de Crédito</b>	<b>15 h / 1 UC</b>

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABAD, Ander G.  
1993 El Sentido Moderno de la Comunidad: Ed. Reis, pp. 201-219
- ALMEIDA, João Ferreira de ; PINTO, José Madureira  
1982 A Investigação nas Ciências Sociais (3ª ed.), Lisboa: Ed. Presença
- AMARAL, Maria João  
1999 «Reflexões em torno de um "novo" paradigma de formação»  
in [http://www.ipv.pt/millennium/15\\_pers7.htm](http://www.ipv.pt/millennium/15_pers7.htm)
- AMANCIO FILHO, Antenor  
1998 «Cenários e situações da formação em saúde no Brasil» in <http://www.senac.br/boletim/boltec27.htm>
- ANDRADE, M. Margarida de  
1993 Introdução à Metodologia do Trabalho Científico, São Paulo: Atlas
- ANDRÉS, Susana Marqués  
1995 Morir - Tabúes, miedos, negaciones... Revista Rol de Enfermeria 201: 17-21
- ANTUNES, Maria da Conceição Pinto  
2001 Teoria e Prática Pedagógica. Lisboa: Edição Instituto Piaget
- ARIÉS, Philippe  
1988 O Homem perante a Morte, (Vol. I e II), Lisboa: Publicações Europa - América  
1988 Sobre a História da Morte no Ocidente, Lisboa: Ed. Teorema
- ASTUDILHO, Wilson; MENDINUETA, Carmen; ASTUDILHO Edgar  
1995 Cuidados del enfermo en fase terminal e atención a su familia, Pamplona: Ed. Universidade de Navarra
- AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves  
1994 Metodologia Científica, Porto : Ed. Carlos Azevedo
- BALTAZAR, Alda Guerreiro  
1996 A Continuidade Sociocultural e a Encruzilhada do Desenvolvimento Rural. Universidade de Évora, dissertação de mestrado.
- BARDIN, Laurence  
1994 Análise de Conteúdo, Lisboa: Edições 70
- BARROS, Joao Pedro  
1999 O Ensino Politécnico como importante paradigma de Formação Profissional» in [http://www.ipv.pt,illennium/15\\_va1.htm](http://www.ipv.pt,illennium/15_va1.htm)
- BAYÉS, Ramon  
1991 Psicología Oncológica (Prevencion y terapêutica del cáncer), Barcelona: Ediciones Martínez Roca
- BEANE, James A.  
1997 Integração Curricular: A Concepção do Núcleo da Educação Democrática. Lisboa: Didáctica editora.
- BECKER, Robert  
2000 «Competency assessment in palliative nursing» in European Journal of Palliative Care
- BERNARDO, Frei  
1988<sub>a</sub> Pessoa, Saúde e Ética, breves escritos, Porto: Metanoia  
1988<sub>b</sub> Relacionamento Humano e Saúde, Porto: s/ ed.  
1991 Ciência e Ética na Saúde, Porto : Edição Estudos  
1992 «Aspectos Psicológicos no Comportamento dos Doentes», Divulgação (22): 19-34  
1995 «Eficácia e verdade na comunicação e vivência em equipa», Divulgação (36): 31-35
- BERNARDO, Mário  
1997 «Introdução» in Dor Crónica e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal
- BERTRAND, Yves  
2001 Teorias Contemporâneas da Educação. Lisboa: Edições Instituto Piaget
- BIRZEA, César  
1986 Operacionalizar Objectivos Pedagógicos. Coimbra: Coimbra Editora Limitada.

- BOUDON, Raymond  
1990 Os Métodos em Sociologia, Lisboa: Ed. Rolim
- BRUNET, Ramón C. et al  
1994 «Relacion de ayuda en los cuidados enfermeros», Revista Rol de Enfermería 190: 67- 71
- BRYMAN, Alan e CRAMER, Duncan  
1992 Análise de dados em Ciências Sociais (introdução às técnicas utilizando o SPSS), Oeiras: Ed. Celta
- CABRAL, Brito  
1994 «Capacidades e Responsabilidades da Família num Mundo em Transformação», Hospitalidade 229: 9-13
- CAMPOS, António Correia e colaboradores  
1996 Que Sistema de Saúde para o Futuro?, Lisboa: Ed. Liga dos Amigos do Hospital Geral de Sto. António/ Público
- CAMPOS, Luís Barreto  
1991 “A morte já não mora aqui”. Jornal Público de 22 Março.
- CANAVARRO, José Manuel  
1999 Ciência e Sociedade. Coimbra: Quarteto
- CAPELO, Fernanda de Mendonça  
1997 «A Educação em Portugal: Breve Historial»  
in <http://www.batina.com/nanda/educa1.htm>
- CAPLAN, Gerald  
1968 Princípios de Psiquiatria Preventiva, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CARAPINHEIRO, Graça  
1993 Saberes e Poderes no Hospital, Porto: Afrontamento.
- CARDOSO, M.<sup>a</sup> Alice  
1996 “Modelos Organizacionais em Cuidados Paliativos” (texto elaborado para a Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa, Ministério da Saúde)  
1999 Manual de Tratamento da Dor Crónica. Lisboa: Lidel
- COHN, Amélia  
1994 «Descentralização, Saúde e Cidadania» Revista Crítica de Ciências Sociais 41: 84 - 99
- COLLIÈRE, Marie-Françoise  
1986 Promover a Vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COSTA, José António  
1997 «O Papel da escola na Sociedade Actual: Implicações do Ensino das Ciências» in [http://www.ipv.pt/millennium/15\\_pers3.htm](http://www.ipv.pt/millennium/15_pers3.htm)
- COSTA, Maria Arminda Mendes  
2001 «O Ensino de Enfermagem e o Desenvolvimento da Profissão». Revista Sinais Vitais (37): 8-10
- COTOVIO, Victor  
1994 «Alguns caminhos relativos ao trabalho Instituição/ Famílias», Hospitalidade 229: 22-31
- COTTRAUX, J. e BOUVARD, M. e LÉGERON, P.  
1985 Méthodes et Echelles d'évaluation des comportements, Lyon: Éditions EAP
- DELGADO, Margarita  
1994 Cambios Recentes en el Proceso de Formacion de la Familia: Ed. Rei, pp. 123-153
- DIAMOND, A. W. e CONIAN, S. W.  
1997 Controlo da Dor. Lisboa: Climepsi Editores
- ELHART, Dorothy et al.  
1983 Princípios Científicos de Enfermagem, 8<sup>a</sup> ed., Lisboa: Ed. Livros Técnicos Lda.
- ESTEVES, António Joaquim  
1986 A Investigação - Acção, Metodologia das Ciências Sociais, Lisboa: Ed. Afrontamento
- FACHADA, M.<sup>a</sup> Odete

- 1991 Psicologia das Relações Interpessoais, Lisboa: Rumo  
FERREIRA, Pedro E. Mazzucchi e EIZIRIK, Cláudio L.  
1991 Oncologia Clínica - Princípios e Prática, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas  
FERREIRA, Pedro Lopes e SECO, Olga Maia  
1993 «Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde»  
Revista Crítica de Ciências Sociais 37: 159 - 171
- FONTES, Carlos  
s/d «Formação de Jovens e Formação de Adultos *in*  
<http://www.terravista.pt/Guincho/5198/Formadultos.htm>
- GAMEIRO, Aires  
1985 «Aspectos Psicológicos do Contacto com Doentes Graves», Hospitalidade  
192: 16 - 31  
1987 «Relação de ajuda», Hospitalidade 200: 25-29  
1988 «Ética em Saúde e Doentes Terminais», Acção Médica 4: 23 - 36
- GARCÍA, Ángeles M. e GARCIA, Emilia M.  
1992 «Manejar la Ansiedad», Revista Rol de enfermería 171: 39 - 44
- GHIGLIONE, Rodolphe, MATALON, Benjamin,  
1993 O Inquérito, Teoria e Prática, Oeiras: Ed. Celta
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier et al  
1996 Cuidados Paliativos en Oncología, Barcelona: Editorial JIMS
- GONÇALVES, Ferraz  
1999 Cuidados Paliativos em Oncologia» *in* Arquivos de Medicina 12(3).  
2000 Dor Oncológica» *in* Dor Crónica e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer  
Portugal
- GONZALEZ BARÓN, M. et al  
1996 Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con  
cáncer. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- GRAÇA, L. e HENRIQUES, A.  
1997 «Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal». Textos sobre  
saúde e trabalho *in* <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>
- GRAÇA, Luis  
2001 A Escola: Um Construído Social. I Parte e II Parte *in*  
<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos127.html> e  
<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos128.html>
- HENNEZEL, Marie  
1997 Diálogo com a Morte. Lisboa: Editorial Notícias  
2000 Nós Não nos Despedimos. Lisboa: Editorial Notícias
- HENNEZEL, Marie e Leloup, Jean Yves  
1998 A Arte de Morrer. Lisboa: Editorial Notícias
- HENRIQUES, Marília Franco e MONTEIRO, Zélia C. S.  
1993 O Enfermeiro e a Morte, Revista Servir 1: 9-17
- HERZLICH, Claudine  
1969 Santé et Maladie analyse d'une représentation sociale, Paris: Ed. École  
Pratique des Hautes Études and Mouton.  
1973 Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. Revue  
Française de Sociologie XIV: 41-59
- HORTALA, Françoise e BERGER, Maurice  
1982 Morir en el hospital, Barcelona: Ediciones Rol.
- HUMPHRY, Derek  
1991 Derradeira Solução, Lisboa: Puma Editora
- KENEN, Joanne  
1995 «Um fim pior do que a morte» Jornal Público (17/12): Agência Reuter
- LOPEZ IMEDIO, Eulalia Lopez  
1997 Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- ISERN, M. Teresa Icart  
1991 Tipos de investigación en enfermería. Revista Rol de Enfermería 151:15-19
- ISRAEL, Lucien  
1978 O Cancro nos dias de hoje, Lisboa : Ed. Futura
- LAFRANCE, Jean-Pierre

- (s/d) Enseigner la relation d'aide, Montréal: Editora (não referida)
- LANDSBERG, Paul-Louis  
1994 Ensaio sobre a experiência da morte, Lisboa: Hiena Editora
- LAZURE, Héléne  
1994 Viver a Relação de Ajuda, Lisboa: Lusodidacta
- LEAL, Isabel  
1995 «Que Família», Diário de Notícias (Magazine) de 22 de Janeiro
- LEÃO, Nilza  
1994 «O Paciente Terminal e a Equipe Interdisciplinar», A prática da Psicologia nos hospitais, São Paulo: Ed. Pioneira, pág. 137- 147
- LEPARGNEUR, Hubert  
1987 O Doente, a Doença e a Morte, Campinas: Ed. Papyrus
- LESSARD-HEBERT, Michelle; GOYETTE, Hébert G.; BOUTIN, Gérald  
1990 A investigação qualitativa, fundamentos e práticas, Lisboa: Instituto Piaget
- LEVIN, Jack  
1987 Estatística aplicada a Ciências Humanas, 2ª ed., São Paulo: Ed. Harba
- LIMA, Marínús Pires  
1995 Inquérito Sociológico, textos de apoio, Lisboa : Ed. Presença
- MACHADO, Fernando Augusto; GONÇALVES Maria Fernanda  
1991 Currículo e Desenvolvimento Curricular - Problemas e perspectivas – Lisboa: Edições Asa.
- MACHADO, Fernando Augusto  
1993 «Morte: uma objectividade subjectiva ou da experiência observada à experiência vivida». Revista Portuguesa de Clínica Geral, vol. 10(1): 20-27
- MARQUES, António Lourenço e PORTELA, J. Luís  
1994 «Dor Oncológica» in Dor Crónica Rebelde, Lisboa: Edição Permanyer Portugal
- MARQUES, A. Lourenço, VALADAS, Gabriela, BORGES, Lurdes  
1998 «Terapêutica da Dor, uma sensibilização necessária. Experiência da Unidade do Fundão» in Revista de Saúde Amato Lusitano (8).
- MARQUES, A. Lourenço  
2000 Forçar o Progresso. Revista da Ordem dos Médicos (14)
- MARQUES, A. Reis et al  
1991 Reacções emocionais à doença grave, Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- MARTIN, Claude  
1995 «Os limites de protecção da família» Revista Crítica de Ciências sociais 42: 52 -73
- MARTÍN, I. Lopez  
1994 Atención Domiciliária: Diagnósticos de Enfermeria, Madrid: Ed. McGraw Hill
- MARTINEZ, Marta A.  
1993 «La Antropología de la muerte», Revista Rol de Enfermeria 180: 33 - 39
- MARTOCCHIO, Benita C. e DUFAULT, Karin  
1991 «Perda, Agonia e Morte» Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clinica (vol. 1), Lisboa: Lusodidacta
- MATHIEU, Anne-Marie Moureu  
1989 «Soins-Palliatifs», Paris: Ed. Lamarre
- MENESES, Ramiro D. Borges de  
1996 «Consentimento informado e verdade em ética médica» Revista de Enfermagem Oncológica 0: 70-76
- MEZONO, João  
1979 Hospital Humanizado, S. Paulo: CESC
- MINDER, Michel  
1986 Didáctica Funcional. Coimbra: Coimbra Editora, Limitada.
- MITTAG, Oskar  
1996 Asistencia práctica para enfermos terminales, Barcelona: Editorial Herder
- MOREIRA, Gonçalves  
1992 «O Doente Terminal», Servir 3 (vol. 40): 147 - 149
- MOREIRA, Carlos Diogo  
1994 Planeamento e Estratégias da Investigação Social, Lisboa: Instituto

- Superior de Ciências Sociais e Políticas
- MORAN, José Manuel  
1998<sup>a</sup> «Caminhos para a Aprendizagem inovadora» *in* <http://www.batina.com/moran/camin.htm>  
1998b «Ensino e Educação de Qualidade?» *in* <http://www.batina.com/moran/qual.htm>
- MORIN, Edgar  
1988 O Homem e a Morte, Lisboa: Publicações Europa-América.
- MOULIN, Madeleine  
1983 «Hospitalisation et vie quotidienne» Micro et Macro-sociologie du Quotidien, Institute de Sociologie, Bruxelas: Université Libre
- NASCIMENTO, Suzana Rodrigues  
1998 A Educação Tecnológica no Processo de Ensino-Aprendizagem das Técnicas de Enfermagem; Dissertação de Mestrado em Educação Tecnológica, Centro Federal do Paraná. *in* <http://www.ppgte.cefetpr.br/disertacoes/Suzana.pdf>
- NARDIZ, Victória Antón  
1989 «Ayudar a nacer y ayudar a morir» Enfermería y Atención Primaria de Salud, Madrid: Ed. Diaz de Santos, S.A.
- NETO, Isabel Galriça  
1997 Manual de Cuidados paliativos, Lisboa: Ed. Asta Médica  
1997 «Cuidados Paliativos: Qual a realidade Portuguesa» Dossier Cuidados Paliativos. Coimbra: Edições Formasau  
1998 Tratamento da dor oncológica – protocolo de actuação, Lisboa: Ed. Ministério da Saúde
- NUNES, João Arriscado  
1995 «Com mal ou com bem, aos teus te atém: a solidariedade e os limites da sociedade providência» Revista Crítica de Ciências sociais 42: 5-25
- OLIVEIRA, M. A. Paduan e OGASAWARA, M.  
1992 «Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte», Revista da Escola de Enfermagem da USP 3 (vol. 26):
- ORMONDE, Lucindo e colaboradores  
2001 Cadernos de Anestesia e Terapêutica da Dor – n.º 2 Opióides. Lisboa:
- PACHECO, José Augusto  
2001 «Teoria curricular crítica: os dilemas (e contradições) dos educadores críticos». Revista Portuguesa de Educação, 14(1), p.49-71
- PAIVA, Eduardo  
2000 «Relação entre o ensino superior e trabalho». Discurso da 12ª conferência anual da Associação Europeia para a Educação Internacional – Reformar o Ensino Superior.
- PAULINO, Marco  
1994 «Valorização Psicológica no Doente com Dor Crónica» *in* Dor Crónica Rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal
- PÉSSINI, Leo  
S/d Distanásia: até quando investir sem agredir?  
*in* <http://www.cfm.org.br/revista/411996/DIST13.HTM>
- PEPLAU, Hildegard  
1990 Relaciones Interpersonales en Enfermería, Barcelona: Ediciones Rol
- PIMENTA, Cibelle Andrucio de Mattos et al  
2001 Proposta de Conteúdo Mínimo sobre Dor e Cuidados Paliativos nos Cursos de Pós-graduação da Área da Saúde. Revista Simbidor 2(1):23-35
- PIMENTEL, José Carlos  
1992 «Atitudes de ontem e de hoje face à morte» Divulgação 22: 28-34
- PINTO, Marieta  
1991 «A promoção da Família como expressão da sua defesa e do seu desenvolvimento», Servir 5 : 235-251
- POIRIER, Jean; CLAPIER-VALLADON, Simone; RAYBAUT, Paul  
1995 Histórias de Vida, teoria e prática, Oeiras: Ed. Celta
- POLETTI, Rosette e DOBBS, Barbara  
1981 Vivir el hospital, Barcelona: Ediciones Rol

- POLIT, Denise e HUNGLER, Bernardette  
1983 Investigacion Científica, 2ª ed. México: Ed. Interamericana  
1985 Investigacion Científica en Ciências de la Salud. Barcelona: Ed. Interamericana  
1995 Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Porto Alegre : Ed. Artes Médicas
- PORTELA, J. Luís; ALIAGA, L.  
1994 Dor Crónica Rebelde. Lisboa: Permanyer Portugal
- PORTELA, J. Luis; NETO, Isabel  
1999 Dor e Cuidados Paliativos. Lisboa: Permanyer Portugal
- PORTELA, J. Luis  
2000 Dor Crónica Oncológica: Que apoios do Estado?» Mundo Médico (Março/Abril).
- PRATTES, Ora Rios  
1987 Acciones de Apoyo a la Familia: Paciente terminal y muerte, Barcelona: Ed. Doyma
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van  
1987 Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa: Gradiva
- REIS, Elizabeth  
1994 Estatística descritiva, Lisboa: Editora Sílabo
- RELVAS, Ana Paula  
1989 «Morte e luto na família - uma abordagem sistémica -» Psicologia Clinica 1: Ed. Escher, pp. 48 - 59
- RODRIGUES, João Gabriel  
1995 «A comunicação com o doente terminal» Revista Portuguesa de Clínica Geral, vol. 12 (4): 326-336
- ROMANO, Bellkiss W.  
1994 A Prática da Psicologia nos Hospitais, São Paulo: Ed. Pioneira
- ROPER, Nancy; Logan W. Winifred e TIERNEY, Alison J.  
1993 Modelo de Enfermeria, México: Ed. Interamericana
- ROSENDO, Graça  
2001 Qualidade de Vida/Contra o Sofrimento. Jornal Expresso/Revista de 20/10
- SALGUEIRO, Nídia R. M.  
1986 «Direitos dos doentes e família» Servir (Set/Dez): 270 - 281
- SANZ-ORTIZ, Jaime  
1997 «Bioética en Cuidados Paliativos» in Cuidados Palitivos: Atencion Integral a Enfermos Terminales. Las Palmas: ICEPSS Editores
- SERRÃO, Daniel  
1990 «O doente terminal» Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica 28 (vol. III): 35- 38
- SHANDS, Mary Ellen e ZHLIS, Ellen H.  
1991 «A Família e a Doença» Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica (vol. 1), Lisboa: Lusodidacta
- SIEGEL, Sidney  
1975 Estatística não-paramétrica, Rio de Janeiro: Ed. McGraw-Hill
- SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira  
1986 Metodologia das Ciências Sociais (7ªed.), Porto: Ed. Afrontamento
- SIMONE, Gustavo G. De  
2001 El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Acta Bioética 2000 (1)
- SOARES, Maria Isabel  
1997 Blusa de Brim à Touca Branca. Lisboa: Educa e APE
- SOUSA, Paulino  
1996 «As representações da morte e o ensino de enfermagem» Revista de Enfermagem Oncológica 0: 39-45
- STEDFORD, Averil  
1986 Encarando a Morte, Porto Alegre: Artes Médicas
- SUDNOW, David  
1967 La Organizacion social de la muerte, Buenos Aires: Ed Tiempo Contemporaneo
- TAYLOR, Cecilia Monat  
1992 Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica, Porto Alegre: Artes Médicas

- TAPIERO, A. Azulay  
2000 «Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte» in Medicina Paliativa, vol. 7 (4). Madrid: Arán Ediciones
- TWYXCROSS, Robert  
2000 Medicina Paliativa: Filosofia y Consideraciones Éticas. Acta Bioética (1)  
2001 Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores
- TORRES, Adelino  
1984 Sociologia e Teorias Sociológicas, Lisboa: A Regra do Jogo
- TORRES, Leonor Lima  
2000 Cultura, Formação e Democracia em Contextos Organizacionais. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho *in*  
[http://www.ces.fe.uc.pt/coloquio/ciencias/Leonor\\_Lima\\_Torres.html](http://www.ces.fe.uc.pt/coloquio/ciencias/Leonor_Lima_Torres.html)
- VALA, Jorge  
1986 A Análise de Conteúdo *in* Metodologia das Ciências Sociais, SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (7ªed.), Porto: Ed. Afrontamento
- VEGA, Javier Gutierrez e BAZA, Pelegrin Martinez  
1991 Enfermo Terminal y Eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario, Valladolid: Universidade de Valladolid
- VIDAL, Joana e VIDAL, Antónia  
1993 «Enfermo Terminal», Revista Rol de Enfermeria 184: 63 - 69
- VIEIRA, Margarida  
2001 Aspectos ético-legais dos Cuidados Paliativos: Qual o papel do enfermeiro?» in Cuidados Paliativos – Dossier Sinais Vitais. Coimbra: Ed. Formasau, formação e saúde, Lda.
- VILÃO, Oscar  
1995 Entre a vida e a morte: ser doente em fase terminal. Comunicação das Jornadas «Entre a vida e a morte». Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto. Coimbra
- VINCENT, Gerard  
1991 História da vida privada, vol. 5, Lisboa : Ed. Afrontamento
- ZABALZA, Miguel A  
1992 Planificação e Desenvolvimento Curricular na Escola. Rio Tinto: Ed. Asa

#### **SEM AUTORES IDENTIFICADOS:**

- Rediseño de la Practica docente com base en la mision del 2005 - Análisis y priorización de necesidades (módulo III) (s/d) *in*  
<http://www.sistema.itesm.mx/va/DraMarisa/Modulos.html>
- «Un po' di storia» (s/d) *in* <http://www.sicp.it/ricp02-99/newsicp2.htm>
- A Dor e Controle do Sofrimento (s/a). Revista de Psicofisiologia 1(1) 1997 *in*  
<http://www.icb.ufmg.br/lff/revista/monografia2a/cap1.html>
- Historique des soins palliatifs en France. Soins Palliatifs, Centres de Documentation.
- Association François-Xavier Bagnoud *in*  
[http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses\\_b2.html](http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses_b2.html)
- <http://www.aacn.nche.edu/Publications/deathfin.htm>

#### **OUTRAS PUBLICAÇÕES**

- «CANCER PAIN Release»  
1999 Publicação do Centro Colaborador da OMS. Madison, Wisconsin, EE.UU.  
vol. 12, Nº3
- CONSELHO DA EUROPA  
1976 Conclusão do Relatório da Comissão Europeia de Saúde Pública sobre Os cuidados aos Moribundos. Servir 3 de 1982: 137 - 141
- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE  
1998 Reflexão sobre a saúde – Recomendações para uma reforma estrutural/Conselho de Reflexão sobre a saúde. (s:e; s:n) [Porto: Serviços de Documentação]
- EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY

- 1999 Currículo essencial para um curso de pós-graduação em enfermagem oncológica. 2ª Edição in [http://www.eapcnet.org/download/EAPCEducationrec\\_93.doc](http://www.eapcnet.org/download/EAPCEducationrec_93.doc) ou <http://www.cancerworld.org/progetti/cancerworld/eons/pagine/corecurriculum/pdf/portugees.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA
- 1994 Estatísticas de Saúde
- 1995 Estatísticas de Saúde
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN
- 2000 «Outline curriculum on pain for schools of nursing» in [http://www.halcyon.com/iasp/nursing\\_toc.html](http://www.halcyon.com/iasp/nursing_toc.html)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE,
- 1986 DECRETO-LEI n.º 19/88. Lei de Gestão Hospitalar, Diário da República I Série de 21 de Janeiro.
- 1990 LEI n.º 48/90. Lei de Bases da Saúde, «Diário da República I Série» de 24 de Agosto.
- 1993 DECRETO-LEI n.º 11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, «Diário da República I Série» de 15 de Janeiro.
- 1994 DESPACHO 24/94. Normas de Articulação Provisória entre Hospitais e Centros de Saúde, «Diário da República II Série» de 9 de Junho, Saúde.
- 1998 DECRETO LEI nº104/98. Anexo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, *Capítulo VI - Da Deontologia Profissional* - «Diário da República, I série» de 21 de Abril.
- 1999 Saúde um compromisso: A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002), revisão de 1999.
- 1999 Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século 1998-2002 (p.2;7) in <http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/estrat.html>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
- 1999 L'Evolution du rôle de la Santé Publique dans la région européenne. Bureau Régional de L'Europe, Comité Régional de L'Europe, Copenhague.
- 2000 Declaração de Munique.
- 2001 Nurses and Midwives for health: WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education, Guidelines for Member States in <http://www.who.dk/nursing>