

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria dos Anjos Dixe, pela orientação dada ao longo de todo este percurso e, especialmente pelo empenho e disponibilidade incansáveis. Todas as palavras são poucas para lhe agradecer... Ao Professor Marco Paulino pela orientação pertinente e sempre disponível.

À Enfermeira Cristina um obrigada muito especial e sentido, pela ajuda tão prestimosa. Horas e horas que nunca lhe vou conseguir agradecer... obrigada pelo seu exemplo de dedicação à profissão.

Aos meus colegas, Enfermeira Fátima, Enfermeiro Diniz e Enfermeiro Frederico, sem cujo apoio e colaboração não teria conseguido acabar este empreendimento. A todos os outros, que partilham comigo esta paixão pelos cuidados paliativos, obrigada por todos os momentos de reflexão.

Ao meu irmão pelo auxílio sempre pronto na área da informática... mesmo que esteja muito ocupado, sei que está sempre lá para mim...

Em especial à minha Mãe e ao meu Pai, os meus pilares, a minha força e o meu apoio incondicional. Sem a vossa ajuda nunca teria conseguido chegar ao fim. Obrigada por acreditarem em mim.

Ao Nunoel e ao João Maria, a palavra obrigada parece muito pequena, mas o amor é mesmo assim... desculpem as ausências... amo-vos!

RESUMO

Este trabalho teve como principais objectivos: conhecer as competências dos estudantes, do último ano da licenciatura em enfermagem, na área dos cuidados paliativos e, conhecer que tipo de conhecimentos são administrados nas escolas de enfermagem, na área dos cuidados paliativos.

Metodologia: Um estudo descritivo foi efectuado a uma amostra não probabilística de 303 estudantes de enfermagem, que responderam a um questionário constituído por várias questões relativas às competências dos estudantes, às unidades curriculares que lhes foram leccionadas na área dos cuidados paliativos, tendo ainda sido caracterizados os dados formativos dos inquiridos.

Resultados: Os estudantes quando terminam o curso de enfermagem, apresentam na sua maioria, competências na área dos cuidados paliativos, à excepção de algumas áreas, como sejam as temáticas específicas dos cuidados paliativos: modelos organizativos, articulação entre cuidados continuados e paliativos, comunicação de más notícias, utilização da conferência familiar, o luto imediato, estratégias para lidar com a morte, a perda e o luto e, por fim, a formação. Através da descrição dos conteúdos programáticos leccionados, podemos igualmente destacar que não estão a ser transmitidos alguns conteúdos mais específicos da área dos cuidados paliativos, como sejam: a conferência familiar, as estruturas e modelos dos cuidados paliativos, as capacidades pedagógicas, apoio no luto imediato e técnicas de transmissão de más notícias. Mais de metade da amostra refere que lhe foram leccionados conteúdos, ao longo do curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, distribuídos por diversas unidades curriculares e anos

do curso. Da mesma forma, uma grande parte dos estudantes referiram ter ensinos clínicos onde contactaram com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas, em diversos serviços e anos de curso. Os estudantes, na sua maioria, consideram que a formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, não é suficiente para desenvolverem acções paliativas.

PALAVRAS CHAVES: competências, cuidados paliativos, acções paliativas, formação, estudantes de enfermagem.

ABSTRACT

This work had as main objectives: knowing the competencies of students, from last year's degree in nursing, in the area of palliative care and, know what kind of knowledge is given in nursing schools, in the area of palliative care.

Methodology: A descriptive study was conducted at a non-probabilistic sample of 303 nursing students, who answered a questionnaire composed by a number of issues regarding the competence of students, the courses they were taught in the area of palliative care, yet been characterized the formative data of respondents.

Results: When students complete the nursing program, have mostly competences in palliative care, except in some areas, such as specific topics of palliative care: organizational models, coordination between continuous and palliative care, communication of bad news, use the family conference, the immediate struggle, strategies for dealing with death, loss and grief and, finally, training. Through the description of the course contents taught, we also emphasize that, some content more specific from the area of palliative care, are not be transmitted, such as: the family conference, structures and models of palliative care, the pedagogical skills, support in the immediate grief and techniques for transmitting bad news. More than half of the sample stated that were taught content, over the course of nursing, in the area of palliative care, distributed over several modules and year of the course. Likewise, a large proportion of students reported having clinical contact with palliative patients or developed palliative actions, in different services and years of course. Most of the students consider that the training provided during the course of nursing in the area of palliative care is not enough to develop palliative actions.

KEY WORDS: competencies, palliative care, palliative actions, training, student nurses

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
CAPITULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	18
1. FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	18
1.1 Generalidades e Especificidades em Cuidados Paliativos....	18
1.2 A Enfermagem e os Cuidados Paliativos.....	24
2. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	28
2.1 Conteúdos Programáticos em Cuidados Paliativos.....	31
2.2 Ensino Clínico em Cuidados Paliativos.....	43
3. COMPETÊNCIAS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA ÁREA DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	46
3.1 Conceito de Competência.....	47
3.2 Competências dos Estudantes de Enfermagem.....	51
3.3 Competências dos Estudantes de Enfermagem em Cuidados Paliativos.....	59
CAPITULO II – METODOLOGIA.....	78
1.Objectivos e Finalidades do Estudo.....	78
2. Tipo de estudo.....	80
3. População e Amostra.....	80

4. Instrumento de Colheita de Dados.....	81
5. Procedimentos formais e éticos.....	88
6. Tratamento de dados.....	89
CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
1. Dados Sócio Demográficos da amostra.....	90
2. Dados formativos dos estudantes em contexto escolar.....	91
3. Competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos.....	99
4. Dados referentes aos conteúdos programáticos leccionados	116
5. Formação extracurricular e pós formação na área dos cuidados paliativos.....	123
CAPITULO IV – CONCLUSÃO.....	126
BIBLIOGRAFIA.....	131

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ENVIADO ÀS ESCOLAS DE ENFERMAGEM

ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra referente aos dados sócio demográficos.....	90
Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos conteúdos leccionados na área dos cuidados paliativos, no curso.....	91
Tabela 3 – Distribuição das respostas da amostra quanto às unidades curriculares onde foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos.....	92
Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra relativamente ao Ano de curso onde foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos.....	94
Tabela 5 – Distribuição das respostas da amostra relativamente aos ensinamentos clínicos onde teve contacto com doentes paliativos ou desenvolveu acções paliativas.....	95
Tabela 6 – Distribuição das respostas dos estudantes relativamente aos serviços onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas.....	97
Tabela 7 – Distribuição das respostas da amostra relativamente ao ano de curso onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas.....	98

Tabela 8 – Distribuição das respostas da amostra quanto às competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos.....	100
Tabela 9 – Distribuição das respostas da amostra referente aos conteúdos programáticos leccionados durante o curso de enfermagem.....	116
Tabela 10 – Distribuição da amostra quanto à formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, suficiente para poder desenvolver acções paliativas.....	121
Tabela 11 – Distribuição das respostas da amostra referentes à formação, por interesse pessoal (extra-escola), na área dos cuidados paliativos.....	123
Tabela 12 – Distribuição das respostas da amostra referentes à formação na área dos cuidados paliativos, após terminar o curso.....	124

INTRODUÇÃO

O número de doentes com cancro e outras doenças crónicas continua a aumentar e, na última década, surgiu uma crescente preocupação com os doentes crónicos e terminais. Aproximadamente 50% das mortes na Europa são de doentes crónicos que, ao longo do tempo, foram ficando dependentes e em sofrimento durante meses e até anos antes de morrerem. Este número é vasto e irá aumentar com o envelhecimento da população e com os avanços na medicina que permitem aos indivíduos uma maior longevidade mas, uma qualidade de vida questionável (European Association for Palliative Care , 2007).

A resposta a estes novos desafios da sociedade contemporânea, parece estar nos cuidados paliativos, promovendo a vida, até ao final, com qualidade e dignidade.

A educação e formação dos profissionais de saúde é essencial na promoção e expansão dos cuidados paliativos (EAPC, 2007). Existe uma clara necessidade de formação nesta área dos cuidados, para que os enfermeiros se sintam mais seguros na abordagem da morte e nos cuidados que prestam ao doente e família, inclusive nas fases do luto (Magalhães, 2009; Barroso, 2010). Assim sendo, parece importante estabelecer os conhecimentos básicos que permitam guiar a prática do enfermeiro que presta cuidados paliativos (Arce, García, & Guanter, 1996).

As escolas têm a responsabilidade de desenvolver nos estudantes um conjunto de competências e de não se reduzirem apenas à transmissão de conhecimentos (Dias, 2006). Torna-se pertinente uma reflexão sobre os conteúdos, objectivos, finalidades e estratégias a desenvolver durante o processo educativo, que irão dotar os

estudantes das competências necessárias para responder às exigências da vida, quer no contexto profissional ou pessoal, de uma forma autónoma e independente. A formação deve preparar para o saber agir, integrar, combinar e mobilizar os diversos saberes, dotando os estudantes de capacidades para gerirem situações complexas e diversificadas (Dias, 2006).

As competências são difíceis de definir e de avaliar pois, estas, estão intimamente ligadas à execução de tarefas. No entanto, a competência forma-se durante o processo de formação e tem como base todo o conhecimento adquirido durante o mesmo. Como refere Dias (2006, p. 32) “a avaliação de competências pressupõe uma concepção prévia de programas de formação direccionados para o seu desenvolvimento”.

Os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados, pelo risco que comportam tanto para os enfermeiros como para os doentes (Benner, 2005).

Face ao que foi exposto e tendo presente o aumento da necessidade destes cuidados, parece-nos evidente a pertinência e relevância científica deste trabalho, para além da escassa bibliografia no que se refere à área em estudo.

As competências são a base para o exercício profissional eficiente e, dado que o desenvolvimento das mesmas se faz através do ensino, (Dias, 2006) é importante perceber se nas escolas de enfermagem são leccionados aos estudantes conteúdos que desenvolvam essas competências. A este facto acresce, ainda, a existência de um número cada vez maior de doentes com necessidade do desenvolvimento de acções paliativas, com as quais os enfermeiros irão inevitavelmente contactar

(Sapeta, 2004). No entanto, na prática diária, essas competências nem sempre são evidenciadas, essencialmente no desenvolvimento de acções paliativas (Barroso, 2010).

Destas inquietudes surgiram várias interrogações que constituíram a base para o desenvolvimento deste estudo de investigação:

- **Na formação dos estudantes de enfermagem estarão as Escolas de Enfermagem a seguir as recomendações da ANCP?**
- **Os estudantes de enfermagem, no final do curso, desenvolveram as competências necessárias para desenvolver acções paliativas?**

Com a esperança de obtermos resposta a estas perguntas, decidimos aprofundar a temática das competências na área dos cuidados paliativos e compreender se os estudantes, no final da Licenciatura, estão preparados para desenvolver acções paliativas.

Formulamos, assim, duas questões de investigação: **Quais são as competências dos estudantes de Enfermagem, no último ano da Licenciatura, para cuidar de doentes paliativos, em fase de doença crónica, avançada ou terminal da sua doença? Que formação está a ser efectuada pelas escolas de enfermagem aos estudantes na área dos cuidados paliativos?**

Tendo presente esta questão e, com o objectivo de obtermos resposta para as mesmas, elaborámos um questionário que foi aplicado a 303 estudantes de três

escolas de enfermagem portuguesas que frequentavam o último ano do curso de enfermagem.

A procura deste conhecimento poderá constituir uma mais-valia nesta área, dado existir tão pouco conteúdo sobre a mesma, podendo ser um meio para a conceptualização desta temática.

Esta dissertação desenvolve-se em quatro capítulos. O primeiro é constituído pela revisão da literatura que sustenta estas questões e áreas do conhecimento, como sejam a filosofia dos cuidados paliativos, a formação nesta área e as competências na área dos cuidados paliativos, nomeadamente as que se dirigem aos estudantes de enfermagem. No segundo é descrita a metodologia utilizada durante a realização do trabalho. Segue-se a apresentação e análise dos dados obtidos, bem como a discussão dos resultados. As conclusões e sugestões constituem o último capítulo.

CAPITULO I – REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se a pesquisa bibliográfica que serviu de base ao desenvolvimento deste trabalho. Divide-se em três partes, partindo do geral para o particular: 1. Filosofia dos Cuidados Paliativos, 2. Formação dos Enfermeiros em Cuidados Paliativos e 3. Competências dos Estudantes de Enfermagem na área dos Cuidados Paliativos.

1. FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A filosofia dos cuidados paliativos centra-se no doente, nas suas necessidades, vivências e expectativas. Os cuidados estendem-se à família e cuidadores principais, constituindo o doente o foco dos cuidados.

1.1 Generalidades e Especificidades em Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos surgiram como uma resposta às necessidades emergentes de uma sociedade envelhecida, com uma esperança média de vida cada vez maior, aliada a um desenvolvimento da medicina que levou à cronicidade das doenças. O facto, cada vez mais assumido, das famílias deverem estar envolvidas nas decisões acerca dos cuidados em fim de vida prestados aos seus familiares, contribuiu para o seu desenvolvimento.

Perante este panorama mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define em 1990, pela primeira vez, o conceito de cuidados paliativos. Tendo sido reformulado em 2002, apresenta-se como uma abordagem que pretende melhorar a qualidade de vida do doente e família, que se encontram perante um problema associado a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado. Esta abordagem assenta na prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, 2002)

Tendo por base a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2004), assim como as directrizes da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), ressalvam alguns aspectos a ter em conta, como sejam, a premissa de que os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, pretendem proporcionar o alívio da dor e de todos os sintomas de uma forma holística e global, visando o alívio do sofrimento, integrando os aspectos psicológicos e espirituais do doente. Estes procuram a melhoria da qualidade de vida, tanto para o doente como para os seus familiares, não apenas nos últimos momentos de vida, como após estes. Usam uma abordagem multidisciplinar, oferecem um sistema de apoio para auxiliar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte, apoiando também a família para que esta consiga lidar com o processo de doença e com o seu luto.

A Filosofia e os Princípios dos cuidados paliativos assentam na relação estabelecida entre três áreas distintas: Controlo sintomático, Controlo da Doença e Cuidados Psicossociais (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2009). O descorar de algum destes

factores pode levar ao insucesso terapêutico e logo ao sofrimento da pessoa, pois, como nos refere Portela “(...) Dor e sofrimento não são pertença de ninguém, a não ser daqueles que sofrem; e para estes, há que conjugar esforços e encontrar soluções que permitam que a tão apregoada qualidade de vida não seja uma palavra vã.” (Portela, 1999, p. 75)

Os cuidados paliativos, ao contrário do que se possa pensar, são aplicáveis no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que visam prolongar a vida. Assim, vão sendo introduzidos na medida em que as terapias com índole curativa vão declinando, assumindo-se uma transição progressiva entre os dois (OMS, 2002). O objectivo principal “não reside em prolongar a vida, mas sim em tornar a vida que resta tão suportável e significativa quanto possível” (Twycross, 2001, p. 26). Com a premissa de estar presente e de “não fechar a porta” ao doente e família, os cuidados paliativos afirmam a vida com qualidade até ao final, quando surgem os cuidados terminais. Segundo Magalhães (2009), os cuidados terminais referem-se ao controlo dos doentes durante os últimos dias, semanas ou meses de vida, a partir do momento em que se torna claro que o doente se encontra num estado progressivo de declínio, constituindo assim parte integrante dos cuidados paliativos.

Importa referir, também, que todos os doentes com doença crónica devem de ter igual acesso a este tipo de cuidados. Apesar de originalmente terem sido desenvolvidos para pessoas com cancro, as preocupações éticas de acessibilidade, justiça, igualdade e equidade exigem que estes sejam oferecidos a todos os doentes que necessitam de cuidados similares (Higginson, 2004). Devem fazer parte da

política em saúde e serem acessíveis e gratuitos para toda a população. (Baptiste, Domingo, Casas & Luemada, 1996)

O cuidado paliativo “não é uma opção *soft*, um simples e banal cuidado; o cuidado paliativo é um *mix* de ciência médica e clínica, rigorosa, e de uma atitude de compaixão de modo a encontrar o tratamento mais apropriado para a pessoa no estado de doença avançada e para os seus familiares.” (Serrão, 2005, p. 1).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros “os cuidados paliativos são ao mesmo tempo uma filosofia e um sistema altamente estruturado de cuidados” (OE, 2010, p. 13). A prática destes cuidados é complexa, abrange diversas áreas do controle sintomático, requer perícias e estratégias específicas exige treino especializado. Assenta na multidisciplinaridade, dado que o doente e a família são vistos como um todo. Promove a participação activa da família em todo o processo de doença, podendo até envolver a sociedade e os cuidadores informais (Baptiste, Domingo, Casas & Luemada, 1996). Como nos refere Cecily Saunders, fundadora do movimento moderno dos cuidados paliativos, cada morte é individual tal como a vida que a precedeu e toda a experiência daquela vida está reflectida na morte do doente. Foi este entendimento da experiência com os doentes que a levou a enunciar o conceito de “Dor Total” (Saunders, 1996). Este conceito abarca em si mesmo a importância da multidisciplinaridade no tratamento do doente, que engloba a parte física, emocional, social e espiritual do mesmo.

São quatro as áreas fundamentais para a aplicação dos cuidados paliativos: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2006; Magalhães, 2009; PNCP, 2004). A OMS (2002) reforça esta

ideia referindo que todos os países deverão implementar programas em cuidados paliativos com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, e continua referindo que estes programas deverão promover o alívio da dor, o controlo de outros sintomas e apoio psicológico, social e espiritual. Dado que estes cuidados pretendem ser uma resposta técnica e humanizada de qualidade devem estar presentes todas estas vertentes, não descorando nenhuma delas (Neto, 2006).

Torna-se pertinente, nesta reflexão, fazer a distinção entre cuidados paliativos e acção paliativa tal como é realizado pela OMS (2002), referindo que esta é qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As acções paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução. Podem ser prestadas tanto no âmbito da Rede Hospitalar, como da Rede de Centros de Saúde, como da Rede de Cuidados Continuados, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva.

Daqui se depreende que todos os profissionais de saúde deverão poder desenvolver acções paliativas no âmbito do seu trabalho. Os cuidados paliativos devem ser praticados por todos os profissionais de saúde em todos os âmbitos e por equipas interdisciplinares específicas quando a complexidade assim o exige (Baptiste, Domingo, Casas & Luemada, 1996).

“As acções paliativas surgem (...) como o nível de diferenciação mais básico, sobre o qual se planeiam os cuidados paliativos.” (Barroso, 2010, p. 43).

Os cuidados paliativos gerais são prestados pelos profissionais de saúde que estão com o doente e também pela família, cuidados estes de baixa a moderada complexidade e são uma parte vital e essencial da prática clínica na rotina diária (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2009).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2004, p. 10 e 18) refere também os seguintes níveis de diferenciação: “Acção Paliativa: Representa o nível básico de palição e corresponde à prestação de acções paliativas sem o recurso a equipas ou estruturas diferenciadas, pode e deve ser prestada quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário, no âmbito da Rede Hospitalar, da Rede de Centros de Saúde ou da Rede de Cuidados Continuados. Nível I: São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos, estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua actividade, podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário e podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado. Nível II: São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas. São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. Nível III: Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II, mas também desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos e desenvolvem actividade regular de investigação em cuidados paliativos; possuem equipas

multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência”.

Os cuidados paliativos não são uma alternativa a outros cuidados mas uma parte complementar e vital dos cuidados holísticos ao doente (Faull, 2005).

1.2 A Enfermagem e os Cuidados Paliativos

A enfermagem sempre esteve ligada à arte de cuidar, cuidar da vida e cuidar da morte. Cuidar é a essência da profissão, estar atento às necessidades do outro, procurar advogar face a essas necessidades, fazer o diagnóstico, actuar face à situação e reavaliar, são acções básicas do enfermeiro.

Cuidar do doente, tem na sua base a perspectiva holística, buscando, todos os dias, a prática da excelência, não esquecendo a família ou cuidador principal, visando a satisfação das necessidades humanas básicas afectadas, face ao grau de dependência (Collière, 1999). No fim, será sempre esta a missão do enfermeiro, tenha em vista ou não os cuidados paliativos ou o desenvolvimento de acções paliativas.

Desde sempre, o enfermeiro cuidou de doentes que se encontravam a morrer, preparou o corpo após a morte e prestou cuidados aos familiares recentemente em luto. Com o aparecimento do movimento para os cuidados paliativos no final do século XX, surgiu a necessidade de conceptualizar estas práticas de enfermagem. Surge em 1989, pelo Royal College of Nursing, o termo enfermagem paliativa,

associada a atitudes de manutenção da esperança, proporcionar conforto, estar presente, ser empático, avaliar as necessidades, planejar, implementar e avaliar as intervenções apropriadas, melhorar a qualidade de vida e proporcionar uma morte digna (Magalhães, 2009).

Cuidar é a essência de enfermagem, transversal a qualquer especialidade ou especificidade dentro da mesma. É no cuidado ao doente e família que o enfermeiro se realiza como profissional. A experiência adquirida na área de cuidados paliativos parece contribuir para o consolidar do conceito da profissão de enfermagem, facilitando também o desenvolvimento de ferramentas para gerir situações noutros contextos clínicos que não o dos cuidados paliativos (Magalhães, 2009).

A enfermagem e os cuidados paliativos têm por base a mesma essência de cuidar do outro e da família. Constituindo-se assim, como modelo para a enfermagem de cuidados paliativos, baseada também no cuidar com vista à satisfação das necessidades, reconhecendo a individualidade do individuo e da família onde está inserido (Magalhães, 2009).

Davis, citado por Magalhães (2009) refere que cuidar envolve atender às necessidades físicas, mentais e emocionais do doente e promover o crescimento e reparação do outro. Referindo ainda que um aspecto central para os enfermeiros em cuidados paliativos é o de aprender a conter as emoções intensas quando, em simultâneo, desenvolve relações próximas e alicerçadas no cuidar com os seus doentes.

Tal como se verifica nos cuidados de enfermagem, os cuidados paliativos assentam em algumas vertentes importantes como:

- Cuidados Globais, que tenham em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais, psicológicos e espirituais. A prestação destes cuidados deve fazer-se de uma forma personalizada e continuada.
- A Unidade de Cuidados é constituída pelo Doente e sua Família, que assume um papel relevante na prestação de cuidados.
- Promoção da dignidade e autonomia do doente, devendo estas reger as decisões terapêuticas. Este princípio só pode ser garantido se o doente contribuir para a definição dos objectivos terapêuticos.
- Promoção do alívio de todos os sintomas, numa perspectiva de que existe sempre algo a fazer pelo doente. Inserido num ambiente de respeito, conforto e apoio com uma comunicação aberta (Neto, 1999; Twycross, 2001; Faull, 2005; Neto, 2006;)

Neto (1999) refere que a aplicação destes conceitos básicos não deve estar dependente da existência de cuidados específicos na área dos cuidados paliativos; os enfermeiros devem reconhecer as necessidades do doente e providenciar a satisfação das mesmas.

Se nos focamos na enfermagem em cuidados paliativos inserida numa equipa interdisciplinar, segundo as organizações internacionais, essa terá de ser baseada numa robusta formação para poder assegurar a prestação de cuidados de qualidade (ANCP, 2006).

Vários estudos confirmam a existência de constrangimentos e barreiras ao desenvolvimento de cuidados dignos e individualizados dos doentes em final de vida, nomeadamente em enfermarias de agudos, muitas vezes resultando em

desentendimentos com as equipas médicas sobre a continuação do tratamento aos doentes (Magalhães, 2009).

Com base num estudo cuja amostra eram professores de enfermagem e enfermeiros de cuidados paliativos, realizado por Degner et al, citado por Xavier (2008), identificou-se sete comportamentos críticos na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida. São estes:

- Ser sensível ao contexto em que a morte ocorre: manter um sentido de calma, envolvendo a família.
- Ser sensível à cólera: mostrar respeito e empatia mesmo que a cólera seja dirigida ao enfermeiro.
- Proporcionar conforto: reduzir o desconforto, particularmente a dor.
- Promover o seu crescimento pessoal: mostrar que o enfermeiro definiu um papel pessoal ao cuidar da pessoa em fim de vida.
- Ser sensível aos colegas: proporcionar suporte emocional e *feedback* aos colegas.
- Promover qualidade de vida: ajudar os doentes a fazer as coisas que são importantes para eles.
- Ser sensível à família: dar resposta às necessidades de informação, reduzir o potencial para futuros arrependimentos; incluir a família nos cuidados ou aliviá-la dessa responsabilidade de acordo com as suas necessidades.

Mesmo que sejam muitas as adversidades ao desenvolvimento de cuidados integrais, os enfermeiros devem ser capazes de alcançar sentido no trabalho que desenvolvem com estes doentes (Magalhães, 2009).

Cuidar de doentes em fim de vida pode ser um processo construtivo, através da reflexão das experiências vividas com o doente e família, promovendo o desenvolvimento pessoal. Pode também ser o meio ideal pelo qual os alunos e os profissionais de enfermagem aprendam a prestar cuidados de qualidade de uma forma sensível e individualizada, através das estratégias adequadas ao longo do seu percurso de aprendizagem.

2. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS PALIATIVOS

O termo formação refere-se à transmissão de conhecimentos, por seu turno educação, um conceito mais amplo, é o processo pelo qual a aprendizagem acontece e através da qual nos modificamos e crescemos no conhecimento e nas aptidões. Este conceito presuppõe os processos de ensino e aprendizagem.

A formação dos enfermeiros, desde o 1º ano do curso, é orientada para o planeamento de cuidados de enfermagem com base numa metodologia científica, exigindo a aquisição de um conjunto de competências inerentes ao enfermeiro responsável pelos cuidados. (Santo, 1999)

A formação inicial assume particular importância no desenvolvimento dos conhecimentos, mas também na forma como colocá-los em prática. (Dias, 2006)

A formação é um dos pilares para a prestação de cuidados, cuidados estes que não podem ser feitos por todos, mas sim por profissionais tecnicamente experientes e competentes. Mais especificamente quando nos referimos aos cuidados paliativos, e

de acordo com Magalhães (2009:99), “acreditar que o trabalho de enfermagem em cuidados paliativos resulta de algo natural que todas as pessoas, (...), podem fazer, em vez de ser o resultado de um percurso de aprendizagem é claramente contraditório com a percepção que os enfermeiros poderão ter do seu trabalho, um trabalho árduo e com uma prática tecnicamente competente.”

Segundo Canário, citado pela ANCP (2006), a formação deverá colocar ao dispor ferramentas para aperfeiçoar as competências profissionais. A Associação continua referindo que um dos pilares da prestação de cuidados de enfermagem paliativos na Europa é a formação, sendo essencial para todos os profissionais de enfermagem.

De acordo com diversos autores e associações, existe uma clara necessidade de formação na área dos cuidados paliativos, como forma de se prestarem cuidados de qualidade e excelência, também àqueles que estão no final da sua vida.

Um grande número de doentes necessita de cuidados paliativos de âmbito geral, tendo como base o modelo holístico de cuidados e de palição de sintomas, e, como a maioria destes doente são acompanhados em hospitais e centros de saúde, os enfermeiros devem ser dotados de formação de base nesta área (Magalhães, 2009). Os enfermeiros contactam com doentes terminais em todos os níveis do sistema de saúde e dado que, pelas suas características assistenciais, são eles quem está mais próximo do doente e família, tornam-se o elemento chave dos cuidados. (Gómez, 2003)

Segundo Fall (2005) muitos doentes passam uma grande parte do tempo no hospital, no seu último ano de vida, e foi estimado que 10 a 15% das camas estão ocupadas por doentes com doenças avançada, dos quais 60% morrem nos hospitais.

Desta forma, a formação está amplamente reconhecida como um elemento essencial para a prática de cuidados paliativos, pois os níveis de conhecimentos, habilidades e atitudes que o enfermeiro adota perante o doente com estas necessidades, vão influenciar maiores ou menores dificuldades que são proporcionais à preparação obtida (Gómez, 2003).

Siedel citado por Arce, Garcia & Guanter (1996), refere que existem quatro momentos na profissão de enfermagem onde a formação em cuidados paliativos deve ser considerada como necessária: estudantes de enfermagem, enfermeiros recém-formados, enfermeiros que prestam cuidados paliativos e enfermeiros docentes.

No entanto, segundo Magalhães (2009), esta formação deverá ser quando se inicia a formação dos futuros enfermeiros, pois, sendo este um processo delicado, é esse o momento propício, dado ser aquele em que se começam a formar as atitudes em relação aos doentes em fim de vida.

Da mesma forma, o ensino nesta área deverá ser distinto das outras disciplinas pelas próprias características dos cuidados paliativos. A necessidade de existir uma reflexão pessoal, aliada ao facto das temáticas da morte necessitarem de uma metodologia específica bem como de habilidades comunicacionais e de trabalho em equipa, aponta neste sentido (Gómez-Batiste, Roca, Trelis, Gorchs & Borrell, 1996).

São necessários mais programas educativos, tanto na formação de base como na formação graduada, que abordem sistematicamente os conhecimentos em cuidados paliativos e as suas aplicações práticas (Ross, McDonald & McGuinness, 1996).

2.1 Conteúdos Programáticos em Cuidados Paliativos

A formação em cuidados paliativos é excitante, desafiadora e interessante. Tem como objectivo que os doentes com necessidades de cuidados paliativos, e as suas famílias, recebam cuidados de excepcional qualidade, porque os que estão envolvidos nos cuidados sabem “o que fazer e como fazer” (Wee & Hughes, 2007).

A disciplina de cuidados paliativos tem uma história muito recente, que tem crescido progressivamente em conteúdo e experiência clínica, no entanto em alguns países tem pouco reconhecimento académico (Font & Panicot, 1999; Gómez-Batiste, Roca, Trelis, Gorchs & Borrell, 1996)

Os currículos devem ser documentos dinâmicos, versáteis, ajustáveis e reorganizáveis, dado que a sociedade também o é, e está em constante mudança (Sapeta, 2004).

Uma boa formação depende dos planos curriculares dos cursos, assim como das estruturas e das dimensões que intervêm no processo formativo. Daqui se depreende que é de extrema importância reflectir sobre os conteúdos, os objectivos, as finalidades e as estratégias a desenvolver ao longo do processo educativo. São estes que vão “dotar os formandos de um conjunto de competências necessárias para fazer face às exigências da vida, num contacto de autonomia e independência” (Dias, 2006, p. 10).

A formação de base em cuidados paliativos tem como objectivo a aquisição de conhecimentos com vista ao aluno poder prestar cuidados de qualidade aos doentes paliativos e suas famílias, que permita a mudança de atitudes. Assim, segundo

Gómez-Batiste, Roca, Trelis, Gorchs & Borrell (1996) é pouco realista esperar dos estudantes muitas habilidades específicas nesta área.

No entanto, são vários os estudos que demonstram lacunas nesta área e são vários os autores que apresentam conteúdos essenciais a serem abordados na formação pré-graduada.

Num estudo de Rutman e Parke, citado por Ross, McDonald e McGuinness (1996), realizado numa unidade de cuidados prolongados, verifica-se a necessidade de programas educativos que aumentem os conhecimentos dos enfermeiros na área dos cuidados paliativos.

Outro estudo realizado por Ferrel, citado por Proctor et al (2000), referiu que os enfermeiros que tiveram formação sobre a morte, apresentavam mais conhecimentos que os enfermeiros com mais anos de serviço, e do que os enfermeiros com mais experiência.

Segundo Gómez (2003), os programas de formação de base devem planificar conteúdos teórico-práticos, com o objectivo de capacitar os estudantes para darem resposta às necessidades do doente e família em situações terminais, em virtude do contacto com a realidade e a prática poder ter uma grande influência na formação de base dos estudantes e também nas situações que irão encontrar como profissionais.

Birkholz et al (2004), citado por Magalhães (2009) destacam diversas fragilidades, já documentadas na formação inicial de enfermeiros, acerca dos cuidados aos doentes em fim de vida, detacando-se: a reduzida formação acerca do controlo de sintomas e a falta de atenção às competências de comunicação. Continua referindo que a formação prepara de modo insuficiente os enfermeiros para compreenderem as

necessidades físicas, emocionais e espirituais das famílias e dos doentes que se encontram na fase final das suas vidas.

Em consonância com esta premissa, Proctor et al (2000) na sua investigação, “Os conhecimentos dos enfermeiros Australianos em Cuidados Paliativos”, concluíram que existe défice de conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente no controlo da dor e outros sintomas e na transmissão de más notícias.

Segundo Higginson (2004), os profissionais de saúde referem que não se sentem preparados para lidar com situações de transmissão de más notícias, controlo de sintomas e ajuda na tomada de decisões no final de vida. Não obstante, existe evidência científica que muitas destas competências podem ser adquiridas durante a formação pré e pós-graduada.

A nossa sociedade, inserida numa cultura ocidental, que vê a morte como algo distante e os hospitais como locais onde as pessoas obtêm a cura, não prepara os estudantes para a realidade da morte e do morrer, cabendo aos professores e profissionais de saúde a tarefa de os preparar para esta realidade. Segundo Magalhães (2009), as recomendações actuais, presentes na literatura, referem que deverão ser incluídos nos currículos escolares temas como a morte e o morrer e deverá ser dado tempo aos alunos para reflectirem e partilharem estas experiências, como forma de desenvolverem modelos para saberem como lidar com as pessoas em fim de vida, facilitando desta forma o desenvolvimento de competências e confiança na prestação de cuidados a estes doentes.

Sapeta (2003), realizou um estudo que pretendia fazer a análise curricular, tendo como objectivo conhecer e descrever a formação pré-graduada em enfermagem

sobre Cuidados Paliativos e Dor Crónica em todas as escolas Superiores de Enfermagem Portuguesas. Utilizando uma abordagem mista (Quantitativa e Qualitativa), enviou 33 questionários para estas Escolas Superiores de Enfermagem, tendo obtido um retorno de 76%, chegou à conclusão que, as escolas, de uma forma geral, incluem nos seus currículos diversos conteúdos das temáticas referidas. No entanto, refere que estes conteúdos são leccionados de forma muito heterogénea, com um número insuficiente de horas (entre 2 a 4 horas) e ocorrem predominantemente no segundo ano de formação. A autora refere ainda que os novos enfermeiros não adquirem competências para cuidar de doentes em fim de vida.

Outro estudo realizado por Frias (2001) com o objectivo de compreender como os enfermeiros se formam para cuidar de doentes em fim de vida, verificou que a formação inicial é insuficiente ou até inexistente, pelo que os enfermeiros recorrem a formação contínua, através do seu percurso individual de formação, pela participação em congressos, cursos específicos e pela partilha de experiências com enfermeiros mais velhos.

São vários os autores que exploram as formas mais adequadas de formação numa área tão específica. Apesar de os cuidados paliativos *beberem* de informação de diversas áreas da saúde, pois lidam com diversas situações complexas e sensíveis ao ser humano, requerem uma formação especializada.

Apresenta-se de seguida, as várias organizações que procuram evidenciar as lacunas que existem nos currículos de enfermagem na formação pré-graduada, na área dos cuidados paliativos:

- A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), em Março de 1993, publicou um relatório de recomendações sobre a educação e formação em medicina paliativa, resultado da conjunção de ideias de um comité de peritos. Este relatório, embora mais dirigido a médicos, foi um dos primeiros passos para a uniformização de atitudes e objectivos.
- A American Association of Colleges of Nursing (AACN), apoiada pela Fundação Robert Wood Johnson, em conformidade com as recomendações do International Council of Nurses de 1997, propõe competências e um currículo necessários para cuidar de doentes em fim de vida.
- A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, no congresso de 1999, reconhece a necessidade de incorporar progressivamente a formação em medicina paliativa nos cursos pré-graduados dos diferentes profissionais de saúde (Sapeta, 2004).
- A OMS publicou, em 2001, o livro *Nurses and Midwives for health: WHO European Strategy for Nursing and Midwives Education*, incluindo as directrizes da Estratégia Europeia de Educação/Formação de Enfermeiros, onde vários capítulos se referem aos cuidados ao doente em fim de vida (Sapeta, 2004).
- A EAPC em Setembro de 2004, elabora um Guia para o Desenvolvimento da Educação em Enfermagem em Cuidados Paliativos na Europa, resultante da reflexão da Task Force of Palliative Care Education, onde salientam a importância da formação pré-graduada e estabelecem níveis de formação (EAPC, 2004).

No relatório apresentado pela Task Force on Palliative Care Education da EAPC (2004) vêm diferenciados diferentes níveis de formação, pois apesar da reconhecida

necessidade de formação para todos os enfermeiros, esta não pode ser vista apenas como uma especialização, mas como uma resposta às necessidades dos profissionais de saúde nos locais de prestação de cuidados (tipologia e número de doentes). Também a ANCP (2006), através da sua Task Force em Educação, definiu níveis de formação semelhantes aos que a EAPC tinha definido em 2004. Assim, ambas as associações propõem a existência de três níveis de formação:

Nível A (18 a 45 horas)

- Básica Pré-graduada: futuros profissionais de enfermagem durante a sua formação profissional básica
- Básica Pós-graduada: Profissionais de enfermagem que prestam cuidados em serviços gerais de saúde mas que se podem confrontar com situações que necessitam de uma abordagem paliativa

Nível B (90 a 180 horas)

- Avançada (Pós-graduada): profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de cuidados paliativos ou em serviços gerais onde desempenham funções de referência em cuidados paliativos. Profissionais de enfermagem que frequentemente se confrontem com situações de cuidados paliativos (ex: oncologia, cuidados comunitários, cuidados pediatrícos ou geriátricos)

Nível C (mais de 280 horas, estágio de 2 semanas)

- Especialista (Pós-graduada): profissionais de enfermagem que são responsáveis por Unidades de Cuidados Paliativos, exerçam consultadoria,

ou contribuam activamente para a formação e investigação em cuidados paliativos.

Estas recomendações, assim como as que irão ser apresentadas posteriormente, devem ser vistas como fontes de referência para as diversas instituições que estão envolvidas na formação pré e pós-graduada de enfermeiros. Desta forma poderão desenvolver respostas formativas na área dos cuidados paliativos, adequadas às necessidades dos profissionais de saúde e dos seus locais de trabalho.

Em 1994 Copp citado por Magalhães (2009), refere que as áreas a ter em conta quando cuidamos do doente em fim de vida incluem os aspectos dos cuidados físicos, alívio da dor e de outros sintomas, competências de comunicação, assuntos éticos e morais, lidar com emoções, promover esperança e cuidados espirituais. Mais tarde em 2004, De Vlieger et al, citado por BeKer (2009), corrobora o que foi referido anteriormente e salienta as temáticas a abordar no curso de enfermagem, propondo temas como o controlo da dor, gestão de sintomas, impacto da doença grave, trabalho em equipa, entre outros.

Também Gómez-Batiste, Roca, Trelis, Gorchs & Borrell, 1996, propõem áreas de aprendizagem em cuidados paliativos, baseadas nas atitudes, conhecimentos e habilidades das quais se apresentam alguns exemplos:

Atitudes

1. O processo de morrer gera impacto físico, emocional, social e espiritual e requer uma concepção global da terapêutica.
2. A avaliação e o tratamento dos sintomas é um processo complexo.
3. A família e o doente são a unidade dos cuidados.

4. Devem respeitar-se as contribuições de todos os membros da equipa.
5. A dimensão ética dos cuidados paliativos.

Conhecimentos

1. Fisiopatologia dos sintomas.
2. Princípios da acção farmacológica.
3. A morfina é o fármaco de eleição, associado a outros, para o tratamento da dor nos doentes com cancro.
4. Causas de úlceras e formas de prevenir.
5. Tipos de estruturas familiares.
6. Fases e tipos de respostas às más notícias.

Habilidades

1. Avaliação da intensidade e da resposta dos sintomas.
2. Doses iniciais e escalada das tomas de morfina oral, doses equivalentes e a via subcutânea.
3. Respostas e perguntas difíceis dos doentes.
4. Organizar uma sessão interdisciplinar.
5. Entrevista / conferência familiar com a família sobrecarregada.
6. Realização de um *role-playing*.

Os conhecimentos e as capacidades do aluno advêm dos conteúdos programáticos leccionados que, segundo a EAPC (2004) deve ter em conta dimensões específicas.

Em Portugal, no ano de 2006, a ANCP, desenvolveu um documento intitulado “Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP”,

onde descreve as dimensões específicas, já enumeradas anteriormente pela EAPC, que os conteúdos programáticos devem conter: “Doente e adaptação ao processo de doença grave; Apoio à família/cuidador principal; Trabalho em equipa; Atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida; Organização do sistema de cuidados de saúde; Auto-cuidado dos profissionais; Perícias de comunicação; Ética aplicada e Apoio no luto” (ANCP, 2006, p. 6).

No mesmo documento, no Anexo 1 – Proposta de Formação Pré-Graduada em Enfermagem, Sapeta definiu as linhas de orientação para o nível Pré-Graduado em Enfermagem, propondo como conteúdos programáticos: “Introdução: Magnitude do problema – estatísticas e morbilidade e mortalidade e Cuidados Paliativos – Conceitos, Valores e Princípios; (...) Organização dos Cuidados Paliativos; (...) Aspectos Éticos e Legais: Direitos dos Doentes, Principais Dilemas Éticos; (...) Aspectos Psicológicos e de Comunicação: Reacções e estádios de adaptação à doença e à morte, Comunicação doente/família/equipa de saúde; (...) Controle de Sintomas: Princípios Gerais, Urgências em Cuidados Paliativos; (...) e Cuidados nos últimos dias e horas de vida (Sapeta, 2004, p. 7).

Refere ainda que no final da disciplina de cuidados paliativos o aluno deve ter atingido os seguintes objectivos: “Conhecer, compreender e aplicar os valores e princípios dos cuidados paliativos; Demonstrar competências na implementação de um plano de cuidados de qualidade em conformidade com a filosofia dos cuidados paliativos ao doente em fase final de vida e ao seu grupo social de pertença, integrado num sistema de prestação de cuidados dinâmico e complexo e em colaboração com a restante equipa multidisciplinar e Demonstrar capacidade de

reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes aos cuidados paliativos. (Sapeta, 2004, p. 6).

Pressupõe-se que no final da formação o aluno demonstre estas capacidades, sendo o mínimo esperado, dependendo também do contacto que tiveram em estágio com doentes paliativos (EAPC, 2007).

A avaliação na formação é um aspecto essencial e também complexo, é difícil estabelecer critérios objectivos e relacioná-los com a melhoria da qualidade dos cuidados. O ideal seria estabelecer aspectos concretos e mensuráveis da qualidade dos cuidados como, por exemplo, o cumprimento de normas estabelecidas (Gómez-Batiste, Roca, Trelis, Gorchs & Borrell, 1996).

Font e Panicot (1999) citando Kirkpatrick referem que existem diversos níveis de avaliação na formação. Entre os vários níveis existentes a avaliação dos conhecimentos e habilidades adquiridas, através de exames de avaliação de conhecimentos, é uma das práticas utilizadas.

Outra seria a avaliação de competência, pois permite situar a pessoa face aos saberes, possibilita também a evolução da carreira evitando a estagnação (Dias, 2006). Segundo Ross, McDonald & McGuinness (1996), é necessária uma uniformização na avaliação dos conhecimentos transmitidos nas escolas e da aplicabilidade efectiva dos seus programas em cuidados paliativos.

Sapeta (2004) refere que os Conteúdos Programáticos dos cursos devem corresponder ao nível de formação exigida nos conteúdos funcionais da profissão e que permitam também, à profissão, evoluir nos conhecimentos e competências. O objectivo no final da formação é que os estudantes de enfermagem sejam

competentes para desenvolverem intervenções eficazes, no doente e família, em todo o decurso de doença, mas também em situação terminal ou avançada da mesma.

Segundo Dias (2006, p. 15) “o formador deve iniciar o plano de formação pela análise dos postos de trabalho, porque é necessário adaptar os conteúdos de formação aos objectivos das instituições.”

Prestar cuidado aos doentes crónicos e terminais requer conhecimentos, compaixão, sensibilidade e humildade. Quem ensina também deverá ter estas características e ser detentor de técnicas de ensino adequadas (EAPC, 2007).

De acordo com Sapeta (ANCP, 2004, p. 3) “O apelo dirige-se aos professores mais directamente ligados a estes conteúdos e que, em primeira instância, poderão ser os dinamizadores de primeira linha na implementação desta filosofia de cuidados”.

A escola é o espaço privilegiado para a construção de uma identidade social e profissional, onde o estudante deve adquirir os princípios gerais que orientam e sustentam a sua actuação, como profissional. Assim, Sapeta (ANCP, 2004), no currículo de cuidados paliativos que elaborou para a ANCP, refere que existem seis pressupostos da formação em Cuidados Paliativos. São estes:

Primeiro Pressuposto: estando o enfermeiro presente 24h por dia junto do doente, encontra-se num posição privilegiada para desenvolver cuidados activos, nomeadamente na avaliação inicial, no desenvolver de uma comunicação empática, planeando e desenvolvendo acções terapêuticas, parte integrante dos cuidados de enfermagem.

Segundo Pressuposto: pelo facto de terem ocorrido alterações demográficas, aumento da morbilidade e alteração do padrão familiar e social, torna-se importantíssimo a inclusão de uma disciplina de cuidados paliativos no plano curricular da Licenciatura em Enfermagem, com um mínimo de 45 horas, com possível localização no 2ºano.

Terceiro Pressuposto: os cuidados paliativos devem socorrer-se de outras áreas do conhecimento, para atingir os seus objectivos e garantir a qualidade dos cuidados. Assim, todos os conhecimentos de outras áreas como: sócio-antropologia, psicologia, ética, anatomia, fisiologia, farmacologia, oncologia e de enfermagem, devem ser mobilizados na disciplina de cuidados paliativos.

Quarto Pressuposto: a aquisição de conhecimentos deve ser feita ao longo de curso de uma forma gradual e progressiva, na medida em que o aluno vai atingindo uma maturidade intelectual que lhe permite compreender fenómenos como a morte ou a comunicação com os doentes em fim de vida.

Quinto Pressuposto: as metodologias de ensino-aprendizagem devem ser dinâmicas e activas, dando relevo à reflexão interior, à participação e aos exemplos práticos, levando o aluno a participar na sua avaliação.

Sexto Pressuposto: a disciplina deverá ser idealmente leccionada por docentes com experiência assistencial ou formação específica ou, em alternativa, deve ser convidado um profissional com experiência prática que possa enriquecer as aprendizagens dos alunos.

Segundo a ANCP (2006, p. 3) “A formação básica alargada será uma garantia da humanização dos cuidados de saúde e do aumento da qualidade da prestação das

chamadas acções paliativas, que decorrem nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.”

Mesmo que existam profissionais de saúde aos quais esta área não é querida ou não suscita interesse é essencial que tenham conhecimentos mínimos de actuação, pois assim lhes é exigido, e poderão ser lhes úteis em qualquer serviço ou instituição de saúde (Sapeta, 2004).

2.2 Ensino Clínico em Cuidados Paliativos

A formação em Enfermagem, de uma forma geral e especificamente na área dos cuidados paliativos, tem como base a passagem dos conhecimentos para a prática. Desta forma, os ensinamentos clínicos são extremamente importantes para consolidar conhecimentos e promover o desenvolvimento de competências.

Os conhecimentos adquiridos na teoria são a base para a aplicação prática repetida de acções, envolvendo um processo de pensamento e reflexão, para lidar com uma situação específica (Wee & Hughes, 2007).

Os programas educativos devem ser bem estruturados e eficientes, estabelecendo parcerias com as instituições para campos de estágios (EAPC, 2007).

Assim, o ensino clínico vai permitir ao aluno o consolidar dos conhecimentos teóricos adquiridos na escola, mas não só. Permite, também, o acréscimo dos mesmos e das aptidões necessárias à prestação de cuidados. De acordo com Andrade (2005, p. 15) “A importância do ensino clínico na formação dos alunos é inquestionável.”

Segundo Magalhães (2009), os estágios em Unidades de Cuidados Paliativos, serão úteis na consolidação de conhecimentos, pois permitem o contacto com técnicas específicas e modelos positivos. A formação deverá integrar a prática clínica, não podendo ser isolada, pois existe a necessidade de integrar ambas as experiências, teoria e prática.

A mesma ideia é reforçada por Wee & Hughes (2007) quando referem que as experiências vividas em contexto prático têm um efeito positivo na aquisição de boas práticas, espírito crítico e reflexivo e também na aprendizagem e transmissão de conhecimentos. O aluno no campo de estágio tem um papel proactivo no acordar de consciências dos profissionais que lá trabalham, para os novos conhecimentos e novas ideias que possam ter surgido, nomeadamente numa área ainda recente como os cuidados paliativos, sendo assim um veículo na transmissão de conhecimentos.

Andrade (2005, p. 15) refere que “É através do Ensino Clínico que o aluno desenvolve a sua aprendizagem num contexto real, que provavelmente virá a ser o seu ambiente profissional.”

Segundo Magalhães (2009), um estudo realizado a alunos no último ano de Licenciatura em Enfermagem, intitulado “Cuidar em Fim de Vida: Uma Abordagem Qualitativa sobre as Experiências dos Estudantes de Curso de Licenciatura em Enfermagem” refere que o ensino clínico é benéfico nos aspectos práticos e emocionais do cuidar. A observação de enfermeiros experientes pode ser um contributo para o desenvolvimento dos estudantes como futuros profissionais. No entanto, poderá ocorrer um processo negativo quando não existe um apoio efectivo

dos orientadores clínicos, nomeadamente na partilha e validação de sentimentos e percepções, devido ao contacto com doentes em fim de vida. No mesmo estudo, cuidar de doentes em fim de vida, no decorrer dos ensinamentos clínicos, contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais com os doentes e suas famílias e para a consolidação de conhecimentos, nomeadamente no aprofundamento do sentido de agir em enfermagem. Os estudantes referem também que com esta experiência desenvolveram uma maior percepção das necessidades dos doentes no alívio da dor, comunicação, conforto e vivências durante o processo de morte. É interessante verificar que, neste mesmo estudo, os estudantes propõem algumas sugestões para a formação de base, por exemplo, otimizar momentos de reflexão sobre a acção vivida, existência de ensinamentos clínicos específicos em cuidados paliativos e um maior investimento do professor na orientação clínica.

Verifica-se que é importante para os estudantes a realização de um ensino clínico nesta área como forma de transferência dos saberes, mas, focando também a importância da orientação pedagógica do professor durante o mesmo, sugerindo que necessitam desse acompanhamento e suporte.

Em jeito de conclusão deste capítulo, pode referir-se que os cuidados paliativos são uma disciplina com um corpo de conhecimentos próprio em que são estabelecidos três níveis de formação; a formação é um elemento básico para o seu desenvolvimento e implementação, assim como essencial para a promoção de cuidados de qualidade; são detectadas necessidades na formação pré-graduada; o ensino clínico sedimenta e operacionaliza os conhecimentos, tornando-se um elemento essencial; é através da formação que os estudantes adquirem as competências necessárias à sua prática diária.

3. COMPETÊNCIAS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA ÁREA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A construção da competência efectua-se através do desenvolvimento dos conhecimentos, aptidões e atitudes do estudante, durante todo o processo de aprendizagem, que se inicia na escola e continua ao longo de toda a sua vida.

Um desempenho competente é o espelho da competência, ou seja, a noção de competência está associada à qualidade no desempenho profissional (Oliveira, 2010).

A competência é o resultado final de todo este processo, mas nunca estando finita e acabada, desenvolve-se ao longo de todo o percurso pessoal, social e profissional do indivíduo.

Neste último subcapítulo iremos abordar o conceito de competência, como surgiu e evoluiu. Centrando-nos nas competências dos estudantes de enfermagem, base para todo e qualquer desenvolvimento de saberes focaremos, por último, as competências dos estudantes de enfermagem na área dos cuidados paliativos, o ponto chave de todo este trabalho. A avaliação das competências e o contributo da formação para o desenvolvimento das mesmas, constitui a última parte de todo o capítulo.

3.1 Conceito de Competência

Ao longo do tempo, o conceito de competência tem passado por muitas alterações e diferentes definições que nem sempre foram consensuais e talvez nunca o cheguem a ser, pelas características intrínsecas deste conceito.

No início dos anos 70, David McClelland, tomou a iniciativa da sua definição, desenvolvendo diversos estudos sobre competências na área do trabalho. Este autor definia competência como “uma característica pessoal relacionada com uma actuação superior na realização de uma tarefa ou de uma determinada situação” ou “uma capacidade, por que se refere ao que a pessoa é capaz de fazer, não ao que faz sempre em qualquer situação” (Ceitil, 2007, p.92).

Mais tarde, nos anos 80, começaram a ser definidas as escalas de competências, onde o conceito de competência era colocado num âmbito mais vasto, incluindo as habilidades necessárias e as atitudes favoráveis, além do já conhecido conhecimento da tarefa. Como referia Richard Boyatzis, o conceito de competência é pensado como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que justificam um alto desempenho (Fleury e Afonso, 2001).

Vários autores, nomeadamente Zemke (1982) e Dubois (1993), aplicaram o conceito de competência à educação e formação. Foram sendo desenvolvidos diversos perfis de competência, com o objectivo da acreditação profissional, da auto-avaliação e do desenvolvimento, nomeadamente ligada aos professores para fins de avaliação e exame (Mulder, 2007).

Posteriormente, surge a ideia de que a formação é essencial no desenvolvimento de competências futuras. Spencer e Spencer citado por Ramos e Bento, referem que “a

competência é uma parte profunda e estruturada da personalidade da pessoa e pode predizer o comportamento da mesma numa ampla variedade de situações ou actividades profissionais” (Ramos e Bento 2007, p.94). A competência começa a ser definida com um carácter de prognóstico da forma como os indivíduos irão desempenhar as suas funções, o que pode auxiliar a escolha dos mesmos ao nível profissional.

São várias as definições de competência e vários os autores que definem este conceito. Segundo Grealish (2006), a competência divide-se em três partes: cognitiva, psicomotora e afectiva, as quais se desenvolvem em separado, com a expectativa de se juntarem na prática diária. Para o mesmo autor, a primeira desenvolve-se na sala de aulas, a segunda em contexto de estágio e a terceira através do estudo e discussão em sala de aula dos aspectos éticos e morais.

O *Royal Colege of Nursing* (RCN, 2002) define competência como "as habilidades, conhecimentos, experiência, atributos e comportamentos exigidos por um indivíduo, a fim de realizar o trabalho de forma eficaz" (Beker, 2009, p. 2).

Cheetham e Chivers, citados por Cooper, Atherne & Pereira (In Press), também definem competência como o desempenho eficaz e global, numa ocupação, que pode variar desde o nível básico até aos mais altos níveis de excelência.

Com base na pesquisa efectuada (Dias, 2006; Ceitil, 2007), podemos referir que o conceito de competência se encontra dividido em três áreas:

- saber-saber ou conhecimentos, em inglês *Knowledge*;
- saber-fazer ou habilidades, em inglês *skills*;

- saber-ser ou atitudes, em inglês *attitudes, behaviour*.

Segundo Ramos e Bento (2007), actualmente existem quatro perspectivas base. A primeira, define competências como atribuições. Sendo a mais tradicional, refere que a competência existe na pessoa, quer ela a coloque em prática ou não, sendo assim independente da pessoa. Na segunda, as competências são vistas como qualificações que podem ser adquiridas por meio do ensino, formação, etc. logo, extra pessoais, fazendo com que o indivíduo detenha determinado nível de qualificação, podendo ou não aplicá-lo no seu desempenho. A terceira perspectiva, detém-se nos traços ou características pessoais, como a personalidade, habilidades, conhecimentos, determinação, etc. Sendo de cariz intra pessoal, permite predizer comportamentos no futuro mas não os garante. A última perspectiva, refere-se às competências como comportamentos ou acções, defendendo que depende, não só, das características intrínsecas do indivíduo mas, sim, da forma como é colocada em prática, ou seja, a competência só é considerada como tal quando colocada em acção.

Consideramos que, no âmbito deste trabalho, teremos em conta a segunda e terceira perspectivas, sedimentadas na formação, dado que iremos abordar os estudantes no último ano da licenciatura em enfermagem e teremos em conta esta corrente que refere que a competência é preditiva do comportamento.

Ramos & Bento (2007), defendem que podemos avaliar as competências dos estudantes dado que com base nos conhecimentos é possível predizer os comportamentos, e que o aluno tem a noção do que saberá fazer ou não e de como

irá agir ou não. No entanto, a avaliação de competência é difícil e complexa, não existindo consenso na literatura, como iremos ver posteriormente.

Nesta linha de pensamento, o foco da aprendizagem está na teoria, com a premissa de que esta fornece ao estudante uma forma de ver a situação e, portanto, servir como veículo para a interpretação e organização da informação, servindo de guia (Grealish, 2006).

Como refere Hager and Butler e Mezirow, citados por Grealish (2006), a teoria é aprendida antes da prática, o conhecimento é certo, logo a base de qualquer competência passa pela aquisição de conhecimentos. Numa aproximação conceptual a competência é vista como “um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência proveniente da acção adquirida ao longo do tempo, de forma empírica, não sistematizada, e que se manifesta em situações concretas de trabalho sendo, por isso, difícil de avaliar.” (Dias, 2006, p. 33)

Segundo Vallés citado por Dias, a aprendizagem inicia-se com o nascimento, pois aprendemos sem que nos ensinem como fazê-lo, existindo uma aptidão quase inata para a aprendizagem contínua. Isto faz com que o ser humano se habitue mais com o que aprende do que com o que faz (Dias, 2006).

Primeiramente, o desenvolvimento das competências vai acontecendo progressivamente, na família, no grupo, na escola, no trabalho e na comunidade. Evolui do saber para o saber-fazer, para o saber-ser, utilizando recursos cognitivos, afectivos e psicomotores (Dias, 2006).

É consensual na literatura esta ideia na qual “a formação é um dos vectores fundamentais para o desempenho autónomo das tarefas do desenvolvimento” (Dias,

2006, p. 8). Contudo, é importante ter em conta que as competências não se resumem a um saber, pois verifica-se que o indivíduo, apesar de ter os conhecimentos e dominar a técnica, muitas vezes não os sabe aplicar devidamente em contexto laboral (Dias, 2006). Não obstante, não existe competência completa sem conhecimentos teóricos, base para o desenvolvimento das capacidades de execução das tarefas e das atitudes a tomar nas diversas situações, com o objectivo de o indivíduo ter qualificações necessárias para o exercício da profissão. Como refere o Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem, a competência refere-se às características individuais, conhecimentos, aptidões e atitudes para o indivíduo exercer a sua profissão autonomamente (Dias, 2006).

Podemos assim concluir que o conceito de competência continua a ser problemático, podendo ter significados diferentes, de acordo com os autores, ainda não existindo consenso entre os mesmos (Grealish, 2006). Este conceito torna-se bastante confuso e não é surpreendente que existam diferenças de opinião sobre o seu significado.

3.2 Competências dos Estudantes de Enfermagem

Ao longo do tempo, o ensino de enfermagem tem tentado dar resposta à crescente complexidade do sistema escolar, à evolução da carreira de docente e à exigência dos serviços de enfermagem. Dado que o principal objectivo da educação em enfermagem é desenvolver nos estudantes competências necessárias para uma prática eficaz, torna-se importante identificá-las e avaliá-las.

Assumindo que o objectivo da aprendizagem que o estudante faz ao longo do curso é o desenvolvimento de competências, de forma a que no seu término possa ser capaz de atingir os objectivos visados pelo mesmo, as competências podem funcionar como indicadores da qualidade de uma formação (Oliveira, 2010).

Verificamos que “ao longo da sua história o ensino de enfermagem tem procurado encontrar modelos de formação que construam a competência” (Dias, 2006, p. 157). Aliás, já Florence Nightingale, no seu livro *Notes on Nursing*, citada por Oliveira (2010), usa o termo competência para referir as qualidades (características) que os estudantes deveriam possuir para serem enfermeiros no final do curso.

A carreira dos enfermeiros requer um desenvolvimento longo e continuado dada a crescente complexidade e responsabilidade das práticas desenvolvida (Dias, 2006). A OE refere que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).” (OE, 2004, p. 4). Assim, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, desenvolvendo uma relação terapêutica com o doente e família, tendo por base o desenvolvimento de competências gerais (OE, 2004).

Cuidar, implica o outro, o enfermeiro tem que ter tempo para parar e pensar, para reflectir, ponderar e agir com competência, em segurança e com qualidade, porque o cuidar só acontece quando realizado de forma humanizante, o que exige um compromisso com o saber científico (Oliveira, 2010). O mesmo autor continua a reforçar a ideia quando refere que “mudou a sociedade e o mercado de trabalho e, como tal, também mudaram as finalidades e exigências educativas. Exige-se

plasticidade, exige-se adaptação a este ritmo louco, pelo que, pensamos que a educação será a chave para colmatar as imposições que emergem na complexidade com que os enfermeiros se deparam diariamente” (Oliveira, 2010, p. 17).

Saberá a disciplina de Enfermagem, oriunda da *práxis* e da investigação, e bebendo de diversos saberes originários das mais diversas fontes, capaz de edificar um conhecimento próprio e consistente, permitindo ao enfermeiro enfrentar todos os desafios que lhe impõe o dia a dia, tendo por base as competências sólidas e firmes que adquiriu durante o curso de enfermagem?

De facto, a recente Declaração de Bolonha através do Decreto Lei nº 74/2006, p. 2243, refere que ocorreu uma “mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica - instrumentais, interpessoais e sistémicas - quer as de natureza específica associadas à área de formação”. O que exige das escolas e dos professores novas estratégias e novos métodos educativos, virando o desenho curricular para o desenvolvimento da competência. “Premeia-se o desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo e criativo, a autonomia e a responsabilidade do estudante na construção da sua aprendizagem, sabendo-se que a forma como aprende a aprender, o marca para o resto da vida” (Oliveira, 2010, p. 18).

O modelo de Dreyfus refere que os estudantes, durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, passam por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Santo, 1999). Estes cinco níveis reflectem a mudança quando se introduz uma competência,

passando o estudante do princípio abstracto à utilização. Posteriormente observa as situações como um todo, começando a executar de forma empenhada e envolvida; já não é um mero observador (Benner, 2005).

A enfermagem “enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento ou para o declínio” (Benner, 2005, p. 2). A prática de enfermagem requer, por parte do profissional, o desenvolvimento do conhecimento, da competência e do carácter, factores que contribuem para o desenvolvimento da própria prática, pois a “prática de enfermagem é bem mais complexa do que aquilo que a maioria das teorias formais de enfermagem preconizam” (Benner, 2005, p. 17).

No entanto, verifica-se pouca investigação nestes campos, seja na área da educação, da formação ou das competências. Como refere Font & Panicot (1999), a investigação neste campo não é vista como uma necessidade com suficiente peso científico, com uma conseqüente escassez nas publicações.

De acordo com Dias (2006, p. 158), citando Elhart, “as qualificações em enfermagem devem ter conteúdos amplos e aprofundados”. Esta é uma profissão em constante mudança, diversificam-se as áreas de competências, ganha-se autonomia, aumentam as responsabilidades profissionais, desafiam-se valores tradicionais. As exigências dos utentes têm aumentado, as transformações científicas, técnicas e tecnológicas dão-se a um ritmo alucinante e surgem conceitos modernos de qualidade. Todos estes factores levam a que se tenha que gerar “saberes”, sejam eles conhecimentos, práticas ou atitudes que sustentam a base do conhecimento, gerando competências sustentadas, fruto de uma ampla reflexão consensual.

Como nos refere Font & Panicot (1999), a formação nas ciências da saúde pretende manter actualizada a competência profissional tendo em conta os resultados da investigação na prática quotidiana, com o objectivo de melhorar os resultados em atenção ao doente.

Sendo assim, como definir competência em enfermagem?

Segundo Dias (2006, p. 36) as “competências dizem respeito às características individuais (...), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de enfermagem nos domínios preventivo, curativo (...) Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral”.

Segundo Santos (1999), no domínio de enfermagem as competências são definidas como características individuais (conhecimentos, aptidões e atitudes) que permitem ao enfermeiro exercer a sua actividade autonomamente. Mas, a competência não se resume a um saber, inclui também um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos, não só na formação como também nas experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam em contexto de trabalho (Dias, 2006).

A OE (2004, p. 16) refere que a “competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidade, incluindo ajuizar”.

O documento do mesmo ano e do mesmo organismo: “Divulgar – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”, define as competências dos enfermeiros de

cuidados gerais em três grandes domínios: o primeiro domínio apresenta a Prática profissional, ética e legal, onde engloba a Responsabilidade, a Prática segundo a ética e a Prática legal; o segundo domínio enumera a Prestação e gestão de cuidados, dividindo-se nas áreas de Prestação de cuidados e de Gestão de Cuidados. Por sua vez, a Prestação de cuidados está dividida em: Promoção da saúde, Colheita de dados, Planeamento, Execução, Avaliação, Comunicação e Relações interpessoais. A Gestão de cuidados subdivide-se em: Ambiente seguro, Cuidados de saúde interprofissionais, Delegação e supervisão. Por último, o Desenvolvimento profissional, reparte-se em: Valorização profissional, Melhoria da qualidade e Formação contínua.

Como podemos verificar, a OE coloca o ênfase da sua definição na aplicação do conhecimento, reforçando que a base para a formulação da competência advém dos conhecimentos recebidos na formação. Assim, podemos inferir que os alunos vão à escola para adquirirem conhecimentos e desenvolverem capacidades que se devem transformar em competências (Dias, 2006).

Os estudantes de enfermagem frequentam o ensino superior, com o objectivo de adquirirem conhecimentos na área das ciências de enfermagem, para posteriormente serem considerados competentes pela OE e poderem exercer funções como tal. Como refere Oliveira (2010), para que um estudante de enfermagem se torne num profissional, de acordo com o código deontológico do enfermeiro, é necessário que possua reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, família, grupos e comunidade.

Desta forma, os estudantes de enfermagem, tendo sido submetidos a avaliações (testes, ensinamentos clínicos, trabalhos escritos, actividades específicas), indispensáveis ao cumprimento da sua futura missão profissional, adquirem um perfil de competência com o grau de licenciatura, conceptualizado como um conjunto de características, traços de personalidade, capacidades, habilidades, destrezas e conhecimentos (Dias, 2006).

Santo (1999, p.55) apresenta as competências necessárias ao exercício da actividade do enfermeiro responsável por cuidados gerais:

- “O Enfermeiro toma em consideração a situação do paciente no quadro do processo saúde-doença, as suas perturbações de ordem funcional e a sua situação geral;
- Ouve e fala com o doente com vista a estabelecer uma relação de confiança na perspectiva de o associar e implicar nos cuidados que lhe vão ser prestados;
- Identifica e avalia as necessidades que o doente lhe tenta ou não comunicar em matéria de cuidados e de apoio, tendo em conta o seu contexto cultural e mental;
- Estabelece um plano de cuidados a prestar e assegura a realização das intervenções previstas;
- Avalia a execução e o resultado das intervenções”.

Por sua vez, Dias (2005, p. 36) no estudo que desenvolveu, onde pretendia contribuir para a definição de um perfil de competências do enfermeiro licenciado, avança com a seguinte definição: “as competências dizem respeito às

características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de enfermagem (...) podem ser observados através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos relacionados com a profissão. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral”. Esta autora propõe assim, uma tipologia de competências nos três vectores: a) saberes (cujos itens descrevem um conjunto de competências pessoais ou genéricas; conhecimentos gerais e especializados no âmbito da profissão: acesso e aplicação de conhecimentos especializados e transdisciplinares, estratégias cognitivas, capacidades para trabalhar em grupo e sentido de organização); b) saber-fazer (que caracteriza a profissão: comportamentos de domínio psico-motor, técnicas e procedimentos que determinam as performances); c) saber-ser em contexto de trabalho (sócio-afectivas, relacionais, comunicação e ético-morais). Estes saberes “assentam nas lógicas e no referencial das ciências de enfermagem que lhe servem de suporte e podem ser avaliadas através dos balanços e portfólios de competências” (Dias, 2006, p. 37).

Em suma, a competência em enfermagem é o conjunto dos conhecimentos, qualidades, capacidades e atitudes que permitem ao enfermeiro discutir, analisar, reflectir e decidir sobre tudo o que concerne à sua profissão (Dias, 2006).

3.3 Competências dos Estudantes de Enfermagem em Cuidados Paliativos

Ao longo do seu percurso profissional, o estudante, irá deparar-se com diversas tipologias de doentes. A este aspecto está ainda associado o facto de que existe um envelhecimento da população e um aumento gradual de doentes terminais em hospitais de agudos (Payne, et al., 2007). Podemos então inferir que, tanto nos ensinamentos clínicos como no desempenho das suas funções, enquanto profissional, o futuro profissional de saúde irá contactar com doentes crónicos e terminais, quer em serviços de agudos ou crónicos, tendo de desenvolver acções paliativas. Daqui se depreende que os estudantes, após a formação que lhes é ministrada durante o curso de enfermagem, possam desenvolver acções paliativas competentes, independentemente do serviço onde irão trabalhar. “O objectivo da formação básica é permitir conhecimentos para a acção paliativa” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010, p. 40).

Como temos constatado até agora, a formação é a chave para a obtenção das competências. Assim, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), nas suas recomendações para a formação de enfermeiros em cuidados paliativos, refere que a formação básica será uma garantia da humanização dos cuidados e do aumento da qualidade da prestação das chamadas acções paliativas.

Segundo Lehna (2003), poucos conteúdos sobre os cuidados em fim de vida podem ser encontrados nos currículos básicos de enfermagem, dado que esses currículos se focam na preparação do enfermeiro generalista.

No documento “Divulgar – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”, a OE (2004) define as competências dos enfermeiros de cuidados gerais. De um vasto número de competências identificadas, destacam-se algumas que estão intimamente ligadas às competências em cuidados paliativos, que passamos a apresentar:

- Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.
- Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.
- Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.
- Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.
- Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.
- Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.
- Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos em colaboração com os cliente e/ou cuidadores.
- Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.

- Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado da saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.
- Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.
- Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.

As competências em cuidados paliativos são uma especificidade das competências gerais, ou seja, o estudante de enfermagem desenvolve competências de cuidados gerais, estando nestas incluídas as competências em cuidados paliativos, com domínios mais específicos ligados a esta área. Dado a evolução operada na sociedade, no ensino e no tipo de doentes dos quais cuidamos, é necessário ter em conta a importância desta matéria.

Segundo Becker, citado por Slatten, Fagerstrom & Hatlevik (2010), independentemente do contexto em que os cuidados paliativos são fornecidos, a competência em cuidados paliativos pode ser considerada do ponto de vista comum, com foco no conhecimento, qualidades pessoais, atributos e comportamentos.

Inicialmente, as competências em cuidados paliativos estavam intimamente ligadas às competências em enfermagem oncológica. Posteriormente, segundo Beker (2009) um pequeno número de autores tentaram definir as competências dos enfermeiros que cuidam de doentes em final de vida (Heslin e Bramwell 1989; Davies e Oberle, 1990; Degner et al, 1991; Taylor et al, 1997), focando-se nas competências em cuidados paliativos.

Degner et al, em 1991, citado por Beker (2009) define as competências dos enfermeiros em cuidados paliativos, desta forma: responder durante a morte, proporcionar conforto, responder à raiva, reforçar o crescimento pessoal, responder aos colegas, melhorar a qualidade de vida durante a morte e responder à família.

Em 2000, surge com Becker (2009) a referência a outros aspectos como a comunicação e o trabalho em equipa, quando apresenta as competências: habilidades de comunicação, competências psicossociais, habilidades em equipa, habilidades nos cuidados físicos, habilidades no final de vida e habilidades interpessoais.

Mais recentemente, em 2004, De Vlieger et al, citado por Beker (2009), apresenta as competências em cuidados paliativos por domínios:

Paciente:

- Enfermagem de observação
- Gestão de Sintoma
- O manejo da dor
- A fase terminal e a morte

Família:

- Problemas de comunicação
- O impacto da doença grave
- Luto

Geral:

- Trabalho em equipa
- Questões éticas

Não obstante, estas definições tornavam-se ainda redutoras e limitadas, além de não focarem todos os aspectos contidos na área dos cuidados paliativos, esqueciam áreas importantíssimas como a formação e os princípios gerais dos cuidados paliativos.

Apesar de serem escassas, ou mesmo inexistentes, as fontes de informação na área das competências dos estudantes em cuidados paliativos, a pesquisa teve por base as competências do enfermeiro generalista em cuidados paliativos, por ser, de facto, disso que se trata.

De acordo com a análise efectuada por Becker (2009), as competências fundamentais no âmbito do enfermeiro em cuidados paliativos são: competências de comunicação, competências psicossociais, competências de trabalho em equipa, competências nos cuidados físicos, competências no fim de vida e competências intrapessoais.

Num estudo realizado por Slatten, Fagerstrom & Hatlevik (2010), são definidas áreas de competências similares às de Becker: alívio dos sintomas, cuidados centrados no doente, família e amigos, competência na comunicação, competência na colaboração com todos os níveis da organização dos serviços e competência no desenvolvimento profissional.

O *Royal College of Nursing* (RCN, 2002), publicou um documento onde identifica as competências necessárias para se qualificar os enfermeiros em cuidados paliativos. Referem que o documento pode ser utilizado de diversas formas no desenvolvimento das competências, nomeadamente para a avaliação das mesmas e identificação de necessidades de formação, e também como um mecanismo auxiliar na avaliação individual das competências. É interessante verificar que são identificados quatro níveis de competência:

- Assistente de cuidados de saúde (nível 1): Providencia cuidados paliativos básicos, com a responsabilidade de um profissional credenciado.
- Enfermeiro (nível 2): Profissional com uma vasta experiência em enfermagem, que tem formação e treino especializado em cuidados paliativos, com responsabilidades como tal.
- Enfermeiro sénior (nível 3): Profissional experiente, com qualificações reconhecidas e especializadas em cuidados paliativos que usa as suas habilidades de especialista na prática diária.
- Enfermeiro especialista (nível 4): Um enfermeiro com experiência no domínio na área dos cuidados paliativos, que conduz e apoia a equipa no desenvolvimento da prática. Poderá ter ou estar a adquirir o grau de especialista.

Dado que o documento é muito vasto, iremos apresentar um exemplo de uma competência. Como no âmbito deste estudo só nos interessa o nível 1, vamos confinar a essa área a nossa explanação. É curioso verificar que em cada competência são especificadas três áreas: Conhecimentos (saber-saber), Habilidades (saber-fazer) e Comportamentos (saber-estar). Usando como exemplo a

competência comunicacional (habilidades na comunicação, que inclui: comunicação verbal, comunicação escrita, habilidades interpessoais, comunicação não verbal, capacidades de fazer entrevistas e comunicação em equipa), no Nível 1, o profissional deverá comunicar eficazmente, demonstrando habilidades para falar e ouvir; deverá ser capaz de responder apropriadamente às necessidades específicas do doente com doença avançada e aos que estão próximos dele. Espera-se do profissional competências em cada um dos três saberes:

Conhecimentos (saber-saber):

- Está ciente da abordagem em cuidados paliativos e da importância de informar, através de um adequado processo de comunicação.
- Está ciente dos processos que levam a uma escuta eficaz e a uma transmissão da informação adequada.
- Compreende os limites dos cuidados prestados e do relacionamento com o doente.
- Compreende a importância da confidencialidade, sabendo assim quando divulgar as informações, de forma adequada, a outros profissionais, doentes e cuidadores/familiares.
- Contribui para o trabalho interdisciplinar.

Habilidades (saber-fazer):

- Comunica informações simples, verbalmente ou por escrito, com os outros membros da equipa.
- Constrói um relacionamento com o doente, os familiares e os membros da equipa.

- É empático, sensível e realista, apoiando os doentes aquando da prestação de cuidados gerais, num contexto de cuidados paliativos.
- Utiliza os recursos de forma adequada para poder comunicar com todos os doentes que têm dificuldade na mesma.

Comportamento (saber-estar):

- Usa habilidades interpessoais
- É sensível
- É complacente
- Demonstra integridade

Mais recentemente, a *American Association of Colleges of Nursing (AACN)*, define 15 competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem, com alto nível de qualidade aos doentes e famílias, no final de vida, que se dispõem da seguinte forma:

1. Reconhecer mudanças demográficas na economia de saúde, como uma necessidade premente de preparação profissional para o fim de vida.
2. Promover o conforto daqueles que estão a morrer, como um importante e desejado componente activo e integral nos cuidados de enfermagem.
3. Comunicar adequadamente, de forma terapêutica, com o doente, família e com os profissionais, sobre assuntos relacionados com o fim de vida.
4. Reconhecer as suas próprias atitudes, sentimentos, valores e expectativas sobre a morte, reconhecendo a existência de diversidade cultural, espiritual de crenças e de costumes.

5. Demonstrar respeito pelos desejos e assuntos do doente em fase terminal.
6. Colaborar com os membros da equipa interdisciplinar aquando da implementação de cuidados de enfermagem.
7. Utilizar ferramentas de medida para avaliar os sintomas dos doentes paliativos (por exemplo: dor, dispneia, obstipação, ansiedade, fadiga, náuseas/vómitos e estado de consciência).
8. Utilizar abordagens tradicionais e complementares, no planeamento e no controlo dos sintomas, utilizando questionários de avaliação de sintomas.
9. Avaliar o impacto das terapias tradicionais, tecnológicas e complementares, numa abordagem paliativa, centrada no doente e na família.
10. Melhorar a qualidade de vida do doente terminal, acedendo e tratando/cuidando as suas múltiplas dimensões: física, psicológica, social e as suas necessidades.
11. Assistir o doente, família, colegas e a si mesmo, para lidar com o sofrimento, a perda e o luto.
12. Aplicar os princípios éticos e legais, na análise complexa dos assuntos de fim de vida, reconhecendo a influência pessoal dos nossos próprios valores, condutas profissionais e preferências do doente.
13. Identificar barreiras e agentes facilitadores para os doentes e cuidadores, no sentido da optimização dos recursos.
14. Demonstrar capacidade de implementação de planos, a fim de melhorar os cuidados de fim de vida, dentro do sistema de saúde.
15. Aplicar os conhecimentos adquiridos através da investigação, educação e formação em cuidados paliativos.

O objectivo destas competências é o de uniformizar o ensino de enfermagem, ajudando as escolas a incorporarem-nas nos seus currículos, e os educadores os seus conteúdos.

A mesma associação continua referindo que as escolas de enfermagem usam uma variedade de abordagens para organizarem os seus currículos, no entanto existem áreas/conteúdos que deveriam ser comuns. Assim, apresentam uma diversidade de sugestões para o desenvolvimento destas competências noutras disciplinas.

Por exemplo, nas aulas de Saúde Mental, recomendam a abordagem da comunicação, promovendo conhecimento e discussão; em como comunicar com o doente e família (competência 3); nos desejos dos doentes em fim de vida (competência 4); no reconhecimento das próprias atitudes dos estudantes, sentimentos e expectativas sobre a morte (competência 4); na preparação dos doentes e das famílias para o declínio cognitivo e emocional; na assistência do doente, família e colegas, no sentido de lidarem com o sofrimento, morte e luto (competência 11). Os conteúdos éticos e legais podem ser ministrados tendo em conta as atitudes dos profissionais de saúde perante a morte, ensinando o respeito pelas atitudes e valores dos outros, como parte integrante dos cuidados de enfermagem (competência 4), facultando relevantes assuntos relacionados com a lei, como o consentimento informado, medidas de não reanimação, etc. (competência 12); abordando os mitos mais comuns dos profissionais, do ponto de vista legal; diferenciando políticas institucionais, valores pessoais e familiares, leis e ética (competência 12). Na área da investigação em enfermagem, devem ser incluídos exemplos de investigação na área dos cuidados paliativos, por exemplo na avaliação

de sintomas, qualidade de vida em cuidados paliativos, luto familiar, entre outros (competência 15).

Também a *Hospice and Palliative Care Nurses Association* (HPCNA, 2002), desenvolveu um conjunto de competências dos enfermeiros em cuidados paliativos, dividindo-as por domínios:

- **Julgamento Clínico:** Demonstra capacidade de decisão e julgamento clínico avançado; na avaliação, diagnóstico, planeamento e gestão das respostas humanas no fim da vida e na doença progressiva, com base em conhecimentos e competências.
- **Ética e Deontologia:** Incorpora os princípios éticos e as normas da prática profissional, quando cuida dos doentes paliativos e suas famílias, advogando os seus direitos ao acesso a cuidados paliativos de qualidade.
- ***Advanced General Statement:*** Demonstra conhecimentos, habilidades e atitudes que são coerentes com os padrões dos cuidados paliativos, a prática de enfermagem paliativa e o código deontológico.
- **Colaboração:** Promove a interdisciplinaridade nos cuidados, numa abordagem ao doente, família, comunidade e sociedade, tendo em conta o estágio da doença.
- **Prestação de Cuidados:** Faz a gestão e negocia o sistema de prestação de cuidados de saúde para melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que passam pela experiência de uma doença terminal ou progressiva; facilita a prestação de cuidados holísticos e coordenados no momento e ao longo do processo de doença.

- Cultural e Espiritual: Demonstra e promove culturalmente e espiritualmente cuidados competentes, respeitando a diversidade, tendo em conta a cultura, a espiritualidade, o género, o status sócio-económico e a orientação sexual, tendo presente o código deontológico.
- Facilitador de Aprendizagem: Demonstra conhecimentos, aptidões e confiança na aplicação dos princípios da aprendizagem aquando da promoção da educação em cuidados paliativos a doentes/famílias, profissionais de saúde e à comunidade.
- Comunicação: Comunica eficazmente com os doentes paliativos, famílias e profissionais de saúde através da aplicação dos princípios e das teorias da comunicação.
- Investigação: Utiliza a investigação para identificar, analisar, validar e avaliar as actuais teorias e práticas dos cuidados paliativos, com o objectivo de melhorar os resultados dos cuidados aos doentes, famílias e comunidade.

Considera-se, assim, que o estudante no fim da formação deve ter desenvolvido competências, na área dos cuidados paliativos, que lhe permitam desenvolver cuidados holísticos, avaliando o doente na sua globalidade, abordar os múltiplos aspectos da resposta que o doente adopta face à doença e ajudar o doente viver os últimos tempos com qualidade vida. (Shea, Grossman, Wallace & Lange, 2010)

No estudo de Slatten, Fagerstrom & Hatlevik (2010) evidencia-se que as boas práticas diárias estão directamente relacionadas com as competências adquiridas, por exemplo em áreas como: a avaliação sistemática da dor; utilização de *guidelines* no controlo da dor; controlo de sintomas como náusea, astenia e ansiedade; utilização de escalas de avaliação de sintomas, como por exemplo a Escala de

Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS). Referem também que são vários os autores (Bruera et al, 1991 e 1993; Nekolaichuck et al, 1999; Caraceni et al, 2002; Loftus et al, 2007) que afirmam a importância do uso sistemático de uma ferramenta para a avaliação das necessidades dos doentes paliativos.

Oliver (2010), num estudo que desenvolveu com o objectivo de criar um conjunto de conhecimentos essenciais na área dos cuidados paliativos, predictivos de boas práticas, como forma de os profissionais de saúde puderem avaliar as suas competências e também os cuidados que prestam aos doentes e famílias, definiu os seguintes: Prática profissional; Comunicar com os doentes e cuidadores sobre questões relativas aos cuidados paliativos e ao fim de vida; Proporcionar conforto e melhoria da qualidade de vida, através da gestão dos sintomas; Abordagem eficaz nas questões da qualidade de vida; Questões éticas em cuidados paliativos; Apoio cultural, religioso e espiritual para o doente e família; Apoiar o doente, a família e os cuidadores durante e após o luto e a perda; Trabalhar em equipa multidisciplinar e Prática baseada na evidência.

A definição das competências em cuidados paliativos, torna-se premente e necessária para que os estudantes, professores, profissionais e instituições de trabalho possam ter um fio condutor na uniformização das práticas de enfermagem nesta área.

a) Formação para a Competência em Cuidados Paliativos

O desenvolvimento da competência no estudante dá-se durante todo o processo de aprendizagem, pois o estudante que entra no ensino superior não é o mesmo que o

conclui, adquiriu todo um conjunto de conhecimentos, aptidões e atitudes que irá colocar em prática. Assim, o ensino tem um papel preponderante no desenvolvimento da competência.

Aprender é um processo que decorre ao longo da vida do indivíduo, de acordo com os interesses pessoais, necessidades de formação, motivação, valores e competências (EAPC, 2007).

A formação é um dos pilares fundamentais para o desempenho autónomo das funções inerentes a uma profissão. Dota o aluno de saberes, de ferramentas que irá aplicar no desempenho das suas funções. Os programas escolares devem não só promover um acumular de competências, mas também uma integração dos saberes, para que a competência se desenvolva. A formação em enfermagem deve permitir o desenvolvimento integrado de competências no seu todo. Como refere Dias (2006, p. 15), “é necessário adaptar os conteúdos de ensino (...) para que possam melhorar os saberes e os saberes-fazer.”

Assim, os alunos vão à escola para desenvolver as capacidades que se devem transformar em competências.

Os Planos Curriculares devem favorecer o desenvolvimento das competências, para darem resposta às exigências da profissão (Sapeta, 2004).

Na formação inicial deverão ser desenvolvidos diversos tipos de competências, visando os objectivos que se pretende alcançar (Dias, 2006). Isto significa que ter as competências bem definidas ajuda o formador, orientando o próprio ensino para a formação de profissionais competentes e capazes de se adaptarem e transformarem os conhecimentos, numa sociedade em constante evolução técnico-científica.

Os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível, para o desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar (Pires, Morais, Santos, Kock, Sardo & Machado, 2004).

Alguns autores defendem que o plano de formação deve ser construído com base nos objectivos das instituições/organizações de saúde, mas também numa perspectiva de procurar desenvolver competências transversais, ou seja, comuns a várias disciplinas e indispensáveis para pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos durante o desenvolvimento da aprendizagem escolar. A formação deve estar virada para a produção de saberes e competências. Cada profissional deverá ter no seu portefólio um leque de competências vasto, de forma a poder adaptar-se aos diferentes contextos profissionais e às diferentes funções a desempenhar. Este é um novo conceito de polivalência, recente no mercado de trabalho, mas cada vez mais implementado, onde a criatividade na resposta às solicitações diversas é premiada (Dias, 2006).

Também o aluno de enfermagem quando, actualmente, acaba o curso, se depara com um vasto e diversificado mercado de trabalho, no qual poderá ingressar. Desta forma deverá mostrar uma diversidade de competências e polivalência de saberes. Como nos refere Reboul citado por Dias (2006), o desenvolvimento dos saberes: saber, saber-fazer e saber-ser, são especialmente importantes na vida escolar do aluno. Assim sendo, todo o ensino e actividades de aprendizagem devem ser pensados e planeados com base nas competências que se pretende desenvolver. O objectivo final do ensino é, deste modo, o desenvolvimento de competências, qualquer que seja a disciplina.

Mas, a aprendizagem e o desenvolvimento de competências não se baseia só no ensino, a pessoa também deve construir o seu próprio saber, mobilizando as ferramentas intelectuais que possui e que podem ser aperfeiçoadas. Segundo Barth citado por Dias (2006), para que se possa utilizar o conhecimento ao longo da vida este deve ser construído pelo próprio. Tendo em conta esta perspectiva, o professor deve ser um transmissor de conhecimentos de modo a que a construção pessoal se faça, obtendo assim como produto final o saber adquirido pelo aluno. No entanto, não podemos esquecer a forma como o aluno utiliza esse mesmo saber, a capacidade crítica e de reflexão nos momentos de prática e também a capacidade de raciocínio, cerne na construção da competência.

O saber teórico é a base para a compreensão do saber-fazer e para a criação de novos procedimentos (Dias, 2006). É esta base teórica que em situações de crise emerge e ajuda o profissional na resolução de problemas e na adaptação dos seus saberes ao contexto em causa.

Em suma, o culminar de todas estas ideias e reflexões prendem-se com a excelência dos cuidados aos doentes paliativos e aos seus familiares. O fim da nossa acção, como enfermeiros, será sempre a satisfação das necessidades do doente, para a melhor qualidade de vida possível, mesmo que seja no final da mesma. Cuidar do doente, seja ele agudo, crónico, paliativo ou terminal será sempre um desafio para o enfermeiro no desempenho das suas funções, através do emprego das suas competências.

b) Avaliação das Competências em Cuidados Paliativos

Considera-se que competência é um conjunto de saberes sempre ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo, visível em situações práticas de trabalho, logo difícil de avaliar (Dias, 2006).

Existem diversas metodologias para a avaliação de competências, por exemplo a aplicação de testes psicológicos para avaliar as características psicológicas e os traços de personalidade ou, por outro lado, instrumentos de observação e medida de comportamentos (Ceitil, 2007).

Ou seja, existem correntes que defendem que as competências podem ser melhor avaliadas através da observação do comportamento, na prática, apoiada por uma infinidade de provas escritas e verbais. Por outro lado, as escolas defendem que a avaliação da competência pode ser feita através da capacidade de pensamento crítico demonstrável. Aqui reside o dilema: como é que a enfermagem pode desenvolver um modelo aceitável de avaliação da competência que encarne o melhor de ambas as abordagens? (Beker, 2009). O mesmo autor responde a esta questão referindo que, actualmente, não existe nenhuma forma de avaliação clínica, que envolva as competências, que possa ser tida como totalmente objectiva. Na verdade, a avaliação de competências de uma forma objectiva nunca poderá ser plenamente possível, em virtude da natureza holística da prestação de cuidados e das muitas variáveis que podem influenciar a avaliação, a qualquer momento.

Contudo, a avaliação das competências é importante e essencial para contextualizar a prática, melhorar o ensino e, conseqüentemente, os currículos e, ainda, para os

alunos perceberem onde estão e para onde ainda podem ir. (Lehna, 2003); (Dias, 2006); (Slatten, Fagerstrom, & Hatlevik, 2010).

“A formação e a avaliação baseada nas competências poderá indicar um conjunto de resultados que demonstrem claramente a qualidade do desempenho ao nível da prestação de cuidados gerais e especializados, sobre os quais os professores, alunos e outras partes interessadas podem fazer julgamentos objectivos face aos resultados obtidos” (Dias, 2006, p. 178).

Como podemos verificar, a avaliação das competências é difícil e complexa, não existindo consenso na literatura em relação a esta área. No entanto, segundo Ramos & Bento (2007), alguns autores defendem que podemos avaliar as competências dos estudantes, pois com base nos conhecimentos é possível prever os comportamentos; referem ainda que o aluno tem a noção do que saberá fazer ou não e de como irá agir ou não.

De facto Bandura desenvolveu uma teoria, a teoria cognitiva social, onde apresenta o conceito de auto-eficácia. Este conceito refere-se à percepção das próprias capacidades para produzir acções, ou seja, é uma crença daquilo que se é capaz de fazer. A teoria cognitiva social defende que a percepção de auto-eficácia ou competência juntamente com a percepção de autocontrolo têm um papel importante na motivação e no desempenho; por seu lado, o sentimento de autocontrolo influencia o desenvolvimento de competências (Azevedo, 1993).

Segundo Pajares citado por Oliveira (2010), este conceito está fortemente documentado na literatura, pelo impacto que tem na aprendizagem e no desempenho dos estudantes.

Oliveira (2010) citando Bandura continua referindo que a percepção de auto-eficácia não se refere às competências que a pessoa possui, mas sim, às crenças acerca daquilo que cada um pode fazer, de acordo com o uso das capacidades e habilidades pessoais para a realização das tarefas necessárias para alcançar determinados objectivos. Funciona, desta forma, como mediador entre o conhecimento e a acção. O mesmo autor continua referindo que os resultados da investigação têm demonstrado, correlação entre as crenças de auto-eficácia e as mudanças no comportamento, bem como com determinadas medidas de resultados, advindo daqui, que esta variável é um excelente preditor do comportamento, tornando-se um conceito vital na educação.

Existem vários estudos acerca dos conhecimentos, atitudes e aptidões do enfermeiro, na área dos cuidados paliativos, e todos indicam a necessidade de formação dos estudantes através da formação de base (Shea, Grossman, Wallace & Lange, 2010). Daqui se depreende a importância de avaliarmos as competências na área dos cuidados paliativos, pois dada a sua complexidade e especificidade, torna-se uma área onde a formação ainda terá que se desenvolver, pelo que as competências poderão dar o seu contributo.

A avaliação de competências continua a ser uma questão controversa, no entanto, necessária e importante para o desenvolvimento de futuros profissionais capazes e competentes no desenvolvimento das suas tarefas e também como forma de auxílio na reflexão das escolas e professores.

O desenvolvimento de atitudes correctas e das competências necessárias, é necessário para alterar os comportamentos na prática.

CAPITULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo iremos apresentar os procedimentos adoptados durante o presente estudo, de acordo com o quadro teórico e os objectivos do mesmo.

O capítulo está dividido em 6 partes: Objectivos e Finalidades do Estudo; Tipo de Estudo; População e Amostra; Instrumento de Colheita de Dados; Considerações Éticas e Tratamento de Dados.

1. Objectivos e Finalidades do Estudo

A investigação científica é um processo sistemático que permite explicar os fenómenos, com o objectivo de se obterem repostas para questões precisas que merecem investigação (Fortin, 2003). Torna-se imprescindível para o avanço e reconhecimento das profissões que a mesma seja uma realidade.

Segundo Fortin (2003), em ciências de enfermagem temos como objectivo o estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao crescimento de saberes próprios da disciplina. Para que tal aconteça, o investigador parte de uma pergunta que pretende ver respondida no final do estudo e que conduzirá toda a investigação. Como refere Freixo (2011, p. 112), as questões de investigação são “as enunciações que focalizam a atenção do investigador sobre algo que deverá ser observado durante o estudo”.

No presente estudo, as questões que surgiram como ponto de partida e se consideraram pertinentes foram:

- **Na formação dos estudantes de enfermagem estarão as Escolas de Enfermagem a seguir as recomendações da ANCP?**
- **Os estudantes de enfermagem, no final do curso, desenvolveram as competências necessárias para desenvolver acções paliativas?**

Com este estudo pretende-se aprofundar a temática das competências na área dos cuidados paliativos e compreender se os estudantes, no final da Licenciatura, estão preparados para desenvolver acções paliativas.

Por conseguinte, foram formuladas duas questões de investigação: **Quais são as competências que os estudantes de Enfermagem têm no último ano da Licenciatura, para cuidar de doentes paliativos, em fase de doença crónica, avançada ou terminal da sua doença? Que formação está a ser efectuada pelas escolas de enfermagem aos estudantes na área dos cuidados paliativos?**

Nesta perspectiva, e como forma de dar seguimento à investigação, foram elaborados os seguintes objectivos:

- Identificar que competências, na área dos cuidados paliativos, os estudantes de enfermagem no último ano de licenciatura em enfermagem conhecem e aplicam, conhecem e não aplicam e não conhecem e não aplicam.

- Caracterizar os conteúdos leccionados, nas escolas de enfermagem sobre cuidados paliativos.
- Determinar as necessidades formativas dos estudantes, na área dos cuidados paliativos.

2. Tipo de estudo

Tendo em conta os objectivos que orientam esta pesquisa, o presente estudo é do tipo descritivo. Como refere Fortin (2003, p. 163), “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características desta população ou de uma amostra desta”. O método utilizado é o quantitativo porque este “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferece, também, a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 2003, p. 22) .

3. População e Amostra

“Uma população é uma colecção de elementos que partilham características comuns e é delimitada por critérios de selecção desses elementos” (Freixo, 2011, p. 186).

A população alvo definida para este estudo consistiu em estudantes que frequentavam o quarto ano da licenciatura em enfermagem no ano lectivo de

2010/2011, pertencentes a três Escolas Públicas de Enfermagem. Por conveniência, foram seleccionadas uma escola do norte do país e duas do centro.

Segundo Fortin (2003, p.202), “a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) uma réplica em miniatura da população alvo (...) representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados nos dias agendados pelas instituições referidas e tendo presente os critérios atrás definidos, a amostra foi constituída por 303 estudantes que manifestaram a sua disponibilidade e consentimento para colaborar no estudo. Considera-se esta amostra não probabilística accidental, dado que não foi possível ter acesso a toda a população alvo. Entende-se por amostra não probabilística “um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2003, p.208). Considera-se a amostra accidental, pois refere-se a indivíduos facilmente acessíveis e presentes num determinado local e momento preciso. De acordo com Freixo (2011, p. 185), uma amostra accidental é uma “amostra de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença no local, num dado momento”.

4. Instrumento de Colheita de Dados

O investigador terá de optar pelo instrumento de colheita de dados que melhor traduza os objectivos do estudo, como forma de dar respostas às suas questões de

investigação. Tendo em conta os objectivos do trabalho, as características da amostra e as variáveis em estudo, foi elaborado um questionário.

Esse instrumento deverá conter “ (...) um conjunto de enunciados ou questões que permitam avaliar as atitudes e opiniões dos sujeitos, ou colher qualquer outra informação” (Freixo, 2011, p. 197). Fortin (2003), refere que as questões são concebidas com o objectivo de colher informação sobre os indivíduos, os acontecimentos, situações conhecidas pelos indivíduos, atitudes, crenças e intenções dos mesmos. “O questionário é o instrumento mais usado para recolha de informação (...) é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos sem assistência” (Freixo, 2011). Sendo assim, torna-se mais fácil e prático de ser aplicado.

De seguida, apresentamos a conceptualização e a operacionalização das variáveis que se pretendem medir, bem como o processo de construção do instrumento de avaliação das competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos.

É de salientar que antes da aplicação definitiva do instrumento este foi aplicado a 10 estudantes, como forma de pré-teste, os quais não tiveram qualquer dúvida ou dificuldade no preenchimento.

O instrumento de colheita de dados (Anexo I) é constituído por quatro grupos distintos, nomeadamente: dados sócio demográficos e formativos dos estudantes, competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos, conteúdos programáticos leccionados e a formação extra curricular realizada pelos estudantes na área dos cuidados paliativos. De seguida irá proceder-se à operacionalização de cada uma das variáveis em estudo.

Grupo I – Dados sócio-demográficos e formativos:

Sexo – A operacionalização desta variável foi realizado através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica, com duas opções de resposta: feminino e masculino.

Idade – Esta variável apresenta-se como uma pergunta aberta onde os estudantes incluídos na amostra responderam qual a sua idade em número de anos completos até à data da aplicação do questionário.

Estado civil – Os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal mas, também, a sua rotina habitual. Em conformidade foram considerados 4 grupos de indivíduos: solteiro, casado, divorciado, viúvo e outros.

Nacionalidade – A operacionalização desta variável foi realizada através de uma pergunta de resposta fechada, com duas opções de resposta: portuguesa e outra.

Estabelecimento de Ensino – Para esta variável foi elaborada uma pergunta de resposta mista com três opções de resposta: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Escola Superior de Saúde de Leiria e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Leccionação de conteúdos na área dos cuidados paliativos – Esta variável diz respeito à leccionação ou não de conteúdos, durante o curso, na área dos cuidados paliativos, apresenta-se com uma pergunta de resposta fechada dicotómica com duas opções de respostas: sim e não. Os inquiridos que responderam afirmativamente a esta questão foram convidados a indicar qual a unidade curricular na qual lhe foram leccionados os conteúdos e o respectivo ano, através de duas perguntas de resposta aberta.

Realização de ensinamentos clínicos na área dos cuidados paliativos – Esta variável que se refere aos ensinamentos clínicos onde o estudante teve contacto com doentes paliativos ou desenvolveu acções paliativas, apresenta-se com uma pergunta de resposta fechada dicotómica com duas opções de respostas: sim e não. Os inquiridos que responderam afirmativamente a esta questão foram convidados a indicar qual o serviço onde realizaram o estágio e em que ano do curso, através de duas perguntas de resposta aberta.

Opinião dos estudantes sobre se a formação ministrada durante o curso de enfermagem é suficiente para desenvolver acções paliativas – Os inquiridos são convidados a responder se consideram que a formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, foi suficiente para poderem desenvolver acções paliativas através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica com duas opções de respostas: sim e não.

Grupo II – Competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos

Após exaustiva pesquisa bibliográfica, não foi encontrado qualquer instrumento de avaliação das competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos. A fim de prosseguirmos o estudo deliberámos criar um instrumento que nos permitisse medir a variável exposta. As fases do desenvolvimento do referido instrumento encontram-se descritas abaixo

a) Selecção dos itens a incluir nas diferentes dimensões

A pesquisa das questões significativas a incluir foi feita segundo quatro critérios:

- Revisão das descrições feitas na literatura sobre os temas já anteriormente referidos e selecção das competências que nos pareceram mais significativas.
- As competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro generalista.
- Competências já definidas por colégios e associações de enfermeiros, na área dos cuidados paliativos, noutros países.
- Reunião com enfermeiros peritos na área dos cuidados paliativos.
- A nossa experiência profissional num hospital oncológico e num serviço onde se desenvolvem acções paliativas.

b) Classificação dos itens ou pontuação atribuída

Construímos assim um instrumento com um conjunto de 44 itens, distribuídos em 9 dimensões, com três opções de resposta: Não conheço e nunca apliquei, Conheço mas nunca apliquei e Conheço e aplico.

O conjunto dos 44 itens, divididos em 9 dimensões, foram distribuídos como a seguir se apresenta:

Princípios gerais dos Cuidados Paliativos – Esta dimensão constituída por 7 itens avaliam as competências dos estudantes referentes aos princípios básicos na área dos cuidados paliativos.

Controlo da Dor – Esta dimensão composta por 8 itens inclui os aspectos a ter em conta no controlo da dor, nomeadamente os aspectos multidimensionais da dor, a sua avaliação e as intervenções desenvolvidas.

Controlo de outros sintomas – Dimensão constituída por 6 itens, com os quais se pretende avaliar o controlo de outros sintomas como a dispneia, obstipação, ansiedade, astenia, náuseas/vómitos e alterações cognitivas, utilizando escalas de avaliação para a sua avaliação.

Comunicação – Esta dimensão é constituída por 5 itens referentes às competências essenciais da comunicação na área dos cuidados paliativos.

Trabalho em equipa – Nesta dimensão estão contemplados 3 itens que avaliam as competências do trabalho na equipa multidisciplinar.

Aspectos Éticos e Legais – Dimensão constituída por 3 itens que pretendem avaliar os aspectos éticos e legais referentes às questões presentes durante o processo de evolução da doença e no fim de vida.

Aspectos Psicoespirituais e Luto em final de vida – Esta dimensão é constituída por 6 itens que se referem às competências na área psicoespiritual e do luto em fim de vida.

Formação – Nesta dimensão composta por 2 itens avaliam-se as competências da área da formação nos cuidados paliativos.

Avaliação de Enfermagem – Dimensão constituída por 4 itens que se referem, essencialmente, às competências dos enfermeiros nas avaliações que executam durante os cuidados que prestam.

Grupo III – Conteúdos Programáticos Leccionados

No último grupo do questionário são apresentados os conteúdos programáticos, na área dos cuidados paliativos, que são recomendados pela literatura. Após exaustiva pesquisa bibliográfica, verificou-se que a ANCP desenvolveu um documento intitulado “Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP”, onde propõe conteúdos programáticos na área dos cuidados paliativos para o nível Pré-Graduado em Enfermagem. No Anexo 1, do mesmo documento, “Proposta de Formação Pré-Graduada em Enfermagem”, Sapeta definiu as linhas de orientação para o currículo pré-graduado. Foi com base nestas linhas orientadoras que apresentámos 29 itens e operacionalizámos estas variáveis através de uma pergunta dicotómica fechada, com duas opções de resposta, sim e não.

Após a construção dos indicadores não só das competências como dos conhecimentos sujeitamos, através da técnica DELPHI, estes instrumentos à avaliação por parte de peritos não só na área dos conhecimentos em cuidados paliativos como na área da construção de instrumentos de medida.

Grupo VI - Formação extracurricular e pós formação na área dos cuidados paliativos

Formação extra curricular realizada pelos estudantes na área dos cuidados paliativos – questionam-se os inquiridos se já tiveram formação por interesse pessoal, ou seja, formação extra escola, na área dos cuidados paliativos. Esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica com duas opções de resposta: sim e não.

Vontade de formação posterior ao curso na área dos cuidados paliativos – pergunta-se aos estudantes se pretendem ter formação na área dos cuidados paliativos, após terminarem o curso. Operacionaliza-se a variável através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica com duas opções de resposta: sim e não.

5. Procedimentos formais e éticos

Foi elaborado um pedido de autorização (Anexo II), para a aplicação dos questionários, dirigidos às escolas selecionadas para participarem no estudo. A resposta das mesmas foi favorável e elaborada através de e-mail. Posteriormente foi combinado um dia, de acordo com a disponibilidade da escola, para a aplicação dos questionários aos estudantes do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem.

Aquando da aplicação do questionário, foi facultado um consentimento informado (Anexo III) para ser assinado pelos inquiridos e pelo investigador, garantindo a confidencialidade e identidade dos mesmos e, onde se assegurava que a utilização dos dados se destinaria ao estudo presente e não a outros fins.

De salientar que a aplicação dos questionários decorreu em sala de aula e o investigador esteve sempre presente.

6. Tratamento dos dados

A análise e tratamento estatístico dos dados serão efectuados recorrendo ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.

Para alcançar os objectivos delineados na investigação recorrer-se-á: à análise descritiva através da utilização de frequências absolutas e relativas; às medidas de tendência central como as médias aritméticas e medianas; às medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão.

CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados obtidos através do tratamento dos dados, efectuado com o recurso ao programa SPSS, resultantes da aplicação dos questionários aos estudantes de enfermagem, através de tabelas, para mais fácil percepção e análise dos mesmos.

1. Dados Sócio Demográficos da amostra

Tabela 1 – Distribuição da amostra referente aos dados sócio demográficos

Variáveis		nº	%
Sexo	Masculino	54	17,8
	Feminino	249	82,2
Idade*	20-29 anos	283	93,4
	30-39 anos	18	5,9
	40-50 anos	2	0,7
Estado Civil	Solteiro	279	92,1
	Casado	16	5,3
	Divorciado	5	1,7
	Outros (União de Facto)	3	1,0
Nacionalidade	Portuguesa	297	98,0
	Outra	6	2,0

* $\bar{x} = 23,1$; SD= 3,2

Como se pode verificar na tabela 1, relativa à caracterização sócio-demográfica, a amostra é composta por 54 (17,8%) indivíduos do sexo masculino.

O grupo etário dos 20 aos 29 anos, com 283 indivíduos, é o mais representativo (93,4%). Como seria espectável existem apenas dois estudantes na faixa etária entre os 40 e os 50 anos.

Em relação ao estado civil, a amostra está distribuída da seguinte forma: 92,1% dos estudantes são solteiros. Os restantes estão distribuídos pelas categorias: casados, 5,3%, divorciados 1,7%, e, por último, 1,0% indivíduos que referiram viver em união de facto.

Relativamente à Nacionalidade, 98,0% é Portuguesa e 2,0% de outra nacionalidade.

2. Dados formativos dos estudantes em contexto escolar

Apresentam-se de seguida os dados formativos em contexto escolar referentes à amostra, como forma de a caracterizarmos melhor.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos conteúdos leccionados na área dos cuidados paliativos, no curso

Conteúdos leccionados na área dos cuidados paliativos, no curso	nº	%
Sim	203	67,0
Não	100	33,0
Total	303	100,0

Com referência à pergunta: Durante os últimos anos de curso foram-lhe leccionados conteúdos na área dos Cuidados Paliativos?, podemos verificar que 203 (67%) dos inquiridos referiram que sim e 100 (33,0%) afirmaram que não.

Estes dados vão de encontro à literatura, quando a mesma refere que existe um défice de conteúdos programáticos na área dos cuidados paliativos. Segundo Magalhães (2009), a formação académica é insuficiente na abordagem a estes cuidados, constituindo-se como uma das áreas de dificuldade dos estudantes, tendo um forte impacto nos mesmos.

Os estudantes que responderam que sim, foram convidados a referir em que unidade curricular os conteúdos lhe foram leccionados e em que ano de curso.

Tabela 3 – Distribuição das respostas da amostra quanto às unidades curriculares onde foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos

Áreas curriculares onde os conteúdos foram leccionados	nº	%
Fundamentos de Enfermagem e Áreas de Enfermagem	84	32,3
Áreas Médicas	27	10,4
Ensinos Clínicos	10	3,8
Cuidados Continuados	70	27,0
Ciências Sociais e Humanas (Sociologia, Psicologia, Antropologia, Bioética e Psiquiatria)	69	26,5
Total	260	100,0

A tabela 3 reproduz as unidades curriculares (áreas curriculares) mencionadas pelos inquiridos, nas quais lhes foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos. Salienta-se que o número total de estudantes, não corresponde exactamente ao número total dos que responderam que sim, pois alguns dos estudantes referiram mais do que uma unidade curricular.

É de notar que 84 dos estudantes (32,2%), referiram as unidades de Fundamentos de Enfermagem e Áreas de Enfermagem, seguida da unidade curricular Cuidados Continuados com 70 (27%) e as Ciências Sociais e Humanas (Sociologia, Psicologia, Antropologia, Bioética e Psiquiatria) com 69 (26,5%). As Áreas Médicas com 27 (10,4%) e, por último, os Ensinos Clínicos com 10 (3,8%).

Estes resultados estão de acordo com Sapeta (2004), que nos diz que a maioria das Escolas de Enfermagem lecciona, em mais do que uma área científica, os temas referentes aos cuidados paliativos. Magalhães (2009), reforça esta ideia, referindo que não existe uma disciplina específica de cuidados paliativos. Contudo, verifica-se que, nesta amostra, surge a referência aos cuidados continuados, temática que abrange os cuidados paliativos. Podemos considerar, assim, que existe uma melhoria desde o estudo de Sapeta (2004), no qual não existia nenhuma referência a esta disciplina.

Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra relativamente ao Ano de curso onde foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos

Ano de curso onde foram leccionados conteúdos na área dos cuidados paliativos	nº	%
1º ano	34	14,4
2º ano	173	73,3
3º ano	19	8,1
4º ano	10	4,2
Total	236	100,0

No que diz respeito aos anos de curso onde foram leccionados os conteúdos na área dos cuidados paliativos (tabela 4), podemos verificar que, a maioria, concentra-se no 2º ano (73,3%). Como podemos verificar, o 4ºano é o menos expressivo (4,2%). Sapeta (2004), sustenta estes resultados quando refere que os conteúdos referentes aos cuidados paliativos são leccionados de forma muito heterogénea, com um número insuficiente de horas (entre 2 a 4 horas) e ocorrem predominantemente no segundo ano de formação. A mesma autora, nas recomendações que apresenta para a formação em cuidados paliativos, refere que esta disciplina deverá estar situada no 2º ano de curso, dado que, para o estudante, as primeiras experiências práticas em meio hospitalar ou na comunidade, são realizadas durante este ano do curso. Contrariamente a esta ideia, Magalhães (2009), refere que os estudantes propõem a transversalidade dos conteúdos referentes aos cuidados paliativos, salientam que seria interessante o

desenvolvimento destes conteúdos no início do curso, mas também, durante o mesmo, para poderem reflectir práticas e vivências.

Tabela 5 – Distribuição das respostas da amostra relativamente aos ensinamentos clínicos onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas

Ensinos clínicos onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas	nº	%
Sim	235	77,6
Não	68	22,4
Total	303	100,0

Como resposta à pergunta: Durante o curso desenvolveu ensinamentos clínicos, onde tivesse contacto com doentes paliativos ou tivesse desenvolvidos acções paliativas?, mais de metade dos estudantes respondeu que sim, 235 (77,6%) e 68 (22,4%) respondeu que não.

No seu estudo Magalhães (2009) obteve resultados semelhantes ao encontrar que uma grande parte dos estudantes do 4º ano estiveram em contacto com doentes em fim de vida durante os ensinamentos clínicos.

Contudo, consideramos que o facto de 22,4% dos estudantes não terem tido contacto com doentes paliativos é preocupante, não só porque o ensino clínico constitui uma componente muito importante na formação da competência como, também, porque existe evidência científica deste pressuposto.

Alguns dos nossos estudantes identificaram como unidade curricular os ensinamentos clínicos, o que evidencia a importância que os próprios estudantes dão à componente prática. O ensino clínico permite ao estudante o consolidar dos conhecimentos teóricos adquiridos nos conteúdos programáticos, mas não só, também permite o acréscimo dos mesmos e das aptidões necessárias à prestação de cuidados. “A importância do ensino clínico na formação dos alunos é inquestionável” (Andrade, 2005, p. 15).

No seu estudo, Magalhães (2009), refere que era importante a existência de um ensino clínico específico em cuidados paliativos, como uma necessidade de desenvolver competências na área do saber fazer. O mesmo autor destaca que a possibilidade de os estudantes poderem ver enfermeiros a cuidar de doentes em fim de vida, constitui um momento de grande potencial formativo. Para além deste facto, cuidar de doentes em fim de vida, parece contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvendo nos estudantes competências nas áreas relacionais, comunicacionais e para lidar com o processo de morrer.

Os estudantes que responderam afirmativamente, foram convidados a explicar em que serviços estiveram em contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas.

Tabela 6 – Distribuição das respostas dos estudantes relativamente aos serviços onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas

Serviços onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas	nº	%
Medicinas	143	41,8
Cirurgias	76	22,2
Especialidades Médicas	38	11,1
Cuidados Continuados e Paliativos	22	6,4
Oncologia	18	5,3
Unidade de Cuidados Intensivos	14	4,4
Pediatria	7	2,1
Urgência	9	2,6
Consulta Externa	1	0,3
Consulta de Dor	2	0,6
Centro de Saúde	11	3,2
Total	342	100,0

Como podemos verificar através da tabela anterior, a maior parte dos estudantes (41,8%), contactaram com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas nos serviços de medicina. Seguem-se com 22,2% os Serviços de Cirurgia e com 11,1% as Especialidade Médicas. De uma forma geral, todos os outros serviços têm alguma representatividade, embora consideravelmente menor.

Estes dados estão de acordo com a bibliografia, Magalhães (2009), encontrou uma distribuição semelhante, ou seja, a maioria dos estudantes de enfermagem contactam com doentes em fim de vida no ensino clínico de medicina e cirurgia e, com menos frequência, no ensino de pediatria.

Estes resultados demonstram que o estudante contacta com doentes paliativos em, praticamente, todos os serviços e valências do Sistema Nacional de Saúde, desde a medicina, o serviço mais expressivo, passando pela cirurgia e especialidades médicas. Sapeta salienta que “existem em todos os serviços e áreas do sistema de saúde, doentes com doenças crónicas avançadas em situação terminal de vida”. (Sapeta, 2004, p. 6)

É curioso verificar que 22 estudantes desenvolveram ensinos clínicos em cuidados continuados e paliativos, o que demonstra algum cuidado das escolas de enfermagem em proporcionar estágios nesta área, e, também, algum interesse por parte dos estudantes em escolherem este local de estágio.

Tabela 7 – Distribuição das respostas da amostra relativamente ao ano de curso onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas

Ano de curso onde tiveram contacto com doentes paliativos ou desenvolveram acções paliativas	nº	%
1º ano	24	8,9
2º ano	50	18,4
3º ano	123	45,5
4º ano	74	27,3
Total	271	100,0

Como podemos verificar na tabela 7, cerca de metade dos estudantes, 123 (45,5%), referiram ter contactado com doentes paliativos ou desenvolvidas acções paliativas no 3º ano; em 74 (27,3%) estudantes, esse contacto ocorreu no 4ºano; 50 (18,4%) no 2º ano e apenas para 24 (8,9%) estudantes decorreu no 1º ano.

No estudo que desenvolveu, Magalhães (2009), apresenta dados diferentes dos encontrados neste estudo. Na sua amostra, os estudantes contactaram com doentes em final de vida predominantemente no 2º e 4º ano.

A recomendação de Sapeta (2004), contraria os resultados obtidos neste estudo. Ela refere que os conteúdos programáticos devem ser desenvolvidos no 2º ano, por ser neste que os estudantes mais contactam com doentes que necessitam de cuidados paliativos. De acordo com os nossos resultados, existe ainda uma pequena percentagem de estudantes que contactaram com doentes paliativos no 1º ano, o que poderá levantar uma questão: podemos considerar que a abordagem de alguns conteúdos temáticos sobre cuidados paliativos, fariam algum sentido no 1º ano do curso?.

3. Competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos

Ao iniciar a apresentação e análise dos dados deste parâmetro há a salientar que as competências foram divididas em 9 dimensões, que iremos caracterizar de seguida.

Tabela 8 – Distribuição das respostas da amostra quanto às competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos

Competências		Não conheço e nunca apliquei;		Conheço mas nunca apliquei;		Conheço e Aplico.	
		nº	%	nº	%	nº	%
Princípios gerais dos Cuidados Paliativos	Reconhece a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias actualizações na sua formação individual para prestar cuidados de qualidade	48	15,8	119	39,3	136	44,9
	Compreende os valores e princípios dos cuidados paliativos	32	10,6	109	36,0	162	53,5
	Aplica os valores e princípios dos cuidados paliativos	38	12,5	105	34,7	160	52,8
	Reconhece os principais modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos	177	58,4	83	27,4	43	14,2
	Conhece articulação entre cuidados continuados e cuidados paliativos	76	25,1	157	51,8	70	23,1
	Reconhece as suas atitudes pessoais, sentimentos, valores e expectativas em relação à morte	7	2,3	68	22,4	228	75,2
	Reconhece as suas atitudes pessoais, sentimentos, valores e expectativas em relação à diversidade individual, cultural e espiritual.	5	1,7	49	16,2	249	82,2
Controlo da Dor	Conceptualiza a dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados	1	0,3	7	2,3	295	97,4
	Descreve os aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)	21	6,9	33	10,9	249	82,2
	Compreende os aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)	19	6,3	34	11,2	250	82,5
	Reconhece que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida	2	0,7	40	13,2	261	86,1
	Identifica obstáculos na avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde	2	0,7	61	20,1	240	79,2
	Avalia a dor através de instrumentos standardizados cientificamente testados e validados	4	1,3	14	4,6	285	94,1
	Desenvolve as intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacológicas e não farmacológicas)	0	0	15	5,0	288	95,0
Avalia a eficácia e os efeitos secundários dos métodos farmacológicos e não farmacológicos	3	1,0	16	5,3	284	93,7	
Controlo de outros sintomas	Utiliza instrumentos standardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas (por exemplo: dispneia, obstipação, ansiedade, astenia, náuseas/vómitos e alterações cognitivas), experimentados pelos doentes na fase final de vida	39	12,9	109	36,0	155	51,2
	Usa os resultados da avaliação sintomática e conhecimentos actualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados	11	3,6	84	27,7	208	68,6
	Avalia sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final de vida	3	1,0	65	21,5	235	77,6
	Controla sintomas tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final de vida	6	2,0	85	28,1	212	70,0
	Utiliza as diferentes vias e modos de administração preferenciando as vias não invasivas e a via SC	5	1,7	68	22,4	230	75,9
	Avalia o impacto das medidas farmacológicas e não-farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente	7	2,3	45	14,9	251	82,8

Tabela 8 – Distribuição das respostas da amostra quanto às competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos (continuação)

Competências		Não conheço e nunca apliquei;		Conheço mas nunca apliquei;		Conheço e Aplico.	
		nº	%	nº	%	nº	%
Comunicação	Demonstra capacidade de comunicação terapêutica com o doente paliativo, familiares e outros profissionais	8	2,6	79	26,1	216	71,3
	Identifica os obstáculos e dificuldades à comunicação	4	1,3	56	18,5	243	80,2
	Compreende os princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar)	60	19,8	164	54,1	79	26,1
	Comunica eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde, aplicando as teorias e princípios da comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar)	61	20,1	165	54,5	77	25,4
	Comunica com consciência informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência	13	4,3	76	25,1	214	70,6
Trabalho em Equipa	Identifica os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar	5	1,7	27	8,9	270	89,1
	Colabora com os membros da equipa multidisciplinar, na prestação de acções paliativas	17	5,6	77	25,4	209	69,0
	Promove o trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de acções paliativas	18	5,9	85	28,1	200	66,0
Aspectos Éticos e Legais	Aplica os princípios éticos e legais na análise de questões complexas inerentes aos cuidados na fase final de vida	20	6,6	82	27,1	201	66,3
	Reconhece a influência nos cuidados dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das preferências do doente	6	2,0	58	19,1	239	78,9
	Demonstra respeito pela debilidade física e psicológica do doente, pelas suas perspectivas e desejos, ao longo do processo de evolução da doença	2	0,7	33	10,9	268	88,4
Aspectos Psicoespirituais e Luto em final de vida	Compreende o processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada e terminal	17	5,6	104	34,3	182	60,1
	Cuida do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade	16	5,3	119	39,3	168	55,4
	Apoia a família no luto imediato	26	8,6	180	59,4	97	32,0
	Promove cuidados espirituais, respeitando a diversidade, tendo em conta a cultura, religião, género, status sócio-económico, orientação sexual, et	16	5,3	131	43,2	156	51,5
	Assiste de modo holístico o doente, família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas	7	2,3	101	33,3	195	64,4
	Ajuda o doente, família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de coping para lidar com o sofrimento, dor, a perda e o luto em fim de vida	15	5,0	157	51,8	131	43,2
Formação	Demonstra capacidades pedagógicas na educação em cuidados paliativos aos doente/família, profissionais de saúde e sociedade	96	31,7	133	43,9	74	24,4
	Aplica os conhecimentos adquiridos da educação recebida na área dos cuidados paliativos, executando acções paliativas	91	30,0	99	32,7	113	37,3

Tabela 8 – Distribuição das respostas da amostra quanto às competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos (continuação)

Competências		Não conheço e nunca apliquei;		Conheço mas nunca apliquei;		Conheço e Aplico.	
		nº	%	nº	%	nº	%
Avaliações de Enfermagem	Realiza medidas de higiene e conforto, bem como posicionamentos adequados	1	0,3	14	4,6	288	95,0
	Demonstra habilidade na execução de um plano de melhoria dos cuidados em fim de vida incluindo um dinâmico e complexo sistema de prestação de cuidados de saúde	20	6,6	83	27,4	200	66,0
	Demonstra espírito crítico e de iniciativa na gestão de respostas humanas complexas na doença crónica de evolução prolongada e terminal	12	4,0	89	29,4	202	66,7
	Identifica barreiras e facilitadores para o doente/família na utilização eficaz dos recursos	14	4,6	67	22,1	222	73,3

Como se pode verificar na Tabela 8, relativa às competências desenvolvidas durante o curso de enfermagem na área dos cuidados paliativos e no que concerne à primeira dimensão, **Princípios gerais dos cuidados paliativos**, verifica-se que na competência: **Reconhece a dinâmica e alterações demográficas da população, das variáveis e indicadores de saúde e das necessárias actualizações na sua formação individual para prestar cuidados de qualidade**, quase metade da amostra, 44,9%, referiu que conhece e aplica a mesma. Relativamente à compreensão e **aplicação dos valores e princípios dos cuidados paliativos**, cerca de metade, 53,5%, dos estudantes referem conhecer e aplicar estes valores e princípios. Contudo, 58,4% dos mesmos, não conhece ou **aplica os principais modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos**. 51,8% conhece mas nunca desenvolveu na prática a **articulação entre cuidados continuados e cuidados paliativos**.

Magalhães (2009) evidencia este aspecto quando refere que a formação académica dos estudantes de enfermagem é insuficiente nos conteúdos sobre a abordagem em cuidados paliativos, pois, ao estar orientada para modelos centrados na cura poderá originar uma expectativa, cuja frustração tem consequências para os estudantes. É interessante verificar que 75,2% da amostra diz conhecer e aplicar as suas **atitudes pessoais, sentimentos, valores e expectativas em relação à morte**. Mais interessante, ainda, é constatar que 82,2% dos estudantes conhecem e aplicam as suas **atitudes pessoais, sentimentos, valores e expectativas em relação à diversidade individual, cultural e espiritual**.

Relativamente à dimensão, **controlo da dor**, podemos verificar que quase a totalidade da amostra, 97,4% dos estudantes, referem conhecer e aplicar a competência: **Conceptualiza a dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados**. 82,2%, dos estudantes dizem conhecer e aplicar os **aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)**. Uma percentagem ainda maior (82,5%) dizem conhecer e aplicar a competência: **compreende os aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)**. Relativamente à competência: **Reconhece que o controlo da dor envolve a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida**, 86,1% dos estudantes dizem conhecer a aplicar a mesma. 79,2% conhecem e identificam os **obstáculos na avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde**. Contudo, e apesar de 94,1% da amostra **avaliar a dor através de instrumentos *standardizados* cientificamente testados e validados**, 1,3% não conhece e nunca aplicou estes instrumentos. No entanto, quase a totalidade dos estudantes, 95%, conhece e desenvolve **as intervenções**

para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacológicas e não farmacológicas). É de salientar que nenhum estudante (0%) referiu não conhecer ou aplicar esta competência.

Estes resultados, ao contrário da literatura consultada, demonstram fortes competências, por parte dos estudantes, na dimensão do controlo da dor. Como podemos verificar Edgar e Walsh, citados por Ritto (2006), salientam a formação e o treino insuficiente ou inadequado, dos enfermeiros, aliados à insuficiência de competências relativamente à dor. Também Sapeta (2004), reforça esta ideia referindo que os novos profissionais de enfermagem não adquirem competências para cuidar de doentes com dor crónica. Já Font & Panicot, em 1999, salientavam que os enfermeiros consideravam o controlo da dor, como uma das áreas onde necessitavam de mais formação, o que é corroborado por vários estudos. No entanto, com base nos resultados obtidos, podemos salientar que os estudantes de enfermagem, quando acabam a licenciatura, têm competências no controlo da dor, estando despertos para esta realidade, tão importante nos cuidados aos nossos doentes.

Consideramos estes resultados bastante positivos pois, segundo a Circular Normativa Nº 09, que declarou a dor com 5º sinal vital, a avaliação da dor deve ser uma realidade em todos os serviços de saúde (Ritto, 2006). Também a OE (2008, p.17) refere que o “controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.”

A dimensão seguinte, **controlo de outros sintomas**, na primeira competência: **Utiliza instrumentos standardizados cientificamente testados e validados para avaliar sintomas (por exemplo: dispneia, obstipação, ansiedade, astenia, náuseas/vómitos e alterações cognitivas), experimentados pelos doentes na fase final de vida**, 51,2% dos estudantes referem que conhecem e aplicam a mesma, 36,0% dizem conhecê-la mas não a aplicar. Contudo 12,9% não a conhecem e nunca a aplicaram.

Segundo Slatten, Fagerstrom, & Hatlevik (2010) e em inúmera literatura internacional, as *guidelines* na avaliação e controlo da dor e outros sintomas, dão importancia à avaliação sistemática das necessidades dos doentes paliativos. Contudo, é curioso verificar que, 68,6% dos estudantes, referem usar os **resultados da avaliação sintomática e conhecimentos actualizados nas abordagens tradicionais e complementares, para estabelecer e implementar um plano de intervenção de cuidados.**

Parece haver uma discrepância entre este resultado e o anterior, na medida em que, quase metade, não aplica instrumentos de avaliação de sintomas. Talvez a explicação para este facto se possa atribuir a uma não aplicação efectiva dos instrumentos de avaliação de sintomas disponíveis, mas aos conhecimentos dos estudantes sobre o estabelecimento e implementação de um plano de cuidados de enfermagem.

Magalhães (2009, p.87) refere que “os enfermeiros colocam a prioridade no cuidar do ser humano como um todo” e conclui que “o conceito de cuidar é talvez o elemento fundamental da enfermagem em cuidados paliativos”. Oliver (2010),

reforça esta ideia referindo que as boas práticas se prendem com a identificação dos doentes com necessidades de acções paliativas, avaliação das suas necessidades e elaboração de um plano de cuidados para a satisfação das mesmas. Isto demonstra que estes resultados são positivos e indicadores de boas práticas por parte dos estudantes de enfermagem.

Mais de 200 estudantes, referem conhecer e aplicar a **avaliação e o controlo de sintomas** (...), 3ª e 4ª competência.

É interessante verificar que na bibliografia consultada é referido que os profissionais de saúde têm competências no controlo de sintomas, mas têm menos perícia noutras áreas (Payne, et al., 2007). Segundo Neto (2006, p. 23), “existem estudos bem sistematizados que mostram que diferentes grupos de doentes terminais valorizam positivamente o controlo sintomático”. Constatando a importância para o doente do controlo sintomático, visando a melhoria da sua qualidade de vida, e verificando que os estudantes de enfermagem adquirem competências nesta área, podemos talvez salientar que, como os cuidados prestados aliviam os sintomas dos doentes, melhoram em consequência a sua qualidade de vida. Este facto é também afirmado em toda a literatura, sobre cuidados paliativos, como um pilar na prestação destes cuidados.

No que diz respeito à competência **utiliza as diferentes vias e modos de administração preferenciando as vias não invasivas e a via SC**, constata-se que 75,9% dos estudantes conhece e aplica a mesma. 22,4% conhece mas não aplica, sendo quase depressível (1,7%), o número de estudantes, que refere não conhecer e nunca ter aplicado.

Sendo esta competência uma referência na prestação de cuidados paliativos de qualidade, Querido & Guarda (2006), referem que são vários os trabalhos na área dos cuidados paliativos que privilegiam a utilização da via subcutânea em detrimento de outras vias mais invasivas, como a endovenosa ou intramuscular, parece evidente que estes resultados são bastante positivos e satisfatórios.

Na última competência desta dimensão, uma elevada percentagem de estudantes (82,8%), referem conhecer e avaliar o **impacto das medidas farmacológicas e não-farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente.**

De todos os sintomas, a dor é, sem dúvida, o sintoma mais referido, destacando-se entre a maioria das competências. Os resultados variam entre os 97,4% e os 79,2%, no campo de resposta “conheço e aplico”. A um nível ligeiramente inferior estão os outros sintomas, com variações, entre os 82,8% e os 51,2%. Estes valores parecem estar em consonância com a bibliografia, pois esta apresenta os mesmos resultados para as competências relacionadas com o controlo da dor. Num estudo de Slatten, Fagerstrom, & Hatlevik (2010), foram estas as competências que obtiveram os scores mais elevados.

Sapeta (2004), infere no seu estudo que os estudantes de enfermagem parecem não terem competências na área do controlo da dor, o que não se verificou neste estudo, dado que nos parece que os estudantes de enfermagem referem ter competências nesta área.

No que se refere à dimensão da **comunicação** observa-se que, relativamente à competência: **Demonstra capacidade de comunicação terapêutica com o**

doente paliativo, familiares e outros profissionais, 71,3% dos estudantes referem que conhecem e aplicam a mesma, 26,1% conhece mas não aplica e apenas 2,6% não conhece e nunca aplicou. Na competência seguinte, **Identifica os obstáculos e dificuldades à comunicação**, uma grande parte da amostra, 80,2%, conhece e aplica esta competência, 18,5% conhece mas não aplica e uma minoria 1,3% não conhece e nunca aplicou. Contudo, 19,8% dos estudantes não conhece e nunca aplicou os **princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar)**, mas, cerca de metade, 54,1%, conhece e nunca aplicou e 26,1% conhece e aplica. Resultados muito similares aparecem-nos na competência: **Comunica eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde, aplicando as teorias e princípios da comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar)**.

Proctor et al citado por Jardim (2006) concluíram que existe défice de conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente na área da transmissão de más notícias. Font & Panicot (1999), reforçam esta ideia referindo que uma das áreas onde os enfermeiros expressam mais necessidade de formação é a área da comunicação. Parece importante o desenvolvimento de conhecimentos e a aplicação destas técnicas dado que são ferramentas importantes na prática com doentes paliativos, como nos refere Neto (2003), a conferência familiar é um instrumento de trabalho para os profissionais de saúde no apoio às famílias e na maximização do sucesso das suas intervenções. No seu estudo, Magalhães (2009), considera que os estudantes de enfermagem manifestam dificuldades em

estabelecer e gerir a comunicação com os doentes em final de vida, reforçando a ideia, quando os estudantes salientam a necessidade de mais formação no aprofundamento das abordagens sobre a comunicação com estes doentes.

70,6% da amostra **Comunica com consciência informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.**

Parece que estes resultados demonstram que numa área tão específica dos cuidados paliativos, como é a técnica de transmissão de más notícias e a conferência familiar, tão importantes nos cuidados a este doentes, os estudantes necessitam de mais conhecimentos e prática para se poderem considerar competentes.

Ao invés, quando nos debruçamos nas competências referentes à comunicação em geral, verificamos que variam entre os 80,2% e os 70,6%, no campo de resposta “conheço e aplico”. O estudo de Oliveira (2010) confirma resultados semelhantes, referindo que os estudantes de enfermagem se consideram competentes nas áreas da comunicação com o doente/família e com os outros profissionais de saúde. Podemos afirmar, então, que estes resultados são bastante positivos pois, “as respostas em saúde implicam dinâmicas interdisciplinares e multiprofissionais, nas quais os enfermeiros têm uma intervenção assente na proximidade, na continuidade e na integralidade, o que lhes confere um papel de parceiros e mediadores, ao lidarem com questões complexas na ajuda da pessoa, família e grupo (...)” (OE, 2008, p. 6).

Parece-nos que os estudantes, adquirem mais perícia e treino no desenvolvimento de estratégias gerais de comunicação, do que no desenvolvimento de estratégias específicas de comunicação, na área dos cuidados paliativos.

Na dimensão do **trabalho em equipa**, onde foram avaliadas três competências, todas obtiveram bons resultados, com mais de metade dos estudantes a responderem que conhecem e aplicam estas competências.

De destacar a competência: **Identifica os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar**, com uma expressividade de 89,1%.

Estes resultados parecem-nos bastante positivos, pois, segundo a OE (2008), a natureza da profissão é caracterizada por uma intervenção autónoma em contextos alargados e multidisciplinares. Por este facto, torna-se essencial que o estudante identifique os princípios do trabalho em equipa multidisciplinar mas, também, que colabore com a equipa multidisciplinar e promova esse mesmo trabalho. Através da análise dos nossos resultados isto pode também ser constatado. Oliveira (2010), apresenta resultados semelhantes, nos quais os estudantes referem ser competentes no trabalho em equipa multidisciplinar e no estabelecimento de relações de trabalho.

Em relação à dimensão dos **aspecto éticos e legais**, os estudantes distribuíram-se de forma relativamente homogénea nas duas primeiras competências: **Aplica os princípios éticos e legais na análise de questões complexas inerentes aos cuidados na fase final de vida e Reconhece a influência nos cuidados dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das preferências do doente**, na resposta, conheço e aplico. 88,4% dos estudantes

dizem **demonstrar respeito pela debilidade física e psicológica do doente, pelas suas perspectivas e desejos, ao longo do processo de evolução da doença.**

Segundo Frias (2001), os aspectos éticos e legais são respeitados pelos enfermeiros na sua prática diária. Também Oliveira (2010) refere que os estudantes se consideram competentes, nos aspectos éticos da prática profissional, e continua salientando que a enfermagem é uma profissão que tem uma finalidade moral e que se regula por uma ética profissional.

Na dimensão **aspectos psicoespirituais e do luto em final de vida**, podemos observar que os scores são relativamente mais baixos, em relação às outras dimensões, mas, ainda assim, positivos. 64,4% **assiste de modo holístico o doente, família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas.** Esta competência é seguida de perto, 60,1%, pela **Compreensão do processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada e terminal.** Cerca de metade da amostra, 55,4%, **cuida do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade.** Contudo apenas 32,0% referente **apoiar a família no luto imediato.** No entanto 59,4% referem conhecer mas nunca desenvolveram esta actividade.

Isto é corroborado por Magalhães (2009), que salienta que o estudante sente medo e angústia face à morte, o que poderá estar associado ao desconhecimento de como agir perante a pessoa em fim de vida, aliás, os próprios estudantes referem preparação insuficiente para agir junto destes. Payne, et al. (2007), verificaram uma

fraca competência nas áreas psicológicas, espirituais e de luto. Este facto torna-se preocupante, dado que a literatura salienta que, um dos aspectos essenciais no cuidado holístico ao doente são os cuidados referentes ao final de vida. Sapeta (2004), reforça esta ideia quando infere que os novos profissionais de enfermagem não adquirem competências para cuidar dos doentes em fim de vida.

Os resultados obtidos nesta dimensão, talvez se justifiquem pelo facto de os estudantes verbalizarem medo face à morte eminente dos doentes, associada à angústia face ao desconhecimento de como agir perante a pessoa nas últimas horas de vida (Magalhães, 2009). O mesmo autor continua referindo que os estudantes experimentaram inúmeros constrangimentos e limitações no relacionamento com os doentes e famílias, na fase final de vida, difíceis de gerir por parte dos mesmos. O “cuidar de doentes em fim de vida poderá ter constituído um valor para o desenvolvimento pessoal dos estudantes” (Magalhães, 2009, p. 175).

Tentando fazer uma relação entre a competência **Reconhece as suas atitudes pessoais, sentimentos, valores e expectativas em relação à morte, da dimensão dos princípios gerais dos cuidados paliativos (75,2%)**, com esta competência de **apoio à família no luto imediato (32,0%)**, parece existir uma discrepância. Aceitam-se estes resultados, na medida em que o saber e o saber-fazer são passíveis de serem ensinados, enquanto o saber ser atende à vertente relacional, que se desenvolve de modo intrínseco em cada um de nós. Por se tratar de uma amostra ainda jovem e, dado que, a maturidade pessoal e profissional se vai desenvolvendo, assim como as competências, pela integração das próprias experiências, compreende-se que os estudantes se percepcionem com níveis de

competência, na área do apoio no luto imediato, aquém das exigidas para o exercício da profissão (Oliveira, 2010).

De todas as dimensões até agora apresentadas neste estudo, a dimensão da **formação** é a que apresenta os resultados menos positivos. Na competência **demonstra capacidades pedagógicas na educação em cuidados paliativos aos doente/família, profissionais de saúde e sociedade**, 31,7% dos estudantes referiram não conhecer e nunca terem aplicado e apenas 24,4% , referiram conhecer e aplicar a mesma.

No estudo realizado por Oliveira (2010), os estudantes de enfermagem referem ser competentes na aplicação dos conhecimentos como estratégias de ensino aos doentes e famílias. Este facto, confirma os resultados encontrados, dado que quase metade dos estudantes referiram que conhecem mas não aplicam as capacidades pedagógicas na educação dos doentes e famílias.

Da mesma forma, no que se refere à competência **aplica os conhecimentos adquiridos da educação recebida na área dos cuidados paliativos, executando acções paliativas**, 30,0% dos estudantes referem não conhecer e nunca terem aplicado esta competência e 32,7%, referem conhecer mas nunca terem aplicado.

Segundo a ANCP “A formação básica alargada será uma garantia da humanização dos cuidados de saúde e do aumento da qualidade da prestação das chamadas acções paliativas, que decorrem nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.” (ANCP, 2006, p. 3) Contudo, podemos verificar que tal não se constata. Este resultado talvez se explique pelo défice de formação, nas ditas acções paliativas, o

que são e onde desenvolvê-las, dado que a formação é extremamente importante na tomada de consciência da intencionalidade das acções paliativas, por parte dos profissionais (Barroso, 2010).

Por último na dimensão das **avaliações de enfermagem**, verifica-se que quase a totalidade da amostra, 95%, **realiza medidas de higiene e conforto, bem como posicionamentos adequados**. Sendo esta uma competência base na prática da enfermagem, torna-se difícil de compreender e explicar os resultados referentes a 14 (4,6%) estudantes que referem conhecer, mas nunca terem aplicado esta competência e 1 (0,3%) estudante que refere não conhecer e nunca ter aplicado a mesma. Mais de metade dos estudantes, 66,0% **demonstraram habilidade na execução de um plano de melhoria dos cuidados em fim de vida incluindo um dinâmico e complexo sistema de prestação de cuidados de saúde**.

Oliver (2010), refere que as boas práticas se baseam na avaliação das necessidades dos doentes paliativos e na elaboração de um plano de cuidados para a satisfação das mesmas. Este facto, reflete que os resultados encontrados são positivos.

66,7% dos estudantes consideram **demonstrar espírito crítico e de iniciativa na gestão de respostas humanas complexas na doença crónica de evolução prolongada e terminal**. Uma percentagem ainda mais elevada (73,3%), dizem **identificar barreiras e facilitadores para o doente/família na utilização eficaz dos recursos**.

De uma forma geral, podemos observar que nesta última dimensão, os resultados são positivos, variando entre os 95% e os 66,0%, de respostas “conheço e aplico”, e entre os 29,4% e 4,6%, na resposta “conheço mas nunca apliquei”. Como se pode verificar, este último grupo refere-se a conteúdos gerais relacionados com a prática de enfermagem, o que solidifica a ideia de que os conhecimentos relativos às áreas específicas dos cuidados paliativos têm menor expressividade do que as de carácter geral.

Em síntese constatamos que, de uma forma geral, as competências relacionadas com cuidados básicos da prática de enfermagem, obtêm melhor score, do que as relacionadas com cuidados e práticas específicas de cuidados paliativos. As áreas de competência referentes a temáticas específicas dos cuidados paliativos são as que têm menos expressividade, como, por exemplo: os modelos organizativos de prestação de cuidados paliativos, a comunicação de más notícias, a utilização da conferência familiar, o apoio à família no luto imediato, as capacidades pedagógicas na educação em cuidados paliativos e a aplicação dos conhecimentos adquiridos para a execução de acções paliativas. Por outro lado, as competências referentes ao controlo sintomático, nomeadamente na área do controlo da dor, demonstram que os estudantes se consideram competentes na área do controlo sintomático. Competências nas dimensões do trabalho em equipa, dos aspectos éticos e legais e nas avaliações de enfermagem, são evidentes nesta amostra. Por último, é de salientar que, de uma forma geral, os estudantes se consideram competente na maioria das áreas abrangidas, não se destacando nenhuma de forma fracamente negativa.

4. Dados referentes aos conteúdos programáticos leccionados

Neste subcapítulo iremos apresentar os dados referentes aos conteúdos programáticos, referidos pelos estudantes como leccionados durante o curso de licenciatura em enfermagem.

Tabela 9 – Distribuição das respostas da amostra referente aos conteúdos programáticos leccionados durante o curso de enfermagem

Conteúdos Programáticos	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia, tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras etc.	280	92,4	23	7,6
Cuidados Espirituais.	177	58,4	126	41,6
Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc.	289	95,4	14	4,6
Aspectos multidimensionais da dor (Dor Total).	265	87,4	38	12,5
Escalas para avaliação da dor.	295	97,4	8	2,6
Controle da Dor: escada analgésica da OMS, fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação e toxicidade.	261	86,1	42	13,9
Educação do doente e família sobre o uso de opióides.	143	47,2	160	52,8
Preparar antecipadamente a fase terminal de vida.	164	54,1	139	45,9
Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender as necessidades específicas do fim da vida (ex: preferir via SC).	162	53,5	141	46,5
Cuidados de suporte ao doente e família.	227	74,9	76	25,1
Certidão de óbito, cuidados post-mortem, formalidades administrativas, apoio no luto imediato.	143	47,2	160	52,8
Impacto da doença grave no doente (imagem corporal, sexualidade,...), na família (incluindo crianças), sofrimento psicológico e espiritual, modificação de papéis sociais, intervenção face à crise na família, mecanismos de coping.	263	86,8	40	13,2
Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e activar mecanismos de suporte.	192	63,4	111	36,6
Técnica das más notícias: comunicação verbal e não verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades particulares de cada doente e família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados.	171	56,4	132	43,6
Conhecimento da abordagem sistémica; educação de doente, família e cuidadores.	238	78,5	65	21,3
Conferência familiar.	82	27,1	221	72,9
Processo de perda e luto.	267	88,1	36	11,9
Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família.	164	54,1	139	45,9
Reflexão e desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajectória de vida, o fim de vida e a morte.	226	74,6	77	25,4
Limite da intervenção em medicina e o cuidar; respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro.	242	79,9	61	20,1
Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência.	298	98,3	5	1,7
Epidemiologia de doenças crónicas.	270	89,1	33	10,9
Qualidade de vida; modelo bio-psico-social de cuidados.	292	96,4	11	3,6

Tabela 9 – Distribuição das respostas da amostra referente aos conteúdos programáticos leccionados durante o curso de enfermagem (continuação)

Conteúdos Programáticos	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
A morte e o morrer; medicalização da morte; medos e tabús relativos à morte.	231	76,2	72	23,8
Consentimento informado.	293	96,7	10	3,3
Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto.	268	88,4	35	11,6
Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos.	101	33,3	202	66,7
Capacidades pedagógicas.	141	46,5	162	53,5

Relativamente aos conteúdos programáticos que os estudantes referem ter abordado durante o curso de enfermagem, apresentam-se os dez primeiros resultados por ordem decrescente, com maior expressividade, 98,3%, surge o conteúdo **Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência**. As **Escalas para avaliação da dor**, são enumeradas por 97,4% dos estudantes. O **Consentimento informado**, surge com 96,7%. O conteúdo programático **Qualidade de vida, modelo bio-psico-social de cuidados**, apresenta 96,4% dos resultados. **As Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc.**, assumem 95,4%. Os **Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia, tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras etc.**, revelam-se com resultados de 92,4%. **A Epidemiologia das doenças crónicas** é enumerada por 89,1%. **Os Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto** surge com 88,4%. **O Processo de perda e luto** é enumerado por 88,1% dos

estudantes. Por último o conteúdo, **O Impacto da doença grave no doente (imagem corporal, sexualidade,..), na família (incluindo crianças), sofrimento psicológico e espiritual, modificação de papéis sociais, intervenção face à crise na família, mecanismos de coping**, com 86,8%.

Podemos verificar que estes dados comprovam, o que foi referido anteriormente, no que respeita às competências, ou seja, que os conteúdos programáticos mais enumerados correspondem às competências mais significativas. Mais de 260 estudantes, numa amostra de 303, referiram terem-lhe sido leccionados conteúdos nas áreas dos princípios éticos, controlo de sintomas, nomeadamente da dor e cuidados holísticos ao doente e família. O mesmo se verifica com os conteúdos na área dos processo de perda e luto e na área do impacto da doença grave no doente e família pois, mais de metade dos estudantes, referiram conhecer mas nunca terem aplicado as competências referentes a estas áreas temáticas.

Apresentam-se de seguida, os dez conteúdos que os estudantes referiram não terem sido leccionados durante o curso de licenciatura em enfermagem, por ordem decrescente. 72,9% dos estudantes referem não lhe ter sido leccionado o conteúdo: **Conferência familiar**, e 66,7%, afirmam não ter sido incluído no currículo do curso a **estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos**. As **Capacidades pedagógicas** são enumeradas por 53,5% dos inquiridos como não leccionadas. Ex-aequo surge **Educação do doente e família sobre o uso de opióides** e **Certidão de óbito, cuidados post-mortem, formalidades administrativas, apoio no luto imediato**, ambos com 52,8%. O conteúdo **Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender as necessidades específicas do fim da vida (ex: preferir via SC)** foi referido por 46,5%. Ainda

com resultados iguais surgem os conteúdos **Preparar antecipadamente a fase terminal de vida**, e **Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família**, com 45,9%. 43,6% dos estudantes afirma não lhe terem sido ministradas áreas como: **Técnica das más notícias: comunicação verbal e não verbal; distinguir e responder às diferentes respostas emocionais, adaptar de modo inteligível o nível de informação de acordo com o nível de compreensão, cultura e necessidades particulares de cada doente e família; antecipar e informar mudanças previsíveis no plano de cuidados**. A ausência de formação em **Cuidados Espirituais**, foram referidos por 41,6% dos estudantes.

Estes dados sustentam os resultados obtidos anteriormente relativos às competências desenvolvidas durante o curso na área dos cuidados paliativos. Como já tinha sido referido, numa área tão específica como a dos cuidados paliativos, na técnica de transmissão de más notícias e na conferência familiar, os estudantes não tiveram formação. Desta forma não obtiveram conhecimentos e, logo, mais de 20% referiu não conhecer nem nunca ter aplicado estas técnicas de comunicação.

Em relação à temática referente à estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos, também verificamos scores mais baixos nas competência relativas a esta área. 58,4% da amostra referiu não conhecer nem aplicar os principais modelos organizativos da prestação de cuidados paliativos.

No que se refere aos conteúdos programáticos na área das capacidades pedagógicas e da educação do doente e família sobre o uso de opióides, cerca de metade dos estudantes referiu não terem sido leccionados. Também quase metade

dos estudantes, referiu não conhecer ou nunca ter aplicado a competência demonstra capacidades pedagógicas na educação em cuidados paliativos aos doente/família, profissionais de saúde e sociedade e a competência aplica os conhecimentos adquiridos da educação recebida na área dos cuidados paliativos, executando acções paliativas.

Todas esta constatações nos ajudam a reflectir que a formação é a base para a construção da competência, tal como grande parte da bibliografia consultada, ao longo deste trabalho, salienta. Segundo Sapeta (2004), os planos curriculares devem favorecer o desenvolvimento das competências, para darem resposta às exigências da profissão.

Como podemos verificar na bibliografia, os estudantes referem necessidade de formação em algumas áreas, as quais correspondem às áreas que neste estudo foram identificadas como as menos leccionadas. Magalhães (2009), refere que os estudantes mencionam a necessidade do ensino de estratégias para lidar com os doentes que se encontram a morrer. O mesmo autor salienta que a formação académica parece ser manifestamente insuficiente nos conteúdos sobre a morte e o morrer, bem como sobre as especificidades da abordagem em cuidados paliativos.

Na literatura, diversos autores referem que a formação em cuidados paliativos é insuficiente, o que se confirma com o presente estudo, pois, apesar de se verificar que a maioria dos conteúdos recomendados pela ANCP, apresentados aos estudantes no questionário, são abordados nas escolas seleccionadas, existem ainda um número significativo de conteúdos que não são abordados. Este facto

compromete, como verificamos pelas análises anteriores, o desenvolvimento de competências consideradas essenciais nos cuidados aos doentes paliativos.

Tabela 10 – Distribuição da amostra quanto à formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, suficiente para poder desenvolver acções paliativas

Formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos	nº	%
Sim	37	12,2
Não	266	87,7
Total	303	100,0

Como se pode constatar na tabela anterior, 266 (87,8%), dos estudantes inquiridos consideram que, a formação ministrada durante o curso de enfermagem, na área dos cuidados paliativos, não é suficiente para poderem desenvolver acções paliativas, pelo contrário, 37 (12,2%) estudantes considera que é suficiente.

Azevedo (1993) refere que, segundo a teoria de Bandura, a teoria cognitiva social, a percepção das próprias capacidades para produzir acções, têm um papel importante na motivação e no desempenho, influenciando o desenvolvimento de competências. Assim, podemos salientar que, como os estudantes têm a percepção de que a formação que lhes foi ministrada não foi suficiente para poderem desenvolver acções paliativas, serão influenciados no desenvolvimento de competências nesta área. Consequentemente, poderão sentir-se receosos de desenvolver acções paliativas. De facto, Barroso (2010) refere que a formação é considerada um

elemento essencial para promover a intencionalidade das acções paliativas, permitindo detectar e justificar a necessidade deste tipo de acções, bem como os meios de as concretizar e os seus limites de actuação. Como podemos constatar anteriormente, um dos conteúdos referido como não leccionado foi: a estrutura e os modelos dos cuidados paliativos. Desta forma, parece evidente que os estudantes referiram que não têm competência para desenvolver acções paliativas, dado que podemos salientar que não conseguem definir o conceito correctamente. Podemos também associar a este facto o de que os estudantes, apesar de serem todos do mesmo ano e estarem no final da sua formação, podem não estar em estadios iguais de aprendizagem e do desenvolvimento de competências, dado que o ritmo de aquisição das mesmas é individual (Leeuween, Teisinga, Middel, Post, & Jochemsen, 2009).

5. Formação extracurricular e pós formação na área dos cuidados paliativos

Tabela 11 – Distribuição das respostas da amostra referentes à formação, por interesse pessoal (extra-escola), na área dos cuidados paliativos

Formação por interesse pessoal (extra-escola), na área dos cuidados paliativos	nº	%
Sim	51	16,8
Não	252	83,2
Total	303	100,0

Através da tabela 11 verificamos que a grande maioria dos estudantes (83,2%), não tiveram formação por interesse pessoal na área dos cuidados paliativos. Não obstante, é interessante verificar que 16,8%, tiveram formação extra escola.

Esta procura poderá ser justificada, pelo facto de os alunos considerarem insuficiente a formação ministrada no curso de enfermagem, como verificámos anteriormente e como a literatura o comprova. Não podemos caracterizar a formação que adquiriram, dado que essa pergunta não constou do questionário, o que se pode revelar uma lacuna do mesmo, dado que poderia ser um dado interessante. Frias (2001), refere que a formação inicial é insuficiente ou até inexistente, pelo que os enfermeiros recorrem a formação contínua, decorrendo do seu percurso individual de formação, pela participação em congressos, cursos específicos e pela partilha de experiências com enfermeiros mais velhos.

Tabela 12 – Distribuição das respostas da amostra referentes à formação na área dos cuidados paliativos, após terminar o curso

Formação na área dos cuidados paliativos, após terminar o curso	nº	%
Sim	231	76,2
Não	72	23,8
Total	303	100,0

Como resposta à pergunta: Pondera, depois de terminar o curso, ir ter formação na área dos cuidados paliativos?, mais de metade dos estudantes referiram que sim, (76,2%) e 23,8% referiram que não.

É significativamente superior, o número de estudantes que pretendem completar a sua formação na área dos cuidados paliativos, o que vai de encontro aos resultados obtidos na questão anterior, quando referiram que a formação ministrada durante o curso de enfermagem não era suficiente para desenvolverem acções paliativas. Contudo, é de salientar que 23,8% dos estudantes não pretende ter formação na área dos cuidados paliativos, após terminar o curso, o que é preocupante, dado que apenas 12,2% consideraram suficiente a formação ministrada durante o mesmo. Parece ser importante reflectirmos nesta temática, dado que poderemos não estar a transmitir aos estudantes a importância de desenvolver competências nesta área. Mesmo que existam profissionais de saúde, aos quais esta área não lhes é querida ou não suscita interesse, é essencial que tenham conhecimentos mínimos de actuação pois, assim, lhes é exigido, e poderão ser-lhes úteis em qualquer serviço ou instituição de saúde (Sapeta, ANCP, 2004).

Será que durante o curso de enfermagem, a escola não conseguiu suscitar nos estudantes a preocupação com os doentes em final de vida? Segundo Magalhães (2009), quase a totalidade dos estudantes inquiridos no seu estudo referem que a experiência de cuidar de doentes em fim de vida é significativa.

CAPITULO IV - CONCLUSÃO

Quando iniciámos este estudo, pensámos não ser possível chegar ao fim do mesmo, mas, eis que estamos na conclusão. Os resultados encontrados ao longo de toda a análise e discussão dos mesmos, parecem ser pertinentes e interessantes, podendo contribuir para o avanço da ciência, na área da enfermagem.

É sumariamente evidente que as pessoas em fim de vida e as suas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final de vida (OE, 2010). A par deste facto, a complexidade dos cuidados paliativos requer competências de nível elevado para todos os que cuidam destes doentes (Slatten, Fagerstrom & Hatlevik, 2010).

Neste sentido, será que conseguimos dar resposta à questão de investigação: **Quais são as competências dos estudantes de Enfermagem, no último ano da Licenciatura, para cuidar de doentes paliativos, em fase de doença crónica, avançada ou terminal da sua doença?**

Através dos resultados obtidos consideramos que sim.

As competências dos estudantes de enfermagem distribuem-se em todas as áreas do conhecimento, referentes aos cuidados paliativos, sendo as áreas mais bem cotadas as do controlo da dor, do controlo sintomático e das avaliações em enfermagem. Também, com níveis de evidência elevados, surgem o trabalho em equipa, os aspectos éticos e legais e a comunicação, com excepção das técnicas de comunicação específicas nos cuidados paliativos. Por fim, as dimensões

correspondentes às competências nas áreas dos princípios gerais dos cuidados paliativos, dos aspectos psicoespirituais e luto em fim de vida e da formação, foram aquelas onde encontramos níveis de evidências mais baixos mas, mesmo assim, bastante razoáveis.

Pensamos igualmente que conseguimos dar resposta à questão: **Que formação está a ser efectuada pelas escolas de enfermagem aos estudantes na área dos cuidados paliativos?**

No que respeita aos conteúdos programáticos leccionados, podemos afirmar que estão directamente relacionados com o desenvolvimento das competências. Neste aspecto, os conteúdos referentes aos princípios gerais dos cuidados paliativos, dos aspectos psicoespirituais e luto em fim de vida e da formação, não esquecendo a transmissão de más notícias e a conferência familiar, são os menos leccionados. Os conteúdos programáticos menos leccionados correspondem às competências menos consideradas pelos estudantes.

É importante salientar que, no que se refere a esta amostra, o questionário aplicado permitiu a avaliação das competências na área dos cuidados paliativos com resultados bastante pertinentes e interessantes.

Em relação à formação, a maioria dos estudantes refere que tiveram conteúdos na área dos cuidados paliativos, ao longo de todos os anos do curso, com mais expressividade no 2º ano e, de uma forma transversal, a várias unidades curriculares. Da mesma forma, mais de metade dos estudantes teve contacto durante os ensinamentos clínicos com doentes paliativos, numa grande parte das

valências hospitalares e da comunidade, ao longo de todos os anos do curso, com grande incidência no 3ºano.

Parece-nos extremamente importante assegurar que todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, consideram os cuidados paliativos como uma parte importante do seu desempenho profissional, bem como têm consciência das competências necessárias para os poderem desenvolver de forma adequada. Neste estudo, verificamos que alguns estudantes, apesar de considerarem que a formação ministrada na área dos cuidados paliativos durante o curso, não foi suficiente para o desenvolvimento de acções paliativas, não ponderam vir a aprofundar essa mesma formação, quando terminarem o curso. Este facto parece-nos digno de reflexão.

É essencial que se criem condições semelhantes, naquilo que está ao alcance da escola e dos professores, que contribuam de forma o mais igualitária possível, para o desenvolvimento de competências em todos os estudantes. Os mesmos acreditam fortemente nas suas capacidades para solucionar problemas em enfermagem e, por isso, permanecem altamente eficientes em termos de pensamento analítico quando se defrontam com situações complexas de tomada de decisão. Como a qualidade do pensamento analítico afecta a *performance* dos resultados obtidos (Bandura, 1989), estes resultados arrogam uma importância considerável.

No final deste trabalho pensamos que o mesmo pode contribuir para o desenvolvimento de novas ideias para a formação dos estudantes na área dos cuidados paliativos, com o objectivo da melhoria da mesma. Em virtude da prática da enfermagem caminhar para a excelência dos cuidados, pensamos poder contribuir para a melhoria das competências dos estudantes de enfermagem.

Ao longo da pesquisa bibliográfica, constatamos a existência de uma grande lacuna na definição das competências dos enfermeiros, no que se refere à área dos cuidados paliativos, nomeadamente em Portugal e, até, na possibilidade de as avaliar.

Parece-nos importante a inclusão, nos conteúdos programáticos do curso de licenciatura em enfermagem, de uma unidade curricular ou módulo, que aborde os temas dos cuidados paliativos pois, apesar das competências dos estudantes serem boas, ainda existem lacunas que podem ser melhoradas, na procura pela qualidade dos cuidados. Esta unidade curricular ou módulo , obrigatório e com objectivos bem estruturados que possam englobar as áreas que verificámos como menos leccionadas, poderá constituir uma mais valia nos conteúdos curriculares das licenciaturas de enfermagem. Esta abordagem deverá ser transversal, ao longo dos quatro anos do curso, integrando os temas de forma gradual e em crescendo de complexidade.

Consideramos, também, interessante sugerir a inclusão de um ensino clínico, onde o estudante possa contactar com práticas de referência, apoiado por peritos na área dos cuidados paliativos ou do desenvolvimento de acções paliativas.

No futuro, consideramos a possibilidade de estender este levantamento a outras escolas do país, tornando-o nacional a fim de obtermos, nesta matéria, a radiografia de todo o país. Também consideramos pertinente o envio destes resultados para as escolas onde o questionário foi aplicado, bem como para a Ordem dos Enfermeiros, dado que estes poderão ajudar a contextualizar esta realidade ainda pouco conhecida, contribuindo, assim, para a definição formal das competências na área

dos cuidados paliativos. Poderia também ser interessante associar a observação à aplicação deste questionário, com o objectivo de cruzar os dados e verificar se a percepção dos estudantes é similar ao que eles realmente sabem.

A morte de uma pessoa, partilhada com os profissionais de saúde, requer respeito, humanidade, competência, ou seja, uma complexa conjugação de saberes adquiridos tanto na escola, como na vida pessoal e experiência profissional.

Concluída esta investigação, a sensação é de que valeu a pena realizá-la. Apesar das dificuldades encontradas, iniciadas na grande escassez de bibliografia que suportasse o tema e que prosseguiram com a dificuldade na avaliação das competências, consideramos importantíssimo este pequeno passo científico.

Os resultados encontrados, apesar de serem positivos, revelam que ainda existe muito a fazer nesta área. Como tal, há que deitar mãos à obra e continuar a contribuir para o desenvolvimento desta temática, para a implementação de novas ideias e integração das mesmas nos conteúdos programáticos da área dos cuidados paliativos nas escolas de enfermagem, contribuindo para a excelência dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- AACN. (s.d.). *American Association of College of Nursing Publications*. Retirado a 4 de Junho, 2009, de <http://www.aacn.nche.edu/publications/deathfin/htm>
- ANCP. (2006, Março). *Associação Nacional de Cuidados Paliativos - Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos Recomendações da ANCP*. Retirado a 23 de Junho, 2008 de http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
- Andrade, C. (2005). *A Escola em Parceria - representações de Alunos, Enfermeiros e Professores*. Chamusca: Edições Cosmos.
- Arce, C., García, I., & Guanter, L. (1996). Enfermeras y auxiliares. In X. Gómez-Batiste, J. P. Domingo, J. R. Casas, & P. V. Luemada (Eds.), *Cuidados Paliativos en Oncología* (pp. 376-381). Barcelona: Editorial JIMS.
- Azevedo, M. (1993). Retirado de http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&rlz=1G1GGLQ_PTPTPT361&noj=1&biw=1275&bih=619&q=Mário+Azevedo%2+1993++PERCEPÇÃO+DE+AUTO-EFICÁCIA&aq=f&aqi=&aql=&oq=
- Bushinski, R., & Cummings, K. (2007). Practices of Effective End-of-Life Communications between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings. *Creative Nursing*, 3, 9-12.
- Baptiste, X. G., Domingo, J. P., Casas, J. R., & Luemada, P. V. (1996). *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Editorial JIMS.
- Barroso, R. (2010). *Condições para o Desenvolvimento de Acções Paliativas em Unidades de Internamento de Agudos*. Tese de mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.

- Beker, R. (2009). Palliative care 2: exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times*, 105 (14).
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Ceitil, M. (2007). Enquadramento geral e perspectiva de base sobre o conceito de competência. In Ceitil, & Mário (Eds.). *Gestão e Desenvolvimento de Competências* (pp. 23-37). Lisboa: Edições Sílabo.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel Editores.
- Cooper, D., Atherne, M., & Pereira, J. (In Press). Competencies of Chaplains in Academic Palliative Care Programs. *Journal Palliative Medicine*. (Cedência do autor)
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República nº. 60/06 - I Série A*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Dias, M. F. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências*. Loures: Lusociência.
- DGS. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Retirado a 10 de Junho, de 2004 de www.hp-source.net/dl.html?doc=712a3c9878efeae8ff06d57432016ceb
- EAPC. (1993, Março). *European Association for Palliative Care - Report and Recommendations of a Workshop on Palliative Medicine Education And Training For Doctors in Europe*. Retirado a 15 Junho, 2010, de <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=76YI2TMsDyc%3D&tabid=194>
- EAPC. (2004, Setembro). *European Association for Palliative Care - A Guide for Development of Palliative Nurse Education in Europe*. Retirado a 10 de Junho,

2004 de <http://www.eapcnet.org/download/forTaskforces/NurseEducationGuide.pdf>

- EAPC. (2007). *Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education Recommendations of the European Association for Palliative Care*. Retirado a 10 de Junho, de 2004 de <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=VmnUSgQm5PQ%3d>
- Faull, C. (2005). The Context and Principles of Palliative Care. In C. Fall, C. Yvonne, & L. Daniels (Eds.), *Handbook of Palliative Care Second Edition* (pp. 1-21). Blackwell Publishing.
- Fleury, M., & Afonso, F. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196.
- Font, N. G., & Panicot, J. E. (1999). Formación de cuidados paliativos en Geriatria. De profesor a facilitador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34, 53-58.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Frias, C. (2001). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio de enfermeiro em formação*. Tese de mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Gómez, M. D. (2003). Formación de Enfermería en Cuidados Paliativos(Eds.). In E. L. Imedio. *Enfermería en Cuidados Palitivos* (pp. 357-361). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Gómez-Batiste, X., Roca, J., Trelis, J., Gorchs, N., & Borrell, R. (1996). Formación en cuidados paliativos (Eds.). In X. Gómez-Batiste, J. P. Domingo, J. R. Casas, & P. V. Luemada (Eds.). *Cuidados Paliativos en Oncología* (pp. 369-375). Barcelona: Editorial JIMS.
- Grealish, L. (2006). Learning to Be a Professional: Two Models of Competence and Related Learning Strategies. *Journal of Religion, Spirituality & Aging* , 18 (4), 207-225.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lucociência.
- Higginson, E. D. (2004). *World Health Organization*. Retirado a 8 de Julho, 2010 de <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/Climate-change/publications2/2010/the-solid-facts-on-climate-change-and-health2>.
- HPCNA. (2002). *Competencies for Advanced Practice Hospice and Palliative Care Nurses* - Hospice and Palliative Care Nurses Association. Retirado a 4 de Junho, 2009, de PCAPN: www1va.gov/geriatriasshg/docs/PCAPNcompetenciesdoc.
- Jardim, T. (2006). *Competências dos Enfermeiros para Cuidar do Doente em Cuidados Paliativos*. Tese de mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Univesidade de Lisboa.
- Leeuwen, R., Teisinga, L., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* , 18, 2857-2869.
- Lehna, C. (2003). A Needs Assessment for an End-of-Life Care Curriculum for Advanced Practice Nursing Students. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* , 5 (2).

- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Mulder, M. (2007). Introdução à edição especial sobre competências; Competência – essência e utilização do conceito em ICVT. *Revista Europeia de Formação Profissiona* , 40, 5-23.
- Neto, I. G. (1999). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Asta Médica.
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Rev Port Clin Geral - Dossier Cuidados Paliativos* , 19, 68-74.
- Neto, I. (2006). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos (Eds.). In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa.
- OE. (2004). *Divulgar - Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais – Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Grafinter - Sociedade Gráfica, Lda.
- OE. (2008a). *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008 - 2012*. Lisboa.
- OE. (2008b). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Lisboa: Cadernos da Ordem.
- OE. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna - Catálogo de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, P. (2010). *Auto-Eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro de Cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. Tese de mestrado não publicada apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Departamento de Educação e do Património.
- Oliver, M. (2010). The relevance of psychosocial indicators in community palliative care: a pilot study. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 27 (3), 20-30.

- OMS. (2002). *World Health Organization*. Retirado a 8 de Junho, 2010 de <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
- Payne, S., Hawker, S., Kerr, C., Seamark, D., Jarrett, N., Roberts, H., et al. (2007). Healthcare Workers' Skills: perceived competence and experiences of end-of-life care in community hospitals. *Progress in Palliative Care* , 15 (3), 118-120.
- Pires, R. M., Morais, E. J., Santos, M. R., Kock, M. C., Sardo, M. D., & Machado, P. A. (2004). Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Sinais Vitais* , 54.
- PNCP. (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde - Ministério da Saúde.
- Portela, J. L. (1999). Unidades de Dor Versus Unidades de Cuidados Paliativos (Controvérsias) (Eds.). In J. L. Portela, & I. G. Neto, *Dor e Cuidados Paliativos* (pp. 73-75). Lisboa: Permayer Portugal.
- Proctor, M., & all, e. (2000). Nurses' Knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. *Internacional Journal of Palliative Nursing* , 6 (9), 421-428.
- Querido, A., & Guarda, H. (2006). Hidratação em Fim de Vida (Eds.). In A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 309-319). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ramos, E., & Bento, S. (2007). As Competências: quando e como surgiram (Eds.). In M. Ceitil, *Gestão e Desenvolvimento de Competências* (pp. 87-118). Lisboa: Edições Sílabo.
- RCN. (2002). *Royal College of Nursing Competencies in Nursing - A framework for nurses working in specialist palliative care*. Retirado a 9 de Junho, 2004 de <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/20306/001958.pdf>

- Ritto, A. (2006). *A Dor e a Prática de Enfermagem*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Medicina do Porto.
- Ross, M. M., McDonald, B., & McGuinness, J. (1996). The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses knowledge of palliative care. *Journal of Advanced Nursing* , 23, 126-137.
- Santo, C. (1999). As Competências dos Enfermeiros e as Práticas de Enfermagem: Contributos para a Mudança. *Revista Referência* , 3, 53-58.
- Sapeta, A. P. (2003). Formação em Enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista de Investigação em Enfermagem* , 7, 25-35.
- Sapeta, A. P. (2004, Setembro). *Currículo de Cuidados Paliativos: Linhas Gerais de Orientação para o Ensino Pré-graduado em Enfermagem*. Retirado a 23 Junho, 2008, de http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *BMJ* , 313 (7072).
- Serrão, D. (2005, Março). *Daniel Serrão*. Retirado a 28 de Outubro, 2007 de <http://danielserrao.com/gca/index.php>
- Shea, J., Grossman, S., Wallace, M., & Lange, J. (2010). Assessment of advanced practice palliative care nursing competencies in nurse practitioner students: implications for the integration of ELNEC curricular modules. *Journal of Nursing Education* , 49 (4), 183-189.
- Slatten, K., Fagerstrom, L., & Hatlevik, O. (2010). Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. *International Journal of Palliative Nursing* , 80-86.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climpepsi Editores.

- UMCCI. (2010). *Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos – Rede Nacional de Cuidados Integrados 2011-2013*. Lisboa: Serviço Nacional de Saude Portugal.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A., & Wells, J. (2009). *Oxford Handbook of Palliative Care*. New York: Oxford Univesity Press.
- Wee, B., & Hughes, N. (2007). Introduction: learning and teatching palliative care (Eds.). In B. Wee, & N. Hughes, *Education in Palliative Care* (pp. 1-8). New York: Oxford University Press.
- Xavier, C. (2008). *Contributos da Formação na Área dos Cuidados Paliativos: Um estudo quantitativo nos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*. Tese de mestrado não publicada apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.