

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
Faculdade de Medicina



# Perceção dos Estudantes de Enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos

Álvaro Alexandre Francisco Capalo

Orientador: Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Mestre em Cuidados Paliativos

Lisboa- 2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
Faculdade de Medicina



# Perceção dos Estudantes de Enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos

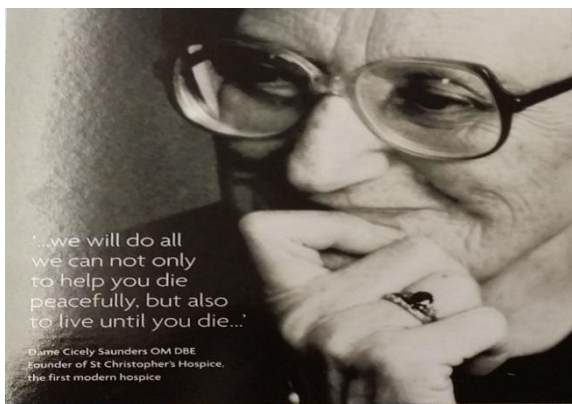
Álvaro Alexandre Francisco Capalo

Orientador: Prof. Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Mestre em Cuidados Paliativos

Lisboa- 2019

**“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19 de Novembro de 2019”**



'...we will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die...'

Dame Cicely Saunders OM DBE  
Founder of St Christopher's Hospice,  
the first modern hospice

*Dame Cicely Saunders*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu Deus Todo-Poderoso, que se manifestou ao cuidar da minha vida e saúde, mesmo distante da minha família.

Ao Professor Doutor Miguel Barbosa, pela orientação dada ao longo de todo este percurso e, especialmente, pelo empenho e disponibilidade no saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas, total colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da realização deste trabalho e por todas as palavras de incentivo. Horas e horas que nunca lhe vou conseguir agradecer. Obrigada pelo seu exemplo de dedicação à profissão. Todas as palavras são poucas para lhe agradecer...

À Dra. Sofia Amador pela disponibilidade e apoio oferecido. Um obrigado muito especial e sentido pela ajuda tão prestimosa.

Aos estudantes do 4º ano de Enfermagem da Escola Superior Politécnica do Moxico e do Instituto Superior de Ciências de Saúde de Luanda. O meu obrigado pela participação e colaboração. Sem vocês, não seria possível a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos da Turma VS: vocês têm sido a minha fonte de inspiração, sei quão importantes foram nesta longa caminhada. Obrigada por todos os momentos de reflexão.

Ao tio Miguel Troco, Octávio Jonjo e Tito Fernando Mukanda, pela força. Mesmo distante conseguiu ouvir o som das suas recomendações para não desistir da caminhada.

Aos meus tios Ilídio Lituai e Neves Lituai, os meus pilares, a minha força e o meu apoio incondicional. Sem a vossa ajuda nunca teria conseguido chegar ao fim.

Ao Aldemasio Capalo, Aquiliane Capalo e Elsa Adelina, por fazerem parte do meu pequeno núcleo. À minha querida mãe e avô Felismina, agradeço todo o apoio incondicional.

Amo-vos!

Obrigado por acreditarem em mim!

## **DEDICATÓRIA**

A ti, minha querida mãe, Eunice Justa Lituai, dedico esta dissertação. Estiveste ao meu lado nas horas em que me lamentei e nas horas em que demonstrei total alegria.

Agradeço pelo sorriso diário, sem mágoas nem rancores; agradeço de peito aberto e de alma exposta. Agradeço pelos meus dias de mau humor, em que me acalmaste em teu colo. Deste-me vida, amor, cuidado, corrigiste os meus erros, levantaste-me de meus tombos, deste-me conselhos, disseste não na hora certa. É uma grande amiga, é um pai, é uma mãe. É a única pessoa que consegue ser todas ao mesmo tempo. Comemoraste sempre as minhas conquistas. Para esta mulher incrível, eis a minha declaração incondicional de Amor.

Dedico ainda este trabalho a Aldemasio Capalo, Aquiliane Capalo e ao meu falecido pai Joaquim Francisco Capalo. Tenho plena certeza que teria orgulho do seu filho. Não pude conhecer-te mas quero que saibas que sempre foste a minha luz-guia quando mais precisei.

## RESUMO

**Introdução:** Em Angola, existe uma falta de preparação dos enfermeiros na sua formação técnica, educacional e pessoal na abordagem de temas relacionados a cuidados paliativos. Contudo, existe uma crescente consciência de que se deve desenvolver, de forma organizada e eficaz, os cuidados paliativos e investir na formação dos profissionais de saúde. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção dos estudantes de enfermagem angolanos sobre o ensino dos cuidados paliativos no ensino pré-graduado, procurando: (a) perceber se os cursos de enfermagem em Angola integram nos seus programas tópicos relacionados com os pilares dos cuidados paliativos (ex. controlo sintomático, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa); (b) determinar o grau de importância que os alunos de enfermagem atribuem a esses tópicos na sua formação e preparação para lidar com o doente em cuidados paliativos; (c) identificar necessidades práticas e de conhecimento por parte dos estudantes no ensino dos cuidados paliativos. **Métodos:** Participaram 109 estudantes (55,3% do sexo feminino) de enfermagem do Instituto Superior de Ciências de Saúde e da Escola Superior Politécnica do Moxico preenchendo um questionário sobre as atitudes e as opiniões em relação aos cuidados paliativos, a frequência com que temas relacionados com estes cuidados surgem no *currículo* do curso de enfermagem e o grau de importância que os estudantes atribuem a tópicos relacionados com os cuidados paliativos para a sua formação. **Resultados:** A maioria dos estudantes afirmou que ao longo da sua formação não foram abordados os temas basilares nos cuidados paliativos, nomeadamente, cuidados espirituais, conferência familiar, o processo de perda e luto, a morte e o morrer, medicalização da morte, medo e tabus relativos à morte, estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos, preparar antecipadamente a fase terminal de vida. No entanto, os estudantes consideram ser importante que os cuidados paliativos sejam abordados no *currículo* obrigatório do curso de enfermagem. **Conclusão:** Na percepção dos estudantes de enfermagem angolanos, a formação em cuidados paliativos durante o curso não é suficiente para desenvolverem competências nessa área. A identificação dessas necessidades formativas contribui para o desenvolvimento de uma proposta de um programa educacional que colmate esta lacuna.

**Palavras-chave:** Estudantes, enfermagem, cuidados paliativos, ensino de enfermagem, Angola.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Angola, there is a lack of preparation of nurses in their technical, educational and personal training in addressing issues related to palliative care. However, there is a growing awareness that palliative care should be organized and effectively developed and invested in the training of health professionals. This study aimed to evaluate the perception of Angolan nursing students about the teaching of palliative care in undergraduate education, trying: (a) to understand if the nursing courses in Angola integrate in their programs topics related to the pillars of palliative care (e.g., symptomatic control, proper communication, family support, and teamwork); (b) to determine the degree of importance that nursing students attach to these topics in their training and preparation for dealing with the patient in palliative care; (c) to identify students' practical and knowledge needs in teaching palliative care. **Methods:** 109 nursing students (55.3% female) from the Instituto Superior de Ciências de Saúde and from the Escola Superior Politécnica do Moxico participated and completed a questionnaire about attitudes and opinions regarding palliative care, the frequency with which subjects related to palliative care appear in the curriculum of the nursing course and the degree of importance that students attach to topics related to palliative care for their education. **Results:** Most students stated that during their training they have not approached key topics in palliative care, including spiritual care, family conference, the process of loss and grief, death and dying, medicalization of death, fear and taboos related to death, structure and service models in palliative care, prepare the terminal phase of life in advance. However, students consider that palliative care should be addressed in the compulsory curriculum in the nursing course. **Conclusion:** In the perception of Angolan nursing students, training in palliative care during the course is not enough to develop skills in this area. The identification of these training needs contributes to the development of a proposal for an educational program that fills this gap.

**Keywords:** Students, nursing, palliative care, nursing education, Angola.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AACN-** American Association of Colleges of Nursing

**AGR-** Association of Graduate Recruiters

**ANCP-** Associação Nacional de Cuidados Paliativos

**APCP-** Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**ICN-** International Council of Nursing

**CNCP-** Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

**CP-** Cuidados Paliativos

**EAPC-** European Association for Palliative Care

**EHEA-** European Higher Education Area

**FMI-** Fundo Monetário Internacional

**VIH-** Vírus de Imunodeficiência Humana

**IARC-** International Agency for Research on Cancer

**INE-** Instituto Nacional de Estatística

**IOELC-** International Observatory on End of Life Care

**ME-** Ministério da Educação

**MES-** Ministério do Ensino Superior

**MS-** Ministério da Saúde

**CNO-** Centro Nacional de Oncologia

**OE-** Ordem dos Enfermeiros

**OGE-** Orçamento Geral do Estado

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**PDN-** Plano de Desenvolvimento Nacional

**PIB-** Produto Interno Bruto

**PNCP-** Programa Nacional de Cuidados Paliativos

**PNDS-** Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

**SNS-** Sistema Nacional de Saúde

**UCP-** Unidade de Cuidados Paliativos

**UNGA-** United Nations General Assembly

**UE-** União Europeia

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Dados demográficos dos participantes .....	67
<b>TABELA 2</b> - Distribuição de resultados sobre os conteúdos lecionados na área dos cuidados paliativos.....	70
<b>TABELA 3</b> - Distribuição de resultados da percepção dos estudantes sobre a formação académica e extracurricular.....	71
<b>TABELA 4</b> - Distribuição dos resultados sobre frequência com que o tema do controlo da dor é abordado no curso.....	71
<b>TABELA 5</b> - Distribuição dos resultados sobre frequência com que o tema do controlo sintomático é abordado no curso .....	72
<b>TABELA 6</b> - Distribuição dos resultados sobre frequência com que o tema da comunicação é abordado no curso .....	73
<b>TABELA 7</b> - Distribuição dos resultados sobre frequência com que o tema do trabalho em equipa é abordado no curso .....	73
<b>TABELA 8</b> - Distribuição dos resultados sobre frequência com que o tema da espiritualidade e luto em fim de vida é abordado no curso .....	74
<b>TABELA 9</b> - Distribuição dos resultados sobre conteúdos programados no ensino dos cuidados paliativos.....	75
<b>TABELA- 10</b> - Distribuição dos resultados sobre diferenças de médias entre os estudantes do sexo feminino e masculino relativamente à percepção .....	77

# Índice

# Páginas

Introdução .....	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1. Cuidados Paliativos: Uma nova filosofia.....	3
1.1. - DEFINIÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	9
1.2. - PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	11
1.3. - EXPANSÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	15
2. Cuidados Paliativos em Portugal.....	22
3. Cuidados Paliativos em Angola .....	28
3.1. - NECESSIDADE DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ANGOLA .....	37
CAPÍTULO II- FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	46
2.1- Importância do Estudo dos Cuidados Paliativos .....	51
2.2- Formação Pré-graduada .....	53
2.3- Formação Pós-graduada.....	56
2.4- Formação em Enfermagem.....	59
CAPÍTULO III - MÉTODOS.....	67
3.1-Tipo de Estudo .....	67
3.2- Participantes.....	67
3.3- Instrumentos .....	68
3.4- Procedimento .....	69
3.5- Análise dos Dados .....	69
CAPÍTULO IV – RESULTADOS .....	70
4.1- Discussão .....	77
CAPÍTULO V- CONCLUSÃO .....	88
Recomendações e Perspetivas para o Futuro .....	91
Limitações.....	91
BIBLIOGRAFIA .....	93
APÊNDICES .....	102
ANEXOS .....	114

## Introdução

A ideia de estudar a perceção dos estudantes de Enfermagem sobre o ensino de cuidados paliativos nos cursos de enfermagem em Angola foi com o intuito de contribuir para uma maior sensibilização nesta área em Angola, nomeadamente junto do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (ME).

O presente trabalho comporta cinco capítulos. No primeiro, apresenta-se o enquadramento teórico, referenciando-se as atuais condições institucionais de ensino e assistência na área dos cuidados paliativos e a doentes em fim de vida. Sumariamente, alude-se ao modo como a mesma foi evoluindo ao longo dos tempos até aos nossos dias e que influências tiveram os investigadores na difusão desta temática. Descrevem-se as teorias dos cuidados paliativos e uma nova filosofia, suportada por Ten Have e Clark (2002), Clark e Winslow (2005), Santos (2001), Seymour et al., (2005), Barbosa e Neto (2016), e Branco e Baptista (2012). No decorrer dos seus estudos, ao buscarem a compreensão dos cuidados paliativos, concluíram que estes cuidados, por si só, têm um impacto positivo no decurso da doença e contribuem para a redução da possibilidade de luto patológico. São cada vez mais importantes, tendo em conta o aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas. Concluindo, nesta perspetiva, que os cuidados paliativos não devem ser encarados só na questão ética, mas sim uma questão de saúde pública e humanização dos cuidados.

Na segunda parte deste capítulo, apresentam-se alguns conceitos sobre cuidados paliativos, defendidos desde a década de 60 até aos anos 90, altura em que se dá a primeira reforma por intermédio da Organização Mundial da Saúde. Criando assim um conceito padrão, ligado à perspetiva do cuidado integral, defendido por Bernardo et al., (2016), ANCP (2006), APCP (2018), Passos (2015), Lopes (2013), Lima (2008), Radbruch et al. (2009), Martín, Trias, & Gascón (2009). Abordagem interdisciplinar centrada no doente e no seu familiar.

Na terceira parte, descrevem-se os princípios dos cuidados paliativos. Os autores defendem que o cuidado integral, o proporcionar alívio da dor e manter o controlo dos sintomas geradores de sofrimento são fundamentais, incluindo Hermes e Lamarca (2010), Teixeira (2017) e Abreu (2017).

A expansão internacional dos cuidados paliativos foi o quarto ponto desenvolvido neste capítulo. O seu teórico foi sustentado por Barbosa e Neto (2016), Palma (2007), APCP (2007), Barbosa (2014), Doyle (2005), Kumar (2018), Pinho-Reis e Coelho (2014), Zaman et al. (2017), Lynch, Connor e Clark (2013). Tendo em conta estes autores, os cuidados paliativos são direitos consagrados a todos os doentes em fase terminal, no entanto, é importante que os profissionais continuem a investigação para ajudar nas várias questões que a Medicina não consegue resolver.

Na quinta parte deste capítulo, descreve-se o surgimento dos cuidados paliativos em Portugal, e o contributo que tem dado para o desenvolvimento deste fenómeno à escala

mundial, sustentada pelos autores Ferreira (2016), Sapeta (2015), Pereira (2018), Passos, (2015), Pereira (2018) e Xavier (2018).

Na sexta parte, abordam-se os cuidados paliativos em Angola e as necessidades de implementação. Vemos como o crescimento populacional, assim como as doenças crónicas se têm espalhado no território angolano, preocupando a comunidade e exigindo uma breve intervenção.

O segundo capítulo refere a importância da formação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de cuidados paliativos. Procurando, neste contexto, compreender a importância que a formação de enfermagem na área dos cuidados paliativos tem e como outros países a integram nas suas unidades curriculares como necessidade de saúde pública. Não obstante, refletir nas competências adquiridas durante a fase formativa e evidenciar se há correlação entre a teoria e a prática.

O terceiro capítulo é sobre os métodos usados no nosso processo investigativo. Apresentam-se o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha e análise de dados, procedimentos formais e tratamento de dados.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados dos dados recolhidos. Foi possível identificar alguns problemas que se apresentam como desafios para o MS, assim como para o MES, e, de tal modo, compreender como as Escolas lidam com temas relacionados aos cuidados paliativos.

Por fim, apresentam-se as conclusões finais do estudo através da verificação dos objetivos antes apresentados, bem como dando resposta à pergunta de partida.

# CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. Cuidados Paliativos: uma nova filosofia

Falar sobre cuidados paliativos (CP) não é apenas falar sobre a morte, mas sim de vida e sua qualidade, de esperança realista, de respeito pelas preferências e objetivos dos doentes e das suas famílias (Capelas et al., 2017). É óbvio que, na qualidade dos profissionais de saúde serem os agentes do cuidar, devem superar as suas fraquezas emocionais para permitir oferecer ações saudáveis aos seus utentes.

Retomando a ideia de Capelas et al., (2017) importa realçar o seu ponto de vista quando refere que “é necessário um processo de comunicação afetiva e efetivo, com partilha de informação e de tomada de decisão, numa perspetiva de planeamento avançado dos cuidados, enquadrados nos valores e contextos culturais do doente e seu familiar”.

Deste modo, as pessoas devem ser tratadas com respeito e transparência, acima de tudo, com honestidade e responsabilidade profissional. Numa outra perspetiva, poderemos ter em conta o que nos refere Saunders (2013, p. 21), ao dizer que “devemos aprender o que uma pessoa sente quando sofre de dor.” Entende-se, deste modo, que a dor é sempre íntima, única e pessoal, e independentemente da zona afetada, está incontornavelmente ligada à condição humana desde a nascença até à morte. Quanto a este aspeto, a United Nations General Assembly (UNGA, 1948), defende que todos têm “direito a um padrão de vida adequado para a saúde e bem-estar de si próprio, da sua família, incluindo cuidados médicos e direito à vida, liberdade e segurança da pessoa.”

Cremos, de igual modo, que o envelhecimento é outro fator fundamental para o desenvolvimento de cancro. Pode-se verificar, de acordo com os estudos, que alguns autores apontam que a incidência de cancro aumenta drasticamente com a idade. Capelas, Coelho e Silva (2017), mostram que em 2015 a Assembleia Mundial da Saúde da OMS apresentou um documento onde defendia as pessoas idosas com necessidades paliativas, assim como não oncológicas, cuidados paliativos na pediatria e cuidados continuados.

De acordo com Seymour, Clark e Winslow (2005), o manejo da dor oncológica sofreu mudanças radicais na sua abordagem durante a segunda metade do século XX. A partir desta hipótese é oportuno referir que o cancro é um assassino silencioso que tem ceifado muitas vidas humanas nesta última década. Deste modo, a Organização Mundial da Saúde mostra que em 2018 registaram-se cerca de 9,6 milhões de mortes por esta patologia; no entanto, 70% dessas mortes são oriundas de países com baixa ou média renda.

Branco e Baptista (2012) defendem que a esperança de vida do homem da atualidade está anelada ao progresso científico que a medicina vem dando, na perspetiva de compreender o homem como um ser biológico e salvaguardar a continuidade da espécie. Já para Faustino (2011), esta esperança reside na abordagem dos cuidados

paliativos, na promoção da qualidade de vida, no respeito da dignidade e como prevenção do índice de envelhecimento que afeta os doentes na fase terminal das suas vidas.

Curiosamente, nesta mesma perspetiva, Capelas et al., (2017) mostra que ao estudar a fase final da vida, os profissionais de saúde devem considerar as várias fases que levam à morte, assim como estudá-la na sua íntegra.

Do mesmo modo, Ten Have e Clark (2002) referem que à medida que os cuidados paliativos se desenvolvem em muitos dos países da Europa e de outras regiões do mundo, também continuam a levantar-se importantes desafios éticos.

Estes cuidados surgem como escudo neste século para garantir o cumprimento do ciclo biológico: nascer, crescer, reproduzir, envelhecer e ter uma morte jubilosa. Tendo em vista a sua abordagem na eficiência e eficácia, e conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Santos, 2001).

Vivemos num século em que o manejo de doentes com cancro vem sofrendo transformações. Estas inovações estão centradas no paciente em final de vida, na avaliação dos analgésicos, na equipa multidisciplinar, no apoio à família e na criação de unidades especializadas (Seymour et al., 2005).

Nesta perspetiva, é de extrema importância reconhecer os passos e os desafios que a medicina em cuidados paliativos vem dando, procurando adaptar-se a dinâmicas sociais, pois a evolução humana tem sido acompanhada pela medicina. Branco e Baptista (2012), referem que as descobertas trouxeram à medicina algumas respostas relativas à saúde e à resolução de algumas doenças que pareciam sem resposta médica.

Ao compreender a importância da dor e sua elevada prevalência, o Homem passou a fazer estudos sobre o sofrimento do indivíduo, assim como as causas de quem o experimentava e, de entre os quais, saber identificar os possíveis conjuntos de emoções manifestas. De notar a reflexão de alguns autores, como Branco e Baptista (2012), que consideram a dor como uma experiência sensorial e emocional. Partindo desta análise, a dor pode ser considerada como um desconforto relacionado com o sofrimento físico, psicológico, espiritual, mental e social. É um fenómeno que se expressa de indivíduo a indivíduo e de cultura a cultura (Simon, 1998).

Como resultado, as práticas do controlo da dor foram sofrendo alterações, permitindo aos praticantes novos critérios de avaliação. E uma vez que estas práticas se organizavam no campo do estudo clínico, Noble et al. (2005) refere que foi neste momento que o problema da dor do cancro na doença avançada emergiu como o foco de uma disciplina relacionada: “hospice e cuidados paliativos”.

Podemos considerar que foi nesta perspetiva que Saunders, ao compreender o sofrimento do doente e de seus familiares, procurou estudar e investigar o controlo da dor e as principais necessidades que afetam os doentes em estado terminal e ainda procurar estratégias que visam melhorar a qualidade de vida do doente. Este paradigma

causou uma revolução na medicina moderna. Aclamado internacionalmente, este paradigma foi agraciado com prémios e honra em vários países (Saunders, 2013). Na perspetiva da DGS (2004), Neto (2010), OE (2011) citado por Lopes (2013) refere que estas estratégias estiveram assentes em quatro pilares básicos: comunicação eficaz, controlo adequado dos sintomas, apoio à família e trabalho em equipa.

Do mesmo modo, Neto (2004) mencionado por Lopes (2013) defende que se estes pilares forem ignorados na assistência ao doente e familiar, inviabiliza-se a qualidade dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos surgem, assim, numa perspetiva mais moderna no início dos anos 60, onde se reportava a combinação dos cuidados clínicos, formação e investigação (Capelas et al., 2015). Veio racionalizar os cuidados prestados outrora, na visão social, política e científica, promovendo a qualidade de vida, eliminando o sofrimento, melhorando a filosofia do cuidar para um cuidar mais humanizado, focado no doente como um todo.

Perante tal panorama mundial, este movimento foi essencial na atenção ao sofrimento dos doentes incuráveis, proporcionando respostas por parte dos serviços de saúde, onde foram especificados os cuidados que haveriam de ser dispensados a esta população (APCP, 2018).

A título de justificação desta afirmação, diremos que o Homem procurou sempre caminhos que visam dar ao indivíduo mais vida, mais saúde e mais qualidade nas assistências de enfermagem. Assim sendo, cai sobre o enfermeiro a responsabilidade de servir a população com zelo e profissionalismo.

Vivemos numa sociedade cada vez dinâmica e capacitada para sofrer mutações, no entanto, as circunstâncias e a mudança dos tempos trazem novos desafios que exigem preparo para ser superados. Neste contexto, estudar as melhores estratégias é garantir maior eficácia e eficiência no processo de assistência. Foi nesta perspetiva que o processo de institucionalização dos cuidados paliativos foi criado na Grã-Bretanha na década de 60, perante a possibilidade de melhorar a abordagem de cuidar.

De acordo com a American Psychological Association, existe um amplo consenso de que os médicos têm uma obrigação ética de aliviar a dor e outros sintomas angustiantes em pacientes com cancro avançado (Cherny, Nathan & Portenoy, 1994). Cecily Saunders inspirava as pessoas na maneira como abordava os seus encontros com os doentes em fase terminal, procurando sempre encarar os desafios e compreender as vias adequadas de se poder controlar a dor e outros sintomas.

Nesta perspetiva, cremos ser oportuno fazer uma referência à intervenção que Saunders teve com um doente judeu de 40 anos, em 1948, no hospital universitário de Londres. Este evento reforçou a necessidade de estudar mais as pessoas com doenças terminais. Assim sendo, esta estratégia culminou na criação do primeiro *hospice*: St. Christopher's Hospice, instituição de assistência a doentes terminais no ano de 1967 na

mesma cidade, veio a ser um exemplo de novos modelos em cuidados paliativos (Capelas et al., 2015), (Saunders, 2013).

Retomando as palavras de Beebe et al., (2015), quando nos diz que o foco está nos outros ao invés de si mesmo, é fundamental para compreender a diversidade cultural e encontrar estratégias para unir as pessoas (enfermeiros/doentes/famílias).

Como foi partilhado pelo autor atrás citado, faz-se presente um dos princípios da relação médico/doente. Cremos ser fundamental a relação interpessoal tanto nas atividades do enfermeiro como do doente e seus familiares. Na mesma perspetiva, Santos (2001) reforça este pensamento, mostrando que a relação interpessoal tem sido uma base na maximização da informação de retorno, permitindo aos profissionais construir estratégias para gerir conflitos.

Partindo desta análise, vários autores defendem e recomendam a prática dos princípios de relação interpessoal como forma de compreender as principais queixas de um doente e ambos encontrarem soluções. Silva (2003, p. 41) diz que a relação de afeto é aquela em que o profissional é capaz de “tocar o sofrimento, vendo-o de perto, olhando-o e reconhecendo-o; acima de tudo, é realmente entender o significado da medicina”. Na perspetiva de Sapeta (2004) citado por Lopes (2013), mostra que os enfermeiros encontram-se no centro do cuidar, pois são eles que acompanham o doente durante 24 horas por dia. Isso, por sua vez, habilita o enfermeiro a criar uma relação de proximidade entre o doente, família, amigos e outros acompanhantes.

Silva (2001, p. 44) refere que “quem sabe medicina, sendo por isso um profissional de qualidade, tem de entender aquilo que os homens entendem, os pensamentos que possuem, as ideias que desenvolvem, os trabalhos que realizam e a capacidade intelectual que realmente os distingue na sua qualidade humana.”

O autor considera a relação interpessoal como um processo de integração social, psicológica, cognitiva, emocional, afetiva e mental. Nesta perspetiva, um dos principais passos para se trabalhar nas unidades de cuidados paliativos está em conhecer o doente, assim como os seus familiares.

De aludir a ação de Luker, Rgn, e Ndcert (2000) em favor dos enfermeiros quando referem que o processo da relação deve instigar os profissionais na construção de relacionamentos: conhecer o paciente, visto como essencial para alcançar o melhor resultado.

No entanto, os valores ganham substância na forma como nos relacionamos no ser, não no saber. Este movimento abordava aspetos imperativos assentes no controlo da dor e outros sintomas, problemas do doente e família, formação e investigação. (Capelas, 2014); (Saunders, 2013).

Hermes et al., (2010), refere que os primeiros estudos de Cecily Saunders sobre os cuidados paliativos foram baseados em anotações clínicas e gravações de relatos de

doentes. Sendo sistemáticos nas abordagens descritivas qualitativas, a amostra de 1.100 doentes com cancro avançado, assistidos no St. Joseph's Hospice entre 1958 e 1965.

Perante a nossa atualidade, avaliando as transformações da sociedade, este estudo trouxe grandes benefícios para a enfermagem e repostas para aqueles doentes que apresentavam dores refratárias e irreversíveis. No entanto, diremos que o progresso científico tem contribuído miraculosamente para as necessidades humanas. Miettinen e Sc (2001), mostram que os CP têm um papel fundamental na saúde pública, assim como na sociedade, revolucionando a abordagem do cuidar na perspectiva de olhar o doente como o centro do cuidado, oferecer melhor qualidade de vida, respeitar a dignidade, apoiar a família, fazer avaliação integral e atendimento multiprofissional.

Do mesmo modo, McCorkle e Pasacreta (2001) reforçam, dizendo que os benefícios dos CP, são sentidos nos cuidadores domiciliares (família) que estão cada vez mais aptos e qualificados na prestação de cuidados complexos desconhecidos para os seus parentes com cancro. De referir também que vários foram os serviços de cuidados paliativos criados e implementados em alguns países da Europa e Américas tais como, Canadá, França, Argentina, Itália, Austrália e Brasil.

Numa época de alterações profundas e aceleradas nos planos científico, tecnológico, educacional, sociocultural, económico e político, surge a necessidade de se criar uma nova disciplina: a Medicina Paliativa que, atualmente, vários países reconheceram como especialidade em Medicina Paliativa (Capelas, 2014); (Jorge, 2005).

A difusão destes cuidados tornou-se intensa nos anos 80, com o reconhecimento da OMS, surgindo a necessidade de se promover um programa de cuidados paliativos, assente na abordagem ao doente oncológico. Na mesma década, os cuidados paliativos tiveram efeitos intercontinentais, surgindo na Austrália, com a criação da primeira Cátedra Universitária em Cuidados Paliativos, tendo a Medicina Paliativa como especialidade.

Capelas (2014) e Jorge (2005), defendem que estes cuidados foram-se difundindo e chegando a África, fator esse que permitiu a criação das primeiras Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) no Zimbabué e depois na África do Sul.

Tomando a ideia dos autores atrás referidos, importa realçar que no tocante à formação académica, pouco a pouco, estes cuidados foram ocupando o seu lugar nos sistemas de saúde, respondendo ao que parecia desconhecido, procurando definir as suas políticas e princípios numa perspectiva mais humanista. Capelas (2014, p. 4) refere que com o desenvolvimento das unidades em cuidados paliativos, surgiu a necessidade de se criarem novas organizações, “nomeadamente o International Hospice Institute que mais tarde, em 1999, dará origem à International Association for Hospice and Palliative Care, a Hospice Association of South Africa e a European Association for Palliative Care.”

Baseando-se na necessidade de crescer e desenvolver, tanto no campo teórico, prático e nas atividades científicas, o comité de cancro da OMS, criou em 1982 um grupo de trabalho para definir a política assente no alívio da dor, assim como recomendações do tipo *hospice* em todos os países que apresentam pacientes com necessidades paliativas (Ahmedzai, Costa, Blengini, Bosch, & Sanz-Ortiz, 2004).

De acordo com Capelas (2014, p. 4) “o termo Cuidados Paliativos surge, também pela 1ª vez por Balfour Mount, no Royal Victoria Hospital, Canadá.” Do mesmo modo, Martín, Trias e Gascón (2009), mostram que o termo Cuidados Paliativos, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas.

Já Maciel (2007), citado por Ferreira (2016, p. 26) refere a inclusão da medicina paliativa como especialidade na área da medicina no Reino Unido em 1987, data em que foi considerada pela primeira vez. No entanto, Capelas (2014) considera um marco importante a formação pré-graduada em cuidados paliativos que surge na Áustria como ditame para todos os profissionais.

Neste sentido, podemos afirmar que é fundamental a formação do indivíduo, quer para a vida profissional, quer pessoal, pois só assim poderá atuar e gerar mudanças na saúde do paciente de uma forma integral, assertiva nos comportamentos emocionais, físicos, psicológicos e espirituais do paciente, ajudando-o a ser um agente no controlo da dor. Por outro lado, o investimento na perspetiva investigativa, socioeconómica e política, permitiu aos CP justificar e afirmar a sua presença como ciência, concebendo novas definições, novos conteúdos de cuidados para traduzir o que realmente se deseja: trazer o doente para o centro de toda a atenção.

Pastrana e Ostgathe (2008) mostram que hoje existem cerca de 37 definições de cuidados paliativos em inglês e 26 na língua alemã.

Do mesmo modo, a OMS defende que os cuidados paliativos tiveram um grande avanço na década de 80, quando se definiram os “primeiros cuidados paliativos” e, em seguida, atualizando essa definição em 2002 (Ahmedzai et al., 2004).

Toda esta reforma tornou-se necessária para o desenvolvimento técnico e teórico dos cuidados paliativos; integrá-los de forma a facilitar o acesso dos seus serviços aos pacientes que necessitam de assistência multidisciplinar e mais profissionalizada. Deste modo, várias definições foram criadas e desenvolvidas por vários autores, partindo do pressuposto de que o apoio oferecido deve abranger várias dimensões emocionais e sociais, onde será possível observar as relações doente/família e profissionais de saúde.

## 1.1. - Definição dos Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos são o conjunto de atenção prestado ao doente desde o seu diagnóstico até à fase terminal de sua vida. Na perspectiva de promover segurança no atendimento emocional, social e espiritual para o doente e seus familiares. Estes cuidados só devem ser prestados por pessoal treinado.

Em 1990, a OMS define Cuidados Paliativos como “cuidado vigoroso e distinto para pacientes cuja doença não é suscetível a tratamento de cura. Focados no alívio da dor, controlo de sintomas, nos problemas psicossociais e espirituais. Estes cuidados têm como objetivo oferecer qualidade de vida aceitável para o doente e seus familiares” (Martín et al., 2009).

Já a European Association for Palliative Care (EAPC) apresentou em 2010 a sua definição de cuidados paliativos como “cuidado ativo e integral cuja doença não responde à terapêutica curativa, sendo a essência principal o controlo da dor e outros sintomas, problemas sociais, psicológicos e espirituais; são cuidados interdisciplinares envolvendo o doente, a família e a comunidade; são cuidados oferecidos de acordo com a vontade e o querer do doente, quer seja em casa ou no hospital; respalda a vida e toma a morte como um processo natural, procuram preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte sem adiá-la nem antecipá-la” (Bernardo et al., 2016).

Do mesmo modo que Galriça Neto (2003), citada por ANCP (2006), refere que estes cuidados estão centrados nas necessidades do doente e seus familiares, e não nos diagnósticos, pelo que, além dos doentes oncológicos, existem outros grupos que beneficiam destes cuidados.

A partir desta visão, várias definições foram criadas à luz dos cuidados paliativos com a finalidade de manter uma compreensão multicultural. De acordo com a European Association for Palliative Care (EAPC), os cuidados paliativos são ativos e globais aplicados a doentes cuja doença não reage a um tratamento curativo, sendo primordial o controlo da dor e outros sintomas com aspetos psicológicos e espirituais (Capelas et al., 2017; Radbruch et al. 2009).

Cuidados Paliativos são os cuidados aos doentes com doença progressiva, avançada, para a qual o prognóstico de vida é limitado, pelo que o enfoque se desloca da cura para a qualidade de vida (Bernardo et al., 2016).

Do mesmo modo que Silva (2003) nos refere que os cuidados paliativos são vistos como medicina do ambiente, medicina do bem-estar e da comodidade, a medicina do homem tranquilo, a medicina da convivência, e também a terapêutica da dor e o tratamento psicológico que se impuser.

Na perspectiva da APCP (2018), os cuidados paliativos são a “resposta ativa às dificuldades constantes da doença prolongada sem respostas terapêuticas e gradual, na tentativa de obviar o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de

vida a estes doentes e suas famílias. Estes cuidados de saúde são ativos, rigorosos, que correlacionam ciência e humanismo”.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (24 de Julho de 2012) refere que os cuidados paliativos são cuidados ativos e integrados, oferecidos por uma unidade e equipa de serviços especializados, na perspetiva de apoiar o doente em fase terminal da sua vida e produzindo o maior conforto necessário para a família, mantendo o principal foco no bem-estar, no alívio do sofrimento físico, psicológico, espiritual e social. Promovendo um tratamento rigoroso no controlo da dor e outros sintomas, quer no domicílio ou no hospital.

Partindo desta análise, Lima (2008) refere que estes cuidados devem ser abordados de uma forma interdisciplinar, englobando o doente, família e comunidade. A partir daqui, assume-se a ideologia de construir um meio com poder técnico para gerir e providenciar a resolução das necessidades do doente, quer ele se encontre em casa ou no hospital.

É de extrema importância a observação minuciosa e atenta dos cuidados oferecidos aos doentes e seus familiares, no tocante à atenção psicológica, emocional e espiritual. Partindo desta análise, Wallerstedt e Andershed (2007), mostram que há parentes que são afetados pela condição dos doentes e envolvem-se no seu sofrimento; a partir daqui, compete aos profissionais gerir e implementar bons cuidados de final de vida, e estendê-la na perspetiva de apoiar os familiares quando os sentimentos de insuficiência e incerteza são descritos.

A partir daqui, assume-se a ideologia de compreender a importância no cuidar da parte emocional do doente e da família, conhecer os principais pontos de intervenção, necessidades de segurança, apoio e autoestima. De notar que estes cuidados fazem do profissional um ser mais humanista, pois refletem-se no amor ao próximo e acima de tudo em ser a esperança para estes sofredores com dores refratárias.

Os cuidados paliativos no campo da enfermagem são efetivamente cuidados oferecidos na perspetiva técnica e ética, emocional e espiritual. Onde a abordagem medicamentosa é complementar de uma relação enfermeiro/doente, no ser compassivo, no saber teórico e técnico, na relação constante com a família, assentes no apoio, cuidar, no compromisso e cumprimento das suas tarefas, com o dever de acima de tudo respeitar o doente.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) referida por Lopes (2013, p. 22), os cuidados na área de enfermagem são abordados como cuidados de intervenção em saúde, na qual o enfermeiro é o principal sustentáculo.

Silva (2003) refere que o enfermeiro deve procurar através dos ensinamentos bioéticos, entender a pessoa humana, valorizando a sua dignidade. O ser humano sempre precisou de cuidados, quer para manter a vida quer para lutar contra o mal que o ameaça constantemente (Vieira, 2017).

O enfermeiro é responsabilizado por cuidar, apoiar, obrigado a desenvolver competências para ser suporte nas funções vitais do doente e auxiliar o médico. Partindo desta análise, acredita-se que o veículo para a transformação de caráter e desenvolvimento de competências é a formação.

De acordo com alguns especialistas em cuidar de pacientes em fim de vida, trabalhar nos serviços de cuidados paliativos é ter a capacidade para fornecer cuidados emocionais e apoio aos pacientes e famílias que sofrem dificuldades vitais como resultado de uma doença potencialmente fatal (Skilbeck, 2003).

Dada a complexidade do ser humano, a formação dos enfermeiros assume um importante papel nas atividades sociais e nas profissões que implicam oferecer serviços a outros. Partindo desta análise, as crenças e os valores que suportam a formação são fundamentais na área de qualquer atividade, pois o desenvolvimento desses conhecimentos, levará os futuros profissionais a fundamentar-se numa observação minuciosa e atenta à importância de oferecer cuidados na perspectiva mais humanista.

## **1.2. - Princípios dos Cuidados Paliativos**

A saúde e a doença são olhadas pelas circunstâncias que rodeiam o Homem e que o vão transformando, na sucessiva transformação das sociedades. Neste contexto, é importante instigar os enfermeiros a cultivarem verdadeira diligência e não temam utilizar a sua habilidade.

A nível dos CP podemos referir que a investigação foi o caminho ideal para angariar cada vez mais clientes. De acordo com Noffke (2002) citado por Cardoso (2016), este método permitiu a melhoria da prática educativa e assistencial, quer na perspectiva individual, como institucional, dos agentes implicados no processo.

A filosofia básica dos cuidados paliativos está assente no cuidado. Estes cuidados surgem como uma solução para os doentes que, apesar de não terem uma possibilidade de deter a doença, têm a possibilidade de utilizar os recursos da enfermagem para responder aos seus problemas.

Importa referir que os princípios são imutáveis, mas a forma como são aplicados sofre mudanças. Embora sendo recente a formação dos enfermeiros em cuidados paliativos, vem assumindo, entre nós, uma posição crescente, não pelo seu progressivo alargamento institucional, mas por representar uma mudança radical na abordagem do cuidar, integrando as pessoas próximas do doente e minorando os seus efeitos emocionais.

Assim sendo, os seus princípios estão assentes na importância da vida, na morte como um processo natural, na qualidade de vida, em não atrasar nem adiantar a morte, em obstinação terapêutica, no alívio da dor, no controlo de sintomas, na integração

psicológica e espiritual, no apoio à família durante a doença e no processo de luto (Hermes & Ribeiro, 2010).

É reconhecida a existência de dificuldades quando se trata de doentes em fim de vida; contudo, há que ter em conta estes princípios. Numa outra perspetiva, os enfermeiros devem saber as prioridades dos doentes com necessidades paliativas, estando permanentemente presentes e podendo observar a forma como o doente vai reagindo aos cuidados oferecidos.

Por outro lado, as necessidades físicas, psicológicas e espirituais necessitam de uma avaliação integral que possibilita uma intervenção mais completa. Neste contexto, o enfermeiro é a pessoa privilegiada por conhecer na íntegra as principais queixas do doente, tudo porque são eles que administram os medicamentos, o preparo do doente, supervisionam as reações adversas, cumprem com certos princípios científicos de aspetos éticos, e não obstante, passam 24 horas por dia com os doentes.

Segundo Vieira (2017), são os enfermeiros que conhecem as principais necessidades vitais do doente, desde o vestuário, alimentação, segurança e proteção. Em função deste pensamento podemos aludir que as atividades humanas efetivamente relacionadas com as necessidades do doente estão sob cuidados dos enfermeiros.

Procedendo a uma análise dos cuidados paliativos, podemos fazer menção de que foi oportuno a criação dos princípios de cuidados paliativos identificados pelo Diário da República (2012), Lei nº 52/2012 de 5 de setembro, que refere o seguinte:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Já Teixeira (2017) apresenta alguns princípios dos cuidados paliativos à luz do Serviço Nacional da Saúde, referindo que:

- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo normal;
- Não atrasam nem antecipam a morte, através da obstinação ou futilidade terapêuticas;

- Proporcionam um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- São implementados o mais precocemente possível no curso da doença, aliados a outras terapêuticas destinadas à cura ou prolongamento da vida (radioterapia, quimioterapia...)
- Proporcionam o alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento;
- Recorrem a uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades do doente e família, incluindo no processo do luto.

Os mesmos princípios são apresentados por Capelas et al., (2017, p. 24) como um conjunto de valores, baseados na promoção dos cuidados holísticos, incluindo a promoção do conforto e bem-estar do doente e seu familiar. No entanto, estes princípios encontram-se assentes na(o):

- Comunicação como pré-requisito para oferecer cuidados paliativos com qualidade.
- Autonomia: os CP só devem ser prestados quando o doente ou a família estiverem preparados para tal.
- Dignidade: os cuidados paliativos devem sobretudo, ser prestados de forma respeitosa e sensível aos valores, crenças, culturas, religião, práticas e leis de cada área, região ou país.
- Relacionamento doente-profissional: os profissionais de saúde devem manter uma relação colaborativa entre os doentes e seus familiares.
- Qualidade de vida: a promoção de melhor qualidade de vida é o principal objetivo dos CP, no entanto, a sua manutenção deve estar na base destes confortos.
- Posição face à vida e à morte, no respeito pela inviolabilidade da vida humana.

Para além do exposto, cremos ser oportuno aludir aos princípios defendidos por Capelas et al., (2017, p. 41) no seu livro “Direito à dignidade: serviços de cuidados paliativos” (os cuidados paliativos do ponto de vista organizacional):

1. Devem estar integrados no sistema nacional de saúde, nos seus diferentes níveis de prestação de cuidados e acessíveis a todos os que deles necessitam;
2. Devem ser componente integral da formação pré-graduada de formação médica e de enfermagem (...)
3. Devem ser desenvolvidos diferentes níveis de prestação de cuidados: básicos, generalistas e especializados (...)
4. Cuidados paliativos básicos devem ser desenvolvidos e reforçados em todos os recursos de saúde.
5. Em todos os níveis do sistema de saúde devem existir serviços especializados
6. Estes cuidados devem ser prestados por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais, terapeutas, entre outros)

7. Os cuidados especializados devem ser prestados por equipas interdisciplinares de elevada competência
8. Uso de práticas baseadas na evidência para controlo dos problemas e prevenção de crises
9. Procura de elevada efetividade na avaliação das necessidades dos doentes e família e eficácia na prestação de cuidados
10. Devem ser desenvolvidos sistemas de registo informatizados, partilhados e adaptados à multidimensionalidade do fenómeno que se trata
11. Os cuidados paliativos têm de ser flexíveis, dinâmicos, de acessibilidade fácil e com clareza de responsabilização
12. A organização requer um pensamento holístico e sistema flexível desde o domicílio ao hospital
13. O planeamento deve ter em conta as características demográficas da população
14. A organização deve ser sensível a questões de índole cultural e de organização de saúde de cada região
15. Devem encorajar o envolvimento ativo da família, outros membros da comunidade e instituições comunitárias
16. Os princípios de acessibilidade aos serviços deverão ser também aplicáveis aos cuidados paliativos.

Como visto anteriormente, é impossível negar a importância destes cuidados, como elemento central na produção de qualidade de vida dos doentes e seus familiares. Por outro lado, pode ser considerado um fio condutor para estabelecer um equilíbrio entre os prestadores dos cuidados e os beneficiários, possibilitando nesta perspetiva, melhores trocas de informação e melhor interação.

Poderemos ter em conta o que nos refere Simona (2000), citada por Barbosa et al., (2016) ao dizer que oferecer assistências com qualidade nos serviços de cuidados paliativos, requer dos profissionais a compreensão da vontade da família e do doente em fase final de vida.

Abreu (2017) defende que a sociedade vê no enfermeiro uma função importante na perspetiva de zelar e de proteger. Neste contexto, para se garantir o normal exercício, ele deve estar sempre pronto para servir, embalado por um idealismo solidário, fraterno e devotado.

Aliado a este pressuposto, a compreensão é o primeiro passo para a mudança, sobretudo, pelo facto do enfermeiro se encontrar na base da pirâmide do cuidador, cujo foco deve estar na aplicação de estratégias e táticas para o desenvolvimento de competências, aliado à transformação de comportamentos.

### 1.3. - Expansão internacional de Cuidados Paliativos

Farmer et al., (2010) refere que o cancro era considerado um problema quase exclusivo do mundo desenvolvido; hoje, é uma das principais causas de morte e incapacidade e, portanto, uma prioridade de saúde em todos os países.

Ao nível dos CP, a pesquisa e investigação foram sempre um suporte dos profissionais de saúde nos problemas que implicavam uma solução urgente, quer na perspetiva clínica como assistencial. Idêntico raciocínio estará em consonância com o pensamento de Barbosa e Neto (2016) quando reportam que ao longo do séc. XX a medicina sofreu inúmeros avanços no aspeto tecnológico e assistencial, assim como na abordagem educacional.

Corroborando com esta ideia, Capelas et al. (2017) mostra que foi a partir deste século que a medicina implicou os seus propósitos na investigação, na cura de doenças e no controlo de sintomas. De acordo com o autor já referido, este movimento começa a criar uma reforma na maneira como era abordado o doente terminal, referindo que o desenvolvimento destes cuidados procurou abranger todos os povos, raças, língua e nações.

A evolução e difusão dos Cuidados Paliativos tem sido notável nas últimas décadas em todos os continentes. Veio reduzir e retardar a morte precoce. Este avanço está focado em melhorar a qualidade assistencial do doente e seus familiares dentro do princípio que o enfermeiro é a alma do cuidar.

É sábio, quando Capelas et al., (2017) refere que é importante que o principal compromisso dos CP esteja direcionado preferencialmente ao doente e suas principais queixas, e posteriormente, oferecer apoio aos familiares.

Efetivamente, após a criação de St. Christopher Hospice, na Grã-Bretanha, houve uma expansão progressiva à filosofia do trabalho, o que permitiu alcançar um crescimento económico e assistencial. Palma (2007), mostra que este financiamento dos hospícios ingleses foi coberto por doações; só nos anos 90 é que o governo finalmente decidiu financiar parte dos cuidados.

Procedendo à análise da evolução destes cuidados, verificamos que na mesma década, o St. Christopher Hospice, permitiu que o movimento *hospice* se espalhasse pelo mundo, gerando grupos de consultoria, centros de referência, *home care* e programas de pesquisa e ensino.

Na perspetiva da APCP (2007) a difusão destes cuidados veio dar respostas rigorosas e científicas às necessidades das pessoas com doença prolongada, incurável e progressiva e suas famílias.

Embora a execução dos cuidados possa conferir alguma satisfação em termos de realização pessoal, efetivamente aos utentes, ainda é sentida a carência dos cuidados com qualidade, dos profissionais vocacionados a esta missão. Barbosa (2014, p. 11),

reforça este pensamento dizendo que “o progresso da ciência deriva de novos desafios que surgem sempre subordinados ao interminável tema da vida.”

No ano de 1974, nos Estados Unidos, foi inaugurado o primeiro hospício do país, em Bradford, Connecticut. Em meados dos anos oitenta, o Medicare reconheceu os CP dentro dos cuidados médicos a serem cobertos. A evolução dos cuidados paliativos para os americanos, ao contrário do sistema inglês, tem sido predominantemente focada no desenvolvimento de serviços domiciliares (Palma, 2007).

De acordo com Rogers, Holm, e Stone (1997), o tratamento domiciliar tem grandes vantagens na perspectiva assistencial, econômica e ambiental; segundo os autores, os cuidados oferecidos nos domicílios permitem uma avaliação integral e um tratamento natural.

Em 1994, os serviços de cuidados paliativos atendiam mais de 340.000 pacientes oncológicos e não oncológicos; atualmente, existem aproximadamente 2.400 programas de cuidados paliativos nos Estados Unidos. A incorporação de pacientes não oncológicos no cuidado foi uma inovação considerada pioneira em CP no mundo (Palma, 2007).

Na perspectiva de Doyle (2005), alguns países da América latina como Argentina, Colômbia, Brasil e Chile tiveram o benefício de abraçar os cuidados paliativos em meados dos anos 90. A sua difusão trouxe grandes avanços na saúde pública a nível do mundo; assim sendo, é de extrema importância o seu uso nas unidades sanitárias, assim como políticas.

Assim sendo, os países que abraçam estes cuidados e os usam como prioridades no seu sistema de saúde, têm de usar estratégias que beneficiem os mais necessitados, e incluam os serviços a todos os níveis. Segundo Barbosa (2014, p.11) “não é possível dar sentido às coisas se não as apreciamos, se não emitirmos juízos de valor”. O autor referido, defende que a prestação de cuidados à pessoa na área da saúde é sempre oferecida na base dos valores que variam de acordo com o tempo e lugar.

Em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde, aprovou um decreto onde estava sublinhada a seguinte recomendação: “Todos os países membros” devem por sua vez integrar os cuidados paliativos no “sistema de cuidados de saúde (Kumar, 2018).”

Atualmente, existem cerca de 8.000 serviços de Cuidados Paliativos no mundo, em aproximadamente 100 países diferentes. Esses serviços são diversos e incluem: unidades de suporte intra-hospitalares móveis, unidades de cuidados paliativos intra-hospitalares, casas de repouso para pacientes terminais, unidades hospitalares de dia, monitoramento ambulatorio e equipamentos de apoio domiciliar. Embora os Cuidados Paliativos tenham começado como um movimento médico-social não-alinhado com a medicina académica, que criticava o seu excessivo interesse pela doença e a sua falta de interesse pelo paciente que sofre, eles cresceram e finalmente foram aceites pelos centros académicos mundiais (Doyle, 2005).

A área da gestão de serviços de saúde é uma das áreas mais complexas de se gerir, exige profissionais bem preparados no domínio técnico-científico, habilidades em trabalhar em equipa, capazes de tomar decisões difíceis com objetivo de salvaguardar a imagem do doente, da instituição, assim como de si próprio. Todavia, a formação destes profissionais é o requisito recomendado para saber lidar com os fatores de risco, as terapias de eleição, e por fim, velar pelos benefícios do doente e seu familiar.

Segundo Uq, Hickman, Unsw, Kearns, e Phillips (2010, p. 1) é “essencial que o ensino de enfermagem prepare os graduados para alcançar as capacidades básicas necessárias para a prestação dos melhores cuidados paliativos baseados em evidências.”

Nesta perspetiva, foi criada a primeira subespecialidade médica chamada Medicina Paliativa, na “Grã-Bretanha em outubro de 1987”, posteriormente teve o reconhecimento em vários outros países, como “Austrália, Bélgica, Nova Zelândia, Hong Kong, Polónia, Singapura, Taiwan e Roménia (Doyle, 2005) e (Kumar, 2018).”

Quanto à difusão desses cuidados, Kumar (2018), refere que o *hospice* e a medicina paliativa, são já consideradas como subespecialidade médica reconhecida em alguns países como a Irlanda, Estados Unidos e Canadá. O autor defende que existem muitos países europeus que estão no processo de certificação para integração dos cuidados paliativos.

Apesar disso, ainda há muito a fazer quanto ao ensino dos cuidados paliativos; neste enquadramento, Kumar (2018) refere que tal fenómeno ainda não está efetivamente proliferado, pois o seu serviço beneficia apenas 14% dos necessitados. Neste contexto, é fundamental a difusão destes cuidados na África, Ásia e Europa, devido à grande ênfase que atribui à preparação de alto nível, na perspetiva de especialização e subespecialização dos profissionais.

De acordo com o International Observatory on End-of-Life Care (IOELC), os pesquisadores contribuirão para a difusão dos cuidados que “atingirá a África, Europa Oriental, Ásia Central, Índia, Médio Oriente e parte da América Latina. Além deste fenómeno, o Observatório alude que mais de 60 relatórios nacionais haviam sido publicados no *site* da IOELC (Greenwood, 2019).

No entanto, a integração dos CP no sistema de educação é fundamental, visando esclarecer, informar, transmitir com mais solidez os seus princípios e sua missão na assistência, incluindo a crença de acelerar ou retardar a morte. Todavia, é necessário refletir sobre o processo de ensino nas instituições; é lá que o conhecimento é produzido, adquirido e investido para a segurança de uma nação.

Nesta missiva, Barbosa (2014, p. 5) comunica que as instituições devem facultar as ferramentas para o aprendizado, conduzindo o estudante “a cultivar/aprender a exigência, o rigor, os métodos de trabalho, e as capacidades que o ajudam a se definir tanto individualmente como em equipa.”

Silva (2003, p. 32), considera que a formação é essencial para o desenvolvimento profissional e institucional, pois permite que “a educação, investigação, prevenção e atividades assistenciais, constitui o universo da saúde e este desenvolvimento tem a ver com a presença dos profissionais em todos os campos, instituições onde estas atividades cresçam.”

Assim sendo, o mundo tecnológico tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento e crescimento dos cuidados paliativos. Os esforços de parcerias e colaboração dos governos e dos ministérios da saúde, tem contribuído efetivamente na integração dos cuidados paliativos em vários países, com o propósito de enfatizar a necessidade do uso dos opióides, e integrá-los nos currículos educacionais.

Atualmente, existem numerosas associações internacionais de CP e cerca de uma dúzia de revistas científicas dedicadas ao assunto. A pesquisa de nível acadêmico voltada para a Medicina Paliativa tem tido um desenvolvimento crescente nos últimos anos, o que tem sido um dos argumentos subjacentes para sustentar o seu *status* de subespecialidade emergente (Casarett, 2005).

Neste sentido, é de toda a importância perceber o que têm sido os desafios dos profissionais, das instituições e das associações, em contribuir na promoção da qualidade de exercícios profissionais nas diferentes áreas de enfermagem, medicina e psicologia. Contribuir para a investigação acadêmica é responder às questões acadêmicas.

Cortes (1997) considera que vários estudos têm sido publicados mostrando o grau de desenvolvimento da Medicina Paliativa em todo o mundo. Vários artigos são publicados sobre a situação dos cuidados paliativos em países tão diversos como Austrália, Suécia, Uganda, Turquia, Filipinas, Singapura, Índia, China, Taiwan, Japão, Indonésia e Israel.

Esta revolução no campo da investigação é unicamente pelo bem-estar do doente. Atualmente, há profissionais trabalhando no campo, continuando a desenvolver o conhecimento e a procurar soluções para responder aos inúmeros problemas que vêm abraçando a sociedade moderna.

Nas últimas décadas, a Associação Americana de Faculdades de Enfermagem, (AACN-2000), vem desenvolvendo competências na área dos cuidados em fim de vida para os enfermeiros e a integração curricular desta temática permitiu ao profissional ter capacidades para lidar com este fenómeno (Schlairet, 2009).

Sempre é importante lembrar que as pessoas munidas de informações são aquelas que leem e procuram atualizar-se com frequência, estão muito mais capacitadas em relação àqueles que não o fazem; no entanto, todo o profissional que busca a investigação e a pesquisa constante tem mais possibilidade de progredir na sua carreira profissional.

Portanto, pode não ser o papel dos cuidados de saúde buscar uma solução barata para os problemas que a tecnologia e o envelhecimento apresentam, mas fornecer

pacotes de cuidados para pessoas em diferentes situações que levem em conta adequadamente os seus desejos.

Neste século, várias instituições têm sido construídas com o objetivo de produzir os conhecimentos e solucionar os problemas que afligem a população. A Foundation for Hospices in Sub-Saharan Africa, a Latin American Association of Palliative Care, a Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, a African Association for Palliative Care e o United Kingdom Forum for Hospice and Palliative Care Worldwide, pela organização Help the Hospices, instituições credenciadas para responderem as importantes questões da saúde pública (Higginson, 2004).

Berndardo e Capelas (2014) falam destes movimentos como um processo de desenvolvimento local que se foi disseminando por uma grande vastidão de países, hoje em dia, apresentando mais de 115 países dos 234 existentes que abraçaram estes serviços de cuidados paliativos, com uma grande diversidade de programas, de tipologias, assim como de objetivos dos programas, especialmente no que respeita ao público-alvo.

Apesar do avanço científico e da resposta advogada pelos cuidados paliativos, é uma modalidade com o objetivo de oferecer qualidade e dignidade aos doentes terminais, numa perspetiva singular de sua doença. Carvalho e Parsons (2012), referem que estes cuidados resgatam a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

Para a APCP (2018), estes cuidados são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não com base no seu diagnóstico. O problema da doença terminal atravessa todas as faixas etárias, incluindo a infância.

Deste modo, Zaman et al., (2017) refere que para lidar com os desafios futuros do atendimento ao fim da vida no contexto global, é importante identificar denominadores comuns de cuidados de fim de vida em todo o mundo e trabalhar a partir daí para desenvolver uma oferta cultural e localmente adequada de cuidados paliativos.

Os CP na perspetiva europeia têm provocado grandes reformas nas últimas décadas, tanto no sistema político, económico e social, promovendo oportunidades para os países pioneiros em CP. Segundo a EAPC (2011, p. 4) “houve mudanças profundas feitas nos sistemas de saúde de alguns países do leste da Europa.” O mesmo artigo mostra como a abordagem dos CP vem ganhando excelência em países como Rússia, Polónia, Hungria e Roménia. Nesta perspetiva, a EAPC pede a colaboração de outros países na integração dos CP no sistema de saúde (EAPC, 2011).

Ainda na mesma linha de pensamento, Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich (2002, p. 1) mostram que “apesar dos esforços substanciais e significativos progressos realizados no desenvolvimento de cuidados paliativos em todo o mundo na última década, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas”. Os autores defendem

que ainda existem muitos países que não consideraram os cuidados paliativos como problema de saúde e, portanto, não o incluem em sua agenda de saúde.

Assim sendo, a EAPC (2011), mostra que existem 119 países sem prestação de cuidados paliativos. Zaman et al., (2017) diz que apenas 20 países do mundo abraçaram a filosofia dos cuidados paliativos. No entanto, é fundamental que os políticos, promovam estes cuidados como direito de todo o cidadão, criando estratégias para a integração curricular e garantindo a sustentabilidade e cobertura adequada.

Em resposta a esta afirmação Schlairet (2009, p. 2) diz que é importante que a “base do conhecimento, habilidades e competência em CP começa com a educação de enfermagem.” Do mesmo modo, Barbosa (2014, p. 4) defende que “a educação passa na sua essência, por transformar informações em conhecimentos, e estes em sapiência, consoante certas finalidades”.

Incidir nos pensamentos dos autores já aludidos, é dar estímulo ao desenvolvimento do espírito científico, do pensamento reflexivo e da criação cultural, consequentemente a uma reforma curricular de enfermagem. Todavia, é fundamental referir que vários são os países que se encontram implicados com a missão de desenvolver os cuidados paliativos na sua íntegra. Embora os Cuidados Paliativos tenham a sua criação na Inglaterra, estamos de acordo que vem sofrendo grandes transformações na sua abordagem genética.

Lynch et al. (2013) realizaram um estudo com o objetivo de categorizar o desenvolvimento dos cuidados paliativos nos países em todo o mundo. De acordo com os resultados, o estudo permitiu dividir-se em 6 partes de acordo com os grupos. O 1º grupo estava apresentado pelos países que não possuem nenhuma atividade paliativa. O 2º grupo é o de países em que estes cuidados estão numa política formativa ou seja (atividade de capacitação). O 3º e o 4º grupos foram subdivididos produzindo dois níveis adicionais de categorização; por exemplo: 3a) provisão de cuidados paliativos isolados; 3b) provisão de cuidados paliativos generalizados; 4a) países onde os serviços de cuidados paliativos estão em uma fase de integração preliminar na provisão de serviços tradicionais e 4b) países onde os serviços de cuidados paliativos estão em um estágio de integração avançada na prestação de serviços tradicionais (Lynch et al., 2013).

Importa-nos neste contexto apresentar os países que compõem os referidos grupos:

Grupo 1 Nenhuma atividade conhecida  $n = 75$  (32%)

*“Afeganistão, Samoa Americana, Andorra, Anguila, Antígua e Barbuda, Aruba, Benim, Butão, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Ilhas Cook, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Ilhas Falkland, Ilhas Faroé, Guiana Francesa, Polinésia Francesa, Gabão, Gronelândia, Granada, Guam, Guiné, Guiné-Bissau, Quiribáti, Coreia (DPR), Laos, Libéria, Líbia, Liechtenstein, Maldivas, Ilhas Marshall, Martinica, Mauritània, Mayotte, Micronésia, Mónaco, Montserrat, Nauru, Antilhas Holandesas, Nova Caledônia, Níger, Ilha Norfolk, Ilhas Marianas do Norte, Palau, Púcairn, Santa Helena, Saint Kitts e Nevis, São Pedro e*

*Miquelon, São Vicente e Granadinas, Samoa, São Marino, São Tomé e Príncipe, Senegal, Ilhas Salomão, Somália, Svalbard, Síria, Timor-Leste, Togo, Toquelau, Tonga, Turcomenistão, Ilhas Turks e Caicos, Tuvalu, Ilhas Virgens Americanas, Uzbequistão (categoria 2), Vanuatu, Wallis e Fortuna, Saara Ocidental, Iêmen.”*

Grupo 2 Capacitação  $n = 23$  (10%)

*Ilhas Aland (- da categoria 3), Argélia, Azerbaijão (- da categoria 3), Bolívia, Ilhas Virgens Britânicas, República Democrática do Congo, Dominica, Fiji, Haiti, Santa Sé (Vaticano), Honduras (- da categoria 3), Madagáscar, Maurícias, Montenegro (+ da categoria 1), Nicarágua, Omã, Autoridade Palestiniana, Papua Nova Guiné, Qatar, Reunião, Seychelles, Suriname, Tadjiquistão, Bahamas.*

Grupo 3a Provisão isolada  $n = 74$  (31,6%)

*Angola (+ da categoria 1), Arménia, Barém (+ da categoria 2), Bangladesh, Barbados, Belize (+ da categoria 2), Bermudas, Botsuana, Brasil, Brunei (+ da categoria 2), Bulgária, Camboja, Camarões, Ilhas Caimão, Colômbia, Congo, Cuba, República Dominicana, Equador, Egito, El Salvador, Estônia, Etiópia (+ da categoria 2), Gana (+ da categoria 2), Gibraltar, Grécia, Guadalupe, Guatemala, Guernsey, Guiana, Indonésia, Irã (+ da categoria 2), Iraque, Ilha de Man, Jamaica, Jersey, Cazaquistão, Coreia do Sul, Kuwait (+ da categoria 2), Quirguistão, Letônia, Líbano (+ da categoria 2), Lesoto (+ de categoria 2), Macedônia, Mali (+ da categoria 1), México, Moldávia, Marrocos, Moçambique (+ da categoria 2), Myanmar, Namíbia (+ da categoria 2), Nigéria, Niue (+ da categoria 1), Paquistão, Panamá, Paraguai (+ da categoria 2), Peru, Filipinas, Reunião, Rússia, Ruanda (+ da categoria 2), Santa Lúcia (+ da categoria 2), Arábia Saudita, Serra Leoa, Sri Lanka, Sudão (+ da categoria 2), Gâmbia, Tailândia, Trinidad e Tobago, Tunísia, Ucrânia, Emirados Árabes Unidos, Venezuela, Vietnã.*

Grupo 3b Oferta generalizada  $n = 17$  (7,3%)

*Albânia, Argentina (categoria 4), Bielorrússia, Bósnia e Herzegovina, Costa do Marfim (+ da categoria 2), Croácia, Chipre, República Tcheca, Geórgia, Índia, Jordânia, Lituânia, Malta, Nepal, Portugal, Suazilândia, Turquia (+ da categoria 2)*

Grupo 4a Integração preliminar  $n = 25$  (10,7%)

*Chile, China (+ da categoria 3), Costa Rica, Dinamarca, Finlândia, Hungria, Israel, Quênia, Luxemburgo (+ da categoria 3), Macau (+ da categoria 3), Malawi (+ da categoria 3), Malásia, Mongólia, Holanda, Nova Zelândia, Porto Rico (+ da categoria 2), Sérvia (+ da categoria 3), Eslováquia (+ da categoria 3), Eslovênia, África do Sul, Espanha, Tanzânia (+ da categoria 3), Uruguai (+ da categoria 3), Zâmbia (+ da categoria 3), Zimbabue (+ da categoria 3).*

Grupo 4b Integração avançada  $n = 20$  (8,5%)

*Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Noruega, Polônia, Romênia, Singapura, Suécia, Suíça, Uganda, Reino Unido, EUA. (Lynch et al., 2013, p.6)*

## 2. Cuidados Paliativos em Portugal

Os cuidados paliativos em Portugal existem há mais de duas décadas e tiveram o seu começo no ano de 1992, com a inauguração da Unidade de Dor do Hospital do Fundão que quase de imediato se transformou no Serviço de Medicina Paliativa do mesmo hospital (Ferreira, 2016). Na necessidade de responder às aflições e melhorar a qualidade de vida dos seus utentes, o sistema de saúde português fez uma reforma integrando estes cuidados como direito dos doentes em fase terminal de suas vidas.

Nesta perspetiva, os desafios foram lançados com vista a melhorar as estratégias na prestação de cuidados aos doentes, tal como aos seus familiares. Sapeta (2015), refere que um dos desafios da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos é de orientar e coordenar a investigação para a demonstração das necessidades da população, de criação e implementação de serviços de cuidados paliativos e fazer dos resultados notícias para o benefício público.

Tendo em conta esta afirmação, vê-se o quanto o campo da investigação é importante, tanto para a área académica, institucional como para a política. Todavia, é através dela que muitas questões aparentemente impossíveis são respondidas, e novas estratégias são implementadas como recomendações para todos os profissionais ligados à área dos cuidados paliativos.

Deste modo, Pereira (2018) mostra que há um avanço no campo da investigação nos últimos cinco anos em Portugal na produção académica na área dos cuidados paliativos. O autor acresce dizendo que há produção académica nos oito domínios de cuidados paliativos de qualidade e nos três níveis de recomendação para prioridades de pesquisa baseadas na prática.

Assim sendo, depois da primeira unidade dos serviços de cuidados paliativos, e com grandes investimentos na área da investigação, surgiram em Portugal no ano 1994 outros serviços destinados a doentes oncológicos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Já no ano de 1996, o Centro de Saúde de Odivelas foi pioneiro em criar a primeira equipa de suporte domiciliário. O Instituto Português de Oncologia de Coimbra abraçou este desafio em 2001. Estas iniciativas não tiveram por base uma estrutura governamental mas resultaram do interesse de profissionais por esta área da saúde, com o apoio das instituições. Na mesma perspetiva, a Unidade de Cuidados Paliativos do Porto contou com o apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro (Passos, 2015; Marques et al. 2009).

Por exemplo, a APCP (2018) mostra que atualmente todas as equipas de cuidados paliativos em funcionamento se encontram registradas na página eletrónica da APCP, estruturadas com base nos critérios e recomendações internacionais.

Através desta estratégia de investigação e inovação têm-se registado os benefícios na perspetiva académica e institucional. Com estes desafios, o Governo vem criando políticas que contribuam para o surgimento de recursos tanto humanos como materiais,

promovendo oportunidades para que os profissionais continuem a formar-se para melhor servir aos utentes.

Tendo em conta estas estratégias, Bernardo e Capelas (2014), mostram que só em 2004 é que o Plano Nacional de Saúde, no seu programa estratégico, definiu os cuidados paliativos como área prioritária. Na mesma senda, o MS lança o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), que considerava estes cuidados como constituintes essenciais dos cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados paliativos como área de direito dos doentes com estas necessidades surge na perspectiva de responder ao índice de envelhecimento que o país está a passar, pois as doenças oncológicas são as mais predominantes num país onde a esperança de vida é de 81 anos (Pereira, 2018).

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que Portugal é um dos países que mais necessita de cuidados paliativos. Passos (2015, p. 8), mostra como os cuidados paliativos se difundiram em Portugal e como vêm enfrentando os desafios nesta área, começando com “29 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, 28 Unidades de Cuidados Paliativos e 19 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, o que perfazia um total de 76 equipas em funcionamento”.

A autora referida mostra que existem neste momento em Portugal “45 equipas na Região Sul, 22 na Região Norte, 9 na Região Centro, 3 na Região Autónoma da Madeira e 3 na Região Autónoma dos Açores. Todos os distritos de Portugal possuem equipas de Cuidados Paliativos, exceto Leiria e Santarém”.

Não obstante, estes cuidados foram difundidos em todos os distritos do país como direito de todos os utentes que deles necessitam. Assim sendo, é de extrema importância a promoção dos recursos humanos com o objetivo de preencher e criar equipas multidisciplinares para o cumprimento destes cuidados.

Segundo Pereira (2018, p. 2), num estudo publicado recentemente, neste momento em Portugal existem “20 unidades de CP, 34 equipas de apoio e 33 unidades de CP. Todavia, o país para encontrar uma estabilidade na área precisa de 133 equipas de CP, 102 equipas de apoio hospitalar, 28 unidades de CP e 46 *hospices*”.

Na perspectiva da APCP (1995), estes cuidados são um direito de todos e não um privilégio só para alguns, mas a maioria dos doentes (95%) que usufruem dos serviços de cuidados paliativos são doentes com cancro e não doentes com outras patologias terminais (Santos, 2007).

Tendo em conta que é um direito, necessita de ser bem oferecido. Neste contexto, pode dizer-se que são cuidados que envolvem o humanismo e a ciência, onde o principal foco é o alívio da dor e o controlo dos sintomas, assentes no sofrimento espiritual, físico, psíquico e emocional da pessoa em fase terminal da sua vida.

Por outro lado, são cuidados que visam minorar o sofrimento inerente ao processo da doença incurável e da morte, através de uma abordagem holística e personalizada às necessidades do doente e da sua família. É estar mais preocupado com o doente do que com a doença e ter como objetivo primordial melhorar a sua qualidade de vida.

Nesta perspetiva, a APCP elabora em 2006, três importantes documentos de recomendações, que estavam assentes na formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos, na organização de serviços em Cuidados Paliativos e nos critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Estas recomendações foram sustentadas no ano de 2011, na perspetiva de evidenciar a necessidade do desenvolvimento sustentado e equitativo de um Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Não obstante, o Despacho 7968/2011 do Gabinete da Ministra da Saúde, considera a obrigatoriedade da existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (Bernardo & Capelas 2014).

Como é óbvio, o fator determinante na difusão destes cuidados, esteve na vontade política e na necessidade de aceitar os desafios na área do conhecimento científico e tecnológico, atitude muito profissional para intervir nos fatores sociais, culturais e psicológicos dos seus utentes, como na perspetiva do processo de ensino. A APCP (2018) mostra que estes desafios permitiram a Portugal contar com um Programa Nacional de Cuidados Paliativos, aprovado em 15 de Junho 2005, Circular Normativa que previa o funcionamento de 25 unidades de cuidados paliativos.

Atualmente, Portugal é considerado um dos países com a população mais envelhecida da União Europeia (UE). Estes indicadores têm sido preocupantes no setor político, económico e sociodemográfico. Neste sentido, é de extrema importância para o Governo, adotar um plano e traçar estratégias que visam inverter este quadro. Os estudos referem que o número de idosos já ultrapassa o número de jovens em Portugal, de acordo com os últimos indicadores publicados (INE, 2017, p. 1):

- Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.
- O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões; mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos, motivada pela redução de mulheres em idade fértil, como reflexo de baixos níveis de fecundidade registados em anos anteriores.
- O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões.
- A população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas.

Do mesmo modo, a União Europeia refere que a saúde em Portugal é como um bem social, é um dos países que vem aumentando “a esperança média de vida, mais do que seria esperado, atendendo ao seu nível de desenvolvimento, de acordo com um estudo internacional, divulgado pelo *Lancet* (Comissão Europeia, 2017).

Na mesma perspetiva, é referido que mediante o estudo *Global Burden of Disease 2016*, a esperança média de vida em Portugal no ano de 2015, era de 83,9 anos para as mulheres e de 77,7 anos para os homens, ultrapassando a esperança média de vida global, que era de 75,3 anos para as mulheres e de 69,8 anos para os homens.

Neste sentido, pode-se afirmar que é de extrema importância que o Governo reflita sobre o país que pretende ter daqui a 30 anos. Vê-se este fenómeno progredindo pouco a pouco. Segundo o INE (2002, a população idosa com mais de 75 anos tem aumentado de 2,7% para 6,7% do total da população entre 1960 e 2000. Na mesma perspetiva, a população com 85 anos vem aumentando de 0,4% para 1,5%.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português vive hoje dias difíceis. Pode-se afirmar que está perante o maior desafio da sua história. Noutra perspetiva, a Comissão Europeia (2017, p. 3) refere que o “acesso as necessidades de cuidados médicos não satisfeitos assemelham-se à média da UE, mas as disparidades geográficas na disponibilização dos serviços são o principal obstáculo ao acesso em Portugal.”

Estes desafios estiveram envolvidos no crescimento científico em busca de melhores soluções para lidar com estes problemas e melhorar o estado de saúde da população portuguesa. Assim sendo, de acordo com *Health Consumer Index 2016*, Portugal atingiu 76% pontos possíveis no quadro do *ranking* internacional que avalia os sistemas de saúde do ponto de vista do consumidor”. (SNS, 2019)

Todavia, urge a necessidade de se introduzirem novas medidas para a sustentabilidade do SNS. Obriga a entendimentos das várias forças políticas e da sociedade civil; estando assim criadas as condições para que os diferentes atores do sistema de saúde convirjam no mesmo sentido, dando o seu contributo para a introdução e implementação de novas medidas que visam a sustentabilidade do SNS. Santos (2007), afirma que Portugal se encontra numa fase de integração preliminar e que existe uma oportunidade para desenvolver os cuidados paliativos mesmo durante a atual crise económica, pois envolve um uso mais racional dos escassos recursos existentes.

No entanto, estes cuidados em Portugal ainda se podem encontrar longe dos números preconizados pela EAPC, relativamente às exigências para a prestação de CP com qualidade a todos os que deles necessitem. Diniz (2015, p. 6) refere que “urge, portanto, colmatar esta carência. Tanto mais que o envelhecimento da população, o aumento da incidência do cancro e a emergência da SIDA tornam a situação dos doentes que carecem de cuidados paliativos num problema de enorme impacto social e importância crescente em termos de saúde pública.”

O PNCP, através da Direção-Geral da Saúde em 2004, reconhece algumas iniciativas de promoção da qualidade na prática de cuidados paliativos, refere que a complexidade das situações clínicas, assim como a variedade das patologias, requer, naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada dos profissionais, preparados e dedicados à própria comunidade, envolvendo neste contexto, a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada nos contextos práticos e teóricos (ANCP, 2006).

Ainda na mesma linha de pensamento o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, afirma que a formação básica alargada será uma garantia da humanização dos cuidados de saúde e do aumento de qualidade da prestação das chamadas ações paliativas que decorrem nos diferentes âmbitos do sistema de saúde (ANCP, 2006). De acordo com Diniz (2015) defende que a solução deste problema está assente, no empenho da valorização do sofrimento e da qualidade de vida do doente.

Neste sentido, pode-se referir que se estes desafios forem abraçados com bom senso, rigor, transparência e sentido de justiça social, Portugal poderá saber responder às necessidades apresentadas e assim poderá atingir os objetivos que visam a sustentabilidade e a proximidade do SNS ao cidadão e utente na prestação de cuidados paliativos. Todavia, precisa de investir cada vez mais na formação humana e institucional para alargar a qualidade das ações paliativas a todos os setores.

Na área do ensino, segundo Pereira (2018, p. 2) “o primeiro curso de mestrado em cuidados paliativos em Portugal surgiu em 2002 na Universidade de Lisboa”. Tem sido grande o investimento no campo da investigação que vem permitindo a criação e abertura de outros ligados à área da formação graduada, mestrado e doutoramento que teve o seu início no ano de 2016 na Universidade do Porto.

Por outro lado, a Ordem dos Médicos (2013), refere que “existem em Portugal Unidades de Cuidados Paliativos, algumas há mais de dez anos, onde trabalham alguns médicos que, para além da formação realizada em instituições credenciadas e da larga experiência acumulada, realizaram formação específica avançada que confere credibilidade à sua prática”. Neste sentido, é fundamental a Medicina Paliativa ser estabelecida como necessidade básica da população.

Como é óbvio, esta filosofia poderá chamar a atenção na comunidade internacional estudantil e não só. Neste momento, tem sido crescente a presença de estudantes estrangeiros em Portugal vindo de todos os continentes, apresentando o maior interesse em receber formação portuguesa.

Estes serviços necessitam de competência para oferecer qualidade de vida e requerem uma formação de qualidade que permita estabelecer um conhecimento estandardizado no acompanhar destes doentes e suas famílias. Fatores que não têm sido fáceis de superar pela falta de um número de profissionais/enfermeiros com esta formação.

Embora se reconheça aspetos preocupantes em alguns setores públicos, Portugal tem feito boas investigações no domínio do saber. Romeira (2017), refere que existem sinais que levam a admitir que Portugal se encontra numa posição de se regozijar comparativamente com alguns países da União Europeia: o seu sistema de formação é reconhecido pela QS World University Rankings, com sete universidades das melhores do mundo. A sua procura da perfeição, tem trazido aos portugueses grandes benefícios e reconhecimento a nível internacional.

Nesta perspectiva, é consciente a responsabilidade dos investigadores na construção de conhecimentos, com a perspectiva de contribuir para o desenvolver da consciência social, económica e política e que apresentam grandes implicações no cenário educacional.

### **3. Cuidados Paliativos em Angola**

Nas últimas décadas tem-se assistido a um envelhecimento progressivo da população, com um aumento proporcional de idosos angolanos.

Moreira e Nogueira (2008) e Rebelatto e Morelli (2004) citado por Jacinto (2016) defendem que este fenómeno da longevidade requer dos estudantes de enfermagem uma redobrada abordagem na atenção e capacidade para lidar com as implicações, assim como com as doenças oportunistas.

Já para Lopes et al. (2015), é devido a mudanças nos estilos de vida associados ao desenvolvimento económico, assim como às alterações climáticas. A difusão do cancro em África, incluindo Angola, deve aumentar nas próximas décadas, devido à maior sobrevida de pacientes com VIH/SIDA.

Este fenómeno tem desestruturado dezenas de famílias no contexto económico, cognitivo, emocional e social. Segundo Sepúlveda et al. (2002), a maioria dos casos ocorre nos países que se encontram em fase de desenvolvimento. Justificando-se com a pouca acessibilidade que existe para o tratamento eficaz dessas doenças.

Do mesmo modo, a OMS estima que cerca de 9,67 milhões de pessoas em África necessitam de cuidados paliativos para doenças que as ceifam (Powell, Mwangi-Powell, Kiyange, & Radbruch, 2018).

Aliado a este pressuposto, poderemos considerar importante o parecer da OMS em reconhecer que os cuidados paliativos “são e sempre serão necessários”, devido ao envelhecimento demográfico. Contudo, Angola tal como a maioria dos países em desenvolvimento, apresenta uma população bastante jovem que necessita de conhecer e estudar as possíveis estratégias para se defender deste fenómeno que consome a idade adulta.

Um dos grandes problemas de saúde pública nestas últimas décadas, em Angola, vem sendo doenças como o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), doenças cardiovasculares, trauma, doenças respiratórias, diabetes, malária e a proliferação das doenças cancerígenas que se destacam mais nas mulheres. Por outro lado, as doenças que predominam com frequência são a diabetes, a hipertensão, o cancro de mama, do útero e da próstata.

Não existe no país um serviço de cuidados paliativos que possa acudir e acompanhar estes doentes em fase terminal. Relativamente a este fenómeno, o chefe da secção de Doenças Crónicas não Transmissíveis da Direção Nacional de Saúde Pública, António Armando, defendeu que a OMS estima que Angola regista em média 10.000 casos de cancro, dos quais cerca de 7.000 terminam em óbito. Entendemos, nesta perspetiva, que a implementação dos cuidados paliativos nos cursos de graduação na área de enfermagem, deve ser fortemente encorajada, pois com isto, será possível instigar os profissionais a aderir a estes conhecimentos na abordagem ao amparo adequado dos doentes.

Na perspetiva de Oliveira e Santos (2014) é importante ter-se uma unidade oncológica, de onde o principal foco é gerir a saúde dos pacientes dentro de uma faixa definida de cancro, de acordo com os padrões contemporâneos de boas práticas.

Do mesmo modo, o autor mostra que existem em Angola apenas três unidades sanitárias que atendem pacientes com problemas de doenças crónicas, nomeadamente cancro. Neste contexto, o Centro Nacional de Oncologia (CNO) é neste momento o único centro público que atende a demanda de pessoas de níveis económicos médios e baixos. É o único hospital público especializado em cancro em Angola e encontra-se em Luanda. De acordo com os estudos, este Centro realiza diagnósticos, cirurgias, quimioterapia e radioterapia.

As duas clínicas são privadas: uma, de pertença à empresa pública Sonangol, realiza diagnósticos, cirurgias e radioterapia; no entanto, esta clínica trata somente funcionários da empresa e indivíduos abastados. A outra é a Clínica Sagrada Esperança (SEC), pertence a uma empresa pública chamada Endiama e realiza diagnósticos e cirurgia de cancro. (Oliveira & Santos, 2014).

Downie (2011) refere que a abordagem de cuidados paliativos tornou-se muito profissionalizada, quer do ponto de vista da investigação, assistencial assim como formativo. Esta unidade, de maneira igual aos profissionais, examinam a qualidade de vida, autonomia, dignidade, centralização do paciente, e a prioridade atribuída a parentes no cuidado e os problemas morais associados à implementação de tal filosofia.

Relativamente aos princípios da justiça absoluta e do completo bem-estar, a OMS pediu a todos os países que se garanta o atendimento paliativo como um direito humano.

É inegável que os cuidados paliativos devem ser uma das prioridades políticas da saúde pública, com uma abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença.

Há que ter em conta as implicações e dificuldades de acesso que estes estabelecimentos apresentam ao utente. Nem sempre se focam exclusivamente nos benefícios dos seus clientes, uma vez que grande parte destes serviços não oferecem apoio social aos que necessitam.

O direito à saúde está consagrado na Constituição da República de Angola e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade da pessoa humana, a equidade, a ética e a solidariedade.

Neste sentido, é fundamental refletir sobre o sistema de saúde que o país apresenta e avaliar as pirâmides de necessidades assentes na beneficência, solidariedade, autonomia e justiça. Dada a complexidade do ser humano, rever a forma como os hospitais se posicionam frente ao seu principal objectivo de trabalho à vida, sofrimento e dor de um indivíduo fragilizado pela doença.

Como é óbvio, é visível que pacientes morrem nas portas dos hospitais e outros nas próprias urgências sem nenhuma intervenção prévia; tudo isso por falta de humanismo da parte dos servidores. Silva (2001, p. 16) faz menção de que é importante que o desenvolvimento da ciência médica num país, “faça crescer a cultura e essa cultura se expande pelo progresso educativo, surgindo condições de adequada política e de equilíbrios sociais”.

Assim sendo, pode-se aludir que os principais problemas do SNS residem na limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade decorrentes de vários fatores que concorrem para o fraco desempenho dos enfermeiros, como a vontade política.

Não obstante, Angola precisa aproveitar a longa experiência de Portugal, tanto no setor da educação como do SNS. À luz deste conhecimento, ajudará a tornar mais eficiente e eficaz a prestação de serviços de saúde e a qualidade de ensino da população angolana.

À medida que essa abordagem de cuidado paliativo avança, é importante perceber que é uma filosofia de atendimento ao paciente, conseqüentemente, o seu crescimento deve ser discutido em função das implicações políticas, económicas e sociais do país, focando-se na perspetiva educação-saúde. Por outro lado, o Sistema Nacional de Saúde, e o Ministério em particular, devem prestar atenção às estratégias para o reforço do quadro institucional do sector de saúde; melhoria da prestação de cuidados e reforços na assistência técnica.

Corroborando com a opinião de Lopes et al. (2012), quando referia que a base para o desenvolvimento de estratégias nacionais de controlo do cancro inclui: dados oncológicos; investimento e treinamento; identificar e remover barreiras; orientação e proteção do paciente, na perspetiva da proteção social, formação de técnicos para oferecer cuidados e técnicos ligados à área da investigação e tecnologia.

De acordo com Santos (2001), o cumprimento destas políticas dará respostas às implicações de carácter psicossocial, de um serviço para a família, para os profissionais de saúde e comunidade. Neste paradigma, o sistema criará políticas de carácter interpessoal que permitam ao profissional avaliar de uma forma integral o utente.

Nestes últimos anos, várias personalidades políticas, assim como a sociedade em geral, defendem convictamente a melhoria sanitária em Angola, referindo que além de ser um problema institucional, dos meios e dos profissionais, é um problema do sistema. Todavia, os enfermeiros, os médicos e os assistentes auxiliares devem receber educação que os qualifique para o tratamento mais humano.

Não obstante, corremos alguns riscos de repetição, procuramos apresentar de uma forma superficial algumas doenças predominantes no nosso país que assumem uma maior relevância e aplicabilidade na assistência dos indivíduos. Angola apresenta um perfil epidemiológico endémico dominado pela prevalência de doenças transmissíveis como a malária, tuberculose, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas,

tripanossomiase e doenças imunopreveníveis, como o sarampo e o tétano. De entre as doenças não transmissíveis e crónicas que mais predominam temos a diabetes, o VIH/SIDA, a hipertensão e, particularmente, o cancro da mama.

Quanto ao paradigma sistémico há que ter em conta as palavras de Oliveira e Santos (2014) quando referia que consta no plano estratégico do MS de Angola começar com o controlo contra o cancro através do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), que visa delinear um conjunto de medidas mais específicas de prioridade a médio prazo.

Este Plano defende que as medidas estarão assentes no reforçar o Sistema de Informação e Gestão Sanitária, através da modernização do Sistema de Informação Sanitária (Angola. Ministério da Saúde, 2012).

Neste momento, é de extrema importância perspetivar medidas de promoção, proteção e prevenção das doenças. Como é óbvio, algumas medidas estão assentes na formação. Importa sensibilizar a sociedade na informação, na intervenção de saúde e na consciencialização dos possíveis riscos. Nesta perspetiva, estará garantindo o direito à saúde da população e cumprido o seu papel de gerir e servir.

Agudelo (2013) defende que o país precisa de planos estratégicos para responder às áreas críticas ligadas aos cuidados primários e continuados de saúde, a cuidados humanizados, a investigação científica; por sua vez, estes conhecimentos poderão ter um aproveitamento para a criação de bases factuais mais sólidas, com intenção de melhor servir a população nas suas mais angustiantes necessidades de vida.

Estas necessidades apresentadas pelo autor, leva-nos a refletir sobre os quadros ligados à área da saúde que o país apresenta. Ao procedermos à análise de quantos profissionais e escolas de medicina/enfermagem, recorreremos aos dados referidos por Queza (2010), mostra que em 2010, Angola existia numa média de 995 médicos angolanos e 1.273 médicos expatriados, totalizando 2.268 médicos.

Segundo Lopes et al. (2015), em Angola, existem apenas 3.541 médicos, 34.300 enfermeiros e 6.414 técnicos de saúde para aproximadamente 29 milhões de pessoas (48% homens e 52% mulheres), com uma expectativa de vida ao nascer de 52 anos. Existem sete escolas de medicina e várias escolas profissionais para enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Do mesmo modo, o PDN 2018-2022 mostra que no domínio da educação destacam-se 2,5 milhões de alunos no sistema educativo nacional e uma taxa de alfabetização de jovens e adultos de 75%, dados esses referidos no último censo populacional.

Neste contexto, é fundamental uma reflexão sobre o sistema de saúde-educação que o país quer ter. Quaisquer que sejam as condições do país, é imperativo que esteja implicado com estes dois fatores, para o desenvolvimento da nação.

Quanto à saúde-educação, parece-nos oportuno referir que o reforço de parcerias é de extrema importância. Tendo em conta os pressupostos focados, Pereira, Santos, e Nunes (2015, p. 2) defendem que o “avanço na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral requer a consolidação de ações de saúde que promovam a intersectorialidade.”

Agudelo (2013) mostra que estas parcerias estão assentes, efetivamente:

*Nas questões como a Política Nacional de Saúde, a Municipalização dos Serviços de Saúde, a melhoria da saúde materna e infantil, a solução dos problemas prioritários de saúde pública e o controlo das doenças como o paludismo, o VIH/Sida, as doenças crónicas não transmissíveis, as doenças tropicais negligenciadas, a violência doméstica e os traumatismos por acidentes mereceram uma atenção multisectorial e interdisciplinar, numa visão que combina as vertentes curativas, preventiva e a participação comunitária (Agudelo, 2013, p.5).*

Importa explicitar que o país tem sofrido enormes desequilíbrios no que concerne a economia. Esta instabilidade vem provocando ruturas no sistema político, social e no seu crescimento e desenvolvimento.

Nestes últimos cinco anos, Angola vive numa instabilidade económica resultante da queda brusca do Produto Interno Bruto (PIB). O resultado desta queda, desencadeou uma baixa nas receitas do estado, provocando uma redução do OGE para o setor da educação e saúde. Relativamente à redução do OGE para o setor da saúde, não foi um grande contributo no aspeto social, pois foi o momento em que mais se presenciou um alto índice de mortalidade infantil, consequência da escassez de medicamentos, vacinas, financiamento dos serviços de saúde e promoção de formação de quadros.

Uma análise sucinta destes factos revela-nos que a redução também inibiu a população de ter acesso aos cuidados de saúde com qualidade. Assim, tendo por base estes considerandos, entendemos como mais adequado corroborar com Faustino (2011) quando referia que estamos inseridos numa cultura que vê os hospitais como oráculo da cura. No tocante à formação, a autora refere a importância dos professores prepararem enfermeiros para lidar com a morte institucionalizada.

No entanto, esta problemática deve inspirar os fazedores de leis no país a estarem implicados com a missão de formar e oferecer melhores serviços de saúde, facultando as condições que visam garantir a relação de aproximação entre as instituições, os utentes/doentes, familiares, enfermeiros, assim como a comunidade em geral. A acrescentar ao já exposto, o governo tem de investir e apostar na educação e na saúde para credibilizar o país e não só criar estratégias para cativar investidores internos e externos.

Ao ter em conta o pensamento do PDN 2018-2020, podemos aludir que as iniquidades no acesso universal aos serviços de saúde, o débil sistema de referência e contra referência nos três níveis de atenção, a escassez de recursos humanos em quantidade e qualidade, a desigualdade na distribuição destes nas zonas urbanas e rurais, tal como a inadequada gestão de medicamentos e dispositivos médicos, têm levado a uma gestão e regulação ineficientes do SNS em Angola.

Em função deste enorme problema, Angola deve olhar para a formação do seu povo como um compromisso político, para o desenvolvimento económico e social, além de gerar habilidades para o indivíduo que seriam aproveitadas tanto por ele quanto por outros ao seu redor. Ainda na mesma perspetiva, importa referir que os países que investem mais em educação tendem a ser mais ricos.

Como é óbvio, verifica-se que Angola ainda se encontra numa fase precária em matéria de desenvolvimento da saúde e educação, falta de profissionais qualificados e equipamentos básicos, continuando a ser um grande constrangimento neste sector. Nesta perspetiva, é oportuno frisar que o país tem muito que trabalhar para construir uma sociedade normal sem complexos.

De acordo com as análises políticas e sociais, vê-se que o governo do presidente João Lourenço, tem um compromisso em mudar completamente a situação da educação, da alfabetização, do ensino superior e da investigação. Considerando as palavras do PDN 2018-2020, verificamos que no domínio da educação, Angola regista um número 2,5 milhões de alunos no sistema educativo nacional e a taxa de alfabetização de jovens e adultos é de 75%, dados referidos pelo censo de 2014.

Hoje, de acordo com a ministra da saúde Sílvia Lutucuta, que discursava no 4º Congresso dos Enfermeiros Angolanos (CEA), existem no país cerca de 6.019 médicos angolanos, 916 estrangeiros e 27.450 enfermeiros, numa população de aproximadamente 29 milhões.

Na perspetiva do ME, na pessoa do seu porta-voz Joaquim Cabral, existem no país 177 mil professores que acodem ao processo de ensino.

Estes resultados são, indiscutivelmente, importantes para os desafios com que o país se debate. Além de requerer um acompanhamento que permita identificar vulnerabilidades no processo de ensino, é fundamental que se introduzam novas estratégias e políticas que correspondam com a satisfação nacional e internacional.

Apostar na formação dos futuros profissionais é responsabilidade do Ministério do Ensino Superior (MES). Formar quadros especializados e qualificados para diminuir os gastos de pacientes enviados para o exterior. Não obstante, o MS deve envidar esforços para recrutar, de forma continuada, profissionais de saúde, na perspetiva de garantir qualidade e prestação de serviços humanizados.

O MS (2016) defende que consta no plano estratégico do governo, oferecer acesso de qualidade à saúde pública na perspetiva de garantir a equidade social que eliminem as iniquidades em saúde e garantam a proteção social. Por outro lado, o objetivo principal é melhorar a “qualidade de vida e o bem-estar físico, mental e social da população, através da promoção dos fatores determinantes da saúde e do desempenho das estruturas e instituições do Sistema Nacional de Saúde”.

Não obstante o que vimos referindo, torna-se claro que o PDN precisa ser revisto e atualizado, considerando que algumas estratégias traçadas não foram alcançadas.

Creemos que o desenvolvimento e crescimento de um país exigem, não só quadros especializados, mas também uma reforma de estado que integre mudanças fundamentais nos setores vitais.

O agravamento do estado de saúde das populações, decorrente do duplo fardo das doenças transmissíveis e das doenças crónicas não transmissíveis levou o governo angolano a definir três níveis de segurança sanitária para responder aos problemas de saúde que afligem a população, segundo a gravidade baseada na estratégia dos cuidados primários de saúde.

Assim sendo, o primeiro nível é composto por: centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos. Este é o primeiro ponto que mantém a população em contacto com o sistema de saúde.

O segundo nível encontra-se representado por: hospitais provinciais e gerais considerados como nível de referência para as unidades do primeiro nível. O último nível, terciário ou nacional, está representado pelos hospitais diferenciados e especializados.

Teodoro (2002), citado por Michingi (2013, p.7) refere que “as políticas de educação são entendidas como uma construção e não como uma simples dedução, em resultado de um trabalho de ajustamento ou de adequação das estruturas e dos meios da educação às evoluções demográficas ou económicas”. Já Silva (2001) defende que o futuro levará a humanidade a encontrar-se com a sua verdadeira explicação, não como uma hipótese mas como um conhecimento válido e objetivado na nossa própria investigação”.

No tocante aos conhecimentos a adquirir e técnicas para alcançar os objetivos antes referidos, o governo foi inspirado a criar uma iniciativa da expansão da formação de médicos e enfermeiros, através de cinco novas Faculdades de Medicina Pública em Cabinda, Malanje, Benguela, Huambo, Huíla e mais de 10 institutos superiores públicos de enfermagem com o objetivo de responder aos apelos da população angolana, nas principais áreas da sociedade. Neste contexto, é importante ter em conta as palavras de Benneworth et al. (2010) ao referir que as universidades são agentes importantes no desenvolvimento global da economia do conhecimento, além de contribuírem significativamente para o desenvolvimento económico de suas cidades, províncias ou países.

Wang et al. (2012), considera que as universidades num país desempenham um papel crítico no desenvolvimento da competitividade de uma nação na economia global do conhecimento.

Assim, apesar das deficientes condições de trabalho e pouca facilidade no processo de aprendizagem, cremos que na perspectiva dos estudantes de enfermagem, deve-se efetivamente promover a melhoria nos estágios curriculares, aulas práticas e oferecer melhores condições de aprendizagem.

Porém, os desafios são enormes. Importa ainda referir que a guerra civil deixou o país com grandes ruturas nos sistemas de saúde, educação, política, social e industrial. Por outro lado, deparou-se com diversos problemas, como a destruição de importantes infraestruturas básicas que trabalhavam no fornecimento de água potável, saneamento básico, eletricidade. Estes fenómenos desestabilizaram a vida da população e afetaram muito o sistema económico de Angola.

Teodoro (2002), citado por Michingi (2013, p. 7) refere que “a construção das políticas de educação e de formação é bem um ato político, no sentido forte do termo, referindo o modo como uma sociedade se pensa a ela própria, se afirma, se projeta no futuro.”

Relativamente a esta afirmação, a paz foi uma das principais conquistas para o desenvolvimento político, social e económico. Este feito permitiu ao governo estabelecer um conjunto de prioridades assentes no desenvolvimento humano, na promoção de emprego, no crescimento económico e na estabilidade política.

A falta de seriedade política faz com que um programa de carácter público não tenha pernas para andar. Este fenómeno seria uma prioridade de interesse político em que todos estariam envolvidos na perspectiva de assegurar a necessidade do bem-estar da população. Neste contexto, estaríamos de acordo com os pensamentos de Queiroz (2013) ao referir que a falta de seriedade política influencia diretamente a evolução e desenvolvimento da democracia dum determinado país.

Neste contexto é fundamental que se faça sentir e se apliquem as estratégias que se encontram no PDN, assentes na segurança e proteção social obrigatória, com um aumento da cobertura pessoal e material, em especial dos mais idosos, e promover a qualidade de prestação dos serviços públicos de proteção social.

Apesar de se ter continuado a atribuir relevância às novas estratégias políticas, vários são os resultados que contribuem para o insucesso destas políticas. Contudo, não iremos aqui referenciar e desenvolver por nos parecer que tal não se enquadra num trabalho desta natureza. Importa referir que o propósito está essencialmente na perspectiva de contribuir para superar o índice de ignorância política e criar impactos para a implementação de estratégias de interesse público.

Deste modo, a educação e a saúde foram um dos sistemas mais afetados e menos considerados. Como consequência, refletia-se nas dificuldades que os enfermeiros tinham em trabalhar nos hospitais com falta de instalações e equipamento, os professores não tinham material didático suficiente para transmitir os seus conhecimentos e por sua vez os estudantes e as escolas careciam de professores habilitados e vocacionados para o ensino.

Hoje, tanto a educação como a saúde vivem momentos desafiadores. O governo, através do setor da educação, exige quadros especializados para alcançar os seus objetivos, por mínimos que estes sejam. Estes objetivos são posteriormente

substanciados no orçamento geral do estado num plano a médio e longo prazo, na perspectiva de criar condições para o desenvolvimento da educação e saúde. Todavia, é preciso que Angola olhe para a educação e saúde como um setor fundamental para o crescimento económico, político e social.

Por exemplo, o Ministério do Planeamento (2003, p. 5), refere que a educação é como um dos elementos-chave do desenvolvimento humano, aumentando as oportunidades do indivíduo na sociedade. Defende que “a importância essencial para o crescimento económico, está em que aumenta a quantidade e qualidade do capital humano disponível ao processo de produção.”

O Estado deve ser um regulador, facilitador e coordenador, exercendo uma função de liderança com a sociedade civil e os meios empresariais que asseguram a transformação da economia e promovam o desenvolvimento do setor privado e da competitividade; só assim teremos um grande referencial teórico que nos fará perceber a relevância de formar pela pesquisa e atuar com a pesquisa.

Nesta perspetiva, o enfermeiro precisa gozar de boa saúde para o crescimento económico, tendo em conta o principal objetivo da área de saúde, que é garantir e prestar serviços básicos com qualidade a toda a população. Neste contexto, a educação é a base fundamental para o seu cumprimento.

Todavia, vemos o quão importantes estes setores são para o sistema de uma nação. Estas preocupações levaram o atual presidente da República de Angola, João Lourenço, ao Parlamento no objetivo de apresentar a proposta de lei do OGE 2019, no valor de 11,2 bilhões de kwanzas (equivale a 32,2 mil milhões de euros), cuja principal prioridade está focada no relançamento do setor produtivo.

Portanto, neste projeto de OGE, o governo previu 6% para o setor da educação e 7% para o setor da saúde. Contudo, estes dois aspetos criaram grandes insatisfações da parte dos partidos da oposição, dos sindicatos e da sociedade, referindo que o OGE deve dar maior atenção aos programas sociais. Na perspetiva da ministra da saúde angolana, considerou-o um marco importante, visto que a primeira proposta era de 4% para educação e 6% para a saúde.

Noutra perspetiva, seguindo as recomendações da SADC quanto aos OGE, diz-nos que o orçamento do estado, os países da região devem no mínimo disponibilizar 10% para cada uma das áreas sociais assentes na saúde, educação e social (Inácio, 2019).

No entanto, para um país que precisa e urge da necessidade de crescer tanto no setor educacional como no setor da saúde, considera-se esta proposta muito baixa ao nível das recomendações. Por outro lado, relativamente à visão histórica do país pode-se considerar um passo positivo na esperança de alcançar grandes feitos, anelando-se nas comunidades internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), UNICEF, UNESCO e outros tantos que contribuem para o desenvolvimento sustentável de uma sociedade.

Na mesma sintonia, o FMI disponibilizou no mês de dezembro de 2018, 3,7 mil milhões de dólares na perspetiva de ajudar o país a credibilizar a sua economia externa e interna, criando estratégias para uma economia mais sustentável e diversificada. Por outro lado, este investimento permitirá ao governo reformular os seus planos, produzir ambientes macroeconómicos que visam restaurar a sustentabilidade fiscal do país.

Não obstante, Angola vem sofrendo várias transformações de interesse público, permitindo que a comunidade internacional veja no país uma esperança de melhorias no setor político, económico e social. Relativamente às transformações, vem despertando o interesse de vários investidores de países lusófonos, anglófonos e francófonos de investir no país. Basta dizer que no mês de janeiro de 2019, Angola ganha um plano de investimento da Business Risk Intelligence (EXXAFRICA), como melhor destino de investimento, na perspetiva do aumento dos níveis financeiros do FMI do petróleo.

Entretanto, acredita-se que com esta política monetária, Angola vai poder restaurar a competitividade com o resto do mercado internacional.

Nesta perspetiva, Angola tem as Nações Unidas como um dos principais fornecedores de mudanças e desenvolvimento. Por outro lado, o FMI pretende trabalhar com Angola na perspetiva de promover a qualidade de saúde na população, oferecer apoio integral às pessoas totalmente desfavorecidas, contribuir para o combate à pobreza e ajudar o país a alcançar os seus objetivos nacionais.

### **3.1. - Necessidade dos Cuidados Paliativos em Angola**

Em Angola, não existem unidades especializadas em cuidados paliativos nos hospitais, muito menos cursos especializados em CP. Pode-se considerar um estado preocupante para a saúde pública, visto que os mesmos envolvem resgates à qualidade de vida, apoio moral, espiritual e social às pessoas que experienciam este mundo de dor, sofrimento e perda de autoestima e autoimagem.

No que concerne à educação dos enfermeiros, somos de opinião que as instituições estejam comprometidas com a missão do cuidar; só neste contexto é que se poderá olhar para as pessoas com perspetiva, diminuir a sua angústia e melhorar o profissionalismo. Nesta perspetiva, é sábio quando a visão dos estudantes de enfermagem se centra em desenvolver competências para respeitar a dignidade e os valores do indivíduo.

Os enfermeiros têm um papel importante na prestação de cuidados paliativos. Porém, não poderemos deixar de mencionar o desenvolvimento dos cuidados paliativos na África. Fez-se um estudo em 2005 e 2006 na perspetiva de compreender o desenvolvimento de cuidados paliativos para cada país africano. A revisão foi conduzida através da avaliação da literatura médica e concluiu que dos 54 países africanos, 26 (48%) foram encontradas (Rhee et al., 2005).

*A maioria dos serviços estava concentrada no Quênia, África do Sul e Uganda, e 14 (26%) países mostraram um aumento nos serviços durante esse período. Políticas de*

*cuidados paliativos autônomos existem no Malawi, Moçambique, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue. Os diplomas de pós-graduação em cuidados paliativos estão disponíveis no Quênia, África do Sul, Uganda e Tanzânia. De acordo com o estudo refere que embora a informação sobre cuidados paliativos seja distribuída de forma desigual, as informações disponíveis mostraram um maior desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos em um subgrupo de países africanos (Rhee et al., 2005, p.1).*

Apesar desse crescimento, ainda existe um nível mínimo ou nenhum desenvolvimento de cuidados paliativos identificados na maioria dos países africanos, especificamente em Angola, sendo que os mesmos são um elemento fundamental para uma reforma do sistema de saúde.

A título de ilustração dessas afirmações referiremos, muito sinteticamente, que estes cuidados deveriam ser considerados como um elemento fundamental nos currículos de enfermagem, sabendo que se regista um número de mortes muito elevado de pacientes com estas doenças, tanto no país como no mundo em geral.

Não existem em Angola estudos detalhados sobre CP. Silva (2001, p.16) refere que “a ciência médica, só será verdadeiramente útil, se simultaneamente houver progresso educativo, social, económico, organizativo e político.”

Já para Ferreira (2016, p. 25) com “o avanço da medicina e da tecnologia, os hospitais orientam-se para a cura da doença, centrando-se na dimensão biológica da pessoa e renegando a existência da morte e negligenciando as outras dimensões da pessoa.”

Nesta perspetiva, é fundamental afirmar que a inserção dos cuidados paliativos é um importante fator de qualidade da assistência em saúde. Assim sendo, Angola precisa de quadros especializados na matéria para poder contribuir no progresso educativo, político e social, criar um novo ciclo de relacionamentos internacionais verdadeiramente estratégicos, fortalecer, consolidar e ampliar cada vez mais as relações de amizade e cooperação para o avanço do conhecimento científico.

É fundamental aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser; deste ponto de vista, estar-se-ão a cultivar comportamentos que integram o avanço do conhecimento científico.

Conforme foi referido, em Angola morrem cerca de 7 mil pessoas com doenças crónicas anualmente, numa média de 10 mil pessoas diagnosticadas. Em função deste paradigma, investir na formação dos estudantes de enfermagem especificamente na área dos cuidados paliativos é promover a qualidade na assistência dos utentes.

Seguindo o raciocínio de Santos (2001), é oportuno corroborar com o autor quando referia que o foco das atenções não deve estar centrado nas técnicas, mas nos conteúdos e na potencialidade existente no próprio ser humano. O autor defende que esta abordagem valoriza o conceito de empatia, centrada na pessoa, voltada para as

necessidades mais humanistas que representa a manifestação concreta da atenção positiva e incondicional do terapeuta.

No que se refere ao tipo de ensino prestado, deve ocorrer num processo interativo entre enfermeiros, instituições e sociedade, sobretudo no aspeto da relação, pois nota-se o envelhecimento da população e a prevalência crescente de doenças crónicas.

Noutra perspetiva, as instituições quase não produzem técnicos especializados nos cuidados a doentes terminais. É imperativo que os estudantes adquiram competências relativas ao cuidado espiritual, conferência familiar, processo de perda e luto. Podemos afirmar que a maior parte dos estudantes de enfermagem se deparam com estas temáticas durante os estágios práticos.

A nível nacional, apesar da convicção entre profissionais de saúde de que a hospitalização destes doentes é frequente, particularmente em enfermarias de medicina oncológica, tem sido dada escassa atenção à investigação nesta área.

No entanto, não existem estudos que analisem especificamente a prevalência de doentes com necessidade de cuidados paliativos em Angola. Pode-se evidenciar que os diagnósticos, problemas médicos, sintomas, terapêuticas efetuadas e o acompanhamento disponibilizado aos doentes e suas famílias não têm sido de acordo às orientações internacionais. Por isso, pareceu-nos pertinente a realização de um estudo na tentativa de perceber este desconhecimento de informação e enfatizar a necessidade de formação dos enfermeiros na área dos Cuidados Paliativos.

De acordo com a OMS estes cuidados são a única resposta de saúde pública realista para as pessoas com cancro associado ao HIV (Harding et al., 2013). Nesta perspetiva, é de total responsabilidade que o governo central, o ministério e os profissionais de saúde construam novas perspetivas e estratégias para a aplicação de métodos e técnicas atuantes na relação de ajuda relativamente ao enfoque dos cuidados paliativos.

Falar dos CP, na perspetiva angolana, não é um assunto fácil; principalmente no contexto escolar, mesmo fazendo parte do plano estratégico do MS, é de extrema importância que os enfermeiros e os principais cuidadores tenham um treino básico em lidar com doentes em fase terminal. Neste contexto, compete ao governo responsabilizar as lacunas geradas na educação e implementar esta abordagem nas grelhas curriculares para instigar competências aos estudantes que serão os futuros servidores.

Por outro lado, os estudantes de enfermagem devem ser educados a entender que esta abordagem evidencia neste contexto intervenções na parte emocional, psicológica, sentimental, espiritual e cognitiva do doente. Santos (2001), reforça estas ideias para aludir que o processo de assistência técnica na perspetiva da relação, exercerá nos estudantes de enfermagem uma significativa influência individual, tal como institucional, na interação e satisfação das pessoas.

Relativamente aos estudantes de enfermagem, precisam conhecer e ver o paciente como o centro das atenções e não a doença. E os ensinamentos oferecidos devem estar na

perspetiva de melhorar a qualidade de vida do doente, independentemente do seu estado crítico. Turner, Payne e Brien (2011) defendem que o desenvolvimento e implantação de um programa nacional de treino avançado em habilidades de comunicação é fundamental para os estudantes que irão trabalhar com doentes terminais. O ensino e a prática dessa abordagem são agora vistas como uma competência essencial para todo o pessoal.

É importante realçar que a maior preocupação do país está no crescimento tendencioso destas enfermidades, o que implica dizer que se não forem implementadas medidas consistentes na educação dos enfermeiros, isso influenciará no despreparo dos enfermeiros ao lidar com doentes terminais.

O PND 2012-2025 refere que a International Agency for Research on Cancer (IARC) estima que “em Angola são diagnosticados 9.200 casos novos de cancro/ano, com uma mortalidade estimada de 7100/ano, o que representa um índice de mortalidade de 77,17%, muito acima dos 50% observados em países desenvolvidos”. Esta perspetiva justifica-se por um fraco desconhecimento sobre o cancro e seus fatores de risco por parte da população, falta de infraestruturas, recursos materiais e humanos ligados a essa problemática (Ministério da Saúde 2012, p.76).

Exponencialmente nas próximas décadas, as necessidades humanas vão aumentando. Assim sendo, cabe ao governo investir no capital humano para aumentar a capacidade de solucionar problemas. De acordo com Carvalho (2004), é urgente a necessidade de formar técnicos especializados no cuidar dos pacientes em fim de vida, de forma a contribuir decisivamente nos serviços prestados.

Meier et al., (2017) refere que a falta de apoio político para cuidados paliativos contribui para o sofrimento evitável e para os cuidados de baixo valor. Entretanto, o governo deve criar uma estratégia nacional de cuidados paliativos para garantir o acesso confiável a cuidados paliativos de alta qualidade para os angolanos com doenças graves.

Ao investir no desenvolvimento das pessoas, o governo estará a contribuir para o desenvolvimento político, económico e social; e os serviços são oferecidos dentro das qualidades possíveis. Os estudos mostram que há poucas ofertas para os técnicos de enfermagem em Angola. É necessário fazer com que estes profissionais se sintam implicados com a ciência, com a tecnologia, desafiar-se cada dia mais na pesquisa, na investigação, na educação, na administração e na assistência.

De acordo com a OMS, os quatro pilares de acesso aos cuidados paliativos estão assentes na disponibilidade política, educação, disponibilidade de medicamentos e atividades de pesquisa para instigar os técnicos a melhorar os cuidados oferecidos (Harding et al., 2013).

O programa de formação e a exigência social devem estar na perspetiva de melhorar a confiança, competências e conhecimentos em cuidados paliativos dos enfermeiros. Concordamos com Carvalho (2004) quando dizia que é fundamental envolver os alunos

no processo de aprendizagem para o desenvolvimento destas competências. Neste sentido, é provável que o nível básico de confiança, competência e conhecimento em cuidados paliativos venha aumentando.

Segundo refere o MS (2012, p. 167), “dentro da reforma do Sistema de Saúde, Angola deverá iniciar o processo para a criação da rede de cuidados integrados continuados e de cuidados paliativos intra-hospitalares para colmatar as necessidades não satisfeitas na saúde e no apoio social às pessoas em situação de dependência, particularmente as pessoas com doenças crónicas e pessoas idosas.”

Ainda assim, é fundamental a formação de enfermeiros, uma vez que os estudantes vejam efetivamente o paradigma sistémico de desenvolver competências, obter oportunidade para adequar, semear e consolidar o trabalho em equipa interdisciplinar. Carvalho (2004), mostra que o ensino clínico é uma oportunidade única dos estudantes de enfermagem desenvolverem e implementarem uma estratégia acionável para colocar em prática os conhecimentos adquiridos.

Armando (2015), refere que para a implementação de novas estratégias é fundamental ter o conhecimento do perfil epidemiológico do cancro, passo fundamental para o planeamento da política nacional. Sendo que Angola é um país com uma taxa de mortalidade muito elevada, acreditamos ser oportuno que os temas da morte e o morrer, assim como preparar a fase terminal da vida serem integrados no sistema e abordado nas unidades curriculares.

Por outro lado, o autor diz que “a bem-sucedida planificação, implementação e avaliação dos programas de controlo do cancro exige a disponibilização de dados epidemiológicos relativos à frequência e distribuição da doença em cada região, fornecidos por um registo de cancro de base populacional.”

Sendo assim, qualquer estratégia tem como ponto de partida uma avaliação das necessidades, dos programas de controlo do cancro ou estimar os possíveis eventos. Capelas (2009), mostra que algumas estratégias para implementação dos cuidados paliativos, estão no processo de planeamento de um programa nacional, ou mesmo regional, de cuidados paliativos, é importante identificar o público-alvo e estimar o número de doentes com necessidades precárias, avaliar o grau de complexidade de cada doente em fase terminal.

O autor defende que estes níveis são influenciados pelos antecedentes do doente, presença de dor e ou outros sintomas tipo, intensidade e prevalência, situações clínicas de maior complexidade agoniám, oclusão intestinal, entre outros, síndromas específicas metastização óssea, compressão medular, carcinomatose, entre outros.

São também influenciados pela:

*Presença e intensidade de sintomas psicológicos, grau de adaptação emocional e perturbações adaptativas, transtornos do comportamento e da relação social, prognóstico, crises na evolução da doença, presença ou ausência de cuidador principal, capacidade para o auto cuidado, luto patológico antecipado, presença de conflitos relacionais, novas fórmulas de família, necessidade*

*de intervenção de outras equipas, dilemas éticos e de valores, atitudes e crenças dos profissionais e da população e, implementação diversificada e equitativa dos recursos. (Capelas, 2007), (Harding et al., 2013).*

Estas linhas orientadoras terão que ter sempre em conta questões de índole cultural, demografia social, económica, assim como estudos epidemiológicos. Estes pilares alicerçarão aquilo que se designa por um programa público de cuidados paliativos (Harding et al., 2013).

A necessidade de se criar um programa nacional de CP deve estar focada na perspetiva de formar e obter ganhos na qualidade de vida dos doentes e seus familiares. Por outro lado, estas estratégias devem estar assentes nos pilares referidos por Capelas (2007), como fundamentais na “adequação, disponibilização de fármacos, formação de cuidados paliativos domiciliários, existência de 1-1,5 equipas por 100 mil habitantes, sendo as mesma apresentadas por 2 médicos e 3 a 4 enfermeiros”.

Neste sentido, o meio social tem sido um dos fatores fundamentais nas transformações políticas e na criação de novas estratégias para um plano mais racional. No entanto, o sistema de saúde vem sofrendo pressões no âmbito de transformar as suas políticas e servir melhor os seus utentes.

Machado et al., (2007), sustenta esta afirmação defendendo que é dever das universidades darem preparo ético aos estudantes de enfermagem para saber lidar com os desafios que aparecerão nos seus locais de trabalho. Por outro lado, o autor refere consequentemente a abordagem do ensino de enfermagem além das competências técnico-científica, a competência no aspeto ético, propicia verdadeiros valores no agir.

Garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade depende não só de estabelecimentos bem equipados, como também de recursos humanos empenhados e de nível técnico adequado às funções, mas também da possibilidade destes poderem beneficiar de uma formação qualificada que os possibilite exercer os seus conhecimentos e aptidões. Importa explicitar que de acordo com a Sixty-seventh World Health Assembly (2014) a importância da difusão e utilização dos CP, reconhecendo que estes cuidados, quando indicados:

*São fundamentais para melhorar a qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana para os indivíduos, sendo uma saúde eficaz centrada na pessoa e serviço que valoriza a necessidade dos pacientes de receber informações adequadas, pessoais e culturalmente sensíveis sobre seu estado de saúde e seu papel central na tomada de decisões sobre o tratamento recebido. (WHO, 2014, p. 2).*

Segundo a ANCP (2006, p. 2) a “formação é um dos principais alicerces da prestação de cuidados de enfermagem paliativos na Europa, o que pode ser demonstrado pelo elevado número de programas de formação disponibilizados para enfermeiros em todos os países europeus.”

Percebendo a necessidade urgente deve-se incluir palição em todo o *continuum* de cuidados, especialmente no nível de formação técnica, assim como universitária, reconhecendo que a integração inadequada de cuidados paliativos nos sistemas de

educação e de assistência social é um dos principais fatores que contribuem para a falta de acesso equitativo a esses cuidados.

Importa explicitar que embora estes cuidados sejam oferecidos em várias unidades de oncologia, não tem alcançado os seus objetivos de oferecer cuidados que garantam a qualidade de vida do paciente e seu familiar na perspetiva emocional, sentimental e no afeto que muitas das vezes é silenciado por vários fatores (ignorância/falta de conhecimento).

Segundo Rodrigues (2014), estes cuidados devem ser oferecidos por uma equipa formada especificamente por profissionais especialistas em lidar com doentes em fim de vida. Pode-se afirmar que em Angola, existe uma crescente consciência de que se deve desenvolver, de forma organizada e eficaz, os cuidados paliativos. Nesta perspetiva, devem ser tomadas medidas, incluindo no âmbito da formação dos cuidados e levar os enfermeiros a perceber de que forma os temas dos cuidados paliativos são abordados nas universidades de enfermagem em Angola e quais as necessidades práticas e de conhecimento por parte dos alunos, para assim serem implementados.

Para que se desenvolvam de uma forma estratégica e organizada os cuidados paliativos em Angola, é necessário uma estratégia que se traduza nos benefícios públicos. Segundo Capelas (1990) refere:

*Estratégia pública que disponibilize a melhor abordagem com base no mais elevado conhecimento científico e perícias suportadas em cuidados de saúde baseados na evidência, com um elevado grau de efetividade. Esta eficiência exige uma adequada articulação entre o sector público de saúde e a oferta disponibilizada por entidades privadas ou outras (comunitárias, etc.) sendo que com este envolvimento da sociedade a efetividade será, sem dúvida, maior e se concretizar o objetivo de oferecer a todos os que necessitem, cuidados paliativos de qualidade (Capelas, 1990)*

Nesta perspetiva, o país deve focar-se na formação dos enfermeiros, em planear e criar trabalhos de continuidade, em desenvolver níveis de diferente prestação de cuidados, desde os mais básicos, aos especializados e até aos mais complexos; articular os setores públicos de saúde, promover formação para o desenvolvimento científico. Pode-se fundamentar que é importante o aspeto formação, visto que estes cuidados são tratados de uma forma despercebida, ou melhor, são cuidados oferecidos em algumas das instalações hospitalares, como consultas de ambulatório ou como equipas de apoio hospitalar.

Para além disso, parece-nos fundamental considerar a perspetiva de Oliveira e Santos (2014, p. 1) quando referem que Angola precisa de uma abordagem multidisciplinar relativamente ao cancro, enfermeiros formados e treinados especificamente para lidar com utentes terminais, infraestrutura satisfatória e instalações adequadas, a disponibilidade de uma terapia eficaz contra o cancro.

Segundo as recomendações da ANCP (2006, p. 10), devem existir escolas de referência, com grelhas curriculares dedicadas especificamente a esta atividade, no

“apoio domiciliário, de internamento, unidades de cuidados paliativos e equipas de apoio ou suporte em unidades hospitalares.”

Devido à grande ênfase que atribui à tecnicidade, é de extrema importância que existam escolas de enfermagem que abordem de forma específica esta temática de intervenção dos doentes com necessidades paliativas. Nesta perspetiva, esta tarefa sobre o governo e as organizações vocacionadas, apontando sobretudo, nos dados de suportes que sublinham pontos fortes e fracos, relacionada às necessidades políticas, formativa e social em que o país precisa de trabalhar.

De acordo com o *Pan African Medical Journal*, estão em curso medidas de prevenção e promoção para o combate ao cancro em Angola assentes na educação, advocacia e legislação (Oliveira & Santos, 2014)

Estanque (2011, p. 71), mostra que a integração dos cuidados paliativos nos subsistemas do ensino superior permitirá aos estudantes de enfermagem entender que trabalhar com doentes terminais, além de exigir profissionalismo, é necessário ter carácter para saber lidar com o sofrimento de outra pessoa. “Esta mudança contribuirá para melhorar a qualidade de vida que reclamamos e temos direito, até ao final dos nossos dias e estabelece os cuidados paliativos como sinónimo da garantia de dignidade no final da vida e na morte de cada ser humano.

Tendo em conta este problema, em África, tal como em Angola, reconhece-se um défice de formação dos enfermeiros na área dos cuidados paliativos, na comunicação terapêutica, na abordagem da dor, no controlo de outros sintomas, no apoio integral ao doente em situação de doença crónica e seus familiares. Agudelo (2013) mostra que a falta de enfermeiros qualificados e equipamentos básicos, continua a ser um grande constrangimento neste sector.

Collins e Hewer (2014) referem que nem sempre é fácil revolucionar e integrar-se nas mudanças, principalmente no que diz respeito à educação dos técnicos de enfermagem. A evolução não ocorre sem desafios e os desafios da nova era devem instigar os enfermeiros a estarem implicados com sua profissão e as novas tendências.

Existem enfermeiros que se dedicam aos cuidados de doentes com necessidades paliativas, no entanto, é recomendável que estes profissionais façam formações e treinos baseados em aspetos teóricos, assim como práticos, para desenvolver experiências e competências técnicas, de forma a melhorar a qualidade de vida do doente e evitar riscos relacionados com o desconhecimento terapêutico.

Não basta conhecer a doença e os sintomas, é preciso que o enfermeiro seja formado a investigar as possíveis causas e a sua origem. Visando um amplo e aprofundado conhecimento, é sábio reconhecer quando Mestrinho (2012) refere que a investigação sobre a prática profissional é a postura que se deve tomar para se reforçar a necessidade de formação dos profissionais ao longo da vida.

A nível da formação dos estudantes de enfermagem, a abordagem do cuidar bem nem sempre se traduz em cumprir na íntegra a prescrição médica. Vai além de tudo isso: é educar os estudantes a entender que esta abordagem é para ir ao fundo das emoções físicas, psíquicas, biológicas e espirituais. É levar o doente a pensar que não é um fardo para a sociedade. É devolver a autoestima mesmo tendo a autoimagem sido deteriorada pela doença. É preparar o doente segundo os princípios do bem-estar na perspetiva física, psicológica, espiritual e social.

Santos (2001) referia nos seus comentários a nível assistencial que é essencial e importante que os estudantes de enfermagem sejam educados a ter o respeito pelo ser humano, a desenvolver o relacionamento interpessoal para o surgimento da confiança e abertura na comunicação de vários aspetos.

Assim, a eficácia das intervenções está destinada a mitigar o sofrimento e ajudar a prevenir algumas doenças de aspetos psicológicos adquiridos durante o diagnóstico/prognóstico. No que respeita à área específica da intervenção do enfermeiro é fundamental reconhecer o que diziam McNally, Bryant e Ehlers (2003, p. 1) quando referiam que todos “os indivíduos que prestam intervenção em situações de crise, após o evento, devem avaliar cuidadosamente as necessidades dos doentes e procurar estratégias de apoio em vários aspetos, quando necessário.”

No nosso país, tal como nos refere Liberato (2005) a educação superior tem passado por diversos constrangimentos que têm condicionado a sua evolução positiva, bem como a sua afirmação no cenário internacional e até regional, o que tem levado, ao longo dos anos, à saída de estudantes angolanos para o exterior, em busca de melhores oportunidades de formação.

Retomando o raciocínio de Liberato, este sistema de acordos tem disponibilizado acesso à formação superior a estudantes do nosso país. Permitindo que os angolanos formados no exterior, (destacando Portugal) voltem para contribuir na melhoria do processo de ensino superior no país.

Deste ponto de vista, parece-nos importante referir que para se obter resultados esperados o MS, assim como o MES, devem unir-se na perspetiva de formar os recursos humanos que o país necessita, sobretudo pelo facto do país apresentar um índice de educação e saúde abaixo da média.

Exercendo uma ação persistente e contínua, acredita-se que o país saberá identificar alguns erros no processo de orientação e supervisão dos profissionais nos aspetos éticos, cuja perspetiva é de melhorar o exercício profissional face a essas situações.

## **CAPÍTULO II- FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Os especialistas e investigadores têm contribuído bastante para a difusão desta temática, tanto na perspetiva técnica, assistencial, ética, educacional e medicamentosa. Tem sido feita reforma nos currículos de ensino na perspetiva de melhorar a sua abordagem.

É óbvio que qualquer profissional bem formado sentir-se-á do ponto de vista laboral, preparado, capacitado e prestigiado. O impacto da formação é sentido pela competência desenvolvida pelo indivíduo.

Na ausência da mesma, é sentido o insucesso profissional, e por sua vez a criação de barreiras. Por outro lado, o espírito de impotência começa a tomar conta e o exercício profissional é posto à prova.

Têm sido constantes os destaques da literatura sobre o elevado nível de competência e responsabilidade que se espera dos profissionais que trabalham nestas unidades. Tal expectativa também se relaciona com aspetos éticos e as leis do exercício profissional envolvidos nesta prática, pois é outorgada legalmente ao enfermeiro a competência técnica para planear as ações do bem cuidar e garantir a segurança hospitalar do doente.

Os cuidados paliativos são considerados um direito de todos os necessitados. A formação dos profissionais de saúde na área dos cuidados paliativos deve ser uma obrigação. Sendo que, os convênios internacionais de direitos humanos e a disciplina de cuidados paliativos têm, como temas comuns, a dignidade inerente ao indivíduo e os princípios de universalização e não discriminação. Gwyther, Chb, Brennan, Obs e Harding (2009, p. 1) e Capelas et al., (2017, p. 7), vão de acordo referindo que os cuidados paliativos são “reconhecidos como um direito humano e obrigações decorrentes desse direito a ser cumprido - acesso aos serviços de cuidados paliativos para todos os pacientes e seus familiares que se beneficiariam com esses cuidados.”

Pode-se dizer que a formação é a pedra basilar para se fazer uma sociedade de competência no desenvolvimento organizacional; no entanto, é importante referir que quando se está a falar de formação, deve ser vista como um processo que envolve vários fatores, quer cultural, social, psicológica e demográfica. Carvalho (2004) defende que para além da fundamentação teórica e envolvimento multicultural é essencial a abordagem na perspetiva humana.

As escolas são consideradas como fonte da produção dos conhecimentos, é através dela que os profissionais adquirem habilidades de comunicação, trabalho em equipa, competência em lidar com pacientes terminais, manejo de drogas específicas, a conferência familiar e a comunicação do diagnóstico.

Davies (2008, p. 1), fundamenta que “a necessidade de reformar o ensino superior pode ser entendida à luz da divergência em toda a Europa em termos de prémios académicos, estrutura curricular e competências.”

As implicações com a missão relativamente à formação de cuidados paliativos, vem ganhando destaque nas últimas décadas permitindo que os servidores destes cuidados tenham conhecimentos sólidos, que os permita identificar as vulnerabilidades e responder aos desafios da sociedade, pois a prática de CP necessita de uma preparação diferenciada.

Fernandes (2012) mostra que a formação diferenciada em Cuidados Paliativos exige, para além da diferenciação profissional adequada, formação teórica específica e experiência prática efetiva. Já a UNESCO (1998) citada por Candeias (2009, p. 43), refere que as novas exigências da sociedade e do trabalho suscitam a cada indivíduo a necessidade de continuar a renovar os seus conhecimentos e capacidades ao longo de toda a vida.

Priorizar e promover a formação dos enfermeiros é fundamental numa sociedade em que as taxas de mortalidade por enfermidades virais, oncológicas e por malária vão aumentando.

Estrela e Costa (2012), mostram que a renovação destes conhecimentos articula um conjunto de competências profissionais, de aspetos éticos e deontológicos que permite distinguir os comportamentos profissionais daqueles que os não são. Estes conjuntos encontram-se bem desenvolvidos nos temas que se seguem; todavia importa dizer que são adquiridos durante uma formação contínua.

Já Faustino (2011) afirma que 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. Pois bem sabemos que esta é uma das áreas altamente sensíveis aos desafios atuais, exigindo dos profissionais uma preparação nos domínios técnico-científicos, para responder com eficiência às necessidades dos doentes, assim como aos desafios da organização.

O problema de formar indivíduos capazes de lidar com situações críticas ou mais inovadoras, tem sido considerado como um desafio há décadas, pois não tem sido fácil a formação de profissionais de saúde. Exige do governo e do próprio sistema de saúde, um investimento sério e prioritário, pois a formação ligada a esta área tem sido fundamental na resolução dos problemas.

De acordo com Witmer, Seifer, Finocchio, Leslie e Neil (1995), o quanto é fundamental a formação, “o apoio a programas, a avaliação de programas e a educação continuada” são necessários para distribuir profissionais qualificados nas unidades comunitárias de saúde e integrá-los melhor ao sistema de prestação de cuidados de saúde.

Do mesmo modo, Dias (2006) citado por Faustino (2011, p. 27), defende que “uma boa formação depende dos planos curriculares dos cursos, assim como das estruturas e das dimensões que intervêm no processo formativo”. Neste contexto, é de extrema importância refletir nos objetivos que se pretendem alcançar e posteriormente aplicar

conteúdos que se traduzam nestes objetivos. Por outro lado, a avaliação curricular permite às instituições contribuir para o desenvolvimento institucional e do pessoal em adquirir conjuntos de técnicas e competências que o auxiliam durante as exigências da vida.

Já Arias (2017), defende que depois dos profissionais de saúde serem formados, treinados e capacitados desta forma, “estão capazes de fornecer cuidados paliativos adequados com os mais elevados padrões possíveis de cuidados, a fim de satisfazer as necessidades desafiadoras dos doentes e famílias, independentemente do diagnóstico”. Sem margem para dúvidas, pode-se afirmar que a formação é uma das ferramentas no desenvolvimento pessoal tal como institucional. A formação é a receita indicada para criar grandes impactos nas organizações e no desenvolvimento de competências e habilidades.

Neste contexto, é relevante fazer uma análise ao sistema de formação que é oferecido e desenvolvido, pois permite uma reforma nos métodos aplicados e por sua vez cria estratégias para uma aprendizagem recomendável. O ensino dos cuidados paliativos possui trâmites que os identificam, e que devem estar focados nos seus princípios e fundamentos. A CNCP (2016) citada por Arias (2017, p. 19) defende que “a formação em CP é reconhecida internacional e consensualmente como elemento essencial e determinante para a prática dos cuidados paliativos”. Assim, torna-se oportuno o investimento em recursos humanos, na perspectiva do conhecimento científico, técnico e pedagógico.

Contudo, a formação dos profissionais na área dos CP deve ser vista como uma necessidade institucional e não como individual. Para Collins e Hower (2014), a educação dos enfermeiros que trabalham com doentes em fim de vida é um componente importante da cultura e do conhecimento de uma sociedade, no entanto, deve servir como um canal para a sustentabilidade dos valores individuais, institucionais e nacionais.

Dessa forma, é recomendável aos profissionais que atuam direta ou indiretamente com doentes em fase terminal, que tenham formação especializada nas áreas dos CP, porque são eles que lidam com as principais queixas dos doentes, como a dor, a agonia e outras complicações. Segundo Collins e Hower (2014, p. 2), “o ensino superior de enfermeiros fornece essas qualidades necessárias”.

De acordo com Ahmedzai et al. (2004) apoiar a pesquisa usando metodologias apropriadas para sustentar as bases científicas dos cuidados paliativos é a reforma mais importante do ensino superior. Estas bases encontram-se assentes na investigação integral quanto às novas tendências ligadas às novas políticas do cuidado.

Neste sentido, é imperioso investir na formação contínua dos enfermeiros em CP, atendendo à evolução de doença prolongada, que conduz à situação terminal da vida. De acordo com Tymoshevskya e Shapoval-Deinega (2018), é necessário que a atualização

dos currículos esteja implicada com a missão dos enfermeiros, médicos e outros profissionais, na perspectiva de os instigar a melhorar a sua abordagem de intervenção.

Conforme referido anteriormente, é de carácter importante a formação dos enfermeiros em CP, porque além de assegurar a formação científica, técnica e humana, tem de habilitar e desenvolver no profissional competências que o ajudarão a resolver problemas que dizem respeito à dignidade do doente e prestar cuidados especializados ao doente com doença prolongada e incurável.

Arias (2017) refere que os níveis de formação em CP variam de acordo com a frequência e intensidade com que o profissional irá entrar em contato com o doente que necessita destes cuidados. Contudo, é de carácter importante que a formação em cuidados paliativos seja integrada em todo o sistema de saúde. Neste sentido, devem ser promovidos programas coordenados de formação que incluam componentes teóricas e estágios práticos, com integração em equipas e prestação direta de cuidados.

Aprender mais era um desafio individual, agora passou a ser uma necessidade exigida pela sociedade moderna, pois os órgãos empregadores escolhem sempre indivíduos competentes e conhecedores da matéria em destaque, quer no aspeto teórico-prático e científico, já que indivíduos com estas habilidades têm um tratamento diferenciado e contribuem para o crescimento da instituição e também da sua própria imagem.

Na perspectiva de se contribuir e melhorar a filosofia do ensino dos CP, a EAPC definiu três níveis do saber com os seus respetivos destinatários, para contribuir para o interesse institucional e desenvolvimento dos recursos humanos (ANCP, 2006, p. 5).

O primeiro nível: A, refere-se às formações básica pré-graduada e básica pós-graduada. O segundo nível: B, refere-se a Formação Avançada, Pós-graduação. O terceiro nível: C, refere-se a Formação de Pós-graduação.

Nível A: corresponde a programas/atividades de formação com duração entre 18 e 45 horas;

Nível B: atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas;

Nível C: especializado, será dado pela realização de Mestrado/Pós-graduação com mais de 280h, associado a estágios de trabalho com a duração mínima de 2 semanas em Unidades de reconhecida credibilidade (ANCP, 2006).

A inserção destes níveis de formação pode-se considerar que esteve na necessidade de se harmonizar o processo de ensino em CP e motivar os profissionais para a formação continua. Por outro lado, Estrela e Costa, (2012, p. 3) mostram que o ensino de enfermagem “tem sofrido diversas transformações relativamente à sua inserção no sistema educacional, a sua estrutura e organização, os currículos e os novos modelos de formação.”

Todo o indivíduo prestador de cuidado é indispensável que continue sempre a aprender, a consolidar os conhecimentos e a receber novas competências, porque este é o trunfo para o desempenho das suas atividades profissionais. Fitch, Fliedner e Connor (2015, p. 1) defendem que os enfermeiros “são a maior força de trabalho em saúde globalmente e, portanto, estão em uma posição estratégica para influenciar a qualidade da prestação de cuidados paliativos ao longo da trajetória de doença.”

Hoje, estes cuidados difundiram-se aos cinco continentes, mesmo não chegando para todos, vem-se espalhando aos poucos até chegar aos que dele necessitam. Com esta estratégia, os cuidados paliativos passaram a ser abordados em algumas universidades como prioridade do sistema de saúde. Por exemplo, tanto nos Estados Unidos como no Canadá, já existem especialidades/pós-graduação em enfermagem em cuidados paliativos em que os profissionais depois de terminar a formação, são reconhecidos com um certificado que os habilita a prestar serviços (Fitch et al., 2015).

Segundo Davies (2008), vários têm sido os estudos feitos na área do ensino em cuidados paliativos, na perspectiva de compreender os benefícios e os impactos na integração curricular na universidade. O autor refere que a associação das universidades europeias e as conferências nacionais de reitorias defendem desde 2000, que mais de 130 universidades em 16 países europeus, têm beneficiado do processo de Bolonha.

O processo de Bolonha vem encetando grandes reformas no ensino superior na Europa. Procurando, nesta perspectiva, harmonizar os currículos de ensino, a filosofia, os métodos e procurar integrar nos programas de enfermagem do ensino superior uma harmonia curricular (Davies, 2008).

Na Ucrânia, de acordo com o que alguns autores referem, em todos os pacientes com necessidade paliativas, apenas 75% padecem de intervenção qualificada e mais humanista. Mediante esta preocupação foi oportuno (Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education em Kiev) criar e desenvolver um programa curricular para médicos e enfermeiros (Tymoshevskya & Shapoval, 2018).

Schroeder e Lorenz (2018), mostram que atualmente nos Estados Unidos estão posicionados 3,6 milhões de enfermeiros para contribuir na assistência dos cuidados paliativos.

Fitch et al. (2015), refere que no Canadá criaram duas estratégias para melhorar a assistência dos CP, em que o programa de educação serviu como modelo.

Para Gwyther et al. (2009) o crescimento e a difusão dos cuidados paliativos estão na integração curricular, na educação, na informação e na maneira como os políticos discutem esta abordagem. Do mesmo modo, o autor refere que habilitar os servidores, é fundamental nos impactos de caráter cultural, económico, político e social.

É oportuno quando a UE refere que deve aumentar a mobilidade e as oportunidades de serviços nos setores de CP, utilizando como requisito a formação e a eficácia profissional no trabalho (Davies, 2008).

Segundo Ahmedzai et al. (2004), o estabelecimento de programas educacionais para os alunos de pós-graduação que servem nas unidades paliativas, deve ser fundamentada com aspectos teóricos e práticos, baseando-se nos treinos de especialidade em cuidados paliativos.

Num dos estudos feito na Europa com o objetivo de analisar o ensino de enfermagem, mostra-se que de entre os países membros da European Higher Education Area (EHEA), 60% oferecem um bacharelato, um mestrado e um doutoramento. O artigo refere que ainda existem países que oferecem educação apenas no nível de diploma, o que não é recomendável para um país que necessita mitigar o ensino em CP (Lahtinen, Leino-kilpi, & Salminen, 2014).

## **2.1 Importância do Estudo dos Cuidados Paliativos**

O cancro é uma das doenças que tem levado muitas pessoas à morte a nível mundial. Segundo os dados da OMS o cancro é a segunda principal causa de morte no mundo e é responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. A nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença (Carvalho, 2019), (OPAS-Brasil, 2018).

Segundo a OMS, o número de pessoas que morrem com cancro é tão alto em relação às pessoas que morrem com complicações de tuberculose, malária combinada e VIH/SIDA. Por outro lado, a OMS mostra que cerca de 14 milhões de pessoas desenvolvem anualmente cancro. Portanto, caso não se crie planos de prevenção e promoção, estes dados tendem a subir para mais de 24 milhões em 2030 (ONU. Brasil, 2017).

A esperança de vida da população vai aumentando, trazendo consigo diversas complicações para a espécie humana e grandes desafios para os estudantes de enfermagem. Nesta perspetiva, o movimento dos cuidados paliativos surge como solução para responder à demanda expressa pela sociedade. Segundo Barbosa (2014, p. 8) o ensino dos estudantes de enfermagem deve estar focado numa relação interpessoal, enfermeiro/doente/família. Como é obvio, o autor defende que os enfermeiros não devem somente ser definidos pelos conhecimentos e competências técnicas, mas também integrar uma atitude mais humanista e ética.

Por isso, enquanto os problemas vão aumentando, os estudantes de enfermagem devem cada vez mais estar preparados, capacitados para conseguir dar resposta aos enormes desafios. Hickman et al. (2010) reforça esta ideia defendendo que os enfermeiros são formados para adquirir capacidades que lhes permite prestar cuidados a pacientes em fase terminal.

Já para Faustino (2011), é fundamental que a formação em CP integre a prática clínica e a teórica, isto por sua vez, permitirá aos estudantes de enfermagem integrar ambas as experiências.

Os estudos em cuidados paliativos, assim como a acção paliativa, são de extrema importância para todo o ser humano, desde crianças, jovens e velhos. Sem distinção de cor, raça, língua, sexo, idade, território geográfico. Assim sendo, é inegável a importância destes cuidados aos doentes e seus familiares. Silva (2001, p. 45), mostra que a cultura que comporta a formação do médico está na sua própria formação médica, a qual cria, como sempre criou, o interesse por outras coisas, que são sempre atividades do homem, o qual é o objecto principal da Medicina, o autor diz que “a valorização humanista na formação do médico é inerente à própria valorização e conhecimento da Medicina”.

Segundo a ANCP (2006, p. 3) “as organizações internacionais consideram que a enfermagem em cuidados paliativos é uma área muito específica, que requer uma robusta formação e que assegure a prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa trans e interdisciplinar.”

Corroborando com o que foi dito, o progresso e fortalecimento destes cuidados está virado na formação e informação, na capacidade em trabalhar em equipa, de carácter interprofissional, representado por: grupos de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes espirituais e mais.

Segundo Hickman et al. (2010, p. 2), a abordagem dos cuidados paliativos deve por sua vez ser oferecido pelos “enfermeiros que apresentam capacidade de identificar pacientes com necessidades paliativas”. Nesta senda, estarão oferecendo e contribuindo da melhor forma para os cuidados em doentes em fim de vida.

Na perspectiva de Dickinson (2007), caso esta abordagem não for bem planeada e acompanhada, é evidente que não-de surgir deficiências persistentes em nossa capacidade de atender às necessidades dos que estão morrendo. O autor acrescenta dizendo que ainda existe uma preocupação entre educadores, agentes de políticas, profissionais de saúde e pesquisadores sobre o estado da educação em cuidados de fim de vida.

A comunicação adequada é considerada um método fundamental para o cuidado integral e humanizado, e é por meio dela que o paciente consegue participar nas decisões e cuidados específicos relacionados com a sua doença. No entanto, Percínio e Ernesto (2002, p. 2) reforçam o pensamento da afirmação dizendo que “a falta de treinamento para enfrentar situações de comunicação e apoio aos pacientes na fase final da vida provoca uma grande perda na relação profissional saúde-paciente.”

Quando os recursos usados pela equipa de profissionais estão na base de comunicação verbal e não-verbal, Lopes et al. (2013) refere que estes recursos possibilitam aos profissionais reconhecer e acolher: empatia, necessidades do paciente, assim como de seus familiares. Perspetiva-se, dessa forma, alcançar um tratamento digno veiculado às necessidades do indivíduo.

## 2.2 Formação Pré-Graduada

Todo o indivíduo bem formado e bem definido, vem de uma formação de base bem estruturada e bem definida com perfil de saída. Nesta perspectiva, a universidade é essencial para o desenvolvimento da vida profissional que, por sua vez, definirá o tipo de profissional que o mercado deseja receber. Nesta visão insere-se o pensamento de Torres Pereira (1987) citado por Barbosa (2014, p. 3) que defende a importância das universidades como influência para o desenvolvimento social, político e econômico de um estado.

Nesta perspectiva, compreende-se que a formação pré-graduada é uma área que define o sucesso do indivíduo, mostra-lhe as ferramentas de ser um profissional bem-sucedido e com ambições para o futuro, promovendo no enfermeiro um conjunto de habilidades e experiência em contexto de trabalho, desenvolver o espírito crítico científico e por sua vez desenvolver competências na gestão administrativa e técnica das unidades paliativas ou em qualquer área profissional.

Este paradigma tem motivado os estudantes na procura do saber e saber fazer, esforçarem-se para serem profissionais qualificados, assim como responder a exigências da sociedade empregadora. Segundo Carvalho (2004) “a aprendizagem é uma realidade que envolve múltiplos fatores, mas que é fundamental para o ser humano.”

A necessidade de pertencer a uma universidade é a primeira fase do desafio profissional. É a fase que lapida o coeficiente, prepara o Homem, produz os conhecimentos necessários para responder às exigências.

Barbosa (2014, p. 3) defende este assunto, referindo que a sociedade ou os professores devem ver e entender que as “universidades têm de preparar para as competências profissionalizantes mas também para analisar os contextos multideterminados.”

Estas competências devem ser instigadas, na perspectiva do professor acompanhar e orientar o aluno durante a sua aprendizagem na prática clínica, ajudar os alunos a resolver seus próprios sentimentos em relação aos problemas do fim da vida. (Carvalho, 2014).

As escolas de enfermagem reconheceram que têm a obrigação de preparar os alunos para prestar assistência no final da vida de maneira qualificada, informada e compassiva e, para isso, devem ter instrutores qualificados. Com o surgimento de novos desafios, as universidades foram obrigadas a mudar as suas abordagens de ensino atualizando as suas grelhas curriculares em função das transformações das sociedades e exigindo mais dos seus formandos para oferecerem qualidade ao mercado de emprego. Neste contexto, de acordo com Frenk et al. (1923) mostra que:

*Em todo o mundo, 2420 escolas de medicina, 467 escolas ou departamentos de saúde pública e um número indeterminado de instituições educacionais de enfermagem pós-ensino treinam cerca de 1 milhão de novos médicos, enfermeiros, parteiras e profissionais de saúde pública todos os anos (...). Quatro países (China, Índia, Brasil e EUA) têm cada um mais de 150 escolas de*

*medicina, enquanto 36 países não têm escolas de medicina. No entanto, 26 países da África subsaariana têm uma ou nenhuma escola de medicina. Em vista desses desequilíbrios, os números das escolas de medicina não se alinham bem com o tamanho da população do país ou com a carga nacional de doenças não é surpreendente (Frenk et al., 1923, p. 2).*

Neste contexto é fundamental reconhecer que a escola constitui um papel ímpar no caráter profissional dos enfermeiros. Segundo Costa (2011), citado por Lopes (2013, p. 29), a escola, sendo uma instituição produtora de conhecimento, assume uma responsabilidade fundamental na formação dos futuros enfermeiros, tornando-os competentes e qualificados para responderem às exigências da sociedade e dos seus clientes.

Em conformidade com este pensamento, a recomendação da ANCP (2006) refere que é fundamental quando os enfermeiros em CP têm a base na formação alargada. Como é óbvio, a formação pré-graduada serve como porta de entrada e saída para o mundo profissional, académico, científico e técnico. Sendo uma das fases delicadas, considera-se como alicerce da formação de atitudes. Nesta visão é fundamental que os currículos estejam em consonância com a vida prática.

Para a ANCP (2006), é importante quando a abordagem dos cuidados paliativos está acentuada nas seguintes dimensões:

*Doente e adaptação ao processo de doença grave, Apoio à família/cuidador principal, Trabalho em equipa, Atitudes da sociedade face à morte e ao fim de vida, Organização do sistema de cuidados de saúde, Auto-cuidado dos profissionais, Perícias de comunicação, Ética aplicada, Apoio no Luto (ANCP, 2006, p. 7).*

Na perspetiva de Cunha (2010, p. 3), é fundamental o ensino da prática clínica, “pois só na prática clínica é possível desenvolver um saber contextualizado, sustentando o desenvolvimento de competências em contexto de ação real.”

Desta forma, o enfermeiro necessita de uma formação de nível superior que o ajude a integrar-se no desenvolvimento social e na evolução da ciência de enfermagem. Na perspetiva do CNCP (2017, p. 4), “é necessário que os profissionais de cuidados sociais e de saúde, assim como outros profissionais envolvidos em cuidados paliativos, obtenham treino adequado para exercerem as suas funções de forma concreta, criteriosa e de forma culturalmente sensível.”

Neste contexto, a responsabilidade não está só nos currículos implementados nas escolas, mas também nos enfermeiros tutores, que têm não só a função de inspecionar e avaliar o desenvolvimento dos estudantes estagiários de enfermagem; mas de ajudar, orientar e mostrar as implicações reais, os desafios a serem enfrentados e implementar métodos de resolução. Nesta senda, deve o enfermeiro tutor vincular a abordagem teórica com a prática, isso contribuirá para a perceção e clareza no processo de formação.

A relação da teórica e prática contribui para uma formação sustentada e completa. Conforme refere Antunes (1996) citado por Barbosa (2014, p. 5), o enfermeiro tutor deve ser uma influência neste processo de partilha de conhecimentos, desenvolver e

estimular a inteligência do aluno na perspectiva de contribuir na transformação de atitudes, na gestão de conflitos e desenvolver o espírito de trabalho em equipa.

De acordo com Vieira (2017), é importante o papel que o enfermeiro tutor tem na transformação do carácter e atitudes dos estudantes de enfermagem. Eles têm o dever moral de contribuir com os seus conhecimentos e habilidades na formação de um estudante de enfermagem, tornando-o mais coeso, imbuído de competência e aptidões para o desempenho das suas funções como futuro profissional de saúde.

Para Alves (2005) citado por Estrela e Costa (2012, p. 183), a formação em enfermagem deve ser vista como um processo de socialização, imergindo os alunos numa cultura profissional de abordagem inter-relação entre os profissionais, instituições e até os seus clientes.

Para além disso, parece-nos fundamental ter em conta a preocupação dos estudantes relativamente às dificuldades apresentadas durante os estágios. Neste contexto, é importante refletir-se como tem sido o acompanhamento dos estudantes nas atividades práticas, como são instigados, qual é o nível de disponibilidade e responsabilidade institucional. Estas questões são fundamentais na perspectiva de contribuir na perceção de profissionais que se querem ter no futuro.

A propósito desta necessidade, a OMS (1996) refere que a escola e os enfermeiros tutores devem dar importância na abordagem clínica. É através do conhecimento teórico vinculado à prática que se alcança a “eficiência nos cuidados de enfermagem”. Nesta via, todos os profissionais com funções práticas devem investir os seus conhecimentos e disponibilidade na formação do aluno estagiário (Silva, 1992).

Silva (1992), reporta que este acordo comportará uma articulação mais adequada às necessidades de ambas as partes e poderão servir de motor para o desenvolvimento de projetos de investigação conjuntos que são uma outra forma de colaboração e aproximação entre os serviços e a escola.

Assim sendo, a aula prática no pré-graduado tem a sua especificidade relativamente ao aspeto crítico, permite ao aluno tirar suas conclusões, refletir sobre a abordagem técnica, relativamente no que vê, ouve e sente. Por outro lado, o professor serve como um guia, permitindo que os alunos participem de uma forma integral na aula. Oliveira e Neves (1995) mencionado por Silva (1992, p. 12), acrescentam aos alunos “serem motivados e orientados nos métodos de ensino para se utilizarem e implicarem de forma efetiva no processo de ensino/aprendizagem.”

Para Cunha (2010, p. 6), é importante o reconhecimento e “contributo que os enfermeiros na formação pré-graduada tem prestado, todavia, ainda é necessário realizar ações de formação que colmatem algumas dificuldades sentidas pelos enfermeiros cooperantes.”

Do mesmo modo, o CNCP (2017, p. 5) refere a importância “da formação dos enfermeiros (...), e aconselha a generalização e obrigatoriedade da formação pré-graduada em cuidados paliativos para enfermeiros e médicos.”

A formação pré-graduada é completa quando o sistema (instituição, professor e meios), instigam e encaminham os alunos a explorar ideias novas, a desenvolver curiosidade científica, a planear e a incitar os alunos a ampliar os valores morais e espírito de trabalho em equipa.

### **2.3 Formação Pós-Graduada**

Estamos num mundo de pessoas competentes, talentosas e acima de tudo muito exigentes consigo. Procurando responder às exigências dos mercados de trabalho que estão cada vez mais competitivos, buscam a formação pós-graduada como um dos requisitos para conquistar mais estabilidade na profissão.

No entanto, o crescimento profissional do enfermeiro é a única chave para abrir as portas do sucesso, as habilidades e competências são as ferramentas que devem nutrir para a sua estabilidade no mundo competitivo. Assim sendo, estes conhecimentos são adquiridos por intermédio de uma formação avançada que permite ao enfermeiro solidificar e ter ou receber o título de especialista ou mestre na sua área do saber.

Pereira (2018) refere que a estreita ligação entre prática, educação e pesquisa é essencial para o desenvolvimento de cuidados paliativos.

Por outro lado, a formação pós-graduada é de extrema importância para os profissionais de saúde de um modo geral, visto que com a metodologia investida, permite ao estudante um nível de conhecimento mais avançado e posteriormente prepara-o para o mundo de trabalho.

De acordo com o Academic Palliative Care Research in Portugal (APCRP), fez um estudo bibliométrico, com o propósito de identificar quantos artigos relacionados aos cuidados paliativos no pós-graduado são publicados, os resultados foram surpreendentes: 488 publicações. Segundo a fonte, este resultado vem aumentado nos últimos cinco anos (Pereira, 2018).

É de extrema importância que se reflita e se olhe para a formação avançada como uma oportunidade para se promover o saber do indivíduo que busca os desafios e está aberto aos novos conhecimentos, sem se esquecer que a sua atenção ao mercado de trabalho é notável.

Segundo Pereira (2018, p. 1), “a pesquisa em cuidados paliativos tem um papel fundamental em informar a prática clínica baseada em evidências, o desenvolvimento de serviços, a educação e a política, e é necessária para melhorar a prestação de serviços e otimizar a qualidade de vida dos pacientes.”

É nesta perspetiva que as universidades são consideradas como centro da produção e promoção de conhecimento, exploração de habilidades, talentos e competências.

Os desafios ligados a esta área dos CP ainda são enormes, necessitando cada vez mais de grandes investimentos de recursos humanos. Por conseguinte, pode-se considerar fundamental a investigação em CP, porque tem sido a ponte para a resolução de certos problemas de abordagem clínica e social.

Segundo Pereira (2018, p. 2), em 2003, “o Conselho da Europa recomendou que a formação e a educação de pós-graduação fossem estabelecidas em todos os países para garantir que todos os profissionais de saúde pudessem prestar cuidados paliativos de um modo perspicaz e culturalmente sensível.”

Do mesmo modo, Barbosa (2014, p. 6), defende “proporcionar uma formação que permita perceber as determinantes socioeconómicas e políticas do sistema de saúde.”

Corroborando com o autor, pode-se dizer que formar profissionais para o futuro, implica renovação de metodologias e estratégias no processo de ensino, assim como a reavaliação dos currículos como o primeiro passo para oferecer qualidade. Na mesma perspetiva, as instituições devem proporcionar formação de atualização para preparar mais e melhor os profissionais para os setores público e privado. De acordo com Carvalho (2004), a existência do ensino superior universitário tem sido fundamental no melhoramento das capacidades técnicas dos profissionais de saúde. Retomando a ideia do autor, vamos defender que as:

*Universidades têm o dever de assegurar uma sólida preparação científica, cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de atividades profissionais culturais e fomenta o desenvolvimento de capacidade de conceção, de inovação e de análise crítica (Carvalho, 2004, p. 31).*

Em função desta mudança, algumas instituições defendem este critério como degrau de inclusão, instigando os funcionários ou candidatos a mudarem o seu perfil profissional. Assim, é oportuno relacionar os pensamentos de Faustino (2011, p. 26) quando dizia que a “formação está amplamente reconhecida como um elemento essencial para a prática de cuidados paliativos,” pois o desenvolvimento de competências, os níveis de conhecimentos, habilidades e atitudes dependem de uma formação sólida e especializada.

A formação pós-graduada é o ensejo que o profissional tem de procurar especializar-se numa determinada área do saber que o habilite como perito. De acordo com o conselho do EAPC, a integração da educação e formação em cuidados paliativos fundamentais para todos os profissionais de saúde: “o investimento na formação é crucial tanto para o profissional como para o doente e seu familiar” (EAPC, 2013, p. 5).

De acordo com a OMS, as habilidades e capacidades inadequadas dos profissionais de saúde são uma das quatro barreiras que dificultam o acesso aos cuidados paliativos. O artigo comenta a definição de cuidados paliativos da OMS e reforça a

importância do papel da educação no desenvolvimento do conhecimento e na aquisição de habilidades (Paal, Brandstötter, & Lorenzl, 2019, p. 1)

Uma pesquisa feita na universidade de Cambridge com o objetivo de registrar as opiniões em relação à educação em cuidados paliativos de especialistas europeus, provou que dos 195 dados, apenas 82 foram completos totalmente. Assim sendo:

*A análise temática indicou que no nível de pós-graduação todos os profissionais de saúde precisam (1) compreender a filosofia dos cuidados paliativos, (2) ser capaz de demonstrar as complexas competências de avaliação e gestão dos sintomas, (3) ser capaz de desenhar planos de cuidados baseados em pacientes e as famílias desejam integrar abordagens multiprofissionais e interdisciplinares e (4) serem capazes de ouvir e auto-refletir (Paal, Brandstötter, & Lorenzl, 2019, p. 1).*

É fundamental a preocupação apresentada pela OMS, quando refere que todo o enfermeiro com formação pós-graduada, deve por sua vez, adquirir conhecimentos básicos, intermédios e especializados. No entanto, só assim o enfermeiro estará apto para apoiar, capacitar, intervir e cuidar.

Na perspectiva de Lillyman et al., (2008), é fundamental esta reflexão, pois a formação especializada contribui para o crescimento e desenvolvimento no intervir e comunicar de forma eficaz em condições de trabalho sob pressão. O autor ainda refere que o desenvolvimento de um novo papel incluiu não apenas a introdução de novas habilidades clínicas, mas também o desafio de estudar em um nível mais alto para atender às necessidades das competências de pacientes moribundos.

É fundamental reconhecer que a formação especializada contribui para o crescimento e desenvolvimento do profissional, capacita e habilita o enfermeiro a intervir e comunicar de forma eficaz em condições de trabalho sob pressão. Como é óbvio, esta experiência capacita o profissional a desenvolver um novo papel social, ajudando os doentes a aceitar as suas necessidades e juntos procurar possíveis soluções, estabelecer estratégias, defender pontos de vista.

Em função a esta ideia, Carvalho (2004), refere que nos encontramos numa sociedade mais exigente, mais criteriosa relativamente às pessoas que escolhem para suas instituições, velando primeiro pelo agregado académico e posteriormente pela experiência. Nesta perspectiva, deve o profissional instigar a formação contínua para desenvolver capacidades de adaptação às realidades e incertezas do dia-a-dia.

É indubitável a importância que os avanços da tecnologia trazem para a saúde, quer no campo das intervenções terapêuticas como relacionais. Exigem do enfermeiro conhecimento especializado e habilidades para cuidar efetivamente dos doentes paliativos. Na mesma perspectiva, é fundamental a importância da formação e que o profissional de saúde e propriamente o enfermeiro deve centrar-se em conceitos científicos baseados em especialidades, conhecimento e integração e aplicação desses conceitos para atendimento ao doente.

## 2.4 Formação em Enfermagem

A evolução da enfermagem, aliada à valorização da tecnologia dentro dos hospitais, trouxe a instalação de recursos que permitiram aumentar a sobrevivência dos pacientes. Calcula-se, porém, que esta não se deu acompanhada da satisfação tão esperada do paciente e de suas famílias. Por tal, o surgimento da enfermagem em cuidados paliativos na perspectiva de cuidar o doente na sua íntegra.

A maior infelicidade que atinge todo o doente é a dor, caracterizada em vários fatores. Neste contexto, é importante que os estudantes de enfermagem sejam formados e treinados a conhecer muito bem o comportamento de cada doente relativamente ao que o está a acometer e que lhe causa grandes angústias, conhecer os problemas que afligem a família e como apoiar.

De acordo com McCrae (2011), o papel do enfermeiro era decifrar os padrões de cada paciente e promover a sinergia com o seu ambiente. É indiscutível que o enfermeiro está mais próximo do doente e família e que possui uma visão mais ampla das necessidades de saúde do doente.

No entanto, a enfermagem em cuidados paliativos tem sofrido nestas últimas décadas uma enorme valorização social. Procurando-se destacar em vários campos do saber, como: investigação, pesquisa, docência, administração e na assistência técnica. Assim sendo, é de extrema importância refletirmos nos pensamentos de Carvalho (2004) quando defendia que “o reconhecimento social de qualquer profissão é de extrema importância para a sua evolução.” O que adianta termos profissionais bem treinados e preparados para lidar com qualquer tipo de doença, se a sua abordagem não atinge a influência vital do ser entrelaçado com a experiência humana.

Como é óbvio, a formação dos enfermeiros deve impregnar todas as coisas importantes e mínimas da vida. Neste sentido, têm de ser os verdadeiros responsáveis e representantes do cuidar e não pretensiosos cuidadores. Como enfermeiros, podemos aferir que estamos num tempo difícil, tempo de enormes desafios profissionais e pessoais; no entanto, encontraremos doentes rodeados de angústias na perspectiva religiosa, social, relacional, emprego, etc. O preparo do enfermeiro e o conhecimento das técnicas, serão as chaves para prover a segurança e o apoio necessário.

O papel do enfermeiro como agente do cuidado tem vindo a ser desafiado pelas constantes mudanças, na perspectiva investigativa e inovação, pondo em causa as suas capacidades nas suas ações de rotina. Yarnoz (2002) refere que os serviços de saúde estão tomando um novo rumo. Segundo o autor, estas mudanças têm causado certas implicações na qualidade de vida dos doentes, nos avanços científicos e tecnológicos, contribuindo assim para a crescente complexidade da enfermagem.

Importa refletir sobre o tipo de atendimento prestado aos pacientes nas diversas áreas por profissionais que, apesar de humanos, muitas vezes prestam cuidados de forma pouco humanizada. Nesta perspectiva, anelamos o pensamento de Estrela e Costa

(2012), quando referem que o ensino de enfermagem foi alvo de mudança quer na sua estrutura, na sua missão, visão, significados e objeto social. Na perspetiva de aumentar o nível de responsabilidade dos enfermeiros nos seus locais de trabalho.

Já para Meira (2007), quando a enfermagem está vinculada às demandas da comunidade, devem construir e pensar os seus programas e métodos de ensino, fazendo com que o seu processo pedagógico esteja direcionado em função ao seu meio e condições.

Neste contexto, é fundamental aludir que a educação deve adaptar-se às condições do homem para o desenvolvimento de caráter. Sherwood et al. (2007) defende que é necessário que a abordagem de instigar e de preparar enfermeiros com as competências necessárias para melhorar continuamente a qualidade e segurança dos sistemas de saúde em que trabalham.

Sherwood et al. (2007) responde, aludindo que é necessário que as instituições e os professores saibam o que ensinar, como ensinar e como avaliar a aprendizagem das competências. No entanto, só assim se poderá desenvolver ideias que estejam implicadas na execução de mudanças na educação de enfermagem.

Nesta visão, é de extrema importância o pensamento do OE (2011), citada por Lopes (2013, p. 30) ao referir que os estudantes de enfermagem que irão trabalhar com doentes terminais devem mostrar algumas competências que os identifique como especialistas; devem cada vez mais formar-se e atualizar os seus conhecimentos na sua área, produzindo assim “competências humanas, científicas e técnicas específicas” que o defenda durante as suas atividades. Todavia, estas competências ajudarão o enfermeiro a ser mais consistente, capaz de oferecer cuidados com qualidade, tanto no apoio como na assistência.

Noutra perspetiva, além do cuidar, devem possuir como requisitos a capacidade de comunicar que os habilita a trabalhar nestas unidades, devem possuir conhecimentos técnico-científicos e teológicos. Schroeder e Lorenz (2018) mostram que a capacidade de comunicar eficazmente com pacientes e familiares é uma habilidade importante para qualquer enfermeiro de cuidados paliativos. Assim sendo, são eles que estarão em constante contacto com o doente; no entanto, a capacidade de comunicar os habilitará a dar informações complexas sobre algumas questões feitas pelos doentes relativamente à sua doença, tratamento e prognóstico.

Estudos são feitos na perspetiva de avaliar as habilidades dos enfermeiros na arte de comunicar; no entanto, problemas são identificados desde a sua compreensão, relevância e aplicação à prática de enfermagem.

Tendo em conta este pensamento, parece-nos oportuno corroborar com Mccarthy, Trace e Donovan (2014) ao referir que existem estudos que orientam o que deve ser incluído na arte de comunicar: o detalhe e nível de assuntos a ser ensinados não são

aludidos. Do mesmo modo, o autor já referido defende que cabe às instituições aprovadas criar estratégias para implementar esta temática no seu próprio curso.

Já para Barbosa et al. (2016) este procedimento para ser bem aplicado exige um treino de todos os profissionais que oferecem cuidados nesta área. Não obstante, o poder da comunicação empática realizará uma completa transformação no carácter do doente e seus familiares.

No entanto, é fundamental a formação dos enfermeiros na perspectiva da comunicação: cuidar, curar, proteger, apoiar e defender. Por outro lado, cabe ao enfermeiro desenvolver competências ligadas à sua área de formação para contribuir de forma eficiente, tanto nos aspetos físicos, psicológicos, espirituais e cognitivos do paciente.

Assim sendo, Meixedo (2013, p. 35) aborda a importância que os enfermeiros têm no aspeto do cuidar referindo que a “enfermagem é uma profissão de relação é através da relação enfermeiro/paciente que se estabelece a empatia e sentimentos de confiança”, sendo que o seu alcance, está assente na comunicação.

Podemos assim referir, que a mais elevada obra da educação não é comunicar conhecimentos, meramente, mas aquela vitalizante energia recebida mediante o contacto de enfermeiro com doente, doente com enfermeiro e enfermeiro com a família numa relação de empatia.

Esta abordagem, além de trazer uma qualidade nas assistências, é uma abordagem bastante atrativa, capaz de apoiar e responder as mais difíceis tarefas de sua área, contribuindo para a melhoria, quer nas atitudes, como ao nível prático.

Os cuidados paliativos estão a tornar-se mais especializados devido aos avanços na saúde, intervenções científicas, tecnológicas e terapêuticas. Deste modo, são necessários mais programas educativos, tanto na formação de base como na formação graduada. De acordo com Auckland (2017, p. 2), nestes últimos anos os enfermeiros exigem conhecimentos especializados e habilidades para cuidar eficazmente dos clientes com uma vida limitando a doença.

Vieira (2017, p. 47), defende que na segunda metade dos século XIX, os doentes estavam sob cuidados de pessoas sem formação, esta situação por sua vez despoletou a necessidade da criação de "uma escola" onde os enfermeiros pudessem adquirir preparação que lhes permitisse alterar o trabalho e melhorar os cuidados.

Para Barbosa (2014, p. 5) a “escola é um espaço de confluência de percursos, cheios de especificidades e incerteza.” É o lugar onde os enfermeiros aprendem e desenvolvem competências científicas teóricas-práticas. Pode-se dizer que é um lugar de experiência e estímulos em que o enfermeiro é confrontado a adquirir habilidades que o qualificam a identificar os aspetos de urgências e emergências.

Silva (2006, p. 5), refere que o conhecimento é o grande capital da humanidade. Assim sendo, deve ser oferecido e disponibilizado de maneira que o acesso chegue a todos os níveis. A autora defende que a escola é fundamental para o crescimento e desenvolvimento de uma sociedade.

Neste âmbito, os enfermeiros têm vindo a empenhar-se no sentido da aquisição do poder de certificação, de exclusividade de formação e do monopólio do campo de atividade (Amendoeira, 1999).

Petitot (1989) citado por Amendoeira (1999), refere que o movimento de profissionalização de enfermagem emerge no virar do século e tem origem num novo corpo de saberes, baseado na ciência moderna em rutura com a tradição oral empírica. Vem afirmar-se como uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde.

Ainda, na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, Mendes e Mantovani (2009), referem que deve-se, indiretamente, pressionar o ensino de enfermagem para dar resposta à formação, cada vez mais exigente. Por outro lado, tanto os docentes como os estudantes devem incorporar a tecnologia para o desenvolvimento de competências que contribua significativamente para o bem-estar do doente. Estes meios contribuem de certa maneira para o bem-estar dos doentes, e tem servido de meio auxiliar para os enfermeiros nos seus locais de trabalho.

Cunha (2010) refere que os países devem apostar na escola de enfermagem para que se produzam enfermeiros com capacidade clínica. A autora defende que as práticas clínicas têm contribuído para credibilizar o enfermeiro, assim como a própria instituição.

Corroborando com a autora podemos referir que é impreterível que os países invistam nas escolas de enfermagem porque é nela que se produzem os futuros guardiões do cuidar. Noutra perspetiva, a escola de enfermagem deve ser vista como academia do cuidar, lugar onde se aprende a defender os direitos do doente como um ser, lugar da gerência emocional, física, espiritual e psicológica, assim como do respeito aos princípios estabelecidos.

Assim sendo, estaríamos de acordo com o pensamento de Cunha (2010) quando diz que é na escola de enfermagem onde os políticos, gestores e técnicos buscam respostas aos enormes problemas relacionados com o seu público-alvo, encontrando nesta via estratégias para contribuir de forma positiva e adaptar-se às evoluções práticas, assim como aos modelos de formação dos profissionais de enfermagem.

De acordo com Khademian e Vizehfar (2007), a escola de enfermagem desempenha um papel fundamental na educação dos enfermeiros, habilitando-os a oferecer cuidados adequados. Por outro lado, podemos considerar oportuno o pensamento de Day (2005) ao defender que cabe às escolas de enfermagem transmitir valores profissionais e incutir integridade nos estudantes de enfermagem. Neste

contexto, as universidades devem incentivar os enfermeiros a cultivarem verdadeira diligência e não temer utilizar as suas habilidades.

Vivemos uma realidade onde o ensino da enfermagem precisa ser estratégico e eficiente, na perspectiva de produzir e trazer indicadores-chave de *performance* que possam de uma forma positiva impactar diretamente na produtividade dos estudantes e das instituições.

O mundo tecnológico tem sido uma das influências nas mudanças de paradigma do processo do ensino de enfermagem no ensino superior. Nesta perspectiva, cabe às instituições estarem preparadas para aceitar e implementá-las como receitas. Segundo Mestrinho (2012, p. 3), estas transformações ocorrem nas “atividades socioprofissionais dos professores, quer no ensino, na investigação e difusão do conhecimento”.

Mathena (2002) reforça este pensamento defendendo que os docentes de enfermagem são partes interessada e essencial na gestão da mudança, integração cultural, retenção e direção das atitudes dos estudantes de enfermagem em relação à mudança das estruturas de saúde. Cabe às instituições universitárias assumirem a responsabilidade de expandir uma educação que influencia a vida prática dos enfermeiros clínicos. Levando-os a refletir nas palavras de Khademian e Vizesfar (2007) quando mostrava que um bom enfermeiro quando oferece cuidados com qualidade a esperança de viver dos doentes aumenta e contribui no bem-estar.

Na ausência destas competências, gera-se um clima de conflito dentro da equipa, ou até mesmo pode afetar a relação doente/enfermeiro. Nesta perspectiva, os estudantes devem ser estimulados a compreender que a administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem. Para sua execução é necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentam a ação do enfermeiro, de forma a prover a segurança necessária.

McCarthy et al. (2014) enfatiza que a comunicação empática tem um papel positivo ao ajudar os pacientes a desenvolver conhecimento, compreensão, poder e escolha em relação à saúde e à doença.

A segurança dos doentes terminais no contexto hospitalar e domiciliar, deve constituir o foco principal da equipa multidisciplinar, na perspectiva de garantir o normal exercício dos direitos do doente e seu familiar. Assim sendo, podemos referir que para a boa gestão de segurança e cuidado, a vertente formação é a base nas operações de eventos em fim de vida.

Não obstante, estas dinâmicas causam uma reforma socioprofissional dos docentes universitários, exigindo um perfil competente, com habilidades técnico-pedagógicas, com capacidade de resposta a exigências sociais na investigação científica, na atualização de conhecimento e nas estratégias metodológicas.

Segundo Estrela e Costa (2012, p. 3), estas mudanças que influenciam na docência coloca aos professores de enfermagem novos desafios, pondo-lhes novos papéis e novas competências.

Assim sendo, o papel do professor é fundamental no processo de ensino dos enfermeiros. Para o CNCP (2017, p. 5):

*São desafios incontornáveis, não só consequentes das recomendações internacionais e nacionais, mas sobretudo pela realidade social e de saúde onde os indicadores apontam para o crescente número de doentes e famílias com necessidades paliativas, a que é urgente dar respostas adequadas de saúde, garantindo a igualdade, equidade no acesso e garantir bem-estar e qualidade de vida a doentes e famílias (CNCP, 2017, p. 5).*

Do mesmo modo, Shulman (1987) citado por Marques (2012, p. 8) defende este ponto referindo que as competências pedagógicas dos docentes devem estar:

*Relacionados com o seu domínio científico; o conhecimento pedagógico relativamente às formas de transmitir eficaz e adequadamente os conteúdos científicos; os conhecimentos sobre o processo de aprendizagem dos alunos; os conhecimentos sobre como ensinar em diferentes contextos, a grandes e pequenos grupos; os conhecimentos relacionados com o desenho e o desenvolvimento curriculares (Marques, 2012, p. 8).*

Pode-se considerar, neste contexto, que o professor desempenha um papel fundamental na formação do caráter profissional do indivíduo e no desenvolvimento de aptidões para um relacionamento com mais eficiência com os outros. Dinç e Görgülü (2002) defendem que ser um enfermeiro profissional requer uma tomada de decisão ética e isto, por sua vez, exige um processo de aprendizagem eficaz.

Não obstante, os docentes precisam de atualizar-se e informar-se na perspetiva de conseguir conduzir o processo de ensino numa dinâmica aceitável, só assim, o processo alcançará eficácia.

Vários artigos referenciam a importância de enfermeiros clínicos no processo de socialização. No entanto, uma educação inadequada pode influenciar uma atitude negativa.

De acordo com uma declaração conjunta da Associação Canadense de Escolas de Enfermagem e da Canadian Nurses Association (2004): instituições educacionais e enfermeiras educadoras têm a responsabilidade de preparar novos graduados com as competências necessárias para fornecer cuidados de enfermagem seguros, competentes e éticos (Sawatzky, Enns, & Ashcroft, 2009).

Da mesma forma, Rodrigues (2011) defende que a formação contínua do enfermeiro é fundamental, não só para o desenvolvimento pessoal e profissional na perspetiva de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos, mas um dever para com a profissão.

O mundo reconhece que há um avanço de conhecimento de enfermagem. Políticas têm sido criadas para uma saúde sólida. Ainda assim, é importante refletirmos no tocante à formação do enfermeiro, aludir que a educação em enfermagem que inclui o

apoio psicológico, emocional, espiritual e físico, está empobrecendo principalmente na perspectiva do cuidado. No entanto, parece-nos importante aludir ao pensamento de Oulton (2005) ao defender que a escassez global de enfermagem de hoje está causando um impacto adverso nos sistemas de saúde em todo mundo.

Para McCrae (2011), a importância que os teóricos previram quanto aos modelos de enfermagem, “permitiriam que os profissionais se tornassem mais autônomos e responsáveis em suas decisões clínicas e organização do cuidado, ao mesmo tempo em que impulsionavam o desenvolvimento da enfermagem como disciplina”. Segundo o International Council of Nursing (ICN), uma solução sobre a escassez de enfermagem, aludindo neste contexto cinco estratégias que possam contribuir num novo paradigma do processo: sendo que o primeiro se refletia na “intervenção política; macroeconômica e financiamento do setor da saúde; planejamento e política da força de trabalho incluindo regulamento; ambiente de prática positiva, e retenção e recrutamento; e liderança em enfermagem (Oulton, 2005, p. 1).”

De acordo com Narayanasamy (1999), para além dos seus extraordinários avanços clínicos e científicos, estas ferramentas são catalisadoras na efetivação de mudanças no conhecimento e compreensão dos enfermeiros.

Nesta perspectiva, estaremos a inovar e investir nas formas de tratar os doentes e oferecer apoio aos familiares cuidadores. Moloney e Maggs (1999) referem que os regulamentos atuais exigem que a qualidade e a adequação da assistência ao paciente prestada pela enfermagem sejam monitoradas e avaliadas como parte do programa de garantia de qualidade do hospital.

Preconizando uma continuidade no tratamento e assistência aos doentes, é oportuno que os enfermeiros incidam que ser enfermeiro é colocar-se no lugar do outro; é tomar a frente de uma luta que não é sua; é sentir a dor que não é sua. Uma vez cumprindo com essas ideias estaremos a desenvolver o espírito de humanização, crenças e valores e consequentemente a incorrer à luz da socialização.

De qualquer modo, a sociedade continua a avaliar o desempenho destes profissionais, procurando sobretudo, exigir do profissional esmerar-se em suas atividades na busca de novos conhecimentos. Schulz (2008), opina que há décadas que a sociedade, bem como as instituições se queixam da falta de competências pessoais. O crescimento dessas preocupações tem levado a que as escolas de ensino superior executem reformas curriculares, permitindo que o profissional zele por um comportamento ético.

Schulz (2008), diz que a Associação Britânica de Recrutadores de Pós-Graduação (AGR), relatou as dificuldades que os profissionais graduados têm quanto às "habilidades sociais", como o trabalho em equipa e a comunicação. Tendo em conta este parecer, é fundamental referir que não se pode ver a prática clínica e a educação dos profissionais de forma isolada.

De acordo com Klassen (2006), a sistematização da teoria-prática como uma estratégia desejável para esmerar, instigar e para melhorar a aprendizagem dos estudantes.

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

## CAPÍTULO III - MÉTODOS

### 3.1 Tipo de Estudo

Estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório a partir de uma abordagem quantitativa. O estudo descritivo pode ser caracterizado como percepção vivenciada através do conhecimento da realidade, isto é, compreender o fenómeno tal como é descrito pelo sujeito (Almeida, 2017). O método quantitativo “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis cuja finalidade está em contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo assim, a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 2003, citado por Faustino, 2011, p. 76).

### 3.2 Participantes

A amostra é constituída por 109 estudantes de enfermagem do Instituto Superior de Ciências de Saúde e da Escola Superior Politécnica do Moxico. Os dados sociodemográficos dos participantes são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes**

<b>Idade</b>	
X	30,62
DP	8,88
(min. – máx.)	20 - 56
<b>Sexo (%)</b>	
Masculino	44,7
Feminino	55,3
<b>Estado Civil (%)</b>	
Solteiro	85,0
Casado	12,1
Viúvo	2,8
<b>Nacionalidade (%)</b>	
Angolana	98,1
Outra	1,9
<b>Instituição (%)</b>	
Instituto Superior de Ciências de Saúde	54,1
Escola Superior Politécnica do Moxico	45,9
<b>Trabalhador Estudante (%)</b>	
Trabalhador-estudante	55,7
Estudante	44,3
<b>Profissão (%)</b>	
Enfermeiro	16,5
Estafeta	2,8

Gestor Administrativo	4,6
Militar	1,8
Polícia	,9
Professor	10,1
Técnico de <i>hardware</i>	,9
<b>Estudantes com familiares a receber CP (%)</b>	
Sim	9,4
Não	90,6

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que os enfermeiros apresentam idades entre os 20 a 56 anos, sendo a média de 30,62 com um desvio padrão de 8,88 anos. Quanto ao género, o estudo é predominado pelo sexo feminino. Verificou-se que a maior parte dos estudantes são solteiros. Relativamente à nacionalidade, a maior parte dos estudantes são Angolanos. De acordo com os dados institucionais, verificou-se que a maior parte dos estudantes são do Instituto Superior de Ciências de Saúde. Relativamente à variável trabalhador-estudante, verificou-se que a maioria dos estudantes são estudantes trabalhadores. Quanto à profissão, verificou-se que a maioria são enfermeiros. Por último, verificou-se que a maioria dos estudantes não apresenta familiares em cuidados paliativos.

### 3.3 Instrumentos

Foi utilizado um questionário da autoria de Selma Faustino (2011), que permite avaliar as atitudes e opiniões em relação aos cuidados paliativos, a frequência com que temas relacionados com estes cuidados surgem no *curriculum* do curso de enfermagem e o grau de importância que os estudantes atribuem a tópicos relacionados com os cuidados paliativos para a sua formação. O questionário utilizado é constituído por uma folha introdutória que visa apresentar orientações gerais do estudo e motivar os inquiridos para a sua participação, a que se segue a organização de quatro secções que representam 69 itens: (1) dados sociodemográficos e formativos, incluindo a idade, sexo, estado civil, nacionalidade, estabelecimento de ensino, profissão, trabalhador-estudante, familiares recebendo cuidados paliativos, e se foram lecionados conteúdos na área dos cuidados paliativos durante os últimos anos; (2) percepção dos estudantes de enfermagem sobre temas relacionados com a área dos cuidados paliativos, incluindo o controlo da dor, controlo de outros sintomas, comunicação, trabalho de equipa, aspecto psico-espiritual e luto em fim de vida, avaliados a partir de uma escala do tipo Likert de 5 pontos (1-Nada frequente a 5-Muito frequente); (3) conteúdos programáticos em ensino dos cuidados paliativos, avaliados como “abordado” e “não abordado”; e (4) formação extra-curricular realizada na área dos cuidados paliativos.

### **3.4 Procedimento**

Após a autorização das instituições, apresentação e esclarecimento sobre o estudo e obtenção do consentimento informado dos participantes, os questionários foram preenchidos no início das respectivas aulas e recolhidos imediatamente a seguir à sua finalização. A recolha dos dados decorreu de Março a Maio de 2019.

### **3.5 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e procedeu-se à comparação de médias entre os estudantes das duas instituições através do teste t de Student, estabelecendo-se o nível de significância de  $p < .05$ . Os dados foram analisados no Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 24.

## CAPÍTULO IV – RESULTADOS

### Conteúdos lecionados na área dos cuidados paliativos

Na Tabela 2 são apresentados os resultados sobre os conteúdos lecionados na área dos cuidados paliativos ao longo do curso de enfermagem nas duas instituições de ensino.

**Tabela 2- Conteúdos lecionados na área dos cuidados paliativos**

<b>Conteúdos lecionados na área dos CP (%)</b>	
Sim	68,3
Não	31,7
<b>Unidades curriculares onde foram lecionados (%)</b>	
APS	5,5
Citologia	,9
Doenças Infeciosas	,9
Enf. Pt. Diferenciado	,9
Fund. Enfermagem	12,8
Médico-cirúrgico	16,5
Oncologia	,9
Paciente diferenciado	1,8
Saúde Coletiva	1,8
<b>Anos curriculares onde foram lecionados (%)</b>	
1º ano	3,3
2º ano	45,0
3º ano	31,7
4º ano	20,0
<b>Estudantes que consideram suficiente ou não as competências para desenv. CP</b>	
Sim	46,9
Não	53,1

A maioria dos estudantes refere serem lecionados conteúdos na área dos cuidados paliativos ao longo da sua formação, sobretudo nas unidades curriculares Fundamentos Básicos de Enfermagem e Médico-cirúrgico, e no 2º e 3º ano do curso. Ainda assim, 53% dos estudantes refere que a forma como estes conteúdos é abordada no curso não é suficiente para desenvolver competências de CP.

A perceção dos estudantes sobre a formação académica e extracurricular são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3- Percepção dos estudantes sobre a formação acadêmica e extracurricular**

<b>Formação extracurricular nas áreas dos CP (%)</b>	
Sim	16,8
Não	83,2
<b>Expectativa de vir a ter formação extracurricular na área dos CP (%)</b>	
Sim	57,8
Não	42,2
<b>Importância da formação em CP para a vida profissional (%)</b>	
Pouco importante	1,0
Importante	11,5
Muito importante	45,2
Fundamental	42,3
<b>Importância da inclusão dos CP nos currículos (%)</b>	
Pouco importante	1,0
Importante	28,6
Muito importante	31,4
Fundamental	39,0

A maioria dos estudantes não teve formação extracurricular na área dos cuidados paliativos, mas tem a expectativa de vir a ter. A maioria dos estudantes considera que a formação em cuidados paliativos é muito importante ou fundamental para a vida profissional, realçando a importância de ser desde logo incluída nos currículos de enfermagem no ensino pré-graduado.

As percepções dos estudantes sobre a frequência com que o tema do controlo da dor é abordado no curso de enfermagem são apresentadas na Tabela 4.

**Tabela 4- Frequência com que o tema do controlo da dor é abordado no curso**

<b>Controlo da Dor</b>	Nada frequente	Pouco frequente	Nem pouco nem muito frequente	Frequente	Muito Frequente
A.1- Dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados	3,8%	11,9%	1,9%	45,2%	37,5%
A.2- Os aspetos multidimensionais da dor (Dor Total)	9,3%	29,9%	13,4%	30,9%	16,5%
A.3- O controlo da dor com a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida	7,8%	32,4%	8,8%	32,4%	18,6%
A.4- Avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde	5,9%	22,5%	8,8%	36,3%	26,5%
A.5 Avaliação da dor através de instrumentos standardizados cientificamente testados e validados	23,8%	37,6%	14,9%	10,9%	12,9%
A.6- Intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacológicas e não farmacológicas)	2,9%	7,6%	1,0%	47,6%	41,0%
A.7- Avaliar a eficácia e os efeitos secundários dos	9,7%	35,9%	4,9%	33%	16,6%

métodos farmacológicos e não farmacológicos					
---	--	--	--	--	--

Pode-se constatar nos dados apresentados na Tabela 4, que no que respeita ao controlo da dor, verificou-se que a maior parte dos estudantes refere ter recebido com frequência conteúdos sobre - Intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacológicas e não farmacológicas) e dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados. Como menos abordada está a avaliação da dor através de instrumentos standardizados, cientificamente testados e validados.

As perceções dos estudantes sobre a frequência com que o tema do controlo sintomático é abordado no curso de enfermagem são apresentadas na Tabela 5.

**Tabela 5: Frequência com que o tema do controlo sintomático é abordado no curso**

<b>Controlo sintomático</b>	Nada frequente	Pouco frequente	Nem pouco nem muito frequente	Frequente	Muito Frequente
B.1- 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	18,3%	31,7%	11,5%	24%	14,4%
B.2- Avaliação sintomática e plano de intervenção de cuidados	6,7%	21,9%	3,8%	44,8%	22,9%
B.3- Avaliação sintomática do doente tendo em conta as múltiplas dimensões, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final de vida	16,5%	34%	10,7%	22,3%	16,5%
B.4- Controlo de sintomas, tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final	13%	34%	12%	27%	14%
B.5- Utilização das diferentes vias e modos de administração preferenciando as vias não invasivas e a via SC.	6,1%	23,5%	9,2%	39,8%	21,4%
B.6- Avaliação do impacto das medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente	8,9%	14,9%	14,9%	36,6%	24,8%

Como pode ser observado na Tabela 5 - controlo sintomático - verificou-se que a avaliação sintomática/plano de intervenção de cuidados e utilização das diferentes vias e modos de administração preferenciando as vias não invasivas e a via SC, foram os conteúdos mais abordados segundo as perceções dos estudantes. E o controlo de sintomas, tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final e instrumentos standardizados cientificamente testados e validados para

avaliar sintomas, experimentados pelos doentes na fase final de vida foram os menos abordados.

As perceções dos estudantes sobre a frequência com que o tema da comunicação é abordado no curso de enfermagem são apresentadas na Tabela 6.

**Tabela 6: Frequência com que o tema da comunicação é abordado no curso**

<b>C. Comunicação</b>	Nada frequente	Pouco frequente	Nem pouco nem muito frequente	Frequente	Muito Frequente
C.1- Comunicação terapêutica frente a um doente em fase terminal, familiares e outros profissionais	17,9%	34%	6,6%	26,4%	15,1%
C.2- Os obstáculos e dificuldades à comunicação	11,9%	23,8%	11,9%	23,8%	28,7%
C.3- Princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar)	26%	28,8%	20,2%	20,2%	4,8%
C.4- Comunicação eficaz 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)	14%	27%	13%	38%	8%
C.5- Informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência	17%	30%	6%	36%	11%

De acordo com a pergunta: com que frequência o tema da comunicação é abordado no curso, verificou-se que os obstáculos e dificuldades à comunicação são os mais abordados, enquanto que os princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar) foram identificados como menos abordados.

As perceções dos estudantes sobre a frequência com que o tema do trabalho em equipa é abordado no curso de enfermagem são apresentadas na Tabela 7.

**Tabela 7: Frequência com que o tema do trabalho em equipa é abordado no curso**

<b>D. Trabalho em equipa</b>	Nada frequente	Pouco frequente	Nem pouco nem muito frequente	Frequente	Muito Frequente
D.1- Os princípios de trabalho em equipa multidisciplinar	9,6%	29,8%	6,7%	32,7%	21,2%
D.2- Equipa multidisciplinar, na prestação de ações paliativas	21,2%	26,9%	10,6%	30,8%	10,6%
D.3- Promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com	26,7%	24,8%	15,8%	27,7%	5%

vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas					
---	--	--	--	--	--

Quanto a Tabela 7, os dados indicam que os estudantes de enfermagem referem ter recebido com frequência e muita frequência conteúdos sobre os princípios de trabalho em equipa multidisciplinar e menos frequente a promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas.

As perceções dos estudantes sobre a frequência com que o tema da espiritualidade e luto em fim de vida é abordado no curso de enfermagem são apresentadas na Tabela 8.

**Tabela 8: Frequência com que o tema da espiritualidade e luto em fim de vida é abordado no curso**

	Nada frequente	Pouco frequente	Nem pouco nem muito frequente	Frequente	Muito Frequente
<b>E. Espiritualidade e luto em fim de vida</b>					
E.1- Processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada e terminal	16,3%	42,3%	16,3%	20,2%	4,8%
E.2- Cuidar do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade	12,4%	30,5%	6,7%	35,2%	15,2%
E.3- Apoio à família no luto imediato	16,5%	33%	8,7%	24,3%	17,5%
E.4- Cuidados espirituais tendo em conta a diversidade, cultura, religião, género, <i>status</i> socioeconómico, orientação sexual, etc.	21,2%	29,3%	11,1%	32,3%	6,1%
E.5- Assistir de modo holístico o doente, família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas	11,3%	33%	10,4%	34,9%	10,4%
E.6- Ajudar o doente, família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de <i>coping</i> para lidar com o sofrimento, dor, a perda e o luto em fim de vida	19,8%	35,8%	21,7%	15,1%	7,5%

De acordo com a pergunta: com que frequência o tema da espiritualidade e luto em fim de vida é abordado no curso?, verificou-se que cuidar do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade foi o mais abordado, de acordo com a perceção dos estudantes de enfermagem. Dos temas menos abordados, os estudantes referem: ajudar 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.

As perceções dos estudantes sobre a integração de determinados conteúdos relacionados com os cuidados paliativos na licenciatura em enfermagem nas duas instituições são apresentadas na Tabela 9.

**Tabela 9: Percepções dos estudantes sobre a integração de determinados conteúdos relacionados com os cuidados paliativos na licenciatura em enfermagem**

F. Conteúdos programáticos	Sim	Não
F.1-Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia e tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras, etc	94,4%	5,6%
F.2-Cuidados Espirituais	18,4%	81,6%
F.3-Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc	82,9%	17,1%
F.4-Aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)	64,2%	35,8%
F.5-Escalas para avaliação da dor	71,2%	28,8%
F.6- Controlo da Dor: escada analgésica da OMS, fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação e toxicidade	83,5%	16,5%
F.7-Educação do doente e família sobre o uso de opióides	55,3%	44,2%
F.8-Preparar antecipadamente a fase terminal de vida	44,2%	55,8%
F.9-Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender às necessidades específicas do fim da vida (ex: preferir via SC)	49%	51%
F.10- Cuidados de suporte ao doente e família	67%	33%
F.11- Certidão de óbito, cuidados <i>post-mortem</i> , formalidades administrativas e apoio no luto imediato	56,2%	43,8%
F.12- 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 e mecanismos de <i>coping</i>	56,7%	43,3%
F.13- Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e ativar mecanismos de suporte	65,4%	34,6%
F.14- 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	58%	42%
F.15- Conhecimento da abordagem sistémica; educação de doente, família e cuidadores	74,8%	25,2%
F.16- Conferência familiar	26,5%	73,5%
F.17- Processo de perda e luto	28,7%	71,3%
F.18- Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família	50%	50%
F.19- Reflexão e desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajetória de vida, o fim de vida e a morte	48,5%	51,5%
F.20- Limite da intervenção em medicina e o cuidar, respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro	61,5%	38,5%
F.21- Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência	90,4%	9,6%
F.22- Epidemiologia de doenças crónicas	80,8%	19,2%

F.23- Qualidade de vida, modelo bio-psico-social de cuidados	72%	28%
F.24- A morte e o morrer, medicalização da morte, medos e tabús relativos à morte	39,8%	60,2%
F.25- Consentimento informado	80,8%	19,2%
F.26- Aspetos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto	44,8%	55,2%
F.27- Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos	40,8%	59,2%
F.28- Capacidades pedagógicas	55,8%	44,2%

A maioria dos estudantes de enfermagem considerou que os seguintes conteúdos fazem parte dos currículos do curso de enfermagem: Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia e tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras, Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, Escalas para avaliação da dor, Controlo da Dor: escala analgésica da OMS, fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação e toxicidade, Cuidados de suporte ao doente e família, Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e ativar mecanismos de Suporte, Conhecimento da abordagem sistémica; educação de doente, família e cuidadores, Limite da intervenção em medicina e o cuidar, respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro, Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência, Epidemiologia de doenças crónicas, Qualidade de vida, modelo bio-psico-social de cuidados, Consentimento informado. A maioria dos enfermeiros considerou que os seguintes conteúdos não fazem parte dos currículos: Cuidados Espirituais, Preparar antecipadamente a fase terminal de vida, Conferência familiar, Processo de perda e luto, A morte e o morrer, medicalização da morte, medos e tabús relativos à morte e Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos.

Foram testadas as diferenças de médias entre estudantes do Instituto Superior de Ciências de Saúde e da Escola Superior Politécnica do Moxico relativamente às variáveis do controlo da dor, controlo sintomático, comunicação, trabalho em equipa, espiritualidade e luto em fim de vida, e perceção dos estudantes sobre a formação académica e extracurricular. Apenas se verificaram diferenças significativas em três variáveis. Na perceção dos estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde de Luanda a avaliação sintomática é mais frequentemente abordada ( $M = 3.19$ ) do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico ( $M = 2.49$ ),  $t(101) = 2.64$ ,  $p = .010$ . Na perceção dos estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde de Luanda o tema da equipa multidisciplinar é mais frequentemente abordada ( $M = 3.16$ ) do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico ( $M = 2.41$ ),  $t(101) = 2.80$ ,  $p = .005$ . E na perceção dos estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde de Luanda os cuidados espirituais são menos frequentemente abordados ( $M = 2.49$ ) do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico ( $M = 3.05$ ),  $t(97) = -2.17$ ,  $p = .032$ .

Foram ainda testadas as diferenças de médias entre os estudantes do sexo feminino e do masculino relativamente à percepção sobre a formação académica e extracurricular (Tabela 10).

**TABELA- 10- Distribuição dos resultados sobre diferenças de médias entre os estudantes do sexo feminino e do masculino relativamente à percepção**

	Masculino (M, DP)	Feminino (M, DP)	t	p
Formação extracurricular nas áreas dos CP	1,93	1,75	2,61	,011
Expectativa de vir a ter formação extracurricular na área dos CP	1,47	1,38	,81	,420
Importância da formação em CP para a vida profissional	4,45	4,16	2,07	,040
Importância da inclusão dos CP nos currículos	4,27	3,93	2,05	,043

Os estudantes do sexo masculino tiveram mais formação extracurricular do que as estudantes do sexo feminino, bem como uma maior valorização dos conhecimentos dos cuidados paliativos para a vida profissional e uma maior valorização da inclusão dos conteúdos de cuidados paliativos no *curriculum* de enfermagem.

#### 4.1 Discussão

Esta investigação surge com o propósito de refletir e contribuir para os avanços do conhecimento sobre cuidados paliativos, sensibilizando para a importância dos cuidados ao doente terminal/família e suas repercussões no ensino de enfermagem. Deste modo, acreditamos ser fundamental que os estudantes de enfermagem, enquanto futuros profissionais, possuam conhecimentos adequados à intervenção perante o doente/família.

As respostas obtidas espelham as necessidades dos estudantes enfermeiros em matéria de formação em cuidados paliativos. A amostra foi constituída por estudantes predominantemente do sexo feminino. Estes resultados vão de acordo com o estudo de Fernandes (2012), Lopes (2013) e Faustino (2011). Pode-se justificar o porquê de termos predominância do género feminino em relação ao masculino. Costa, Padilha, Amante, Costa, Bock (2009), referiram que a profissão de enfermagem sempre foi mais exercida por mulheres.

Em relação ao estado civil, os dados também vão ao encontro do estudo de Fernandes (2012), Lopes (2013) e Faustino (2011). É de salientar que não se verificou existir relação entre as variáveis. Quanto à nacionalidade, o estudo foi predominado por estudantes Angolanos. É de salientar que não se verificou existir relação entre as variáveis. Quanto às instituições, verificou-se que o Instituto Superior de Ciências de Saúde de Luanda foi a que mais estudantes apresentou. Dados que podem ser

justificáveis na perspectiva do ICSL encontrar-se na capital, onde há maiores desafios na perspectiva de oportunidades. Relativamente à variável trabalhador-estudante, verificou-se que a maior parte da amostra são trabalhadores-estudantes. Estes dados podem ser justificáveis, na perspectiva de que o país esteve bastante tempo em guerra civil, fator esse que fez com que muitos cidadãos não aderissem à formação; vindo no entanto a ser abraçado depois do decreto de paz que perdura há cerca de 17 anos. De acordo com a profissão dos estudantes, a amostra foi constituída predominantemente por estudantes enfermeiros. Esse resultado vai de acordo ao estudo de Fernandes (2012), ao referir que os “enfermeiros estão distribuídos por todas as categorias da carreira profissional. É de referir que não constatamos diferenças significativas nos conhecimentos dos estudantes face aos cuidados paliativos.

De acordo com a variável que referia estudantes com familiares recebendo CP, a amostra predominante foi dos estudantes de enfermagem que responderam não. Dados que podem ser justificáveis na perspectiva desses cuidados serem incipientes em Angola. Podemos concluir, de um modo geral, que esses dados não influenciam os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes da licenciatura em enfermagem.

Quanto aos conteúdos lecionados na área dos cuidados paliativos, verificou-se que a maioria concentra-se no 2º ano (o 1º ano é o menos expressivo). Considerando o que referia Sudigursky (2006, p. 2), as temáticas dos cuidados paliativos são lecionadas de forma “multidisciplinar, não havendo predomínio de periódicos por área específica”. Ao contrário da Recomendação da ANCP (2006), os planos curriculares de um curso devem corresponder ao nível de formação exigida nos conteúdos funcionais da profissão. Para além desse critério, chamando a atenção aos responsáveis (professores) pela sua construção; devem antecipar-se às realidades e aos novos desafios de contexto observável, operando mudanças que permitam acompanhar a evolução observada e dar resposta a problemas novos. Esses desafios são vistos na perspectiva de Sapeta (2015, p. 5) como foco no “desenvolvimento da investigação colaboracional e multicêntrica em cuidados paliativos”. O resultado em destaque segue em concordância com o pensamento de Sapeta (2004) citado por Faustino (2011) ao referir 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.

Com vista a compreender o nível de satisfação dos estudantes de enfermagem sobre a formação ministrada na área dos CP, a amostra predominante foi dos estudantes que não consideram suficiente a leção desses temas para desenvolver competências. De acordo com Bernardo et al. (2016), o insucesso das competências dos estudantes de enfermagem reside na maneira como estes conteúdos têm sido abordados nas unidades curriculares, i.e., como uma opção e não como conteúdos obrigatórios, como seria desejável e necessário. Um número muito reduzido de escolas de enfermagem tem no currículo uma UC exclusiva de CP. Do mesmo modo, a Recomendação da ANCP (2006) refere que as escolas superiores de enfermagem devem desempenhar uma função muito importante: a de criar alianças estratégicas de formação/ação.

Estes dados vão contra as recomendações da ANCP que advogam que para a compreensão desses cuidados é necessário que a formação obedeça a três níveis: o nível

básico com uma duração de 18 a 45 horas, o nível avançado com uma duração de 90 a 180 horas e o nível especializado com uma duração superior a 280 horas, e um estágio em unidade de credibilidade reconhecida de pelo menos duas semanas. Concordando com este pensamento está Magalhães (2009), citada por Faustino (2011, p. 91) que salienta que seria interessante o desenvolvimento destes conteúdos no início do curso, mas também durante o mesmo, para poderem refletir práticas e vivências.

Podemos resumir que a formação dos estudantes de enfermagem na perspetiva paliativa é insuficiente para desenvolver competências e responder às exigências gerais de um doente, tal como do seu familiar.

Quanto à questão colocada aos estudantes de enfermagem: já teve formação por interesse pessoal (extra-escola) na área dos cuidados paliativos? Referente à Tabela 3, verificou-se que a amostra foi predominada por estudantes de enfermagem que não tiveram formação extra-escolar. Isso leva-nos a pensar no que dizia Bernardo et al. (2016): a preparação dos profissionais de saúde nesta matéria tem sido errática, não planeada nem estrategicamente definida; por isso, vêem-se fracassos institucionais nos professores que são os dinamizadores de primeira linha na implementação desta filosofia de cuidados. De acordo com a recomendação da ANCP (2006), a escola é um espaço privilegiado de construção de identidades sociais e profissionais. O processo de formação deve revestir-se de uma filosofia de fundo que estabeleça metas e princípios gerais que orientem e sustentem toda a atuação do aluno, na sua vida prática futura.

Quanto à iniciativa própria, verificou-se que os estudantes de enfermagem ponderam dar continuidade à sua formação na área dos cuidados paliativos. Essa necessidade vai de acordo com o pensamento de Bernardo et al. (2016) ao dizer que há necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem competências que os habilite a trabalhar com pacientes em fim de vida. Dados que vão de acordo com os resultados obtidos por Lopes (2013) e Faustino (2011).

Para nós, é significativamente importante ver o número de estudantes que pretendem completar a sua formação na área dos cuidados paliativos, o que segue na mesma linha com o que já vem sendo fundamentado sobre a importância de se formar enfermeiros especialistas.

Relativamente à questão: “Até que ponto considera importante esse conhecimento para sua vida profissional?”, a amostra predominante foi dos estudantes que referiram muito importante o ensino na área dos CP. Quanto à importância dos CP nos currículos, a grande maioria dos estudantes referiu fundamental, defendendo a sua inclusão nos currículos e realçando a importância de ser desde logo incluída nos currículos de enfermagem no ensino pré-graduado. Contudo, é de salientar que parece ser importante refletirmos nesta temática, em resultado da constatação de que no centro da assistência em cuidados paliativos estão os enfermeiros, sendo, por isso, fundamental que detenham conhecimentos nesta área. De acordo com Lopes (2013), é primordial que os estudantes de enfermagem, enquanto futuros profissionais, possuam conhecimentos adequados à intervenção perante o doente/família em situação de doença crónica e/ou

paliativa. Candeias (2009) defende que o mais importante é que o indivíduo, como responsável pela sua própria formação, conheça as suas experiências anteriores, os seus saberes e as suas expectativas. Assim sendo, podemos referir que a formação em cuidados paliativos é muito importante para a vida profissional. Dados que vão de acordo com os resultados obtidos por Lopes (2013) e Faustino (2011).

Relativamente às perceções dos estudantes sobre a frequência com que o tema do controlo da dor é abordado no curso de enfermagem, verificou-se que a amostra foi predominada por estudantes que abordam com frequência os temas de Intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacologia e não farmacológica). A avaliação da dor através de instrumentos standardizados cientificamente testados e validados foi identificado como o menos frequente.

De acordo com os resultados apresentados, parece-nos fundamental refletir que os estudantes de enfermagem consideram o controlo da dor, como uma das áreas onde necessitavam de mais formação. Assim sendo, a dor, de acordo com a International Association for the Study of Pain, (1994) citada por Nunes (2014, p. 9) é vista como um “fenómeno causador de sofrimento, transversal a todos os Seres Humanos nalgum ponto da sua vida, associado a diminuição da qualidade de vida e do bem-estar, e que acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde. É uma experiência sensorial, subjetiva e multidimensional, cuja perceção pode ser influenciada por vários fatores.” Neste estudo, vê-se a necessidade de validar os instrumentos para a população Angolana; as necessidades formativas identificadas a partir das características da amostra são uma das preocupações. A dor é manifestamente um dos sintomas mais frequentes na situação de doença, motivo esse que leva as instituições a abordarem a dor como quinto sinal vital; no entanto, é necessário e urgente atentar a ela como um alvo que deve ser eliminado. Esses dados vão de acordo com Acedo (2014) ao referir que a equipa de enfermagem tem um papel central na adequação, conhecimento e aplicação dos métodos de avaliação da dor padronizados, de maneira a poder atuar nesta avaliação, utilizando os instrumentos necessários ao diagnóstico, honrando assim o compromisso da enfermagem na satisfação do utente/família. Do mesmo modo, a Ordem dos Enfermeiros (2008) citada por Nunes (2014, p. 53) refere que os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor. No entanto, com base nos resultados obtidos, podemos salientar que os estudantes de enfermagem, quando acabam a licenciatura, não têm competências no controlo da dor, sendo que as instituições não estão despertas para esta realidade, tão importante nos cuidados aos nossos doentes.

Relativamente ao Controlo de outros sintomas, verificou-se que 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 continua sendo o menos destacado pelos estudantes como pouco frequente enquanto que a Avaliação sintomática e planos de intervenção de cuidados foi identificado como frequente. Verificou-se a

concordância entre este resultado com o anterior em relação a temas que nos parecem importantes para o desenvolvimento de competência dos estudante que estão diretamente a lidar com a pessoa. No entanto, vemos que referem que os temas como Avaliação da dor através de instrumentos standardizados cientificamente testados e validados, o 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, o Controlo de sintomas, tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final, O controlo da dor com a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida foram pouco frequentes, de acordo com a perceção dos estudantes.

Dados preocupantes que nos levam a compreender que os estudantes de enfermagem não desenvolvem habilidades em CP, por não haver disciplinas em Angola específicas ao curso de CP; não obstante, é de referir que existem doentes que se preocupam com o controlo dos sinais e sintomas, visto que os mesmos, quando bem geridos, contribuem para o seu bem-estar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) e Nunes (2014, p. 17), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, que exigem “observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

No que diz respeito à comunicação, verificou-se que a comunicação terapêutica frente a um doente em fase terminal, familiares e outros profissionais, os estudantes identificaram como pouco frequente; quanto ao tema Comunicação eficazmente com doentes, familiares e outros profissionais de saúde, aplicando as teorias e princípios da comunicação em cuidados, os estudantes identificaram frequente. De referir que segundo Faustino (2011, p. 104), existe défice de conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente na área da transmissão de más notícias. Do mesmo modo, Höher e Wagner (2006) referem que este défice está na falta de capacitação dos profissionais para enfrentar tal situação. Saber comunicar devia constituir-se como um dos principais focos da enfermagem, adicionando ao ato de informar, cuidar e apoiar. De acordo com Barbosa e Neto (2016), só assim é que a comunicação poderá ser descrita como a chave que permite responder com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente. É fundamental o reparo feito por Neto (2003), citado por Faustino (2011) ao referir que 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. De acordo com os dados do nosso estudo, vemos que existe uma deficiência por parte dos estudantes no tema da comunicação. Neste contexto, estaremos de acordo com Ribeiro (2013) ao defender que é preciso muito treino, empatia e muita sensibilidade para se transmitir uma má notícia, sendo visto como um processo complexo, tanto para o profissional

como para a família. Ideia esta que é reforçada por Lopes (2013), ao referir que é fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para a transmissão de más notícias.

Este resultado levou-nos a entender como a técnica de transmissão de más notícias e a conferência familiar são importantes no cuidado aos doentes terminais. No entanto, cremos de igual modo, que estes resultados não deixam de ser um recado para as instituições de enfermagem em Angola, no sentido de desenvolver competências ligadas à área da comunicação através de conferências, simpósios, palestras, assim como cursos optativos. Só assim será possível desenvolver competências, levando à experiência que trará certamente muitos benefícios.

Quanto à variável Trabalho em Equipa, a amostra predominante foi o tema: Os Princípios de Trabalho em Equipa Multidisciplinar identificado pelos estudantes de enfermagem como frequente. Sendo que a Promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas identificada como nada frequente. Assim, vamos ao encontro do pensamento de Soares (2016) ao defender que Os comportamentos de muitos enfermeiros não refletem as suas atitudes, uma vez que são influenciados pelos vários ambientes ou porque sofreram momentos de fortes pressões internas que os fazem reagir de modo diferente daquele a que as suas atitudes os levariam. O espírito de trabalho em equipa é fundamental neste contexto.

A ANCP (2006) refere que um dos princípios do trabalho em equipa está em colocar o doente e a família no centro dos planos, respeitando a sua vontade e privacidade. Defende ainda que é importante que a equipa tenha os métodos e objetivos bem delimitados e que permita aos elementos da equipa discutir os problemas dos doentes e propor a resolução para os mesmos. Dados que vão de acordo ao estudo de Faustino (2011) ao referir que os estudantes de enfermagem apresentam competências para trabalhar em equipa multidisciplinar.

Quanto à Equipa Multidisciplinar na prestação de ações paliativas, verificou-se que os estudantes apresentam competências para trabalhar em equipa e no estabelecimento de relações de trabalho. Assim sendo, é oportuno corroborar com Lopes (2013) ao dizer que o desígnio maior da equipa multidisciplinar será o de garantir o máximo bem-estar e qualidade de vida ao doente, condição que passará inevitavelmente pelo controlo de sintomas tão rigoroso e eficaz quanto possível. Do mesmo modo, Soares (2016) refere que em cuidados paliativos, o trabalho em equipa assume relevante importância pela múltipla resposta que dá às dificuldades relacionadas com a variabilidade e simultaneidade de sofrimentos, quer do doente, quer da sua família. No entanto, isso exige flexibilidade e capacidade de adaptação imediata por parte dos profissionais. Estes dados estiveram de acordo com estudo feito por Campos e Forster (2008), no qual os alunos também reconheceram como importante a atuação em equipa multidisciplinar.

No que concerne a Promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas. Pode-se referir que os estudantes se

consideram competentes, na promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas. A formação e a qualidade técnica dos recursos humanos são fator crítico nos resultados que se obtêm. A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006, p. 16) refere que para “além da atividade assistencial a doentes e famílias e em função da diferenciação e tipo da unidade, podem estar previstas atividades de formação e docência, atividades de avaliação e articulação dos cuidados e ainda de investigação.”

Na dimensão Aspectos psico-espirituais e do luto em final de vida, constata-se que o Processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada e terminal é abordado como pouco frequente. Este fenómeno parece-nos preocupante, sobretudo no que concerne ao despreparo dos estudantes em lidar com a morte e o processo de morrer. Sabe-se que Angola vem apresentando um índice de doentes, especialmente idosos, com doenças crónicas avançadas ou em fase terminal: doentes oncológicos, doentes com SIDA, doentes com demência, doentes pediátricos. Fazendo uma análise dos resultados, estaremos de acordo com o pensamento de Magalhães (2009), citado por Faustino (2011) 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. De acordo com Rodrigues (2016), em resposta ao medo e angústia vem o ato de abandono, despersonalização, tristeza e espírito de impotência. Este facto torna-se preocupante ao relacionar como o pensamento de Sapeta (2004), citado por Faustino (2011), que refere que os novos profissionais de enfermagem não adquirem competências para cuidar dos doentes em fim de vida. Considerando esta categoria, parece-nos indiscutivelmente importante referir que os estudantes de enfermagem não apresentam competências para tal. Dados que se justificam pelo facto de os estudantes verbalizarem medo face à morte eminente dos doentes.

Ao nível do cuidar do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade, verificou-se que os estudantes possuem competências nesta temática. De acordo com Soares (2016), o cuidar do doente e família nas últimas horas, deve ser estabelecido na base de confiança e de segurança. O autor referido defende que o toque é uma forma poderosa de comunicar e oferecer apoio psicológico, assim como emocional. Porém, deve revestir-se de carácter de espontaneidade, intuição e de conhecimento, pois só assim o enfermeiro pode selecionar adequadamente o momento em que ele deve acontecer. Lopes (2013) refere que a família do doente sob cuidados paliativos é parte integrante da equipa de cuidados. O enfermeiro deve utilizar todas as estratégias com afetividade e, muitas vezes, acrescido da intenção de aumentar o bem-estar. No estudo realizado por Faustino (2011), os estudantes referem competências na aplicação dos conhecimentos nesta área.

Fazendo uma análise dos resultados referente ao apoio à família no luto imediato, verificou-se que os estudantes referem como pouco frequente. Estes dados são justificáveis visto que esta abordagem ainda não é desenvolvida em Angola, tornando claro a falta de enfermeiros especialistas em cuidados paliativos. Estes dados vão de

acordo com estudo de Faustino (2011), ao referir que os estudantes de enfermagem conhecem mas nunca desenvolveram essas atividades.

Quanto a cuidados espirituais, tendo em conta a diversidade, cultura, religião, género, *status* socioeconómico, orientação sexual, etc., verificou-se que os estudantes referem abordar com frequência os cuidados espirituais. De acordo com os resultados, torna-se claro que os estudantes têm conhecimento sobre esta variável. Soares (2016) refere que a ação do profissional deve ser dirigida à pessoa na sua globalidade, inserida num contexto sociocultural que lhe é muito próprio. Cardoso et al. (2010) citado por Lopes (2013) reforça a ideia de que é importante que o apoio e a assistência à família nas suas perdas, seja feita antes e depois da morte do paciente, prolongando-se até ao período do luto.

Respetivamente a assistir de modo holístico o doente, família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e com as perdas, os resultados mostram que têm conhecimento dessa variável. Soares (2016), refere que é necessário que o profissional encoraje o doente/família a expor o seu problema e o saiba detetar. Ainda Ribeiro (2012) citado por Rodrigues (2016) refere que cuidar do doente e família, implica compreender as formas como cada pessoa vivencia os seus problemas, manifesta as suas preocupações, as suas necessidades e os seus desejos e exprime os seus anseios e angústias. Ainda assim, os estudantes referem que existe necessidade de se desenvolver competências em cuidados paliativos.

Quanto à variável ajudar o doente, família e pessoas significativas a desenvolver estratégias de  *coping*  para lidar com o sofrimento, dor, perda e o luto em fim de vida, verificou-se pouco frequente. Gomes (2002, 2009) e Ribeiro (2012) citado por Rodrigues (2016), refere que o enfermeiro se deve mostrar disponível para ajudar a pessoa a tomar consciência do seu problema e das suas dificuldades, através de uma relação de aceitação e confiança, promovendo um diálogo construtivo.

Soares (2016) encara estes resultados como uma necessidade crucial que o profissional precisa desenvolver para se comunicar com o doente, e a aquisição de conhecimentos e o domínio destas técnicas são muito positivos, quer para o doente como para os profissionais. Assim, considerando os resultados, podemos concluir que existe uma necessidade de se desenvolver os cuidados paliativos em Angola. Os estudantes de enfermagem precisam de programas ligados a aspetos psico-espirituais para responderem à demanda que o país vem apresentando.

Relativamente aos 28 itens sobre conteúdos programáticos que os estudantes referem ter abordado durante o curso de enfermagem, a amostra predominante foi constituída por estudantes de enfermagem que afirmaram ter recebido formação em cuidados paliativos. De entre os conteúdos, apresentaremos os oito com maior destaque: Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia e tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras, com maior expressividade. O conteúdo princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência. Controlo da Dor:

escada analgésica da OMS, fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação e toxicidade. Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento. Vemos neste momento que o consentimento informado e a epidemiologia de doenças crónicas, apresentam a mesma percentagem. Em seguida está o conhecimento da abordagem sistémica; educação de doente, família. E finalmente está a qualidade de vida, modelo bio-psico-social de cuidados. Os resultados obtidos vão de encontro ao referido por Faustino (2011) que conclui que os estudantes mencionaram terem-lhe sido lecionados esses conteúdos.

O mesmo se verifica com os conteúdos na área das escalas para avaliação da dor, cuidados de suporte ao doente e família, consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e ativar mecanismos de suporte, limite da intervenção em medicina e o cuidar, respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro e aspetos multidimensionais da dor (Dor Total). 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 e mecanismos de *coping*, técnica de 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 e funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família.

Ainda se verificou que educação do doente e família sobre o uso de opióides e certidão de óbito, cuidados pós-morte, formalidades administrativas e apoio no luto imediato, são resultados que se opõem aos encontrados por Faustino (2011), em que os estudantes revelam não receberem conteúdos nessas variáveis.

Em seguida, apresentaremos seis conteúdos com maior destaque, identificados pelos estudantes durante o curso de enfermagem como não lecionados: os estudantes de enfermagem referem não ter sido incluído no currículo do curso os cuidados espirituais. O resultado opõe-se aos encontrados por Faustino (2011) ao afirmar que os estudantes dizem ter recebido conteúdos nessa área. Em seguida, verificou-se a conferência familiar, variável que vai de acordo aos resultados encontrado por Faustino (2011) em que os estudantes revelam não receberem conteúdos nessas variáveis. O processo de perda e luto, resultado que se opõe aos encontrados por Faustino (2011) ao afirmar que os estudantes revelavam ter recebido conteúdos nessa área. Quanto à morte e o morrer, medicalização da morte, medos e tabus relativos à morte, de acordo com o resultado opõe-se aos encontrados por Faustino (2011) ao afirmar que os estudantes revelavam ter recebido conteúdos nessa área. Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos, esses resultados vão de acordo ao encontrado por Faustino (2011) em que os estudantes revelam não receberem conteúdos nessas variáveis. E finalmente nesta categoria está o item preparar antecipadamente a fase terminal de vida, de acordo com o resultado opõe-

se aos encontrados por Faustino (2011) ao afirmar que os estudantes revelavam ter recebido conteúdos nessa área.

Este indicador é de suma importância, já que para pôr em prática um plano educativo, é necessário conhecer que nível instrutivo tem a população para planejar as ações de acordo a obter as mudanças esperadas. Tymoshevskaja e Shapoval-Deinega (2018) referem que a atualização dos currículos deve estar implicada com a missão dos enfermeiros, médicos e outros profissionais, na perspectiva de os instigar a melhorarem a sua abordagem de intervenção.

Apesar de se verificar que a maioria dos conteúdos recomendados pela ANCP, apresentados aos estudantes no questionário, é abordada nas escolas selecionadas, existem ainda um número significativo de conteúdos que não são abordados. No entanto, Dickinson (2007) refere existir uma preocupação entre educadores, políticos, profissionais de saúde e pesquisadores sobre o estado da educação em cuidados de fim de vida. Além de pouca oferta formativa na área dos cuidados paliativos, vários são os autores que defendem que a formação em cuidados paliativos é insuficiente, dados que se refletem com o nosso estudo. No entanto, não é apenas importante o conhecimento de diretrizes antecipadas para estudantes de enfermagem, mas as escolas de enfermagem precisam abordar os sentimentos dos alunos em relação a essas questões.

De acordo com os resultados obtidos, podemos considerar que são fatores que podem vir a comprometer o desenvolvimento de competências consideradas essenciais nos cuidados aos doentes paliativos. Este pensamento vai de acordo com o estudo de Lopes (2013) e Faustino (2011) que defende que a escassez de estudos que avaliem o nível de conhecimentos sobre cuidados paliativos em estudantes de enfermagem ou em enfermeiros, constitui uma limitação à discussão destes resultados. A Ordem dos Enfermeiros (2007) citada por Fernandes (2012), refere que a solidez, a abrangência e a profundidade das competências desenvolvidas na formação inicial são um fator determinante para a aquisição das ferramentas essenciais para o aprofundamento e desenvolvimento das competências ao longo da vida. Podemos associar este facto com o que refere Leeuwen, Teisinga, Middel, Post, & Jochemsen (2009) citado por Faustino (2011, p. 122) 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.”

Existem diferenças de médias entre estudantes do Instituto Superior de Ciências de Saúde e da Escola Superior Politécnica do Moxico relativamente às variáveis de controlo da dor, controlo sintomático, comunicação, trabalho em equipa, espiritualidade e luto em fim de vida, e a perceção dos estudantes sobre a formação académica e extracurricular. Apenas se verificaram diferenças significativas em três variáveis. Na perceção dos estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde de Luanda a avaliação sintomática é mais frequentemente abordada do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico. Na perceção dos estudantes do Instituto Superior de

Ciências da Saúde de Luanda o tema da equipa multidisciplinar é mais frequentemente abordado do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico. E na perceção dos estudantes do Instituto Superior de Ciências da Saúde de Luanda os cuidados espirituais são menos frequentemente abordados do que nos estudantes da Escola Superior Politécnica do Moxico.

É de salientar que não se verificou existir relação entre as variáveis sociodemográficas e académicas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes de licenciatura em enfermagem. No entanto, devemos basear-nos nas recomendações bibliográficas que defendem que o ensino dos cuidados paliativos deve ser universal de acordo com as recomendações do ANCP (2006) que referem que as instituições devem incluir uma disciplina de cuidados paliativos no plano curricular da licenciatura em enfermagem, com um mínimo de 45 horas, situada no 2º ano do curso. Teria como vantagem preparar o aluno para as primeiras experiências práticas. A mesma instituição refere que sendo a escola um espaço privilegiado de construção de identidades sociais e profissionais, o processo de formação deve revestir-se de uma filosofia de fundo que estabeleça metas e princípios gerais que orientem e sustentem toda a atuação do aluno, na sua vida prática futura. Neste contexto, os conteúdos identificados vão de acordo ao estudo feito por Lopes (2013, p. 30) que refere que os conteúdos devem estar de acordo com as recomendações da ANCP (2006): “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.”

Quanto às perceções dos cuidados paliativos, verificou-se que os estudantes do sexo masculino tiveram mais formação extracurricular do que as estudantes do sexo feminino, bem como uma maior valorização dos conhecimentos dos cuidados paliativos para a vida profissional e uma maior valorização da inclusão dos conteúdos de cuidados paliativos no *curriculum* de enfermagem. Dados esses que vão ao encontro com o estudo feito por Lopes (2013) ao demonstrar que os estudantes do sexo masculino revelaram melhores conhecimentos face ao sexo feminino. É de salientar que não se verificou existir relação entre as variáveis sociodemográficas e académicas e os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos estudantes.

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

## CAPÍTULO V- CONCLUSÃO

A realização deste trabalho apresentou-se como um grande desafio pessoal/profissional, pois possibilitou adquirir novos e importantes conhecimentos sobre a prática diária de cuidados, o que se reflete numa abordagem mais próxima e adequada à pessoa em fim de vida.

No entanto, procuramos responder a questão de partida que dizia: de que forma o tema dos cuidados paliativos é abordado nas faculdades de enfermagem em Angola e quais as necessidades práticas e de conhecimento por parte dos alunos? Assumindo este desafio, propomo-nos estudar a percepção dos estudantes de enfermagem angolanos sobre os cuidados paliativos. Dessa forma, chegámos a identificar as necessidades, o que será um contributo para que se cumpram os objetivos que se traduzam em melhorias da qualidade assistencial aos doentes, famílias e ganhos para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem. Esta necessidade reside na inclusão de conteúdos sobre cuidados paliativos no plano de estudos.

Atendendo à complexidade e diversidade dos problemas que os estudantes de enfermagem experimentam no seu percurso prático e teórico, é de todo imprescindível que se produza mais investigação e conhecimentos, para se proceder a um ensino mais eficaz, com objetivo de contribuir para um melhor conhecimento das atitudes dos futuros profissionais de saúde. Relativamente à atitude dos futuros profissionais de saúde, pode ser um fator decisivo para a efetiva implementação deste processo. Os estudantes de enfermagem evidenciaram uma atitude positiva face à inclusão dos cuidados paliativos nas grelhas curriculares. No entanto, constatou-se que estes indivíduos possuem uma experiência reduzida ou nula para atuar junto desta população, o que deixa transparecer a necessidade de um maior número de disciplinas que abordem temas relativos a Cuidados Paliativos.

As percepções dos estudantes de enfermagem estiveram distribuídas em várias áreas do saber, referente aos cuidados paliativos. Sendo que nos importa evidenciar as variáveis com indicadores mais baixos.

Embora tendo sido verificado que alguns estudantes têm informações sobre os CP, não deixa de ser relevante que a maioria afirmou que gostaria de saber, ou mesmo que considerava ser essencial, ter nos currículos uma disciplina sobre cuidados paliativos, e a mesma ser abordada de acordo com as recomendações internacionais. Candeias (2009, p. 183) refere que a “formação em cuidados paliativos após o curso geral de enfermagem, quando existe, é pouco representativa em termos de carga horária, e os conteúdos tendem a centrar-se também, em aspetos teóricos.”

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. Entretanto, para além da urgente necessidade de se criarem programas que auxiliem a atividade dos estudantes/enfermeiros no âmbito da manutenção dos cuidados paliativos,

importa aqui apelar de forma vinculada, que se criem matérias legislativas sobre assuntos do cuidar de pacientes em fim de vida, de forma a servir de suporte para as regulamentações futuras por parte dos estudantes de enfermagem, assim como das instituições implicadas.

Outra maior dificuldade apontada, está relacionada com o controlo da dor com a abordagem múltipla, avaliação da dor através de instrumentos standardizados cientificamente, controlo de outros sintomas, assim como avaliar a eficácia e os efeitos secundários. Podemos enfatizar que estes não foram correspondidos na totalidade aos anseios de informação por parte dos estudantes. Vários estudos apontam que os estudantes afirmam apresentar dificuldades no manuseamento da dor e o controlo de outros sintomas. Neste contexto, vemos que essa foi uma das preocupações mencionada por Rodrigues (20016), quando refere que é fundamental que os estudantes de enfermagem desenvolvam competências na área do controlo e alívio da dor, assim como o controlo de outros sintomas físicos.

De acordo com a diferença encontrada quanto ao conhecimento dos CP entre géneros, parece-nos que o facto dos homens possuírem mais informações do que as mulheres poderá estar relacionada com a maior facilidade em obter as ditas informações. As mulheres estariam menos informadas por obrigações domésticas, sendo que em Angola, assim como em África, as mulheres ainda são vistas como instrumentos domésticos.

Os conteúdos programáticos menos lecionados correspondem a uma das mais consideradas pelos estudantes: cuidados espirituais, conferência familiar, processo de perda e luto, a morte e o morrer, medicalização da morte, medos e tabus relativos à morte, estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos e preparar antecipadamente a fase terminal de vida.

Assim, com base nos estudos feitos, chegámos á conclusão de que em Angola não existe nenhum modelo orientador para o ensino dos cuidados paliativos, sendo que algumas unidades são administradas à luz das experiências tidas pelos professores e médicos expatriados. Pensamento que vai de acordo com as recomendações da ANCP (2006): “todos os formadores das atividades de formação em Cuidados Paliativos detenham conhecimento e preparação pedagógica que os capacite nomeadamente na elaboração de objetivos de formação, na utilização de metodologias pedagógicas (...).”

Portanto, os CP em Angola são considerados embrionários, em comparação com alguns países da Europa. A realidade angolana ainda se encontra distante da realidade portuguesa, no que diz respeito à organização de Cuidados Paliativos, assim como na garantia da segurança desses cuidados e nas atividades de formação. Dentro daquelas que são as visões e estruturas securitárias do Ministério do Ensino Superior e do Ministério da Saúde, consta no plano estratégico do Governo a criação de centros específicos para o tratamento de doentes em fim de vida. Sendo que nesses planos a longo prazo, a população tem sido sensibilizada na perspectiva de manter um estilo de vida que os ajude a evitar doenças oportunistas.

Parece-nos extremamente importante assegurar que a maior parte da amostra do nosso estudo, nomeadamente os enfermeiros, consideram os cuidados paliativos como uma parte importante do seu desempenho profissional, bem como têm consciência das necessidades em adquirir competências necessárias para as poderem desenvolver de forma adequada. Neste contexto, vamos de acordo aos pensamentos de Faustino (2011), quando refere que é essencial que o Governo central crie condições, 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 resultados do nosso estudo indicam a existência de uma necessidade de mudança na formação dos enfermeiros. Esta mudança deve estar patente nas necessidades e preferência de informação dos estudantes de enfermagem.

## **Recomendações e Perspetivas para o Futuro**

Tivemos dificuldade em encontrar literatura científica que defina as perceções dos enfermeiros, quanto aos cuidados paliativos, na perspetiva Angolana. Neste contexto, a nossa recomendação é a de inclusão de conteúdos que abordem os temas dos cuidados paliativos num módulo, visto que existe uma falta de preparação destes profissionais na sua formação técnica, educacional e pessoal. No entanto, achamos oportuno que se crie uma unidade curricular bem estruturada, com objetivos e métodos que seja transversal durante o curso de enfermagem. Acreditamos que essas necessidades parecem também ser percecionadas pelos estudantes que participaram do nosso estudo.

Consideramos também importante a existência de estágios em unidades de cuidados paliativos, por forma a promover o contacto dos estudantes com doentes terminais e família, naquele que será o contexto ideal de prestação de cuidados paliativos. Assim, admitimos que o presente estudo possa constituir uma mais-valia para a Escola Superior Politécnica do Moxico e o Instituto Superior de Ciências de Saúde de Luanda.

Não obstante, acreditamos na possibilidade de estender este estudo a outras escolas do país, tornando-o nacional a fim de obtermos, nesta matéria, uma visão geral da perceção dos estudantes ao nível do país. De tal modo, 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, na perspetiva de criarem medidas no âmbito da formação dos profissionais na área dos cuidados paliativos. Este estudo poderá servir de ponto de partida para investigações futuras nesta área.

Por isso, é nossa intenção apelar aos nossos sucessores, bem como à cadeia hierárquica competente, que numa linha sequencial de investigação e pesquisa, sigam com o objetivo de contribuir para a alavancagem das competências dos estudantes de enfermagem do nosso país, e poderem refletir no âmbito legal desta matéria.

## **Limitações**

O nosso trabalho mostra-se pioneiro em matéria de cuidados paliativos na perspetiva Angolana. Durante o nosso estudo, sentimos como limitação a escassez bibliográfica no âmbito das matérias ligadas às perceções dos estudantes de enfermagem africanos em relação aos cuidados paliativos.

Outra limitação encontrada durante o nosso processo de investigação foi o factor distância do local onde foram feitas as pesquisas; bem como algumas instituições que não facilitaram o processo do estudo, nunca tendo respondido à nossa solicitação. Neste sentido, teríamos um trabalho rico e mais desenvolvido, se tivéssemos os dados necessários à disposição. Contudo, não foi possível ir além dos 271 participantes, pois,

enquanto bolsheiro sujeito aos ditames do governo angolano, existia a urgência de avançar com a pesquisa, cumprir os prazos académicos e regressar ao país de origem.

Outra limitação esteve na nossa inexperiência em conduzir o estudo com a profundidade exigida e desejada para este tipo de abordagem, o que pode ter dificultado o acesso à descoberta de aspetos essenciais.

Apesar das dificuldades existentes e das dúvidas que percorreram todo o trabalho, foi possível conduzir a investigação a bom porto, respondendo ao problema inicial.

## BIBLIOGRAFIA

- A Enfermagem e as Leis. (2017). *Relatório europeu: União Europeia destaca melhoria dos indicadores de saúde em Portugal*. Disponível em: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2017/11/24/relatorio-europeu-uniao-europeia-destaca-melhoria-dos-indicadores-de-saude-em-portugal/>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Acedo, E. I. C. (2014). *Avaliação da dor: Diagnóstico e compromisso de enfermagem na satisfação do cliente/família* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Agudelo, H. (2013). Prefácio. In: *Representação de Angola: Relatório de 2012-2013*. Luanda: Organização Mundial da Saúde, p. 5.
- Ahmedzai, S. H., Costa, A., Blengini, C., Bosch, A., & Sanz-Ortiz, J. (2004). A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer*, 40 (15), 2192–2200. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.06.009>
- Almeida, C. S. (2017). *Satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida: Perceção do doente e do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Amendoeira, J. (1999). *A formação em enfermagem. Que conhecimento? Que contextos?* Um estudo etno-sociológico (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Andrade, C.G., Costa, S.F., Lopes, M.E.. (2013). Cuidados paliativos: A comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9),2523-30.
- Angola. Ministério da Economia e Planeamento. (2004). *Estratégia de combate à pobreza: Reinserção social, reabilitação e reconstrução e estabilização económica*. Luanda: Ministério do Planeamento.
- Angola. Ministério da Economia e Planeamento. (2018). *Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022: Vol. 1*. Luanda: Ministério da Economia e Planeamento.
- Angola. Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025: Mais e Melhor Saúde: Vol. 2*. Luanda: Ministério da Saúde.
- Angola. Ministério da Saúde. (2016). *Contribuição do sector saúde para o plano nacional de desenvolvimento 2018-2022*. Luanda: Ministério da Saúde.
- Armando, A., Bozzetti, M. C., Zelmanowicz, A. M., Miguel, F. (2015). A epidemiologia do cancro em Angola: Resultados do registo de cancro do Centro Nacional de Oncologia de Luanda, Angola. *ecancer* 9: 510.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos: Recomendações da ANCP*. Porto: APCP.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de serviços em cuidados paliativos: Recomendações da ANCP*. Porto: APCP. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- Barbosa, A. (ed.). (2014). *Configurações bioéticas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., Pina P. R., Tavares, F., Neto, I. G. (eds.). (2016). *Manual de cuidados paliativos*. (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Beebe, S. J., Beebe, S. A., Redmond, M. V., Geerinck, T. M., Salem-Wiseman, L,... (2015). *Interpersonal communication relating to others*. Toronto: Pearson. Disponível em: <http://www.pearsoncanada.ca/media/highered-showcase/multi-product-showcase/beebe-preface.pdf>

- Benneworth, P., Charles, D., Madanipour, A. (2010). Building localized interactions between universities and cities through university spatial development. *European Planning Studies*, 18(10), 1611-29. doi.org/10.1080/09654313.2010.504345
- Bernardo, A., Monteiro, C., Simões, C., Ferreira, C., Pires, C., Pinto, C., ... Pereira, S. M. (2016). *Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal: Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Porto: APCP.
- Branco, J. C., Batista, T. (2012). *A dor e as suas circunstâncias*. Lisboa: Lidel.
- Cabral, A. (2007). *43 mil vezes sim aos cuidados paliativos*. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/movimento-de-cidadaos/43-mil-vezes-sim-aos-cuidados-paliativos.html>
- Campos, M. A., Forster, A. C. (2008). Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 83-9.
- Candeias, M. C. N. (2009). *Formação dos enfermeiros em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado). Faro: Universidade do Algarve.
- Capelas, M. L. (1990). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: Quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 21-26.
- Capelas, M. L. (2007). Cuidados paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 51-7.
- Capelas, M. L., Silva, S., Alvarenga M., Coelho, P. (2014). Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: Visão nacional e internacional. *Revista Cuidados Paliativos*, 1 (2), 7-13.
- Capelas M. L., Coelho, S., Silva, S., Ferreira, C. (2017). *Cuidar a pessoa que sofre: Uma teoria de cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica.
- Capelas, M. L., Coelho, S., Silva, S., Ferreira, C., Torres, S. H. (2017). *O direito à dignidade: Serviços de cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica.
- Cardoso, A. P. (2014). *Inovar com a investigação-ação: Desafios para a formação de professores*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, A. L. (2005). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Almada: Instituto Piaget.
- Casarett, D. (2005). Ethical considerations in end-of-life care and research. *Journal Of Palliative Medicine*, 8 (suppl. 1), S148-S160.
- Cherny, N. I., Portenoy, R. K. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *Journal of Palliative Care*, 10(2), 31-8. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1994-46385-001>
- Collins, S., Hewer, I. (2014). The impact of the Bologna process on nursing higher education in Europe: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 150-6.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Proposta de formação pré-graduada em enfermagem sobre cuidados paliativos*. Lisboa: CNCP. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Forma-o-Pr-Graduada-Enfermagem\\_Proposta-CNCP\\_0708217.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Forma-o-Pr-Graduada-Enfermagem_Proposta-CNCP_0708217.pdf)
- Costa, R., Padilha, M. I., Amante, L. N., Costa, E., Bock, L. F. (2009). O legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(4), 661-669. doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007
- Cronenwelt, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-31.
- Davies, E. H., Higginson, I. J. (eds.). (2004). *Better palliative care for older people*. Copenhagen: WHO.

- Davies, R. (2008). The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Education Today*, 28(8), 935–942.
- Day, L. (2005). Nursing practice and civic professionalism. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 434–438.
- del Rio, I., Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad de Chile*, 32(1), 16-22.
- Diário de Notícias. (2018). *Angola necessita de programa institucionalizado para rastrear, prevenir e cuidar do cancro*.
- Dickinson, G. E. (2007). End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States. *Death Studies*, 31(8), 713–726.  
doi.org/10.1080/07481180701490602
- Dinç, L., Görgülü, R. S. (2002). Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*, 9(3), 259-68.
- Doyle, D. (2005). Palliative medicine: The first 18 years of a new sub-speciality of General Medicine. *Journal Royal College Physicians Edinburgh*, 35(3), 199–205.
- Estanque, C. M. J. (2011). *A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma Abordagem na perspectiva dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- European Association for Palliative Care. (2011). *Paliative care: Reaching out: Abstracts. 12th Congress of the EAPC, Lisbon, Portugal, 18-21 May 2011*. Disponível em:  
[http://mailsystem.palliatief.be/accounts/143/attachments/Nieuwsflash/25\\_eapc\\_abstracts\\_book\\_2011.pdf](http://mailsystem.palliatief.be/accounts/143/attachments/Nieuwsflash/25_eapc_abstracts_book_2011.pdf)
- European Association for Palliative Care. (2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at european medical schools*. Belgium: EAPC.
- Farmer, P., Frenk, J., Knaul, F. M., Shulman, L. N., Alleyne, G., Armstrong, L., ... Seffrin, J. R. (2010). Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: A call to action. *Lancet*, 376 (9747), 1186-93.  
doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61152-X
- Faustino, S. (2011). *Competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Fernandes, C. I. S. (2016). *Análise das estratégias de combate à pobreza em Angola : Contributos para um modelo de planeamento e avaliação* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: ISCTE.
- Fernandes, M. A. B. (2012). *Formação em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Ferreira, A. A. A. (2016). *A importância de uma unidade de cuidados paliativos nos hospitais privados* (Dissertação de Mestrado). Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Fitch, M. I., Fliedner, M. C., Connor, M. O. (2015). Nursing perspectives on palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 4(3), 150–155. doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Gates, M. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376 (9756), 1923–58.
- Gwyther, L., Brennan, F., Harding, R. (2009). Advancing palliative care as a human right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 767–774.  
doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.03.003
- Harding, R., Selman, L., Powell, R. A., Namisango, E., Downing, J., Merriman, A., ...

- Gwyther, L. (2013). Research into palliative care in sub-saharan Africa. *Lancet Oncology*, 14(4), e183–e188. doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70396-0
- Hermes, H. R., Lamarca, I. C. (2013). Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 13(9),2577-88.
- Höher, S. P., Wagner, A.D. L. (2006). A transmissão do diagnóstico e de orientações a pais de crianças com necessidades especiais: A questão da formação profissional. *Estudos de Psicologia*, 23 (2),113-25.
- Inácio, A. (2018). *Orçamento Geral do Estado dá prioridade aos municípios*. *Jornal de Angola*. Disponível em:  
[http://jornaldeangola.sapo.ao/politica/orcamento\\_geral\\_do\\_estado\\_da\\_prioridade\\_a\\_os\\_municipios\\_1](http://jornaldeangola.sapo.ao/politica/orcamento_geral_do_estado_da_prioridade_a_os_municipios_1)
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.  
 Disponível em:  
[https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Lisboa: INE.
- Jacinto, J. P. (2016). *De Portugal a Angola: Perceções de estudantes de fisioterapia acerca dos idosos e do envelhecimento* (Dissertação de Mestrado). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Khademian, Z., Vizeshfâr, S. (2008). Nursing students’ perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 456-62.
- Klassen, S. (2006). A theoretical framework for contextual science teaching. *Interchange*, 37(1-2), 31–62. doi.org/10.1007/s10780-00
- Kumar, S., Palmed, D. (2018). Palliative care and hospice outside of the United States. *UpToDate*. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-and-hospice-outside-of-the-united-states>
- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H., Salminen, L. (2014). Nurse education in the european higher education area: Variations in implementation. *Nursing Education Today*, 34(6), 1040–47. doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.011
- Liberato, E. (2017). A importância da cooperação internacional na formação superior de angolanos. *Horizontes*, 35(1), 121–132.
- Lillyman, S., Saxon, A., Rawstone, D. (2008). University of life or academia? A review of community matrons/case managers continuing professional development; accessing a post-graduate programme without meeting the current academic entry criteria. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 643-8.
- Lima, M. S. (2017). *Formação em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Lima, T. F. (2014). *Implementação de um programa de formação em cuidados paliativos no ensino pré-graduado em enfermagem* (Tese de Doutoramento). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Lopes, L. V., Conceição, A. V., Oliveira, J. B., Tavares, A., Domingos, C., Santos, L. L. (2012). Cancer in Angola, resources and strategy for its control. *Panafrican Medical Journal*, 8688, 1–8. Disponível em:  
<https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/81996/72145>
- Lopes, L. V., Miguel, F., Freitas, H., Tavares, A., Panguí, S., Castro, C... Santos, L. L. (2015). Stage at presentation of breast cancer in Luanda, Angola: A retrospective

- study. *BMC Health Services Research*, 15, 471. doi.org/10.1186/s12913-015-1092-9
- Lopes, S. A. P. (2013). *Cuidados paliativos: Conhecimentos dos estudantes de licenciatura em enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Lynch, T., Connor, S., Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development : A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094–1106. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
- Machado, K. D. G., Pessini, L., Hossne, W. S. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: Um olhar da bioética. *Bioethikos*, 1(1), 34–42.
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L... Sapeta, P. (2009). *O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal*. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- Marques, J., Pinto, P. (2012). Formação pedagógica de professores do ensino superior: A experiência na Universidade Nova de Lisboa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 46 (2), 129-49.
- Martín, J. M., Trias, M., Gascón, J. (2009). Cuidados paliativos. *Anales de Pediatría*, 62(5), 479. doi.org/10.1157/13074624
- Mathena, K. (2002). Leadership skills nursing manager. *JONA: Journal of Nursing Administration*, 32(3), 136-42.
- Mccarthy, B., Trace, A., Donovan, M. O. (2014). Integrating psychology with interpersonal communication skills in undergraduate nursing education: Addressing the challenges. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 227–232. doi.org/10.1016/j.nepr.2014.01.008
- McCorkle, R., Pasacreta, J. V. (2001). Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer Control*, 8(1), 36-45.
- McCrae, N. (2011). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222-9. 10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x
- McNally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress. *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45-79.
- Meier, D. E., Back, A. L., Berman, A., Block, S. D., Corrigan, J. M., Morrison, S. (2017). A national strategy for palliative care. *Health Affairs* 36(7), 1265-73.
- Meira, M. D. D., Kurkgant, P. (2008). Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 556-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a04v21n4>
- Meixedo, A. P. C. (2013). *Cuidados de enfermagem à família do doente em fim de vida*. (Dissertação de Mestrado). Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Mendes, F., Mantovani, M. F. (2009). Ensino de enfermagem em Portugal: Contribuições para sua história. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 374–378.
- Mestrinho, M. G. (2012). *Ensino de enfermagem: Caminhos de mudança na formação de professores*. Lisboa: Lusociência.
- Mestrinho, M. G. (2012). Modelos de formação em enfermagem e desenvolvimento curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 2-30.
- Michingi, K. M. M. (2013). *As controvérsias da reforma educativa em Angola: Uma análise crítica das percepções dos professores do 1º ciclo do ensino primário*

- (Dissertação de Mestrado). Lisboa: ISCTE.
- Miettinen, T., Alaviuhkola, H., Pietila, A.M. (2001). The contribution of “good” palliative care to quality of life in dying patients: Family members' perceptions. *Journal of Family Nursing*, 7(3), 261–280.
- Miguel, F., Conceição, A.V., Lopes, L.V., Bernardo, D., Monteiro, F., Bessa, F... Santos, L. L. (2014). Establishing of cancer units in low or middle income African countries: Angolan experience. A preliminary report. *Pan African Medical Journal*, 19:291. doi: 10.11604/pamj.2014.19.291.5320.
- Moloney, R., Maggs, C. (1999). A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 51–57.
- Narayanasamy, A. (1999). ASSET: A model for actionig spirituality and spiritual care education and training in nursing. *Nurse Education Today*, 19(4), 274-85. doi.org/https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0637
- Noble, B., Clark, D., Meldrum, M., ten Have, H., Seymour, J., Winslow, M., Paz, S. (2005). The measurement of pain 1945-2000. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 14–21. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.007
- Nunes, A. F. G. (2014). *Intervenção especializada do enfermeiro na avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- OPAS-Brasil. (2018). *Folha informativa: Câncer*. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839)
- Ordem dos Médicos. (2013). *Documento regulamentar da competência em medicina paliativa*. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/medicina\\_paliativa\\_doc\\_regulamentar.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/medicina_paliativa_doc_regulamentar.pdf)
- Organização das Nações Unidas. Brasil. (2017). *OMS: Câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Estratégia de Cooperação da OMS 2015-2019: Angola*. Brazzaville: OMS.
- Oulton, J. A. (2005). The global nursing shortage: An overview of issues and actions. *Policy Politics & Nursing Practice* 7 (suppl 3), 34S–39S. doi.org/10.1177/1527154406293968
- Paal, P., Brandstötter, C., Lorenzl, S., Larkin, P. (2019). Postgraduate education in palliative care for all health care providers in Europe: Results of an EAPC survey. *Palliative Support Care*, 26, 1-12.
- Passos, V. J. (2015). *Identificação dos doentes com necessidades paliativas nos hospitais de agudos da Ilha da Madeira* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica.
- Pastrana, T., Junger, S., Ostghate, C., Elsner, F. & Radbruch, L. (2008). A matter of definition: Key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222–232.
- Percínio, A. P., Poles, C. Silva, A. E. (2002). Palliative care training: Experience of medical and nursing students. *Interface*, 20(59), 1041-52.
- Pereira, A., Ferreira, A., Martins, J. (2018). Academic palliative care research in Portugal: Are we on the right track ? *Healthcare*, 6(3), 97. doi.org/10.3390/healthcare6030097
- Pereira, S., Santos, J. N., Nunes, M. A., Oliveira, M. G., Santos, T. S., Martins-Reis, V.O. (2015). Saúde e educação: Uma parceria necessária para o sucesso escolar.

- CoDAS, 27(1), 58-64. doi.org/10.1590/2317-1782/20152014053
- Pinho-Reis, C., Coelho, P. (2014). Significado da alimentação em cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*, 1(2), 14-22. Disponível em:  
[http://www.apcp.com.pt/uploads/revista\\_cp\\_vol\\_01\\_n\\_02.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_01_n_02.pdf)
- Portugal. Assembleia da República. (2012). Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República*, I série, (172), 5119–5124.
- Powell, R. A., Mwangi-Powell, F. N., Kiyange, F., Radbruch, L., Harding R. (2018). Development of palliative care in Africa: How can we provide sufficient quality care? *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 113-4.
- Queiroz, L. S. (2014). *A crise da democracia representativa: Da corrupção e fragilidade das instituições políticas à falta de confiança dos cidadãos* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Faculdade de Direito de Coimbra.
- Queza, A. J. (2010). *Sistema de saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* (Dissertação de Mestrado Integrado). Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema Nacional de Sade Angolano e Contributos Luz da Reforma do SNS Portugus.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Saude%20Angolano%20e%20Contributos%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf)
- Radbruch, L., Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Ramjan, J. M., Costa, C. M., Hickman, L.D., Kearns, M., Philips, J.L. (2010). Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia: Sydney experience. *Collegian*, 17(2), 85–91. doi.org/10.1016/j.colegn.2010.04.009
- Randall, F., Downie, R. S. (2011). *The philosophy of palliative care: Critique and reconstruction*. (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Rhee, J. Y., Garralda, E., Torrado, C., Blanco, S., Ayala, I., Namisango, E., ... Centeno, C. (2017). Palliative care in Africa: A scoping review from 2005-16. *Lancet Oncology*, 18(9), e522–e531. doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30420-5
- Ribeiro, O., Cunha, M. (2010). Contributos dos enfermeiros na formação pré-graduada. *Millenium*, 41, 123–144. Disponível em:  
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/9.pdf>
- Ribeiro, R. A. (2013). *A transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica.
- Rodrigues, A. B., Oliveira, P. P., Moraes, M. W., Belinelo, R. G., Onofre, P. S., Hirayama, P. (2014). The knowledge of nurses in palliative care in oncology unit. *Jornal of Nursing UFPE*, 6(6), 1280-8. doi.org/10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201203
- Rodrigues, B. R. (2017). *O conforto da pessoa em fim de vida em contexto domiciliário: Perceção do enfermeiro* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica.
- Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida: Adaptação e validação da escala de Jefferson* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica.
- Rogers, J. C., Holm, M. B., Stone, R. G. (1997). Evaluation of daily living tasks: The home care advantage, 51(6), 410–422.
- Romeira, A. (2017). *Portugal tem 7 universidades no ranking das melhores do mundo*. *Jornal Económico*.
- Salinas-Martín, A.J., Montiano-Jorge, E. (2005). *Cuidados paliativos en África*. Disponível em: <https://paliativossinfronteras.org/wp>

- content/uploads/cuidados\_paliativos\_en\_africa.pdf
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Lisboa: Quarteto.
- Santos, M. C. (2007). *Evolução dos cuidados paliativos na Europa: Revisão da Literatura* (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Sapeta, P. (2015). Cuidados paliativos: Saída do impasse? A caminhar para a expansão? *Cuidados Paliativos*, 1(2), 5-6.
- Saunders, C. (2013). *Velai comigo: Inspiração para uma vida em cuidados paliativos*. Lisboa: Universidade Católica.
- Sawatzky, J. A., Enns, C. L., Ashcroft, T. J., Davies, P. L., Harder, B. N. (2009). Teaching excellence in nursing education: A caring framework. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 260–6.
- Schlairet, M. C. (2009). End of life nursing care: Education needs and effects of education. *Journal of Professional Nursing*, 25(3), 170–177.
- Schroeder, K., Lorenz, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncologic Nursing*, 5(1) 4-8. doi.org/10.4103/apjon.apjon-43-17
- Schulz, B. (2008). The Importance of soft skills: Education beyond academic knowledge. *Journal of Language and Communication*, 2, 146–154.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002). Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96.
- Seymour, J., Clark, D., Winslow, M. (2005). Pain and palliative care: The emergence of new specialties. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(1), 2–13.
- Silva, A. M. (2006). Processos de ensino-aprendizagem na era digital. *Universidade aberta*, 1–12. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/silva-adelina-processos-ensino-aprendizagem.pdf>
- Silva, D. M., Silva, E. M. (1992). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, 30 (8), 103-118.
- Silva, E. P., Sudigursky, D. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos: Revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem* 21(3), 504–508.
- Silva, J.R. (2001). *Bioética na sua trajetória: Bioética contemporânea II*. Lisboa: Cosmos.
- Silva J. R. (2003). *Perspectivas da bioética: Bioética contemporânea III*. Lisboa: Cosmos.
- Skilbeck, J., Payne, S. (2003). Emotional support and the role of clinical nurse specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 521-30.
- Soares, S. (2016). *A comunicação com o doente em cuidados paliativos*, 1-11. [Unpublished Work].
- Teixeira, F. (2017). *Cuidados paliativos*. Fórum Nacional do SNS, 13 de março de 2017.
- Ten Have, H., Clark, D. (eds.). (2002). *The ethics of palliative care: European perspectives*. London: Open University Press.
- Turner, M., Payne, S., Brien, T. O. (2011). Mandatory communication skills training for cancer and palliative care staff: Does one size fit all? *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 398–403.
- Tymoshevska, V., Shapoval-Deinega, K. (2018). Palliative care development in Ukraine. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(2), S85–S91.
- United Nations General Assembly. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Disponível em: [http://www.verklaringwarenatuur.org/Downloads\\_files/Universal Declaration of Human Rights.pdf](http://www.verklaringwarenatuur.org/Downloads_files/Universal Declaration of Human Rights.pdf)

- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Coimbra: Almedina.
- Wallerstedt, B., Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32–40.
- Wang, Q., Cheng, Y., Liu, N.C. (eds.). (2012). *Building world-class universities: Different approaches to a shared goal*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Williams, S. J., Bendelow, G. A. (1998). *The lived body: Sociological themes, embodied issues*. New York: Routledge
- Witmer, A., Seifer, S. D., Finocchio, L., Leslie, J., Neil, E. H. O. (1995). Community health workers: Integral members of the health care work force. *American Journal of Public Health*, 85(8), 1055–1058.
- World Health Organization. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/158962>
- Zabalegui-Yarnoz, A. (2002). Nursing education in Spain: Past, present and future. *Nursing Education Today*, 22(4), 311–318. doi.org/10.1054/nedt.2001.0709
- Zaman, S., Inbadas, H., Whitelaw, A., Clark, D. (2017). Futuros comuns ou múltiplos para cuidados de final de vida em todo o mundo: Ideias da 'sala de espera da história'. *Social Science and Medicine*, 172, 72-79.

# APÊNDICES

## **Apêndice 1 – Modelo de Consentimento informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Tema do Projecto: **“Percepção dos estudantes de enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos.**

Investigador: Álvaro Alexandre Francisco Capalo, enfermeiro, docente na Escola Superior Politécnica do Moxico.

**Orientação:** Miguel Barbosa, Professor Doutor da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Exmo. Estudante está a ser convidado a colaborar num estudo sobre a temática: *“Percepção dos estudantes de enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos”*. Este trabalho decorre no âmbito do Mestrado de Bolonha em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Lisboa. Antes de decidir participar deve ter em consideração que os dados que serão colhidos ficarão registados em suporte de papel. A sua participação é inteiramente voluntária. Este formulário tem como objetivo informá-lo de maneira clara e objetiva sobre os estudos a realizar.

Com a aplicação deste questionário pretende-se dar resposta à seguinte questão:

1. Que percepção têm os estudantes de enfermagem quanto à transmissão de más notícias?
2. Que conhecimento têm quanto aos cuidados paliativos?
3. Que conhecimentos têm quanto ao controlo da dor e outros sintomas?

Para tal, recorre-se à metodologia de aplicação de um questionário de colheita de dados.

É garantida a confidencialidade das informações cedidas, pois ficarão arquivadas em local seguro e nunca serão utilizadas noutros estudos ou para outros fins. Após a sua colaboração, os seus dados serão introduzidos e processados por um programa informático específico para tratamento de dados.

Pretende-se então, após a análise dos dados, atingir os objetivos propostos. Não existem benefícios conhecidos para si no caso de pertencer ao estudo. Não se conhecem igualmente riscos potenciais. Participar neste estudo não trará qualquer desvantagem em qualquer vertente e é importante que reconheça que, caso decida não pertencer ao

estudo, não sofrerá qualquer consequência. A sua participação será livre e voluntária e o consentimento poderá ser retirado a qualquer altura do desenvolver do estudo.

Ao assinar o consentimento informado não renuncia a nenhum dos seus direitos previstos pela lei e não liberta o investigador das suas responsabilidades legais e profissionais em caso de situação que o prejudique.

Sinta-se no direito de solicitar as questões que tenha sobre o estudo antes de assinar este consentimento, e estas ser-lhe-ão esclarecidas.

Pelo presente, consinto livremente em participar no estudo a desenvolver por **Álvaro Alexandre Francisco Capalo**, enfermeiro, docente na Escola Superior Politécnica do Moxico.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019

(O Estudante)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019

(O Investigador)

Muito obrigado pela atenção e disponibilidade. Agradecemos por estar a colaborar neste estudo.

## **Apêndice 2 - Guião de Entrevista**

## **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Chamo-me **Álvaro Alexandre Francisco Capalo**, sou enfermeiro, trabalho como docente na Escola Superior Politécnica do Moxico. Estou a frequentar o Mestrado em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Pretendo realizar a dissertação para obtenção do grau de mestre cujo tema é **“Perceção dos estudantes de enfermagem Angolanos em relação aos cuidados paliativos”**. Solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, pois é fundamental à realização deste mesmo estudo.

Leia atentamente cada uma das questões que o compõe e assinale com um X a resposta que melhor reflete a sua realidade. Em caso de engano, anule a resposta e assinale novamente de forma correta.

Será mantido o anonimato do questionário e a confidencialidade das suas respostas.

Antecipadamente, agradeço a sua colaboração.

**Mestrando em CP**

**Álvaro Alexandre Francisco Capalo**



## II- Perceção dos estudantes de enfermagem sobre temas relacionados à área dos cuidados paliativos.

Segue-se um conjunto de questões relacionadas com os cuidados paliativos: em que medidas as seguintes questões são abordadas na sua licenciatura de enfermagem?

Por favor selecione com um X a opção que melhor corresponde à sua perceção.

<b>Controlo da Dor</b>	Nada Frequente	Pouco Frequente	Nem Pouco Nem Frequente	Frequente	Muito Frequente
A.1- Dor como um problema humano, distinto e frequente, na prática de cuidados.					
A.2- Os aspetos multidimensionais da dor (Dor Total					
A.3- O controlo da dor com a abordagem de múltiplas dimensões da experiência vivida.					
A.4- Avaliação e tratamento da dor, relativos aos doentes, familiares e equipa de saúde.					
A.5 Avaliação da dor através de instrumentos standardizados cientificamente testados e validados					
A.6- Intervenções para o alívio da dor, de acordo com a sua intensidade (farmacológicas e não farmacológicas)					
A.7- Avaliar a eficácia e os efeitos secundários dos métodos farmacológicos e não farmacológicos.					

<b>Controlo de outros sintomas</b>	Nada Frequente	Pouco Frequente	Nem Pouco Nem Frequente	Frequente	Muito Frequente
B.1- 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.					
B.2- Avaliação sintomática e plano de intervenção de cuidados					
B.3- Avaliação sintomática do doente tendo em conta as múltiplas dimensões, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final.					
B.4- Controlo se sintomas, tendo em conta as múltiplas dimensões do doente, incluindo a física, psicológica, social e espiritual, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na sua fase final.					
B.5- Utilização das diferentes vias e modos de administração preferenciando as vias não invasivas e a via SC.					
B.6- Avaliação do impacto das medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo em conta os resultados esperados pelo doente					

<b>C. Comunicação</b>	Nada Frequente	Pouco Frequente	Nem Pouco Nem Frequente	Frequente	Muito Frequente
C.1- Comunicação terapêutica frente a um doente em fase terminal, familiares e outros profissionais.					
C.2- Os obstáculos e dificuldades à comunicação					
C.3- Princípios e estratégias de comunicação em cuidados paliativos (ex: técnica de transmissão de más notícias, conferência familiar).					
C.4- Comunicação 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).					
C.4- Informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência.					

<b>D. Trabalho em equipa</b>	Nada Frequente	Pouco Frequente	Nem Pouco Nem Frequente	Frequente	Muito Frequente
D.1- Os princípios de trabalho em equipa multidisciplinar.					
D.2- Equipa multidisciplinar, na prestação de ações paliativas					
D.3- Promoção de trabalho em equipa multidisciplinar, com vista à excelência no desenvolvimento de ações paliativas.					

<b>E. Aspeto Psico-espiritual e luto em fim de vida</b>	Nada Frequente	Pouco Frequente	Nem Pouco Nem Frequente	Frequente	Muito Frequente
E.1- Processo de adaptação à doença crónica de evolução prolongada e terminal					
E.2- Cuidar do doente/família nas últimas horas de vida proporcionando apoio, qualidade e dignidade.					
E.3- Apoio à família no luto imediato.					
E.4- Cuidados espirituais tendo em conta a diversidade, cultura, religião, género, status socioeconómico, orientação sexual, etc..					
E.5- Assistir de modo holístico o doente, família e pessoas significativas, ajudando-os a lidar com o sofrimento, com a dor e					

com as perdas.					
E.6- Ajudar 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					

### III Parte - Conteúdos programáticos em Ensino dos Cuidados Paliativos

A seguir encontra-se uma serie de conteúdos programáticos na área dos cuidados paliativos.

Assinale com um X os que foram lecionados durante a formação.

F. Conteúdos programáticos	Sim	Não
F.1-Sintomas Comuns: Dor, Sistema Digestivo (anorexia, obstipação, incontinência fecal), Sintomas Respiratórios (dispneia e tosse), Anorexia, Caquexia, Confusão, Depressão, Fístulas, Úlceras, etc.		
F.2-Cuidados Espirituais		
F.3-Medidas de higiene e conforto, cuidados à boca, impacto da dor, posicionamento, terapias complementares, massagens, relaxamento, etc.		
F.4-Aspectos multidimensionais da dor (Dor Total)		
F.5-Escalas para avaliação da dor		
F.6- Controlo da Dor: escada analgésica da OMS, fármacos adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação e toxicidade		
F.7-Educação do doente e família sobre o uso de opióides		
F.8-Preparar antecipadamente a fase terminal de vida		
F.9-Manejo e controle de sintomas no fim da vida, atender às necessidades específicas do fim da vida (ex: preferir via SC)		
F.10- Cuidados de suporte ao doente e família		
F.11- Certidão de óbito, cuidados post-mortem, formalidades administrativas e apoio no luto imediato		
F.12- 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 e mecanismos de coping		
F.13- Consequências sociais da doença grave (trabalho, económicas...) e ativar mecanismos de Suporte		
F.14- 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		
F.15- Conhecimento da abordagem sistémica; educação de doente, família e cuidadores		
F.16- Conferência familiar		
F.17- Processo de perda e luto		
F.18- Funções, responsabilidades, liderança e relações dos membros da equipa, incluindo voluntários e família		
F.19- Reflexão e desenvolvimento pessoal: valores relacionados com a trajetória de vida, o fim de vida e a morte		
F.20- Limite da intervenção em medicina e o cuidar, respeito pela debilidade e vulnerabilidade física e psicológica do outro		

F.21- Princípios éticos: respeito pelos direitos do doente, autonomia, beneficência e não maleficência		
F.22- Epidemiologia de doenças crônicas		
F.23- Qualidade de vida, modelo bio-psico-social de cuidados		
F.24- A morte e o morrer, medicalização da morte, medos e tabús relativos à morte		
F.25- Consentimento informado		
F.26- Aspectos culturais e espirituais sobre doença, morte e luto		
F.27- Estrutura e modelos de serviços em cuidados paliativos		
F.28- Capacidades pedagógicas		

G.1- Considera suficiente a formação ministrada na área dos cuidados paliativos para poder desenvolver ações paliativas?

Sim 1

Não 2

#### **IV. Formação extra curricular realizado pelos estudantes na área dos cuidados paliativos.**

H.1- Já teve formação, por interesse pessoal (extra-escola), na área dos cuidados paliativos?

Sim

Não

H.2- Pondera, depois de terminar o curso, ir ter formação na área dos cuidados paliativos?

Sim

Não

H.3- Até que ponto considera importante esse conhecimento para sua vida profissional?

( ) Nada importante

( ) Pouco importante

( ) Importante

( ) Muito importante

( ) Fundamental

H.4- Que importância atribui à inclusão desse tema no curriculum?

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Fundamental

Muito obrigado pela sua colaboração.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Autorização para Realização do Estudo**



**UNIVERSIDADE AGOSTINHO NETO**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
*/Gabinete da Decana/*

**Ao**

**Sr. Álvaro Alexandre Francisco Capalo**

**LUANDA**

**Assunto: Resposta ao Pedido de Autorização para Recolha de Dados**

Melhores cumprimentos

Acusamos a recepção do assunto em epígrafe, onde solicita a colheita de dados na nossa instituição, no âmbito da dissertação do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa, informamos que:

1. O signatário apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido bem elucidativo, assim como o Instrumento para Recolha de Dados solicitados;
2. Somos de parecer favorável na recolha de dados pretendidos.
3. Deverá entrar em contacto com o Vice – Decano para os assuntos Científicos para os devidos efeitos.

Sem outro assunto de momento, reiterados cumprimentos.

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
AGOSTINHO NETO EM LUANDA, AOS 16 DE OUTUBRO DE 2018.**

**A DECANA**

**Maria da Conceição Martins da Silva**  
**/Professora Associada/**

**Presidente**

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLUN e CAML)

**Vice-Presidente**

Prof.ª Doutora Maria Luisa Figueira (CAML)

**Membros**

Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHULN)

Prof.ª Doutora Ana Isabel Lopes (CHULN)

Prof.ª Doutora Maria do Céu Rueff (CAML)

Padre Fernando Sampaio (CHULN)

Mestre Enf.ª Graça Roldão (CHULN)

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML)

Prof. Doutor João Lavinha (CAML)

Prof.ª Doutora Mafalda Videira (CAML)

Prof. Doutor Mário Miguel Resa (CHULN)

Dra. Patricia Trindade Gonçalves (CHULN)

Exmo. Senhor

Enfermeiro Álvaro Alexandre Francisco Capalo

Moxico - Luena

Angola

Lisboa, 13 de Março de 2019

Nossa Ref.º Nº 109/19

**Assunto: Projeto "Perceção dos Estudantes de Enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos"**

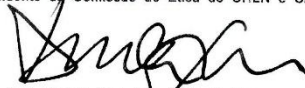
Pela presente informamos que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, em Março de 2019, parecer favorável da Comissão de Ética. A extemporaneidade da decisão, a ratificar na reunião da Comissão a ocorrer em Abril, fundamenta-se na necessidade de iniciar a recolha dos dados a tratar, a efetuar no país natal

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância do deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, revista pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram nas diversas vertentes relevantes, nomeadamente, assistencial, institucional de investigação e de formação, e ainda em cumprimento dos regulamentos internos do CHULN, dos códigos deontológicos, das convenções, declarações e diretrizes internacionais, a Comissão de Ética avaliou o estudo, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

  
Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares


COMISSÃO DE  
ÉTICA DO CHULN E DO CAML

AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ  
1649-035 LISBOA  
TEL. -- 21 780 54 05; FAX -- 21 780 56 90  
ANA.PIMENTEL@CHLN.MIN-SAUDE.PT

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 -- Fax: 217 548 215  
www.chln.pt

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA ESCOLA SUPERIOR POLITECNICA DO  
MOXICO

Eu VICTOR DA SILVA  
\_\_\_\_\_, responsável do(a) Esc. Sup. Pol. Lo Moxico, autorizo/~~autorizo~~ a  
recolha de dados no âmbito do estudo de investigação "Perceção dos estudantes de  
Enfermagem Angolanos em relação aos Cuidados Paliativos".

O(A) Responsável:  Lena, 23 de Agosto de 2018

O mestrando que delega o estudo:

Alvaro A. F. Capalo  
(Alvaro Alexandre Francisco Capalo)

Lisboa, 10 de Agosto de 2018