

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

ANDREZA DE JESUS DUTRA SILVA

**ENSINO EM ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E
CONTROLE DA DOR: PROPOSTA DE UM SÍTIO VIRTUAL**

VOLTA REDONDA – RJ

2013

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E DO MEIO AMBIENTE**

**ENSINO EM ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E O
CONTROLE DA DOR: PROPOSTA DE UM SÍTIO VIRTUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Andreza de Jesus Dutra Silva

Orientadora:

Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles

VOLTA REDONDA - RJ

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

S586e Silva, Andreza de Jesus Dutra.
Ensino em enfermagem sobre cuidados paliativos e controle da dor:
proposta de um sítio virtual. / Andreza de Jesus Dutra Silva. – Volta
Redonda: UniFOA, 2013.

76 p. : II

Orientador(a): Rosane Moreira Silva de Meirelles.
Dissertação (mestrado) – UniFOA / Mestrado profissional em ensino
em ciências da saúde e do meio ambiente, 2013.

1. Enfermagem - ensino - dissertação. 2. Enfermagem - cuidados.
3. Controle da dor. I. Meirelles, Rosane Moreira Silva de. II.
Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD – 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

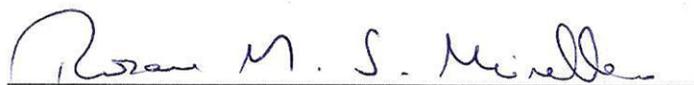
Aluna: Andreza de Jesus Dutra Silva

ENSINO EM ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS E CONTROLE DA DOR: PROPOSTA DE UM SÍTIO VIRTUAL

Orientadora:

Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles

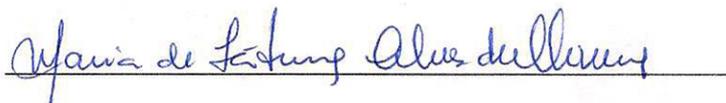
Banca Examinadora



Profa. Dra. Rosane Moreira Silva de Meirelles



Profa. Dra. Cecília Maria Izidoro Pinto



Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

DEDICATÓRIA

A Deus, o único digno de toda honra,
Gloria e louvor!

Ao meu marido Weric pela ajuda,
incentivo e companheirismo sempre.

À minha princesa Rebecca: obrigado por
entender momentos em que precisei me
ausentar, para concretização de um
sonho.

À minha mãe, minha amiga, e segunda
mãe da minha filha, obrigado por cuidar
tão bem da minha filhota, durante o tempo
em que precisei me ausentar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me capacitado em meio às adversidades, obrigado por confiar e acreditar em mim.

Ao meu marido, pela enorme ajuda na elaboração e montagem do sítio virtual, por toda paciência e dedicação.

À minha filha linda Rebecca, obrigado por entender e incentivar a mamãe a não desistir.

À minha amada mãe pelo cuidado dedicado a nossa Rebequinha durante a construção do trabalho e por me incentivar a jamais desistir.

À minha avó Aparecida que já não está mais comigo, mas que sempre me apoiou, demonstrando orgulho de mim e que me ajudou a ser quem eu sou.

A minha orientadora, Prof^a Dra Rosane M.S. de Meirelles, pelo privilégio da sua orientação, por sua dedicação, paciência, amizade construída e por poder contar sempre com a sua ajuda.

As docentes, Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva e Maria de Fátima Alves de Oliveira, pelas contribuições e considerações durante a banca de qualificação.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (PROMES) que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos colegas do mestrado, que possibilitaram uma convivência maravilhosa, durante todo o período do curso.

As secretárias do PROMES, Ana Maria e Bruna, pela dedicação e cordialidade com que atendiam as minhas necessidades.

E a todos que, contribuíram direta ou indiretamente, na execução deste trabalho.

“Diga-me, eu esquecerei.

Mostre-me, eu me lembrarei.

Mas, envolva-me e eu entenderei”.

Confúcio

“O sofrimento somente é intolerável

quando ninguém cuida”.

Dame Cicely

RESUMO

A assistência de enfermagem de forma humanizada é fundamental, considerando o conceito holístico de cuidar. Disciplinas relacionadas à prática de Cuidados Paliativos e Controle da Dor, deveriam estar presentes nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem favorecendo a uma reflexão sobre a temática e o cuidado a esta clientela. A pesquisa teve como objetivo geral: refletir sobre a importância dos Cuidados Paliativos e o Controle da Dor nas matrizes curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Os objetivos específicos foram analisar dados documentais sobre as matrizes curriculares de 85 cursos de Graduação em Enfermagem, buscando a presença do conteúdo sobre Cuidados Paliativos e Controle da Dor; elaborar como produto educativo, uma página virtual sobre Cuidados Paliativos e Controle da Dor para o Curso de Graduação em Enfermagem. Trata-se revisão de literatura interativa, um estudo quantitativo, descritivo e documental, realizado por meio de pesquisa eletrônica a partir de sites institucionais de Cursos de Enfermagem. Para o levantamento das matrizes curriculares, foram analisadas oitenta e cinco Universidades Públicas e Privadas, de todas as regiões do país, todas credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC). A análise qualitativa buscou dentre as disciplinas oferecidas pelos cursos as relacionadas à Cuidados Paliativos e Dor. O resultado demonstrou déficit da inserção da temática Cuidados Paliativos e Dor nos Cursos de Graduação em enfermagem. Dos resultados, elaborou-se a proposta de construção de um sítio virtual, intitulado como cuidadosdador.com.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Dor e Enfermagem.

ABSTRACT

Considering the holistic concept of caring, the nursing assistance in humanized way is critical. Palliative Care and Pain Control disciplines should be present on Nursing Graduate Courses, what would encourage a reflection about these themes and a real care to the end customer. The general target for this research is: reflect about the importance of having Palliative Care and Pain Control disciplines on Nursing Graduate Courses. The specific targets were collect and analyze, in eighty-five Nursing Graduate Courses, documented data about their curriculum disciplines. In these data, verify the existence of the content about Palliative Care and Pain Control; also, another specific target is to create a product, a website about Palliative Care and Pain Control, with educational purpose, to the Nursing Graduate Course. This research is about an interactive literature review, a quantitative, descriptive and documented review, fulfilled through electronic researching from institutional websites of Nursing Graduate Courses. To survey the curriculum disciplines, eight-five Universities (Public and Private), from all Brazil's regions, were analyzed, all of them accredited by the Ministry of Education (MEC). The qualitative analysis sought among the subjects offered by the courses those that were related to Pain and Palliative Care. The result showed deficit in existence of themes Palliative Care and Pain Control in Nursing Graduate courses analyzed. From the results, we prepared the proposed construction of a virtual site, titled as cuidadosdador.com.

Keywords: Pain, Palliative Care and Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escalas numéricas e visuais analógicas da intensidade da dor. (Escala numérica de 0 a 10; Escala de descritores verbais (sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa); Escala Visual Analógica (sem dor e com dor insuportável); Escalas de faces Wong Baker (expressões da face). Escala Visual analógica com descrição da intensidade da dor, a partir de cores.	23
Figura 2 - Primeira tela de acesso ao site em construção com informações sobre Cuidados da Dor.	67
Figura 3 - Tela com informações sobre o tema “dor”.	68
Figura 4 - Tela com informações sobre o projeto vinculado a dissertação de Mestrado Profissional.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Análise Comparativa entre Universidades de Caráter Privado e Público	61
Gráfico 2 - Resultados por Regiões do Brasil que possuem a disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor.	62
Gráfico 3 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Centro-Oeste.....	63
Gráfico 4 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Nordeste.....	63
Gráfico 5 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Norte.....	64
Gráfico 6 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Sudeste	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias nas Comunicações Verbais e Não verbais.....	38
Quadro 2 - Instituições de Ensino Superior (IES) analisadas.....	54

LISTA DE SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

IASP – Associação Internacional para Estudos da Dor

IES – Instituição de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SBED – Sociedade Brasileira para Estudo da Dor

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO DO ESTUDO.....	13
2	INTRODUÇÃO	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	A Dor.....	17
3.2	Cuidados paliativos	25
3.2.1	Um breve histórico dos Cuidados Paliativos.....	26
3.2.2	Legalização dos Cuidados Paliativos	29
3.3	O enfermeiro nos cuidados paliativos e da dor	40
4	A IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM SAÚDE	44
4.1	Ensino em Enfermagem	44
4.2	A Aprendizagem Significativa e o ensino em enfermagem	49
4.3	Ensino de Enfermagem e o uso da Internet	50
5	METODOLOGIA.....	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7	ELABORAÇÃO DO PRODUTO.....	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

Durante minha trajetória como acadêmica de enfermagem, procurei estar sempre envolvida com pacientes graves. Muitas vezes eles se encontravam em áreas restritas, no qual os docentes diziam que já estavam em fase terminal, e que iríamos prestar cuidados para pacientes que tinham prognóstico positivo, e que em outro momento teríamos contato com pacientes terminais.

Os pacientes em fase terminal, em sua maioria, são privados do contato com seus familiares, sua casa, seus objetos pessoais, apenas podem receber visitas de seus familiares apenas em dias e horários estabelecidos pela instituição.

Lembro-me quando ainda acadêmica, me inscrevi para realizar estágio voluntário em um dos hospitais em Vassouras-RJ. Comecei com plantões noturnos, em um período de 12 horas, duas vezes por semana. Após realizar a assistência nos pacientes, sempre separava um tempo para conversar com os mesmos. Em tais conversas pude tirar aprendizado guardado até hoje. Percebia o quanto eram especiais, e que apesar de estarem em um leito hospitalar, tinham muito o que ensinar. Esses pacientes tinham uma vida lá fora, encontravam-se ali acamados, mas com suas mentes em suas casas. Tinha sonhos e projetos futuros.

Minha inquietação pela temática tornou-se mais forte em 2005, quando comecei a trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva, onde tive um contato com a alta tecnologia hospitalar, e me deslumbrei com tantas vantagens que ela promovia ao paciente. Mas ao mesmo tempo vi que a equipe multiprofissional envolvida no atendimento ao paciente grave, e com a alta tecnologia, esquecia-se de ver o paciente como um ser biopsicoespiritual. Assim, através da experiência profissional como docente, pude perceber que a abordagem dos temas: Cuidados Paliativos e o Controle da Dor em pacientes se apresenta deficitária na grade curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem, tanto na teoria, quanto nos estágios supervisionados (prática). Espera-se assim que este trabalho contribua para a discussão do tema em atividades na graduação e na prática profissional.

2 INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), a equipe de enfermagem envolve profissionais que passam um maior tempo com o paciente e também com seus familiares, proporcionando um grande elo, no qual possibilita a prestação de uma assistência que prioriza a qualidade de vida.

Segundo Sá (2009), grande parte dos profissionais de enfermagem não ficam a vontade quando se deparam com o processo de morte e morrer. Alguns não conseguem entender na prática, o que é a assistência humanizada e holística, principalmente no que se refere a pacientes fora de possibilidades curativas.

Acredita-se que estes fatos decorram da carência, ou até mesmo ausência, da abordagem dos Cuidados Paliativos e Controle da Dor, durante a Graduação, podendo levar a um despreparo para lidar com os sentimentos que surgem ao entrarem no ambiente de cuidados aos pacientes terminais. A deficiência de informações e conhecimentos, durante a Graduação em Enfermagem, torna o acadêmico, muitas vezes, sem possibilidades de refletir e discutir sobre a temática (SÁ, 2009).

Para atuarem, em Cuidados Paliativos e Controle da Dor, o acadêmico de Enfermagem deverá deter conhecimento amplo de fisiopatologia das doenças malignas e degenerativas, anatomia e fisiologia humana, farmacologia dos medicamentos e técnicas básicas de conforto e alívio de sintomas. O conhecimento técnico é reconhecidamente relevante para assistência de qualidade, mas não podemos nos esquecer de que, pacientes em fase terminal apresentam em seu interior, um sofrimento maior do que o sofrimento físico e que fármacos não podem resolver, o sofrimento espiritual, e precisam receber tratamento holístico, ou seja, vistos como um todo, e não apenas como um corpo doente (RODRIGUES, 2004).

Os enfermeiros necessitam de conhecimento científico para assistência nos chamados cuidados paliativos. Nos dias de hoje os conhecimentos e práticas revelam que os enfermeiros, muitas vezes, não estão bem preparados para lidar com a morte e o morrer. Assim então, constata-se a necessidade de que os

enfermeiros estejam capacitados tanto no nível teórico como no da prática sobre o conceito de cuidados paliativos (DAVIDSON et al, 2003).

A ausência de medidas paliativas em grande parte, ocorre devido a ausência de conhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos, o que pode desencadear um tratamento fútil, prolongando o sofrimento do paciente e familiares (AZULAY, 2004).

É muito importante, a humanização da prática na atuação da enfermagem, respeitando o conceito holístico de cuidar, como nunca deveria ter deixado de ser. Disciplinas relacionadas à prática de cuidados paliativos e controle da dor, deveriam estar presentes nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, para que houvesse, reflexão sobre a temática: dor e cuidados paliativos. Quando se reflete constantemente, aprende-se bastante sobre si mesmo e sobre os outros. O cuidado deve ser de tal maneira, que o paciente não seja visto somente por sua patologia, mas simplesmente como o portador da mesma (RODRIGUES, 2004).

Ainda de acordo com Rodrigues (2004), à aproximadamente 200 anos, com Florence Nightingale, a enfermagem é reconhecida como ciência. Florence prestava pessoalmente, especial cuidado aos pacientes em fase terminal ou aos mais gravemente feridos, lia trechos da Bíblia e trazia-lhes conforto em suas palavras e visitas durante a noite. Ela carregava uma lamparina de óleo, na qual passou a ser reconhecida como a Dama da Lâmpada, de onde originou o símbolo mundial da enfermagem. Florence deixou esse valioso exemplo, para os que escolhem a Enfermagem como profissão: um olhar holístico aos pacientes, ou seja, como um ser biopsicoespiritual, que vai além do estado físico.

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, enfermeira e filósofa, doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo, defendeu e publicou sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas colocando como finalidade da enfermagem, atender ou assistir o indivíduo em suas necessidades humana básicas afetadas, entre elas também a espiritualidade (HORTA, 1979).

De acordo com Horta (1979), o acadêmico precisa ser sensível ao compreender os demais seres humanos, que estão diante dele, principalmente no que diz respeito ao ser 'humano'. Desta forma, resgatando o dito sobre ser o

enfermeiro “gente que cuida de gente”, destacando a espiritualidade como necessidade básica humana, sendo, essencial para alcançar qualidade de vida.

É preciso sensibilizar graduandos, enfermeiros e coordenadores de Curso de Graduação em Enfermagem, no que diz respeito à abordagem da temática Cuidados Paliativos e Dor, em suas matrizes curriculares dos cursos. Consideramos que as matrizes curriculares dos cursos de Graduação em Enfermagem, passaram por diversas alterações de acordo com a época e a situação sócio econômica e política do país. O processo da evolução da profissionalização do Enfermeiro no Brasil tem sido direcionado e comandado por modelos de currículos mínimos obrigatórios, nem sempre elaborados à realidade brasileira.

As reformas curriculares resultaram em mudanças relacionadas ao mercado de trabalho e das Diretrizes Curriculares Nacionais, que preconizam a formação do Enfermeiro generalista, adquirida por meio de conteúdos teóricos e práticos, que favorecem o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas. Algumas Instituições de Ensino Superior (IES), ao reformularem seus currículos, excluíram algumas disciplinas, por verificarem que seriam específicas para o ensino em nível de Pós-Graduação *lato sensu* (Especialização), ocorrendo discordâncias sérias e profundas no corpo docente entre as Diretrizes Curriculares Nacionais e os currículos mínimos (CALLIL, PRADO, 2009).

O presente estudo tem relevância à medida que buscará resultados a respeito dos Cuidados Paliativos e do Controle da Dor, como uma melhor forma de assistência aos pacientes. Na busca de investigar as questões supracitadas, esta pesquisa teve como **objetivo geral**: contribuir para a reflexão sobre a importância do controle da dor e as vantagens da prática de Cuidados Paliativos nas Matrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem e como **objetivos específicos**:

- analisar dados documentais sobre as Matrizes Curriculares de Cursos de Graduação em Enfermagem se está presente à temática sobre Cuidados Paliativos e Controle da Dor;

- elaborar como produto educativo sobre Dor e Cuidados Paliativos para o Curso de Graduação em Enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Dor

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável resultante do comprometimento tecidual real ou potencial. Uma experiência subjetiva e pessoal. É a justificativa mais comum para procurar-se cuidado em saúde. Ela ocorre por diversos distúrbios, em alguns exames diagnósticos e tratamentos. Incapacitando e angustiando mais as pessoas que qualquer doença isolada. Enfermeiros são integrantes da equipe multiprofissional, que mais passam tempo com o paciente com dor, que os demais profissionais, por isso, a necessidade de compreender a base fisiológica da dor, as consequências fisiológicas e psicológicas da dor, e os métodos de tratamento utilizados (BRUNNER e SUDDARTH, 2012).

O homem vem buscando entender as causas da dor, com o propósito de livrar-se dela. Em geral, todos sabem o que é sentir dor. Porém, é muito difícil descrever a dor de si próprio e praticamente impossível relatar a experiência de dor de outra pessoa. A dor é uma experiência individual, com características próprias do organismo, associada a sua história passada, além do contexto no qual está vivendo e que é percebida (PEDROSO, 2006).

Em 1979, a IASP (Associação Internacional para Estudo da Dor) a definiu: “uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com dano potencial ou atual dos tecidos, descrita em termos de tais danos”. Em 1986, o conceito foi ampliado para: “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões”.

De acordo com Pessini (2005), a fundadora do *hospice* (a expressão utilizada para definir espécies de abrigos destinados ao bem-estar e cuidados de peregrinos e viajantes). Cicely Saunders (1980) *salientou* a expressão “dor total” para aquela que envolve além da dor física, a dor mental, social e espiritual. Deixar de considerar esta apreciação mais abrangente de dor é uma das principais causas pelas quais os pacientes não recebem alívio adequado dos sintomas dolorosos nas instituições de saúde.

Baseado no entendimento que a enfermagem é a equipe que mais tem contato com o paciente, a utilização do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, torna-se um método seguro para realização da avaliação e controle da dor. A partir, dessa assistência, o enfermeiro terá adquirido maiores informações, e em resposta, o paciente terá oportunidade de participar de seu cuidado.

A World Health Organization – WHO (Organização Mundial da Saúde – OMS) (2002) defende como regra primordial no atendimento de pacientes de que toda dor é real, mesmo quando sua origem não seja conhecida. A validade da ocorrência da dor é fundamentada na fala ou expressão do paciente, mostrando que ela existe. A dor é considerada real ainda que não haja causa física aparente (WHO, 2004).

Acreditamos que muitas sensações de dor são relacionadas aos estados mentais ou psicológicos, porém é necessário compreender que o paciente percebe uma sensação de dor, e não apenas imagina. Vários pacientes podem não relatar verbalmente a sensação de dor, no entanto, a equipe de enfermagem deve exercer o papel de avaliar as expressões não verbais que ocorrem devido ao processo da dor.

Precisamos acreditar na dor que o paciente expressa ou relata, assim também é importante atentar-se para pacientes que negam a dor, em ocasiões onde se espera a ocorrência da mesma. É preciso investigar a causa da negação à dor, muitos negam, por temer o tratamento que poderá vir, caso se queixem.

A dor sendo um sintoma complexo e subjetivo, ou seja, para um atendimento eficaz, o enfermeiro precisa acreditar na intensidade relatada, pelo paciente, em sua dor; no diagnóstico de enfermagem deve ser verificado, diante da dor: local, duração, intensidade, início e incapacitações associadas. O registro dos dados em prontuário deve ser feita detalhadamente, com as expressões verbais e não verbais usadas pelo paciente (RODRIGUES, ZAGO, 2003). Após o diagnóstico e anotações importantes, escolhem-se as medidas corretas, seja farmacológica e/ou não farmacológica para serem usadas com o paciente.

Os cinco sinais considerados vitais no ser humano são pressão arterial, pulso, respiração, temperatura e o quinto sinal vital é a dor, os quais devem ser avaliados no paciente e registrados em prontuário durante sua admissão (SOUSA, 2002).

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED, 2012) a necessidade de a dor ser reconhecida como 5º sinal vital foi citada pela primeira vez em 1996 por James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor). Seu objetivo foi de elevar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre o tratamento da dor. James Campbell (1996) refere que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo como os outros sinais vitais haveria uma melhor chance de promover tratamento adequado”. Haveria uma maior qualidade na assistência a saúde.

A avaliação da dor deve ser registrada nas instituições de saúde, do mesmo modo que os demais sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração e temperatura corpórea) são relatados e anotados. A avaliação e o controle da dor e o seu registro são fundamentais para o sucesso na qualidade do cuidado esteja presente (SBED, 2012).

A intensidade da dor geralmente está associada às modificações nos sinais vitais. As manifestações da dor representam um alerta de que é restabelecer o equilíbrio fisiológico. O episódio de dor acarreta modificações na pressão arterial, nas frequências cardíaca e respiratória e, ainda, admitem-se influências significativas na temperatura corporal (CHAVES e LEÃO, 2004).

Rigotti e Ferreira (2005) afirmam que a observação do enfermeiro, sobre aspectos comportamentais e fisiológicos são fundamentais para a avaliação da dor, e ainda que ocorram impedimentos para uma ampla avaliação dos sintomas ditos pelo paciente, a interpretação de sinais fisiológicos associados, na forma de taquicardia, aumento da pressão arterial, taquipneia, palidez, sudorese ou alterações da tensão muscular podem se caracterizar como medidas interpretativas para a compreensão dos aspectos objetivos relacionados a manifestação da dor.

É necessário que a avaliação da dor esteja relacionada ao estado clínico em que se encontra o paciente, direcionado nos aspectos subjetivos e objetivos. Os sinais vitais favorecem a obtenção de dados sólidos sobre a presença da dor e apresentar respaldo para as medidas da dor. A dor está muito relacionada às

respostas dos sinais vitais, alterando seus valores diante o sinal de dor. Com o conhecimento prévio de que os sinais vitais são alterados mediante reações dolorosas, é que Pimenta *et al*, (2001) afirmam:

Dor resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, predispondo o paciente aos prováveis imprevistos homeostáticos, ocasionando um maior consumo energético e proteico e redução do volume ventilatório, houve um interesse maior em contribuir para o desenvolvimento das relações decorrentes entre dor e sinais vitais.

No que diz respeito à dor, percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde não sabem exatamente o significado da “dor” quando se deparam com ela. A dor tem duas características importantes: a primeira é que estamos diante de um duplo fenômeno: de um lado, a percepção da sensação, e do outro a resposta emocional do paciente diante dela. A segunda característica é que a dor pode ser sentida como aguda e, portanto passageira, ou crônica, e conseqüentemente persistente. (BRUNNER E SUDDARTH, 2012).

De acordo com Brunner e Suddarth (2012), a dor aguda tem o momento inicial, sinais físicos objetivos e subjetivos e atividade exagerada do sistema nervoso. Nos pacientes portadores da dor crônica, nem sempre encontra-se sinais objetivos, ainda que possam apresentar mudanças perceptíveis em suas características, estilo de vida e habilidades. Este tipo de dor exige um tratamento que contemple não somente o tratamento de suas causas, mas também de suas conseqüências psicológicas e sociais.

Júver e Verçosa (2009) classificam a dor quanto à origem: Dor nociceptiva pode ser somática e/ou visceral e resulta da ativação de fibras nervosas especializadas. O estímulo tem início em terminações nervosas livres ou nociceptores, que são ativados quando os estímulos alcançam níveis nociceptivos, isto é, quando ocorre lesão dos tecidos ou ameaça sua integridade. Nesse caso, estão restritos à pele, à mucosa, à cápsula articular, ao músculo, aos tendões, criando quadros algícos bem localizados em resposta os estímulos mecânicos, térmicos e químicos. Na visceral, os nociceptores estão localizados nas serosas das vísceras, causando um quadro de dor mal localizada, em razão da transmissão dos estímulos pelos gânglios viscerais.

A dor neuropática resulta de uma lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, levando o quadro de dor em queimação, pontada ou choque, contínua ou episódica, difusa, mal localizada e na maioria das vezes acompanhada de sintomas que caracterizam alterações no sistema de condução. Nas lesões e/ou disfunções periféricas podem estar presentes sintomas motores como parestesia ou paralisia incompleta e, em alguns casos plegia ou paralisia total (Juver e Verçosa, 2009).

Segundo Figueiró (2000), a dor passou a ter um enfoque multidisciplinar a partir da Segunda Guerra Mundial, quando entre 1945 e 1965 os médicos passaram a verificar que a dor não dependia apenas de ter uma lesão em algum tecido, órgão ou víscera que estimulasse o sistema nervoso.

Percebeu-se que havia algo, além disso, que envolvia aspectos psíquicos, sociais, familiares, étnicos, culturais e religiosos e que tudo isso colaborava para que os indivíduos tivessem maior ou menor sofrimento associado à percepção de desconforto que a dor causa.

Desde então, por volta de 1965, deu início as clínicas interdisciplinares para a assistência à dor e também na área de cuidados paliativos. Essas clínicas envolvem, além do médico, profissionais da área da psicologia, do serviço social, da enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais da área da medicina física, da reabilitação e às vezes até pessoas que não são da área da saúde, como advogados, legistas, padres, religiosos, etc (FIGUEIRÓ, 2000).

Assim sabendo que a dor é subjetiva e pessoal, não pode ser medida através do uso de aparelhos de medidas diretas, como por exemplo, na aferição de pressão arterial com o uso do esfigmomanômetro e estetoscópio; necessitando da utilização de métodos indiretos para avaliar a percepção e sensação dolorosa no paciente.

Ainda segundo Figueiró (2000), a dor é responsável por 75% a 80% das visitas feitas ao sistema de saúde, sendo a principal causa de sofrimento, incapacidade e com graves repercussões psicossociais e econômicas. Também a área de cuidados paliativos é constantemente negligenciada por parte de autoridades e profissionais de saúde e hoje no país são poucos os centros públicos e privados que se dedicam à assistência à dor e cuidados paliativos.

Devido essa necessidade de avaliação, vários instrumentos de avaliação de dor podem ser utilizados para avaliar a percepção de dor de um paciente. Os instrumentos de avaliação podem ser utilizados para documentar a necessidade de intervenção, avaliar a eficácia da intervenção e identificar a necessidade de intervenções alternativas ou adicionais se a intervenção inicial for ineficaz no alívio da dor da pessoa. O instrumento deve ser de fácil compreensão e uso, para que tenha utilidade no tratamento, exigir mínimo esforço por parte do paciente, sua escala deve ser previamente explicada e sensível a pequenas alterações na intensidade da dor (BRUNNER E SUDDARTH, 2012).

Brunner e Suddarth (2012), afirmam também que a avaliação da dor pode se qualitativa, focando na investigação de questões específicas quanto às características, locais, possíveis causas e reações a tratamentos. Na quantificação da dor podem ser usadas escalas unidimensionais, ou escala descritiva simplificada de cinco itens, descritiva ampliada de oito itens, escala ordinal de melhora da dor, escala numérica verbal, escala de graduação numérica, escala numérica compartimentada, escala análogo-visual, escala análogo-visual graduada, escala de faces (de alegres para tristes), de frutas (das grandes para pequenas), esta principalmente usada em pediatria, e outras.

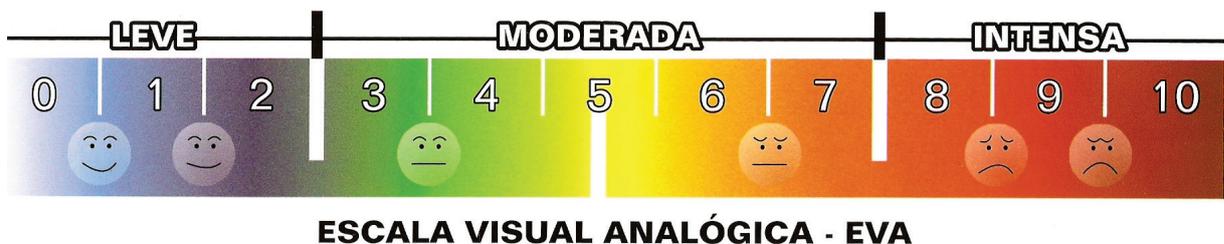
Avaliação da dor de uma pessoa relaciona-se com a busca de informações a respeito das causas e sintomas físicos da dor, assim como os fatores mentais ou emocionais que influenciam a sensação da dor pelo paciente. Não podemos deixar de lembrar, que aquilo que o indivíduo expressa sobre a dor não se limita a afirmações verbais. Alguns pacientes não podem falar ou não falarão verbalmente que eles sentem dor. Por esse motivo, é também da responsabilidade do enfermeiro, observar as atitudes, não faladas verbalmente, que ocorrem com a sensação de dor (BRUNNER E SUDDARTH, 2012).

O tratamento preferencial de qualquer queixa dolorosa é atuar na causa da dor, quando esta for conhecida e houver possibilidades terapêuticas no atendimento. As ações para o alívio da dor compreendem o uso de medidas farmacológicas, físicas, cognitivo-comportamentais e, em algumas situações, pode haver necessidade de bloqueios anestésicos e procedimentos neurocirúrgicos (FIGUEIRÓ, 2002).

Para avaliação é usada com frequência tanto nas consultas médicas, quanto nas de enfermagem, escalas de avaliação da dor, em que as mais utilizadas são: Escala Numérica Verbal, Escala Visual Analógica e Escala de Faces de Wong-Baker; onde mensura-se a intensidade da dor (SOUSA, 2002). As avaliações usando as escalas são valiosas para assistência paliativa, pois relacionando corretamente a intensidade da dor, escolhe-se o tratamento mais adequado, proporcionando bem-estar e qualidade de vida ao paciente. Precisamos estar atentos para o nível de aprendizagem do paciente, levando-se em conta a possibilidade do paciente não saber ler. Neste caso, o uso de uma escala escrita para avaliação da dor pode não ser possível. O mesmo pode ocorrer quando o paciente está com dor muito forte ou estado avançado da doença. Nesses casos, mostra ao paciente uma escala de 0 a 10, onde o zero (0) corresponde à ausência de dor, e o dez (10) o nível mais intenso de dor.

A Escala Numérica Verbal caracteriza-se pela escolha do paciente de um número entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor mais intensa) para expressar sua dor, para avaliação tem-se como parâmetros 1-3 (dor leve), 4-6 (dor moderada), 7-10 (dor grave). A Escala Visual Analógica caracteriza-se por uma linha horizontal, numerada de 1 a 10, em que o paciente assinalará o número correspondente à severidade de sua dor. A Escala de Faces de Wong-Baker caracteriza-se por imagens de faces com dor, em que o paciente escolherá a que mais se assemelha ao seu quadro algíco (SBED, 2012). A Figura 1 representa as três escalas citadas acima:

Figura 1 - Escalas numéricas e visuais analógicas da intensidade da dor. (Escala numérica de 0 a 10; Escala de descritores verbais (sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa); Escala Visual Analógica (sem dor e com dor insuportável); Escalas de faces Wong Baker (expressões da face). Escala Visual analógica com descrição da intensidade da dor, a partir de cores.



Fonte: (WHO, 2002).

Em ocasiões em que o paciente não fale o mesmo idioma que o enfermeiro, ou não consiga se expressar, de forma clara, deve ser escolhido um método para avaliação da dor. Mensurando corretamente a dor, pode ser escolhido o melhor tratamento, podendo ser farmacológico e/ou não farmacológico, de acordo com as necessidades individuais dos pacientes (SOUSA, 2002).

Segundo Juver e Verçosa (2009), na administração destes medicamentos necessita-se de doses individuais de acordo com os sintomas do paciente, disposição de doses de resgate e uso da via oral como primeira forma de escolha, caso haja integridade do trato gastrointestinal.

Campbell (2011), afirma ainda que o tratamento não farmacológico caracteriza-se, com a promoção de uma escuta contínua; disponibilizar roupas adequadas, verificar as condições climáticas de frio e calor; aplicação de massagem, acupuntura e toque terapêutico e; fornecer televisão e rádio ao paciente.

A dor como manifestação clínica é uma experiência comum na prática da enfermagem. Mesmo sendo subjetiva, ela pode e deve ser mensurada de forma correta, no qual possibilite seu controle e cuidado, sendo um dever da enfermagem evitar sofrimento desnecessário, proporcionado alívio e bem estar ao paciente.

Segundo Pimenta (2010), controlar a dor é mais eficaz quando envolve cuidados múltiplos, farmacológicos e não farmacológicos, e sua ação deverá ocorrer nos diversos elementos da dor. Técnicas não invasivas para o alívio da dor compreendem conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental. São em sua maioria, de baixo custo e de fácil aplicação. Oferecem ao indivíduo senso de controle da situação, estimulam a responsabilidade e participação no tratamento. Algumas são instintivas (massageamento do local doloroso), outras são tradicionalmente ensinadas entre as gerações (não pensar na dor, distrair-se, relaxamento, controle da respiração, aplicar calor ou frio) e são de largo uso na população.

Deve-se avaliar a opinião, as crenças, os valores e a preferência do paciente para a escolha dos procedimentos, pois a participação dele é condição fundamental para a escolha do tratamento. Dado essa importância a medir e avaliar a dor entende-se que todos os Cursos de Graduação em Enfermagem, deveriam,

urgentemente, implantar, em suas matrizes curriculares, disciplinas ou cursos com o intuito de ensinar e disseminar o uso desses instrumentos e/ou escalas de avaliação e mensuração da dor (SOUSA, 2002).

3.2 Cuidados paliativos

PALLIATIVO: vem do latim Pallium que significa manto, cobertura, capote, disfarce. Segundo o Dicionário Aurélio (2010) *CUIDADO*: significa cuidar, zelar, proteger, ter responsabilidade para com algo ou alguém.

O cuidado em saúde vem sofrendo modificações ao longo dos anos. A assistência aos pacientes doentes era realizada preferencialmente em casas, enquanto que a doença seguia seu curso natural.

Algum tempo atrás esse foco mudou, passou a se preocupar exageradamente com a causa e cura da doença, levando a desequilíbrios psicológicos, físicos e emocionais aos pacientes; destacando o aumento da dor, devido ao grande número de procedimentos invasivos aos quais os pacientes terminais são submetidos.

Com esse método de tratamento, na maioria dos casos proporciona somente prolongamento dos dias de vida, porém com sofrimento. Mas sem a real qualidade nos dias ganhos; necessitando que se faça presente uma melhor forma de cuidado, onde o tratamento do paciente seja holístico.

Em 2002 a WHO preconizou medidas a serem praticadas pelos profissionais de cuidados paliativos frente à assistência aos pacientes e familiares. Preconiza-se o controle da dor e do sofrimento em um atendimento holístico, não apenas os amenizando com medicamentos prescritos, mas como, por exemplo, o atendimento social e psicológico. Investir demais em práticas invasivas em pacientes sem possibilidades de cura, apenas prolongará a vida dos mesmos, não dando qualidade aos seus dias. É importante analisar a qualidade de vida do paciente e sua família nos momentos finais de vida.

Os doentes crônicos, concretamente os que apresentam doença avançada e incurável, têm vindo a aumentar nos últimos anos. Os técnicos de saúde necessitam de se preparar melhor para conhecer e lidar com essas

situações, numa perspectiva global e promotora da qualidade de vida sem esquecer a sua própria saúde. Neste contexto os cuidados paliativos estão na ordem do dia, no sentido de que a emergência da abordagem do tema se torna um imperativo (NEVES, 2000).

3.2.1 Um breve histórico dos Cuidados Paliativos

Para se entender como se iniciaram o uso de cuidados paliativos para amenizar o sofrimento e os efeitos colaterais que acometiam os pacientes, é necessário entender como se iniciou o processo do cuidado complementar ao recurso terapêutico. A maioria dos atendimentos médicos era paliativa, pois os recursos em fármacos, e tecnologias cirúrgicas eram escassos. Por isso, toda habilidade que possuíam era direcionada para o controle dos sintomas e palição (SHRAMM, 2002).

Segundo Doyle e Mac Donald, (2006), foi no St. Lukes' Home, em Londres, que a enfermeira, assistente social e médica inglesa Cicely Saunders foram trabalhar em meados do século XX. Idealizou uma nova proposta do cuidar, denominada Cuidados Paliativos – inaugurou em Londres a primeira instituição especificamente destinada a proporcionar conforto e amparo aos moribundos.

Em 1967, ela fundou em Londres o *St Christopher Hospice* e deu início ao que se chama hoje de Movimento *Hospice* Moderno. A estrutura do St. Christopher permitiu não apenas o cuidado aos doentes, mas esforços de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (PESSINI, 2005).

A palavra *hospice* como local somente para cuidado dos que estão morrendo foi usada pela primeira vez por Madame Jeanne Garnier, em 1842, em Lyon, na França. Ela fundou vários hospices em Lyon com a comunidade da qual era a fundadora, As Damas do Calvário. Em 1879, a palavra e o conceito atravessaram o Canal da Mancha e aportaram em Dublin, na Irlanda, onde a irmã Mary Aikenhead fundou o Our Lady's Hospice. Em 1905, a mesma ordem religiosa exportou a ideia para a Inglaterra e abriu o Saint Joseph Hospice.

Os *hospices* medievais por sua vez abrigavam peregrinos e doentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa, como o caminho de Santiago de Compostela. Muitos deles morriam nestas hospedarias, recebendo cuidado leigo e caridoso. Em latim, a palavra *hospice* primeiro significava “estranho”. Do clássico significado, a

palavra modificou-se para denotar “anfitrião”, enquanto *hospitalis* se referia a “amigável”, ao ato de dar boas-vindas ao estranho. Disso derivou “hospitalidade” e muitas outras palavras, como “hotel”, *hostel* e *hospice*. O nome *hospitium*, originalmente um sentimento confortante entre o “anfitrião” e o “convidado”, mais tarde passou a designar o lugar onde esse sentimento era experimentado (DOYLE E MAC DONALD, 2006).

Ainda segundo Doyle e Mac Donald (2006), instituições de caridade surgiram na Europa do século XVII e construíram abrigos para órfãos, pobres e doentes, uma prática que se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente, e que, no século XIX, começaram a ter características de hospitais, com alas destinadas aos cuidados de doentes com tuberculose e alguns com câncer.

O cuidado a estes doentes era essencialmente leigo e voltado para o cuidado espiritual e buscando-se o controle da dor. Até este século a maior parte dos cuidados médicos eram dirigidas à melhora dos sintomas, enquanto a doença seguia seu curso natural, rumos à recuperação ou à morte.

Aproximadamente na segunda metade do século XX, como reflexo a essa visão, surgiu o notável movimento *hospice*. Os *hospices* se especializariam nos cuidados ministrados aos doentes acometidos de enfermidades severas e evolutivas (principalmente o câncer) e sem possibilidade de tratamento curativo. O objetivo das organizações chamadas de *Hospice Care* eram oferecer a mais alta qualidade de cuidados interdisciplinar, e assistência social e espiritual, além de ajudar igualmente a família do enfermo, durante a doença e após a morte, no período de luto. Resumidamente, trata-se do acompanhamento do doente terminal com amor e competência (DOYLE E MAC DONALD, 2006).

Cicely Saunders, foi enfermeira e assistente social estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou ao estudo do alívio da dor nos doentes sem possibilidades curativas. No final dos anos 1950, ela trabalhou como médica no Saint Joseph Hospice. Iniciou a pesquisa sobre métodos que aliviassem a dor, trazendo uma forma preventiva e regular, de se administrar morfina por via oral, antes mesmo da dor se instalar. Suas pesquisas ajudaram a compreensão do

sofrimento do paciente, suas angústias físicas, pessoais e espirituais, e os efeitos sobre as famílias dos doentes (GUIMARÃES, 2009).

Segundo Guimarães (2009), em 1967, foi inaugurado em Londres o Saint Christopher Hospice, por Cicely Saunders, que mais tarde se tornou modelo de assistência, ensino e pesquisa nos Cuidados Paliativos. No Saint Christopher, o paciente era respeitado como ser humano e convidado a ser acompanhado pelo serviço de cuidados paliativos, resgatando assim sua autonomia corporal, proporcionando conforto e bem-estar físico e mental.

Ainda em 1967, uma psiquiatra de origem suíça revolucionou o cuidado dos pacientes em fase terminal. Nasceu em Zurique em 1926, Elizabeth Klüber -Ross, trabalhou como voluntária em um grupo de paz no final da Segunda Guerra Mundial. Esse grupo reconstituía escolas destruídas pela guerra. Foi dentro de um desses campos de concentração de Majdanek que observou desenhos de crianças que esperavam a morte. Ela mudou-se para os Estados Unidos, onde deu início aos estudos sobre pessoas que estão morrendo.

Elizabeth Klüber-Ross (1969), escreveu um livro a partir de suas experiências no campo de batalha, *On Death and Dying* (1969), relata diversos períodos de caos de pacientes acometidos por doenças graves, e à espera da morte, descrevendo como eles se comportavam nesse momento. Provocou polêmica questionando a morte que é até hoje é um tabu. Esse livro foi publicado em português com o título “Sobre a morte e o morrer”.

Mas foi com o livro, *The Final Stage of Growth* (1974), publicado em português com o título *Morte: Estágio final da evolução*, que Klüber-Ross tornou-se reconhecida. Neste livro ela descreveu as cinco fases que geralmente antecedem a morte: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Porém ela não se prendia as fases, sua preocupação maior era em escutar e tentar aliviar os pacientes e seus familiares (KLUBER-ROSS, 1974).

O encontro de Cicely Saunders com a psiquiatra Elizabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, fez crescer também lá o movimento *Hospice* (PERES, ARANTES, LESSA, CAOUS, 2007). No final dos anos 1970 e início dos 1980, era uma organização popular, comunitária, dirigida por voluntários e enfermeiras, com pouco

envolvimento de médicos. A partir da metade dos anos 1980, o surgimento da epidemia de AIDS marca uma crescente expansão do movimento pelos hospices e a rápida apropriação de um controle dos Cuidados Paliativos.

Em 1982 o comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde – OMS criou um grupo de trabalho para definir políticas que visassem ao alívio da dor e aos cuidados do tipo *Hospice* para doentes com câncer e que fossem recomendáveis a todos os países. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela WHO, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo *Hospice* em alguns idiomas. Este termo já havia sido usado no Canadá em 1975.

Em 1990, foi publicada pela WHO, uma definição que descrevia os Cuidados Paliativos como os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura. Este conceito foi superado porque torna subjetivo o entendimento do momento de decretar a falência de um tratamento.

A definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicada em 2002, diz que somente é entendido como cuidados paliativos, quando o atendimento é realizado por equipe multiprofissional, em trabalho harmônico e convergente. O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. A prática adequada dos Cuidados Paliativos preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família, busca da excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento, como apresentado pela OMS (WHO, 2002). Também definido como promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante das patologias que possam fazer com que a continuidade de vida, torne-se prejudicada, a partir da prevenção e controle da dor.

3.2.2 Legalização dos Cuidados Paliativos

O acesso aos Cuidados Paliativos é uma obrigação legal, reconhecida pela convenção da ONU (Organização Nações Unidas). Porém, os governantes de muitos países do mundo, inclusive o Brasil, não tomaram medidas para garantir o acesso universal aos Cuidados Paliativos.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde (Diário da República Eletrónico, 2012).

Os pacientes portadores de patologias terminais necessitam de uma forma de assistência que não esteja voltada à cura de sua patologia, mas sim, ao paciente como um todo, olhando-o holisticamente, como um ser biopsicossocial e espiritual (SILVA, SUDIGURSKY, 2008). Também chamados de “cuidado do fim da vida”, primeiramente surgiram para assistir aos pacientes portadores de câncer avançado, cuidando também de todo paciente portador de patologias que levem a dor crônica intensa, além de sintomas físicos, emocionais e espirituais, que façam com que a vida torne-se insuportável ao extremo.

Conforme Menezes (2004), o indivíduo fora de possibilidades de cura, durante todo o período de doença, até sua fase terminal, na maioria das vezes, apresentam limitações e sensibilidades, física, psíquica, social e espiritual. O indivíduo, enquadra-se na fase onde não possui recursos para impedir o avanço fatal da doença, trazendo questionamento para a equipe multiprofissional, família e o próprio paciente.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimento científico inerente a várias especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica. Porém, o trabalho de uma equipe de Cuidados Paliativos é regido por princípios claros, que podem ser evocados em todas as atividades desenvolvidas. Estes princípios também foram publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em 2002 (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos baseiam-se em uma assistência integral, ativa e total, amparando os pacientes em seus sofrimentos e sintomas angustiantes, dando-os apoio de forma holística e ofertando-os uma escuta ativa, respeitando sua biografia e identidade individual, tornando o paciente o ator central dos cuidados, sendo preconizado também o alívio da dor e uma boa morte; culminando-se no foco central

dos cuidados paliativos, que é a oferta de qualidade de vida ao paciente e sua família (WHO, 2002 e MENEZES, 2004).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) em 2002 preconizou princípios a serem seguidos pelos profissionais de cuidados paliativos frente à assistência aos pacientes e familiares. Preconiza-se o alívio da dor e do sofrimento em uma visão holística, não apenas os amenizando com medicamentos, e sim com outras práticas, como por exemplo, o atendimento social e psicológico. A diminuição do sofrimento, a empatia pelo paciente, o controle da dor, são fundamentais no Cuidado Paliativo, como preconizado pela OMS (2002):

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002 apud ANCP, 2009, p. 16).

Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade de vida. É preciso avaliar e controlar a dor, mas também aspectos sociais, emocionais e espirituais (WHO, 2004).

Sendo assim, prolongam-se muitas vezes os dias, com sofrimento, à sua vida, mas sem a real qualidade nos dias ganhos. Necessitando-se fazer presente uma assistência holística a estes pacientes (SHRAMM, 2002).

Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas necessitam de uma forma de assistência que não esteja voltada à cura de sua patologia, mas sim, ao paciente como um todo, olhando-o holisticamente, como um ser biopsicossocial e espiritual (SILVA, SUDIGURSKY, 2008). Em base a esta necessidade, surgem os chamados cuidados paliativos.

Segundo a OMS (2002), os cuidados paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, pela prevenção e pelo alívio do sofrimento.

Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2004).

Segundo a OMS (2002) os objetivos dos cuidados paliativos são: promover alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento, buscando a melhora da qualidade de vida do paciente, o que pode influenciar positivamente o curso da doença; integrar os aspectos físico, psicológico e espiritual no cuidado ao paciente, por meio de equipes interdisciplinares, com profissionais preparados para esse tipo de abordagem; promover os cuidados e as investigações necessárias para melhorar a compreensão e o manejo das complicações clínicas que causam sofrimento ao paciente, evitando procedimentos invasivos que não levem à melhoria da qualidade de vida; oferecer suporte para auxiliar os pacientes a terem uma sobrevida o mais útil possível, de preferência usufruindo do ambiente familiar; oferecer suporte para a família no período da doença e depois do óbito, em seu próprio processo de luto; respeitar a morte como um processo natural do ciclo da vida, não buscando a sua antecipação ou o seu adiamento (WHO, 2004).

Reafirmar a vida e vê a morte como um processo natural é condição fundamental para quem deseja trabalhar com Cuidados Paliativos. É ter sempre presente o sentido da finitude da vida, não significando valorizar somente a morte e muito menos deixar de preservar a vida. (SAUNDERS, 1980).

A assistência é sempre ativa e reabilitadora, dentro de um limite no qual nenhum cuidado possa acarretar mais dano e mal-estar ao indivíduo do que sua própria doença. Relacionando aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, por isso o cuidado paliativo é sempre conduzido por uma equipe multiprofissional, cada qual em sua função específica, porém trabalhando de forma integrada, com frequentes discussões de caso, identificação de problemas e decisões tomadas em conjunto. Também busca oferecer apoio ao paciente, para que o mesmo viva ativamente, até sua morte. Este princípio determina a importância das decisões e a atitude da equipe multiprofissional paliativista. Segui-lo fielmente significa não poupar esforços em prol do melhor bem-estar e não se precipitar, em especial, na atenção à fase final da vida, evitando-se a prescrição de esquemas de sedação pesados, exceto quando diante de situações dramáticas e irreversíveis, esgotados todos os recursos possíveis para o controle do quadro. A sedação está indicada em

situações de dispneia intratável, hemorragias incontroladas, delírio e dor refratária ao tratamento (DOYLE e MAC DONALD, 2006), o que, com todo o conhecimento atual de analgésicos e procedimentos adequados, é situação rara.

A família, em Cuidados Paliativos, faz parte da unidade de cuidados tanto quanto o doente. Deve ser adequadamente informada, mantendo um excelente canal de comunicação com a equipe. É preciso ter a mesma preocupação com a comunicação com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte (PESSINI, 2005).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas: Estar em Cuidados Paliativos não significa ser privado dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer. Deve-se usá-los de forma hierarquizada, levando-se em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados (PIVA, 2002).

Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. A integração da equipe multiprofissional paliativista, com a equipe que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente.

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em uma assistência integral, ativa e total, amparando os pacientes em seus sofrimentos e sintomas angustiantes, dando-os apoio de forma holística e ofertando-os uma escuta ativa, respeitando sua biografia e identidade individual, tornando o paciente o ator central dos cuidados, sendo preconizado também o alívio da dor e uma boa morte; culminando-se no foco central dos cuidados paliativos, que é a oferta de qualidade de vida ao paciente e sua família (WHO, 2002 apud MENEZES, 2004).

De acordo com a OMS - 2002 existem dois modelos de assistência que podem atender às necessidades do paciente terminal e considerado incurável pelas terapêuticas disponíveis. No ambiente hospitalar, os cuidados paliativos podem ser oferecidos por meio de consultas ambulatoriais ou de internações. Quando o

paciente ainda possui condições físicas compatíveis, ele pode comparecer à consulta com a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e outros) para manter o controle de sintomas, curativos etc. Quando a internação for necessária, o paciente e, mais frequente, a família devem ser informados de que o objetivo é tratar as intercorrências que só podem ser controladas nesse ambiente e não curar a doença. Frequentemente, os pacientes são também internados nas unidades hospitalares devido à carência de estrutura familiar que ofereça os cuidados paliativos domiciliares (WHO, 2004).

Jamais poderemos deixar de esclarecer para pacientes e familiares, que os cuidados paliativos, são para trazer conforto e controle dos sintomas da doença. A boa comunicação é primordial para todo aquele que se envolve nos cuidados paliativos. Ter tempo suficiente para a conversa, prevenir interrupções e manter a privacidade na conversa.

Segundo Shramm (2002), no ambiente domiciliar, os cuidados paliativos são uma opção e uma alternativa de tratamento quando o paciente não consegue se locomover e não consegue mais sair de casa. No entanto, para atingir o êxito no atendimento domiciliar com o enfoque paliativo é necessário reunir uma série de condições que desencadearão um cuidado eficaz. É fundamental destacar que, para essa modalidade de atenção, a autonomia do paciente e/ou da família é extremamente importante e, na eminência da possibilidade de o óbito acontecer em casa, é necessário que, durante o período de cuidado, o paciente e a família consigam desenvolver a capacidade de lidar com tal situação.

Preconiza-se, nesta forma de cuidado, dizer verdadeiramente todas as informações relevantes ao quadro do paciente, aplicando-se apenas procedimentos que causem mais benefícios do que malefícios, prevenindo complicações e realizando acompanhamento do paciente e sua família.

Para que essa forma de assistência alcance seu sucesso terapêutico, deve-se interligá-la ao tratamento médico de base desde o momento do diagnóstico da doença incurável, com ambos os cuidados sendo trabalhados de forma concomitante e contínua, visto que esse diagnóstico traz sérias alterações sociais, físicas, espirituais e psicológicas no paciente e sua família. Quanto mais cedo

começar a assistência paliativa, mais chances o paciente e sua família terão de usufruir de qualidade de vida, sendo mais benéfico a ambos (GUIMARÃES, 2010).

Ressalta-se nesta forma de cuidados a recusa à eutanásia e a distanásia. A distanásia, ou seja, o prolongamento da vida a qualquer custo é vista como uma forma de assistência dolorosa, injustificável, geradora de incômodo e descontentamento para família e paciente. A eutanásia, vista como uma interrupção abrupta das medidas que possam proporcionar vida e sendo também classificada como morte sem sofrimento é, também, recusada dentro da assistência prestada pelos cuidados paliativos. Deve-se deixar a vida e a morte do paciente acontecerem em tempo normal, não dando dias ao paciente, mas sim qualidade aos dias ganhos (PEREIRA, 2009).

Para que os cuidados paliativos possam se fazer presente e com qualidade, requeira-se uma equipe multidisciplinar formada, segundo Santana *et al.*,(2009), “(...) por: médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional (...)”. Assim sendo, estes profissionais, cada um dentro de suas competências técnicas, organizar-se-ão para ofertar, adequadamente, qualidade de vida aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas e seus familiares, preconizando-se, mais notadamente: alívio da dor, preparação para o processo de morrer e à morte, autonomia e nutrição adequada à assistência paliativa.

O Sistema Único de Saúde regulamentou esta forma de assistência pela Portaria GM/MS nº. 19 de 03 de Janeiro de 2002. Com a referida regulamentação, a discussão a respeito do assunto se tornou presente e relevante, visto ser uma forma de assistência que ampara o paciente em sua totalidade; no âmbito físico, espiritual, social e psicológico.

O SUS contempla a estruturação e o funcionamento de serviços para cuidados paliativos. E ainda há melhorias que pretendemos implementar para o aprimoramento dos serviços, seja com ações para difundir o conhecimento nessa área, seja na qualificação da assistência ou na educação continuada para os profissionais, sempre de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (TEMPORÃO, 2011)

Tem-se a Portaria de nº. 3150 de 12 de dezembro de 2006 (Portaria para Controle da Dor e Cuidados Paliativos) que valoriza pesquisas a respeito do tema, e

também a Portaria de nº. 2.029 de 24 de agosto de 2011 que instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Saunders (1980), Cuidados Paliativos afirma a vida e respeita o morrer como um processo normal, não acelera e nem retarda a morte: vê o paciente e sua família como uma unidade que necessita de cuidados e respostas às necessidades psicossociais, físicas e espirituais, e se estende ao período de luto da família. Inclui reabilitação, isto é, ajudar o paciente a manter o máximo do seu potencial físico com limite na progressão da doença.

Encontra-se, ainda, medo e insegurança na comunicação com um paciente sem possibilidades curativas por parte dos profissionais de saúde nos dias atuais; acarretando um distanciamento entre profissional de saúde e paciente. O comunicar-se com o outro, de notória significação à relação humana e elemento essencial do cuidado, pode envolver duas dimensões, podendo ser verbal e/ou não verbal; o emprego correto das habilidades comunicacionais nestas dimensões culmina em um poderoso recurso terapêutico aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Assim sendo, uma boa comunicação, sendo-a verbal e/ou não verbal, torna-se presença importante entre paciente, família e profissional de saúde, fornecendo, assim, uma assistência satisfatória, trabalhando-se a comunicação interpessoal (KOVÁCS, 2006).

A comunicação interpessoal, segundo Littlejohn, 1988:

(...) não se resume à troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, tampouco a mera transmissão de informações. Trata-se de um processo complexo que envolve percepção, compreensão e transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se contexto, cultura, valores individuais, experiências, interesses e expectativas de cada um.

Frente a isto, o comunicar-se, enfaticamente no âmbito dos cuidados paliativos, necessita ser harmônico, afetivo, amigável, empático, com bom humor e compaixão; podendo-se, através dessa forma de comunicação, controlar os desconfortos físicos e psicossociais, acolher emocionalmente e espiritualmente, aliviar a tensão originada pelo estado patológico presente e oferecer dignidade ao paciente e família; sendo de imperante presença à oferta de qualidade de vida aos mesmos (KOVÁCS, 2006). A assistência tecnicista, comumente trabalhada na

saúde, deve ser deixada de lado, passando-se a trabalhar a humanização no atendimento, pois o paciente não tem apenas a dor física de uma patologia, entretanto, possui, também, uma dor psicológica por saber que sua patologia não tem mais cura.

Ao assistir estes pacientes algumas atitudes podem ser tomadas, como por exemplo, atendê-lo com um sorriso, cumprimentá-lo de forma serena e olhá-lo nos olhos; passando confiança e ajuda. A comunicação, sendo um recurso terapêutico comprovado, não deve ser dotada apenas no falar por parte dos profissionais de saúde, há momentos em que os pacientes querem dialogar, expor seus medos, angústias e aflições; cabendo aos profissionais oferecerem uma escuta ativa, ou seja, atenta e reflexiva, ouvindo-os com real atenção e atendendo-os, dentro de suas competências, em suas solicitações.

O paciente pode demonstrar agitação, tensão, medo e irritação por não deter um real conhecimento do seu quadro patológico e suas complicações, e da assistência que está participando; devendo o profissional de saúde não apenas informá-lo sobre seus questionamentos, mas envolvê-lo empaticamente. O fornecimento destas informações torna-se de grande dificuldade quando se precisam dizer notícias graves, como por exemplo, que o paciente está em fase terminal de vida. Nestes períodos, não se deve enrolar o paciente, o correto é dizer verdadeiramente todas as informações pertinentes, avaliando-se a expressão da comunicação não verbal pelo paciente, analisando-se até onde informá-lo, nesta hora. Demonstrar carinho, empatia, atenção e apoio neste momento são de notória importância e assume um poderoso instrumento terapêutico (PESSINI, 2005; SILVA, 2009).

De acordo com a pesquisa realizada em literatura pertinente, estratégias mais adequadas, que devem ser colocadas em práticas na comunicação com um paciente sem possibilidades curativas, sendo-as expostas no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias nas Comunicações Verbais e Não verbais

VERBAIS	NÃO VERBAIS
Repetir a informação, pausadamente sempre que for necessário.	Ouvir reflexivamente.
Validar a compreensão do que foi falado, estimulando comparações.	Utilizar toque afetivo (mãos, braços ou ombros).
Utilizar clareza e sinceridade no que for dito.	Sorrir.
Disponibilizar tempo e verbalizar a disponibilidade para interação.	Utilizar o silêncio.
Estabelecer opções e apontar diferentes pontos de vista.	Estar junto com mais frequência (presença).
Oferecer feedback ao que o outro manifesta.	Manter proximidade física, preferencialmente sentando-se próximo ao outro.
Utilizar linguagem coloquial, com vocabulário adequado à compreensão do outro.	Atentar para as próprias expressões faciais.
Verbalizar disponibilidade para o cuidado e não abandono, compreensão e aceitação.	Identificar emoções e sentimentos nas expressões faciais do outro.
Evitar a conspiração de silêncio (não evitar falar sobre o assunto doença/terminalidade).	Manter contato visual.
Repetir as últimas palavras ditas pela pessoa para estimulá-la a aprofundar o assunto.	Atentar para a postura corporal (membros descruzados e relaxados, orientação do tórax na direção do outro, cuidado com gestos excessivos ou que denotem ansiedade).
Estimular verbalização de medos e angústias.	Utilizar tom de voz adequado.
Oferecer reforços positivos: elogie as conquistas do outro.	Atentar para as reações que você provoca no outro.
Utilizar perguntas abertas para estimular a expressão de sentimentos e valorizar os sentimentos identificados.	Promover ambiente reservado e tranquilo para uma conversa.
Estabelecer, junto com o paciente, metas e planos de ação para atingi-las.	Atentar para sua própria aparência física (vestuário adequado, asseio).
Valorizar todas as informações dadas pelo paciente ou seu familiar.	Evitar ruídos que dispersem a atenção (campainha de telefone celular, por exemplo).

Fonte: **Comunicação em cuidados paliativos**. In: ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Riode Janeiro. 2ª edição. Editora Diagraphic, 2012 p. 75-85.

Assim sendo, denota-se a importância de fazer-se presente uma pródiga e satisfatória comunicação, sendo-a verbal e/ou não verbal, entre paciente, família e

profissional de saúde; culminando-se, assim, na oferta de qualidade de vida aos pacientes e familiares, precisando-se para isso, que as formas, habilidades e estratégias comunicacionais descritas neste capítulo sejam postas em prática nas assistências oferecidas.

Alguns pacientes sem possibilidades curativas, em sua finitude, são impossibilitados de verbalizar, assim sendo, a comunicação verbal mostra-se secundária e a comunicação não verbal assumiu o papel de instrumento de cuidados. Nesta forma de comunicação, o profissional de saúde deve ficar atento, em seus pacientes, por exemplo, às posturas corporais; às expressões faciais; choro; sorriso; suspiro e o pigarrear; sanando-se suas queixas e, ofertando-se uma assistência de qualidade e merecida a estes pacientes (ARAÚJO e SILVA, 2007).

A comunicação não verbal ganha destaque, também, na aquisição de confiança e vínculo entre paciente e profissional. Os pacientes avaliam, constantemente, os profissionais de saúde em suas assistências; observando-se seus sinais não verbais emitidos (ARAÚJO e SILVA, 2007). Frente desta vertente faz-se importante que o profissional, ao prestar atendimento a seus clientes, assista-o da melhor forma possível, demonstrando empatia, amor e respeito, não apenas verbalmente, mais associados à sua emissão de comunicação não verbal, passando, assim, a adquirir a confiança de seu paciente.

O cuidado paliativo para enfermagem é algo recente no Brasil, mesmo em dias atuais ainda encontra-se profissionais de saúde, abrangendo enfermeiros, que desconhecem essa modalidade de assistência. De acordo com a literatura, a primeira publicação dos cuidados paliativos, no âmbito da enfermagem, deu-se no ano de 1994, em São Paulo (RODRIGUES; ZAGO, 2003).

A referida enfermagem, chamada popularmente de “a arte do cuidar”, cresceu gradativamente, em cunho técnico científico, desde tenra idade a fim de prover de uma melhor assistência aos seus pacientes. Na área dos cuidados paliativos, em que o cuidar do ser humano se destaca a assistência de enfermagem torna-se peça indispensável ao sucesso dessa forma de cuidar.

As doenças crônico-degenerativas estão crescendo gradativamente com o passar dos anos, somando, conseqüentemente, com um maior número de doenças

sem possibilidades terapêuticas em dias atuais (FERNANDES, REIS, MARTINS, 2009). Frente desta vertente faz-se de notória importância que os enfermeiros desempenhem um cuidado de excelência aos mesmos, preconizando-se, sempre, a melhoria da qualidade de vida.

3.3 O enfermeiro nos cuidados paliativos e da dor

O enfermeiro como membro de uma equipe multiprofissional, deve trabalhar em conjunto com os demais da equipe, respeitando as competências técnicas de cada um, voltando suas ações, sempre, à criação e/ou manutenção do bem-estar ao paciente e família; para que isto aconteça, torna-se relevante o diálogo entre todos estes profissionais, pois em cuidados paliativos é inviável trabalhar sozinho. Para que o desempenho da assistência paliativa seja satisfatório, são fundamentais algumas importantes habilidades. Segundo Rodrigues e Zago (2003), são elas:

(...) ter cuidado e interesse pelo outro, dar-se, estar aberto para discutir a fé, encorajar a esperança, escutar atentamente, demonstrar confiança e honestidade, orar a pedido da família ou do paciente, tocar o paciente, dar abertura, ajudar o paciente no encerramento das questões do passado e amar. (...) “conhecer as drogas analgésicas (ação, via de administração, efeitos colaterais, dosagem, mitos), saber avaliar os sintomas, especialmente a dor, reconhecer situações de distanásia, conhecer e aplicar os princípios da bioética, desenvolver a relação de ajuda e escuta ativa, realizar comunicação efetiva com paciente, família e equipe, trabalhar em equipe interdisciplinar e apresentar facilidade para cuidar, também da família”.

Os enfermeiros, nos cuidados paliativos, desempenham algumas funções aos seus pacientes e familiares; cabendo-se, por exemplo, preservar, sempre, a dignidade humana do seu paciente, proporcionando-se o viver tão ativamente quanto possível nesta fase de sua vida, dando qualidade aos seus dias ganhos, não dias a mais sem qualidade; neste caso, uma forma de ofertar este viver ativamente é através da aceitação, por parte da equipe de enfermagem, da autonomia do paciente e favorecendo a aproximação de sua família à terapêutica.

O enfermeiro desempenha, também, um papel gerencial nesta forma de cuidados; supervisionando e capacitando sua equipe técnica e/ou auxiliar na oferta de uma assistência de qualidade aos seus clientes, trabalhando-se, majoritariamente, com a humanização em saúde, através de uma assistência holística a seus clientes (FIRMINO, 2009). Ainda na área gerencial, possui função no

balanço dos medicamentos em falta, solicitando-os; e na criação de manuais de normas e rotinas que mais se adequem aos objetivos dos cuidados paliativos (COLATUSO, 2006).

Necessita-se, imperantemente, o enfermeiro colocar em prática uma relação de ajuda interrelacionada para paciente e família, pois o que se faz com um, repercute no outro. A família deve ser concisamente orientada acerca dos procedimentos que o familiar está sendo exposto, rompendo-se a barreira de silêncio entre familiar e equipe de saúde, favorecendo-se para a estabilização do quadro do paciente, pois é comprovado que a família perto do familiar doente beneficiará o tratamento do mesmo (FERNANDES, REIS, MARTINS, 2009).

Diante disto, deve ser dada ênfase ao estabelecimento de uma boa comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, para que sejam gerados vínculo e confiança, aumentando-se a funcionalidade da terapêutica. Torna-se imperante que o paciente seja informado sobre toda assistência realizada com o mesmo, e, também, que o enfermeiro trabalhe a escuta ativa corretamente, pois assim ele saberá quais são as reais necessidades de seu paciente, muitas das vezes, o paciente quer apenas ser ouvido com atenção (RODRIGUES, ZAGO, 2003). Assim sendo, faz-se de notório destaque que o enfermeiro use mão das habilidades comunicacionais descritas no capítulo anterior para um melhor assistir de seus pacientes nos cuidados paliativos.

O enfermeiro, por ser o profissional que mais tempo passa ao lado do paciente, possui, também, um papel imperante na fase de diagnóstico de sua patologia, na fase progressiva e no seu tratamento (FERNANDES, REIS, MARTINS, 2009). Para que estes papéis sejam desempenhados satisfatoriamente e com qualidade, necessita-se que o enfermeiro realize uma excelente consulta de enfermagem. Tem-se como objetivo desta consulta oferecer apoio técnico e emocional ao paciente, família e cuidador; provendo-se aumento de sua qualidade de vida e dignidade (COLATUSO, 2006).

De acordo com o modelo de qualidade, instituído e vigente em um Hospital Universitário de referência em cuidados paliativos, na cidade de Curitiba – PR; nas consultas de enfermagem devem-se explicar aos pacientes os ideais da consulta e

da assistência paliativa, perguntar-se sobre o seu atual estado de saúde (ênfatisando-se suas queixas), verifica-se os sinais vitais, levantam-se os problemas, e, por fim, propõem-se respostas às queixas. Quando necessário e relevante, encaminha-se o paciente às especialidades pertinentes (COLATUSSO, 2006).

No atendimento dos enfermeiros aos seus pacientes, de acordo com conhecimentos científicos na área paliativa, é, também, importante trabalhar-se com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enfatizando-se o processo de enfermagem, para que sejam aliviados a dor e outros sintomas angustiantes presentes; munindo-se das etapas: **Avaliação** (conhecimento da situação) – a enfermeira realizará a coleta de dados, por meio de observação, entrevista, exame físico, identificação do cuidador principal e contexto familiar; **Identificação de problemas** – definição dos problemas, formulação de diagnóstico de enfermagem, identificação e avaliação das necessidades e elaboração da lista de problemas. Planejamento – estabelecimento de objetivos e prioridades, planejamento das intervenções (profissionais, hospital, domicílio, ambulatório) e planejamento dos cuidados de enfermagem; **intervenção** – execução do plano de enfermagem mediante realização dos tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos) para os sintomas apresentados, orientação e treinamento para os cuidadores domiciliares, relação de ajuda para pacientes e familiares, cuidados relacionados às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, supervisão dos cuidados no domicílio e na coordenação de serviços de cuidados paliativos; reavaliação – de todas as intervenções, da resposta atual, da validade dos futuros cuidados e da revisão do planejamento (RODRIGUES, ZAGO, 2009).

Em relação aos procedimentos de enfermagem propriamente ditos, o enfermeiro possui importância no desempenho de determinados procedimentos que não culminam na cura da patologia, mas sim, à manutenção ou melhoria do bem-estar de seu paciente, por exemplo: domínio e aplicação da técnica de hipodermóclise; higienização de suas mãos, a fim de prevenir infecções; curativo das feridas, geralmente, advindas de lesões cutâneas tumorais; técnicas de comunicação terapêutica; manutenção da higiene corporal e aplicação de medidas de conforto; alívio da dor, sinais e sintomas pela administração de medicações prescritas pelo profissional médico, nos horários prescritos; e fornecimento de alimentação ao paciente (FIRMINO, 2009).

Ainda encontram-se enfermeiros que não estão preparados para assistir os pacientes sem fins curativos satisfatoriamente nos cuidados paliativos (SANTANA *et al*, 2009). Em base disto, diante das variadas e importantes ações desempenhadas pelo profissional enfermeiro citadas ao longo deste capítulo, faz-se de notória importância que se invista em educação em saúde aos enfermeiros envolvidos nesta modalidade assistencial.

Em cuidados paliativos, para os pacientes o pior não é a morte, mas sim o medo de sofrer com dores insuportáveis, geradoras de grande sofrimento, tornando-se assim, indispensável que seja oferecida uma assistência de enfermagem às queixas álgicas do paciente. Determinadas orientações também precisam ser expostas ao paciente e família, sendo as principais referentes à: repouso, higiene corporal, alimentação, hidratação, diurese, medicações em uso e outras necessidades humanas básicas pertinentes. É comprovado que estas orientações, expostas de forma correta e clara, reduzem insegurança, aumentam a tranquilidade e a confiança no trabalho, por parte do paciente e família (COLATUSSO, 2006).

4 A IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM SAÚDE

4.1 Ensino em Enfermagem

O ensino de enfermagem no Brasil passou por várias fases, ao longo dos anos, refletindo nas mudanças do contexto histórico da enfermagem e da sociedade brasileira. O perfil de enfermeiros apresenta significativas mudanças em decorrência das transformações no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil.

Segundo Mendes (1996), o ensino de enfermagem, desde a criação da Escola Anna Nery, tendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revelam que a formação do enfermeiro era centrada no indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época. Na década de 80, visando uma melhor organização do sistema, surgem novas propostas de saúde, onde trazem os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade, como princípios norteadores das políticas no setor saúde, a formação de profissionais generalistas foi exigida, onde os mesmos fossem capazes de atuar nos diversos campos de atuação à saúde. Havendo então, discussões entre as escolas, instituições de saúde entre outros acerca da necessidade de reformulação do currículo de 1972, pois o mesmo não atendia as necessidades impostas pelo setor da saúde no Brasil.

Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) com a participação de escolas, instituições de saúde, entidades de classe e outros, decidiram depois de um longo processo de discussão, por uma nova proposta curricular, oficializada em 1994 pela Portaria nº 1721/94. O novo currículo previa a formação do enfermeiro em quatro áreas: assistência, gerência, ensino e pesquisa. Tendo como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência crítica, levando o enfermeiro a refletir sobre a prática profissional e ao compromisso com a sociedade (RODRIGUES, 2004). Em virtude da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, há inovações e mudanças na educação nacional, onde é prevista uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

De acordo com Rodrigues (2000) a nova Lei de Diretrizes e Bases Nacional (LDB) assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica, autonomia em fixar os currículos dos seus cursos e programas. As universidades não têm a obrigação em seguir a regulamentação do currículo mínimo determinada pela Portaria 1721/94. Atualmente, o currículo não é mais o único determinante, mas baseado nele o ensino de graduação em enfermagem é direcionado e orientado.

A atual LDB oferece às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que devem orientar a elaboração dos projetos pedagógicos. Visando formar profissionais possibilitados a serem críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a *aprender a aprender*, assumindo os direitos de liberdade e cidadania, contudo, compreender as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país (FRANQUEIRO 2002).

Uma assistência de qualidade aos pacientes terminais faz-se de suma importância nos dias atuais, principalmente nas instituições que aderem à modalidade dos cuidados paliativos como forma de assisti-los.

Devido ao avanço tecnológico das instituições de saúde dessas exigências do mercado de trabalho, foi criada a Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS (Sistema Único de Saúde) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

OS Cursos de Graduação em Enfermagem precisam possibilitar e favorecer ao futuro enfermeiro, sua instrumentalização para a intervenção na realidade, favorecendo a organização e reorganização do trabalho, diante das fases de vida do paciente.

Atualmente verificamos raramente a inserção da temática dor e cuidados paliativos nos currículos acadêmicos das graduações e pós-graduações voltadas à área da saúde, nos eventos e publicações científicas. Uma má formação nesta área culmina em má preparação e desinformação dos profissionais em como prestar cuidados aos pacientes, ocasionando uma assistência debilitada (PIMENTA, MOTA, 2006).

Uma assistência de qualidade aos pacientes sem fins curativos faz-se de suma importância nos dias atuais, principalmente nas instituições que aderem à modalidade dos Cuidados Paliativos como forma de assisti-los.

Focando a educação em saúde nesta temática é uma alternativa pertinente com o momento atual dos Cuidados Paliativos no Brasil, assumindo um caráter limitante ao seu desenvolvimento (OLIVEIRA, SILVA, 2010). Diante disso, uma boa formação profissional na área resultará em menor sofrimento aos pacientes e familiares, contribuindo a uma prática profissional mais ética e humanitária.

Assim sendo, torna-se indispensável que as instituições educacionais e de saúde invistam na inclusão desta temática às suas matrizes curriculares, levando a um melhor preparo de seus acadêmicos e profissionais de enfermagem, resultando em uma aprendizagem teórica e prática na área de Cuidados Paliativos e o Controlador.

Partindo desses princípios que vêm se destacando ao longo dos anos, foi criada a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional (1996), com o objetivo de apontar as reformas curriculares nas instituições de ensino. Todavia, a sua aplicação implica em um grande desafio na direção de formar profissionais com competência técnica e política, com compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS (Sistema Único de Saúde) (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

Segundo Calil e Prado (2009), o cenário da formação educacional e os antigos currículos das Escolas de Enfermagem, mostraram-se cada vez mais inadequados diante às mudanças sociais e às demandas dos serviços, necessitando de modificações e atualizarem suas matrizes curriculares. As Diretrizes Curriculares propostas para o ensino de enfermagem pretendem incentivar uma formação geral para que o futuro enfermeiro supere as dificuldades das condições de trabalho e da produção de conhecimento. Mostram ainda o perfil de enfermeiro proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição:

O perfil do formando egresso/profissional descrito nas atividades curriculares é: Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/ situação de saúde doença mais prevalente no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do seu humano (CALIL e PRADO, 2009, p. 672).

A fundamentação do processo de formação na educação superior concretiza-se por meio do desenvolvimento de habilidades e competências, do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão, da flexibilização dos currículos e da implementação de novos projetos pedagógicos inovadores.

De acordo com Faustino *et al*, (2003), o termo competência não é novo, já utilizado sob várias concepções, tanto para o que tange o mundo do trabalho – prevalecendo como o entendimento do saber subordinado ao interesse econômico, à produção mais rápida e eficaz adequada ao mercado consumidor –, quanto à visão do mundo escolar, que busca alimentar a esperança de uma educação emancipadora, consciente, ativa, que prepare para a vida. Por meio da aprendizagem por competências, a pessoa busca agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Ela deve ser entendida como uma das ferramentas para a reorganização da formação e para atender as demandas deste tempo de mudanças constantes e verdades instáveis.

A formação dos cursos de graduação em Enfermagem há algum tempo, vem sofrendo diversas alterações de acordo com os anos e situação socioeconômica e política do Brasil e dos modelos assistenciais. Mediante a mudança nas grades curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, foram criadas as Reformas Curriculares, que vieram para atender as exigências do mercado de trabalho junto com as Diretrizes Curriculares Nacionais (CALIL e PRADO, 2009).

Faustino *et al*, (2003) cita que as Diretrizes Curriculares para a Graduação do Curso de Enfermagem foram regulamentadas e publicadas recentemente, tendo ainda algumas instituições formadoras em fase de mobilização e estruturação

para adequar seus projetos pedagógicos e matrizes curriculares às exigências da nova legislação educacional.

As transformações na educação em saúde tornam-se um desafio à capacitação de recursos humanos em saúde, mediante a reconhecida transitoriedade do saber e das marcantes mudanças no mundo do trabalho em saúde (SILVA *et al*,2010).

No cenário de constantes mudanças sociais e econômicas que vêm gerando uma nova ordem social em um mundo globalizado, a enfermagem, como uma profissão inserida no contexto social e de saúde, precisa reorganizar-se a fim de acompanhar as rápidas transformações decorrentes das constantes alterações no quadro político-social e econômico do Brasil (FAUSTINO, 2003).

A partir dessas exigências do mercado de trabalho e do alto avanço tecnológico das instituições de saúde, foi criada a Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS (Sistema Único de Saúde) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

O pressuposto da Política Nacional De Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar relacionada à reflexão crítica sobre as práticas do cotidiano de profissionais que efetivamente militam na ação da rede de serviços públicos. Propõe-se, também, que os processos de capacitação/atualização do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que a transformação das práticas profissionais seja o objetivo, e a organização do trabalho, tomando como base as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (ALMEIDA e FERRAZ, 2008).

Um aspecto importante que tem sido observado é a metodologia utilizada em diversas disciplinas que possuem uma matriz curricular extensa e opta-se por falar de Cuidados Paliativos e Dor através de seminários, onde os alunos são os únicos responsáveis pela exposição de tais assuntos. Dentro da disciplina de Ética e Legislação aborda-se o tema, através de debate, seminários até simulações.

É de fundamental importância que o graduando possua orientações durante sua jornada acadêmica sobre a temática Cuidados Paliativos e o Controle da Dor , mas para que isso ocorra, necessita-se de uma adequada proposta de aprendizagem. O aluno precisa entender que em algum momento de sua prática se deparará com a necessidade de oferecer medidas de conforto, seja na avaliação e controle da dor, ou no atendimento de um paciente em cuidados paliativos.

4.2 A Aprendizagem Significativa e o ensino em enfermagem

Para uma aprendizagem na qual ele levará por toda vida, não basta apenas decorar teorias, mas é preciso que ele consiga relacionar a teoria e a prática, onde tenha possibilidade de relacionar o que se aprende com a realidade que tem vivenciado, ou que ainda irá se deparar, acontece à assimilação (Significativa).

Conforme Ausubel (1980), todo ser humano nasce com potencial para a aprendizagem, todos adquirimos novo saberes, desenvolvemos competências e mudamos de comportamento em qualquer idade ou tempo. A aprendizagem é usualmente dividida em mecânica e significativa. A mecânica é compreendida como a atividade em que o estudante memoriza as informações em forma de dados desconectados e desprovidos de grandes significados. Na significativa, novos conceitos são interligados a outros já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz de maneira substantiva. Certos indivíduos possuem maior facilidade de aprendizado adotando determinados procedimentos, enquanto outros se sentirão mais confortáveis estudando a mesma coisa de maneira diferente.

Ausubel (1980) considera que a aprendizagem, ou seja, assimilação de conhecimentos acontece quando uma nova afirmação relaciona-se com outra pré-existente na estrutura cognitiva. A aprendizagem significativa acontece apenas com integração de conceitos relevantes. Quando a informação é transmitida através dos canais verbais e visuais, a aprendizagem se torna potencialmente mais efetiva.

David Ausubel, psicólogo, judeu, nascido em 1918 na cidade de Nova York, atuou durante anos na área da psicologia de desenvolvimento, psicologia educacional, psicopatologia e desenvolvimento do ego. Tinha como pressuposto principal a relação dos conteúdos, que vão se agregando de forma hierarquizada

e mais complexa, através de conhecimento prévios, chamados de subsunçores, funcionando como “âncoras” tanto para a aprendizagem, quanto para o crescimento cognitivo dos indivíduos (GOMES *et al*, 2009).

Davi Ausubel resume a psicologia educacional a um único princípio: O fato isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece. Descubra o que ele sabe e baseie nisso os seus ensinamentos. Ausubel (1980 *apud* TAVARES, 2007).

A teoria da aprendizagem busca lançar as bases para a compreensão de como o indivíduo constrói os significados, e aponta os caminhos para estratégias de ensino que facilitam uma aprendizagem significativa (TAVARES, 2007).

De acordo os princípios de sua teoria, o processo de construção do conhecimento dá-se de forma individualizada, correlacionada a uma aprendizagem prévia e a seu repertório cognitivo. Ausubel ressalta a importância da utilização das experiências trazidas por cada estudante, servindo como “âncoras” para os conteúdos propostos (GOMES *et al*, 2009).

“A aprendizagem significativa é o mecanismo humano, usado para adquirir e armazenar uma grande quantidade de ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento” (MOREIRA, 2010). Tem como objetivo principal incentivar o estudante a aplicar a informação de uma forma prática; desse modo, ela se integra mais facilmente, e torna-se mais completa e valorizada de acordo com seus significados próprios.

4.3 Ensino de Enfermagem e o uso da Internet

A aprendizagem é algo intrínseco ao ser humano. Temos motivação e predisposição a aprender quando somos despertados a algo que nos interessa, e nos dá vontade de retornar ao assunto. A aprendizagem está presente em nossas vidas, desde o nascimento, quando aprendemos a sugar o leite materno, emitir sons, formar frases com significado, dar os primeiros passos.

Houve uma revolução no modo de transmitir informações após o surgimento da Internet em todas as áreas, inclusive nas de educação e saúde. Sendo uma importante ferramenta na disseminação de conhecimentos e informações, pois

contém um enorme número de conteúdos que podem ser pesquisados de qualquer parte do mundo, por pessoas diversas.

A Internet teve origem em 1969, nos Estados Unidos da América. No início estava ligada apenas aos laboratórios de pesquisa e tinha vínculo à área acadêmica. Sua comercialização deu início em 1987, porém apresentando maior utilização, a partir de 1992 (CARVALHO, 2006).

No Brasil, o uso de computadores nas escolas teve início na década de 1970, inicialmente em Universidades. A universidade virtual surgiu no Brasil na segunda década de 1990, como ensino superior à distância com uso de tecnologias de comunicação e informação (DALLA e DALLA, 2009).

A informática em enfermagem no Brasil teve início na década de 80. Por volta de 1985 teve suas primeiras aparições na área do ensino, os primeiros profissionais que fizeram uso desta ferramenta foram docentes de Escolas de Enfermagem que buscavam na informática algo que pudessem auxiliar as atividades didáticas (Nichiata *et al*, 2008).

Dias e Cassiani (2003) relatam em sua pesquisa as principais utilizações da Internet feitas pela enfermagem, descrevendo suas modalidades, destacando as aplicações voltadas para o ensino à distância. O principal exemplo de utilização da Internet na área da educação/ensino de enfermagem é a criação ou desenvolvimento de ambientes que favoreçam o processo de educação à distância. Esta modalidade de ensino apresenta grandes vantagens em relação ao ensino formal, oferecendo maior flexibilidade e agilidade do processo ensino-aprendizagem.

As experiências de EAD (Ensino à Distância) na área de enfermagem também têm demonstrado que a Internet é uma ferramenta auxiliar útil que possibilita uma ruptura espaço/temporal, por permitir que o tempo e o espaço sejam estabelecidos pelos alunos, de acordo com suas necessidades, interesses e disponibilidade (DIAS e CASSIANI, 2003).

Neste trabalho pretendemos assim, buscar estratégias para levar o acadêmico de Enfermagem, através da Internet, conhecer mais a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor.

5 METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura, incluindo identificação do tema, levantamento bibliográfico, seleção dos textos, fichamento, estruturação preliminar e lógica de estudos. Um estudo quantitativo, descritivo e documental, realizado por meio de pesquisa eletrônica a partir de sítios virtuais institucionais de Cursos de Enfermagem, analisados por regiões brasileiras. Foi realizado levantamento dos documentos por meio de busca virtual da matriz curricular dos programas de disciplina de cursos. A intenção foi articular as informações apreendidas por esse instrumento investigativo para identificar as lacunas teóricas e metodológicas em relação ao Ensino em Cuidados Paliativos e Dor nos processos de formação do enfermeiro.

Diretrizes Curriculares proporcionam a organização de cursos e carreiras, para a construção de identidades profissionais. As diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de Graduação em Enfermagem definem os fundamentos para a formação de enfermeiros no Brasil apontando para o tipo de conhecimento considerado importante na profissão (FOCAULT, 1979).

Esta coleta de dados permitiu recolher informações prévias sobre o campo de interesse de estudo. O que se busca enfatizar é que o estudo procurou apreender os sinais e pistas que interferiram na formação dos graduandos em enfermagem, mais especificamente no que diz respeito ao ensino em Cuidados Paliativos e Controle da Dor.

Essa ação metodológica tem como ponto de partida os sinais apreendidos nos documentos investigados (programas de disciplina e a matriz curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem).

Dessa forma, a pesquisa se desenvolveu a partir de um levantamento das Matrizes Curriculares de Cursos em Graduação em Enfermagem. A análise foi realizada da seguinte maneira:

- Busca no site governamental do Ministério da Educação (MEC) - (www.mec.gov.br), pelos cursos de enfermagem credenciados no Brasil, foi

acessada a lista das Universidades credenciadas para o funcionamento do Curso de Graduação em Enfermagem;

- Busca nos sites de universidades públicas e privadas, onde se buscou através de suas Matrizes curriculares, a presença de disciplina com a temática dos Cuidados Paliativos e do Controle da Dor;

- Como critério de exclusão, foram retiradas do grupo de análise, as Universidades que não disponibilizavam suas matrizes curriculares em sua página institucional;

- Para o levantamento das matrizes curriculares, foram analisadas Matrizes Curriculares de 85 Universidades Públicas e Privadas, de todas as regiões do país, credenciadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

- Foi realizada uma análise qualitativa de forma ampliada onde buscou dentre as disciplinas oferecidas, a disponibilidade de disciplinas ou atividades relacionadas à Cuidados Paliativos e controle da Dor.

Elaboração do sítio virtual:

- Para a elaboração do sítio virtual foi realizada uma pesquisa a partir de ferramentas automatizadas existentes na plataforma virtual godaddy.com, sem a necessidade de uso de linguagens ou programas específicos para o desenvolvimento das páginas. Essa é uma plataforma de domínio privado, onde os custos de criação do conteúdo existente no sítio virtual, cuidadosdador.com, já estão incluídas todas as ferramentas necessárias para construção e manutenção do sítio virtual.

- As imagens utilizadas foram selecionadas a partir da ferramenta Web Site Builder existente na plataforma citada acima e são livres de registro podendo ser usadas livremente em sítios virtuais empresariais, pessoais com ou sem fins lucrativos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi realizada a busca no site do MEC, da lista com as universidades que possuem Cursos de Graduação em Enfermagem. Foram selecionadas 100 universidades que se apresentavam dentro do critério de inclusão da pesquisa, destas, apenas oitenta e cinco (85) Universidades Públicas e Privadas analisadas apresentaram a matriz curricular disponibilizada no site institucional. Dentre as Universidades analisadas, trinta e duas (32) eram públicas e cinquenta e seis (56) eram privadas. Das Universidades públicas apenas sete (7) publicaram em seus sites institucionais que possuem uma disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor, sendo que seis (6) com critério optativo e apenas em uma (1) delas como disciplina obrigatória. Enquanto que nas universidades privadas, 17 possuem disciplinas abordando a temática, sendo que doze (12), com critério obrigatório e cinco (5) como disciplina optativa.

A distribuição geográfica das Instituições de Ensino Superior (IES) analisadas é apresentada abaixo. Nota-se pelo quadro que dezessete (17) das Universidades analisadas localizam-se na região Centro-Oeste, vinte e duas (22) na região Nordeste, dezesseis (16) das Universidades na região Norte, vinte (20) na região Sudeste e onze (11) na região Sul. A descrição dos cursos localizados em cada região do país está logo após o quadro 2 abaixo:

Quadro 2 - Instituições de Ensino Superior (IES) analisadas

Estado	Instituição de Ensino	Tipo de Instituição	Tem a disciplina?	Nome da Disciplina	Tipo de Disciplina
AC	FAMETA	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
AC	UFAC	PUBLICA	NÃO	-	-
AL	CESMAC	PRIVADA	NÃO	-	-
AL	FAT	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
AL	UFAL	PUBLICA	NÃO	-	-
AM	CEULM/ULBRA	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
AM	FAMETRO	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OBRIGATORIA
AM	UEA	PUBLICA	NÃO	-	-
AP	UNIDERP	PRIVADA	NÃO	-	-
AP	UNIFAP	PUBLICA	NÃO	-	-
BA	UFBA	PUBLICA	SIM	C.P. E TANATOLOGIA	OPTATIVA

Estado	Instituição de Ensino	Tipo de Instituição	Tem a disciplina?	Nome da Disciplina	Tipo de Disciplina
BA	UNIFACS	PRIVADA	NÃO	-	V
CE	FANOR	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
CE	FJN	PRIVADA	NÃO	-	-
CE	UFC	PUBLICA	SIM	TANATOLOGIA	OPTATIVA
DF	UCB	PRIVADA	NÃO	-	-
DF	UNB	PRIVADA	NÃO	-	-
ES	UFES	PUBLICA	NÃO	-	-
ES	UNESC	PRIVADA	NÃO	-	-
ES	UVV	PRIVADA	NÃO	-	-
GO	UEG	PUBLICA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
GO	UFG	PUBLICA	NÃO	-	-
GO	UNIDESC	PRIVADA	NÃO	-	-
MA	IFES	PRIVADA	SIM	LUTO, E FIM DA VIDA	OBRIGATORIA
MA	UEMA	PUBLICA	NÃO	-	-
MA	UFMA	PUBLICA	SIM	TANATOLOGIA	OPTATIVA
MG	UEMG	PUBLICA	SIM	ONCOLOGIA	OPTATIVA
MG	UFMG	PUBLICA	SIM	TANATOLOGIA	OPTATIVA
MG	UNIBH	PRIVADA	SIM	CUIDADOS PALIATIVOS	OBRIGATÓRIA
MG	UNILAVRAS	PRIVADA	SIM	ONCO E CUID.PALIATIVOS	OPTATIVA
MS	UEMS	PUBLICA	NÃO	-	-
MS	UFMS	PUBLICA	NÃO	-	-
MS	UNIGRAN	PRIVADA	NÃO	-	-
MT	IESMT	PRIVADA	NÃO	-	-
MT	UFMT	PUBLICA	NÃO	-	-
MT	UNIC	PRIVADA	NÃO	-	-
PA	CESUPA	PRIVADA	SIM	DOR E MORTE	OBRIGATÓRIA
PA	FAPEN	PRIVADA	NÃO	-	-
PA	UFPA	PUBLICA	NÃO	-	-
PB	FAAJP	PRIVADA	NÃO	-	-
PB	FCM-PB	PRIVADA	SIM	ESTÁGIO EM ONCO	OBRIGATÓRIA
PB	UFPB	PUBLICA	NÃO	-	-
PE	FACHO	PRIVADA	SIM	CUIDADOS PALIATIVOS	OBRIGATÓRIA
PE	UFPE	PUBLICA	SIM	CUIDADOS PALIATIVOS	OBRIGATÓRIA
PE	UNESF	PRIVADA	SIM	CUIDADOS PALIATIVOS	OBRIGATÓRIA
PI	CHRISFAPI	PRIVADA	NÃO	-	-
PI	FAP	PRIVADA	NÃO	-	-

Estado	Instituição de Ensino	Tipo de Instituição	Tem a disciplina?	Nome da Disciplina	Tipo de Disciplina
PI	UFPI	PUBLICA	NÃO	-	-
PR	FDB	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OBRIGATÓRIA
PR	PUC-PR	PRIVADA	NÃO	-	-
PR	UFPR	PUBLICA	NÃO	-	-
RJ	UERJ	PUBLICA	NÃO	-	-
RJ	UFF	PUBLICA	NÃO	-	-
RJ	UFRJ	PUBLICA	NÃO	-	-
RJ	UGF	PRIVADA	NÃO	-	-
RJ	UNIFOA	PRIVADA	NÃO	-	-
RJ	USS	PRIVADA	NÃO	-	-
RJ	UGB	PRIVADA	SIM	EST.CUIDADOS PALIATIVOS	OBRIGATÓRIA
RJ	FAA	PRIVADA	SIM	TANATOLOGIA E ONCOLOGIA	OBRIGATÓRIA
RJ	UBM	PRIVADA	NÃO	-	-
RN	FMN	PRIVADA	NÃO	-	-
RN	UFRN	PUBLICA	NÃO	-	-
RN	UNI-RN	PRIVADA	NÃO	-	-
RO	FAEMA	PRIVADA	NÃO	-	-
RO	FARO	PRIVADA	NÃO	-	-
RR	FARES	PRIVADA	NÃO	-	-
RR	UERR	PUBLICA	NÃO	-	-
RS	FADERGS	PRIVADA	NÃO	-	-
RS	PUC-RS	PRIVADA	NÃO	-	-
RS	UFCSPA	PUBLICA	NÃO	-	-
RS	UFRGS	PUBLICA	NÃO	-	-
RS	UFSM	PUBLICA	NÃO	-	-
SC	UFFS	PUBLICA	NÃO	-	-
SC	UFSC	PUBLICA	NÃO	-	-
SC	UNESA-SC	PRIVADA	SIM	TANATOLOGIA	OBRIGATORIA
SE	FACAR	PRIVADA	NÃO	-	-
SE	UFS	PUBLICA	NÃO	-	-
SE	UNIT	PRIVADA	NÃO	-	-
SP	FEHIAE	PRIVADA	NÃO	-	-
SP	FOC	PRIVADA	NÃO	-	-
SP	UNIFESP	PUBLICA	NÃO	-	-
SP	UNISANTOS	PRIVADA	NÃO	-	-
TO	CEULP/ULBRA	PRIVADA	NÃO	-	-

Estado	Instituição de Ensino	Tipo de Instituição	Tem a disciplina?	Nome da Disciplina	Tipo de Disciplina
TO	FAPAL	PRIVADA	NÃO	–	–
TO	ITPAC	PRIVADA	SIM	ONCOLOGIA	OBRIGATORIA

Região Centro-Oeste

No estado de **Góias (GO)**, foram analisadas três Universidades, onde duas são de caráter público e uma privada, no qual observamos nas Matrizes curriculares disponibilizadas nos sítios virtuais das Universidades, que não existe uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos. Em apenas uma pública existe uma disciplina de Oncologia com critério *optativa*, onde acreditamos que devem abordar a temática Dor e Cuidados Paliativos.

No estado do **Mato Grosso do Sul (MS)**, foram analisadas três Universidades, onde duas são de caráter público e uma privado, no qual a partir de suas Matrizes curriculares observamos que nenhuma delas possuem uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

No estado do **Mato Grosso (MT)**, foram analisadas três Universidades, onde duas são de caráter privado e uma público, no qual a partir de suas Matrizes Curriculares, não encontramos nenhuma disciplina específica de Dor e cuidados Paliativos.

No estado de **Tocantins (TO)**, foram analisadas três Universidades de caráter privado no qual a partir de suas Matrizes Curriculares pudemos observar que duas delas não possuem uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos e apenas uma possui uma disciplina de critério *obrigatório*, em Oncologia.

No **Distrito Federal (DF)**, foram analisadas duas Universidades de caráter privado, ambas não possui em suas matrizes curriculares disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

Região Nordeste

No estado de **Alagoas (AL)**, foram analisadas três Universidades, sendo duas de caráter privado, no qual uma delas tinha em sua matriz curricular uma disciplina de critério *optativo* em Oncologia, onde acreditamos que a temática Dor e Cuidados Paliativos sejam abordados. Na de caráter público não possui uma disciplina específica da temática.

No estado da **Bahia (BA)**, foram analisadas duas Universidades, sendo uma de caráter privado no qual não possui uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos e uma Universidade pública a qual possui como disciplina *optativa* sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia.

No estado do **Ceará (CE)**, foram analisadas três Universidades, sendo duas de caráter privado. Uma delas possui a Oncologia como disciplina *optativa*, onde se acredita que a temática Dor e Cuidados Paliativos sejam abordados. A outra também privada não possui uma disciplina específica sobre a temática. A Universidade de caráter público possui Tanatologia como disciplina *optativa*.

No estado do **Maranhão (MA)**, foram analisadas três Universidades, sendo que uma era de caráter privado, onde havia uma disciplina *obrigatória* intitulada como Luto, e Fim de Vida em sua Matriz curricular, onde acreditamos que a temática seja abordada por se tratar de morte e morrer. As universidades de caráter público analisadas, em apenas uma possui a Tanatologia como disciplina *optativa*, e quanto na outra também pública não possui nenhuma disciplina especificamente relacionada.

No estado da **Paraíba (PB)**, foram analisadas três Universidades, sendo que duas eram de caráter privado, e em uma delas possuía *estágio obrigatório* em Oncologia. Nas demais de caráter privado e público não possuíam nenhuma disciplina específica à temática.

No estado do **Pernambuco (PE)**, foram analisadas três faculdades, onde duas eram de caráter privado e uma de caráter público. Observamos que todas possuem uma disciplina obrigatória de Cuidados Paliativos em suas Matrizes curriculares.

No estado do **Piauí (PI)**, foram analisadas três universidades, duas de caráter privado e uma pública. Observamos que nenhuma das Universidades possuem disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos em suas Matrizes curriculares.

No estado do **Rio Grande do Norte (RN)**, foram analisadas três universidades, sendo que duas de caráter privado e uma pública, e nenhuma delas possuíam em sua matriz curricular uma disciplina específica sobre Dor e Cuidados Paliativos.

No estado do **Sergipe (SE)**, foram analisadas três Universidades, duas de caráter privado e uma de caráter público. Nenhuma delas possui uma disciplina específica sobre Dor e Cuidados Paliativos em sua matriz curricular.

Região Norte

No estado do **Acre (AC)**, foram analisadas duas Universidades, sendo uma de caráter privado, onde existe uma disciplina *optativa* de Oncologia, acreditamos que a temática Dor e Cuidados Paliativos sejam abordados. Na Universidade de caráter público não há uma disciplina específica com a temática Dor e Cuidados Paliativos em sua Matriz curricular.

No estado do **Amazonas (AM)**, foram analisadas três Universidades, duas de caráter privado, onde em ambas existem uma disciplina de Oncologia, sendo que em uma tem como critério *optativo* e na outra com critério *obrigatório*. Uma Universidade analisada, de caráter público não possui uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

No estado do **Amapá (AP)**, foram analisadas duas Universidades, sendo uma de caráter privado e outra de caráter público, onde foi verificado que em ambas não existe uma disciplina específica sobre Dor e Cuidados Paliativos em suas matrizes curriculares.

No estado do **Pará (PA)**, foram analisadas três universidades, duas de caráter privado, onde uma delas possui em sua matriz curricular uma disciplina *obrigatória* intitulada por Dor e Morte, onde acreditamos que a temática Cuidados Paliativos também seja abordada. Na Universidade de caráter público, não encontramos em sua matriz curricular nenhuma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

No estado de **Rondônia (RO)**, foram analisadas duas universidades, ambas de caráter privado, onde em nenhuma delas foi encontrada em suas matrizes curriculares uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

No estado de **Roraima (RR)**, foram analisadas duas Universidades, uma de caráter público e ou de caráter privado. Ambas não possuem em suas matrizes curriculares uma disciplina específica de Dor e Cuidados Paliativos.

Região Sudeste

No estado do **Rio de Janeiro (RJ)**, foram analisadas nove universidades, sendo três de caráter público, e seis de caráter privado, onde em uma das universidades privadas, encontramos a disciplina Oncologia como estágio obrigatório, em outra como disciplina teórica obrigatória intitulada como oncologia e tanatologia, a temática é abordada em dois períodos distintos. Nas demais universidades privadas não há disciplinas com a temática Dor e Cuidados Paliativos.

No estado de **São Paulo (SP)**, foram analisadas quatro Universidades, sendo três de caráter privado e uma de caráter público. Nenhuma delas possuem em suas matrizes curriculares uma disciplina específica sobre Dor e Cuidados Paliativos.

No estado de **Minas Gerais (MG)**, foram analisadas quatro Universidades, onde duas eram de caráter privado, nas quais ambas possuem em suas matrizes curriculares disciplinas intituladas como: Cuidados Paliativos (Disciplina *obrigatória*), e Oncologia e Cuidados Paliativos (disciplina *optativa*). Nas duas universidades de caráter público, encontramos em suas matrizes curriculares, em uma delas intitulada como Oncologia (disciplina *optativa*) e na outra Tanatologia (disciplina *optativa*).

No estado do **Espírito Santo (ES)**, foram analisadas três Universidades, sendo duas de caráter privado e uma de caráter público. Em nenhuma encontramos disciplinas específicas em Dor e Cuidados Paliativos em suas matrizes curriculares.

Região Sul

No estado do **Paraná (PR)**, foram analisadas três faculdades, sendo duas de caráter privado, onde uma tem Oncologia como disciplina *obrigatória*, e a outra não possui em sua matriz curricular nenhuma disciplina específica de Dor e Cuidados

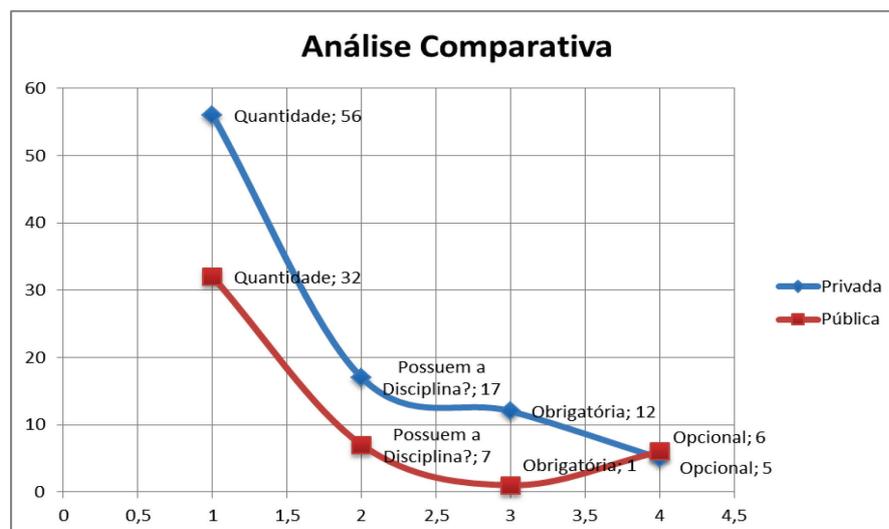
Paliativos. Na Universidade de caráter público não encontramos em sua matriz curricular nenhuma disciplina específica da temática.

No estado do **Rio Grande do Sul (RS)**, foram analisadas cinco Universidades, onde duas eram de caráter privado e três públicas, sendo que em nenhuma delas encontramos em suas matrizes curriculares a disciplina de Dor e Cuidados Paliativos.

No estado de **Santa Catarina (SC)**, foram analisadas três Universidades, duas eram de caráter público, e em suas matrizes curriculares não encontramos nenhuma disciplina sobre Dor e Cuidados Paliativos. Na Universidade de caráter privado encontramos uma disciplina *obrigatória* intitulada por Tanatologia, que acreditamos que a temática seja abordada nesta disciplina.

Ao comparar se existem disciplinas relacionada ao tema na Universidades públicas e privadas pesquisadas, observamos que em cinquenta e seis (56) das Universidades privadas pesquisadas, dezessete (17) Universidades possuem a disciplina, sendo doze (12) Universidades como disciplina obrigatória e cinco (5) Universidades como disciplina opcional. Enquanto nas Universidades Públicas, sete (7) Universidades possuem a disciplina, onde apenas uma (1) tem a disciplina obrigatória e seis (6) como disciplina opcional (gráfico 1).

Gráfico 1 - Análise Comparativa entre Universidades de Caráter Privado e Público



No comparativo dos resultados por Regiões do Brasil, que possuem a disciplina com a temática Cuidados Paliativos e controle da Dor, podemos observar

que na Região Centro-Oeste de dezessete Universidades pesquisadas apenas uma (1) Universidade privada e uma (1) Universidade pública possuem a disciplina. Na Região Nordeste dentre as vinte e duas (22) Universidades analisadas, cinco (5) das Universidades privadas e quatro (4) das Universidades públicas possuem a disciplina. Na Região Norte foram pesquisadas dezesseis (16) Universidades, sendo que apenas cinco (5) Universidades privadas possuem a disciplina, e nenhuma pública possui. Na Região Sudeste foram vinte (20) Universidades pesquisadas, sendo que apenas quatro (4) das Universidades privadas possuem a disciplina e duas (2) das Universidades públicas possuem. Na Região Sul das onze (11) Universidades pesquisadas apenas duas (2) Universidades privadas possuem a disciplina e nenhuma pública possui essa disciplina (gráficos 2 a 6).

Gráfico 2 - Resultados por Regiões do Brasil que possuem a disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor.

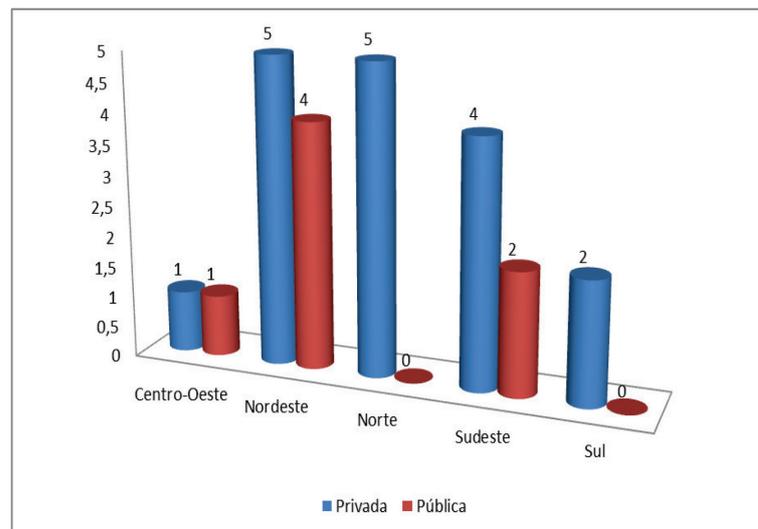


Gráfico 3 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Centro-Oeste

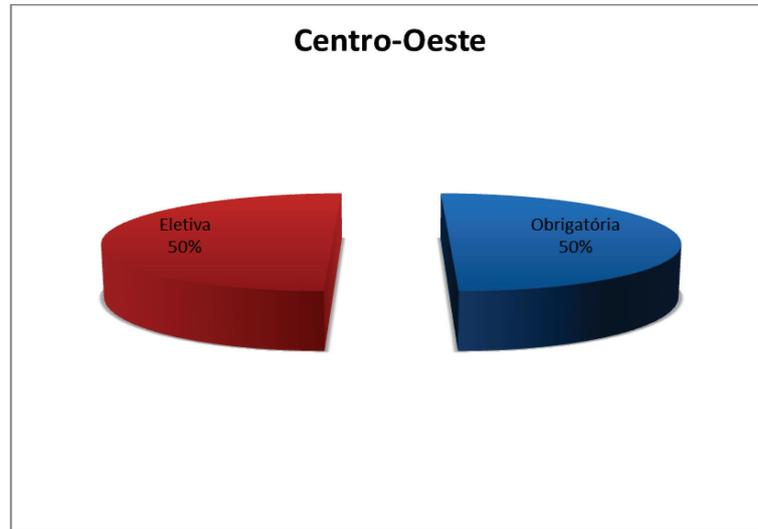


Gráfico 4 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Nordeste

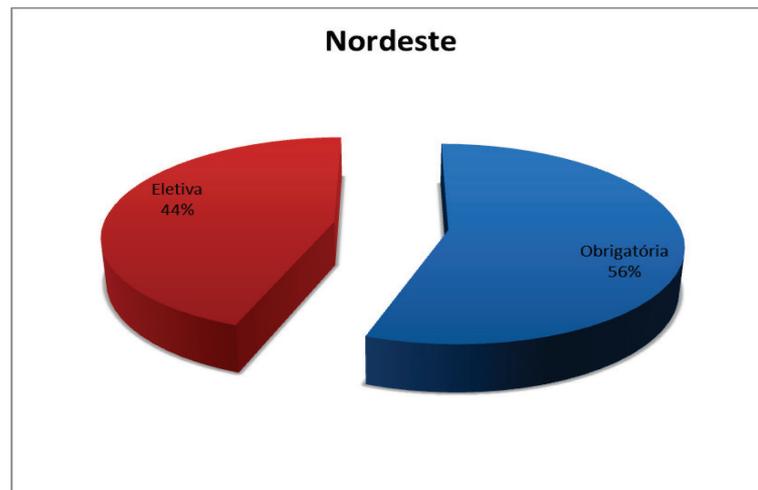


Gráfico 5 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Norte

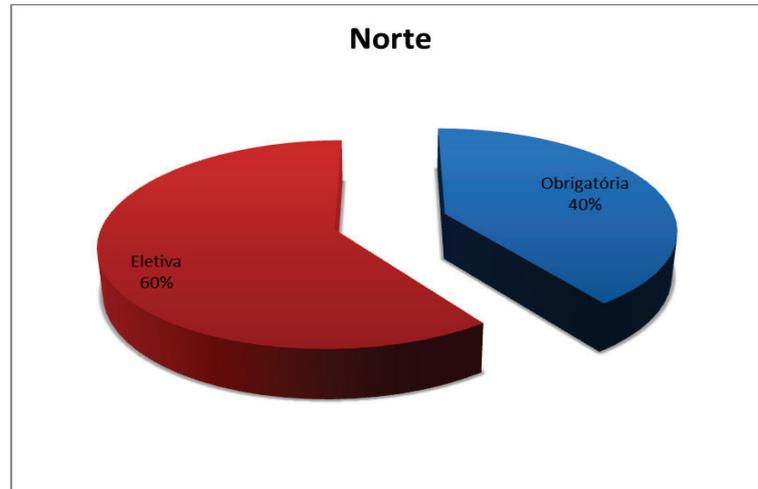
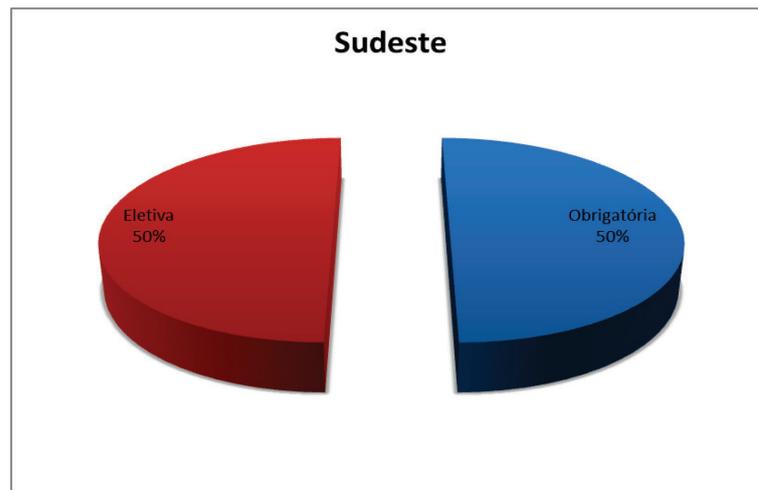


Gráfico 6 - Percentual de obrigatoriedade da disciplina com a temática Cuidados Paliativos e Controle da Dor na Região Sudeste



Apesar da necessidade de formação em cuidados paliativos para todos os profissionais que desempenham funções assistenciais, através dos dados coletados, foi possível observar que tal disciplina está ausente nas Matrizes Curriculares das Universidades analisadas. Reconhecemos que não são todos os profissionais que necessitam do mesmo nível de formação, levando em consideração a frequência e intensidade do contato de cada profissional com pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos.

O tratamento paliativo requer do profissional, uma aprendizagem específica, necessidade essa, que deverá ser buscada, através de uma boa formação, assegurando a prestação de uma assistência de qualidade, a partir de uma equipe

interdisciplinar. O acesso aos cuidados paliativos é uma obrigação legal, como é reconhecida pelas convenções das Nações Unidas, e tem sido reclamado como um direito humano por associações internacionais, baseando-se no direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental.

A enfermagem tem como sua missão levar a assistência das necessidades humanas básicas do paciente, favorecendo-lhe um cuidado planejado e único e favorecendo uma morte digna e tranquila, quando é humanamente impossível o resgate de sua saúde. É perceptível a dificuldade que profissionais de enfermagem possuem em lidar com o paciente em cuidados paliativos. Acreditamos que isto acontece devido à ausência de uma disciplina que leve o acadêmico ao conhecimento e a prática nessa área de tratamento. Ainda encontram-se enfermeiros que não estão capacitados para o cuidado aos pacientes sem fins curativos de maneira satisfatória nos cuidados paliativos (SANTANA *et al*,2009).

O foco à educação em saúde nesta temática é uma alternativa coerente com o momento atual dos cuidados paliativos no Brasil, assumindo um caráter limitante ap seu desenvolvimento (OLIVEIRA, SILVA, 2010). Diante disso, uma boa formação acadêmica na enfermagem resultará em menor sofrimento aos pacientes e familiares, contribuindo a uma prática profissional mais ética e humanitária.

Neste trabalho sugerimos que a formação diferenciada em Cuidados Paliativos seja um fator indispensável para a organização e qualidade no atendimento ao paciente terminal e portador de dor crônica. Sugerimos que a inserção do tema nas matrizes curriculares garanta uma maior possibilidade de humanização dos cuidados assistenciais e o aumento das qualidades na prestação de Cuidados Paliativos e avaliação e no Controle da Dor, nos variados setores de saúde.

Torna-se indispensável que as instituições educacionais e de saúde invistam na inclusão desta temática às suas matrizes curriculares, objetivando um bom preparo de seus alunos e/ou profissionais para um assistir com satisfação e louvor, no saber teórico e prático, aos pacientes sem fins curativos.

7 ELABORAÇÃO DO PRODUTO

Após análise dos documentos relacionados ao curso de graduação em Enfermagem e sobre a inserção do tema Controle da Dor e Cuidados Paliativos nas grades curriculares selecionadas, foi elaborado um sítio virtual eletrônico apresentando propostas pedagógicas para a inserção do tema em atividades docentes e prática profissional.

Segundo Silva (2003), a Internet possibilita o alcance de informações, sobre o que acontece no mundo real e virtual. O usuário tem a liberdade de escolher o assunto pelo qual se interessa mais. O docente ao convidar o aluno a entrar e conhecer um sítio virtual, ele potencializa a aprendizagem de um conteúdo curricular, e também estimula a aprendizagem através da tecnologia da informação, facilitando a comunicação.

O sítio virtual é a sala de aula *on-line*, onde, o responsável em criá-lo pode disponibilizar objetos de aprendizagem, podendo acompanhar o aproveitamento de cada estudante ou pessoa que o acesse. Os aprendizes têm a oportunidade de estudar, e interagir com os conteúdos propostos a qualquer hora. Poderá tomar decisões, analisar, interpretar, observar, testar hipóteses, elaborar e colaborar. O criador responsável disponibiliza o acesso a um mundo de informações, fornece conteúdo didático para estudo, objetos de aprendizagem, materiais complementares (SILVA, 2003).

O sítio virtual “cuidadosdador.com” foi criado a partir de ferramentas automatizadas existentes na plataforma virtual godaddy.com sem a necessidade de uso de linguagens ou programas específicos para o desenvolvimento das páginas.

As imagens utilizadas foram selecionadas a partir da ferramenta Web Site Builder existente na plataforma citada acima e são livres de registro podendo ser usadas livremente em sítios virtuais empresariais, pessoais com ou sem fins lucrativos.

A plataforma “godaddy.com” através da ferramenta de criação de sítios virtuais Web Site Builder provê ainda recursos facilitados para a criação das páginas para usuários comuns, não sendo necessários conhecimentos prévios de nenhuma

linguagem de programação. Antes foram utilizados os recursos comumente usados em nosso dia-a-dia como arrastar e colar objetos diretamente nas próprias páginas em modo de edição, sendo similar ao ato de elaborar um documento em qualquer editor de textos.

As figuras 2 a 4 apresentam as principais telas do sítio virtual cuidadosdador.com.

Figura 2 - Primeira tela de acesso ao site em construção com informações sobre Cuidados da Dor.

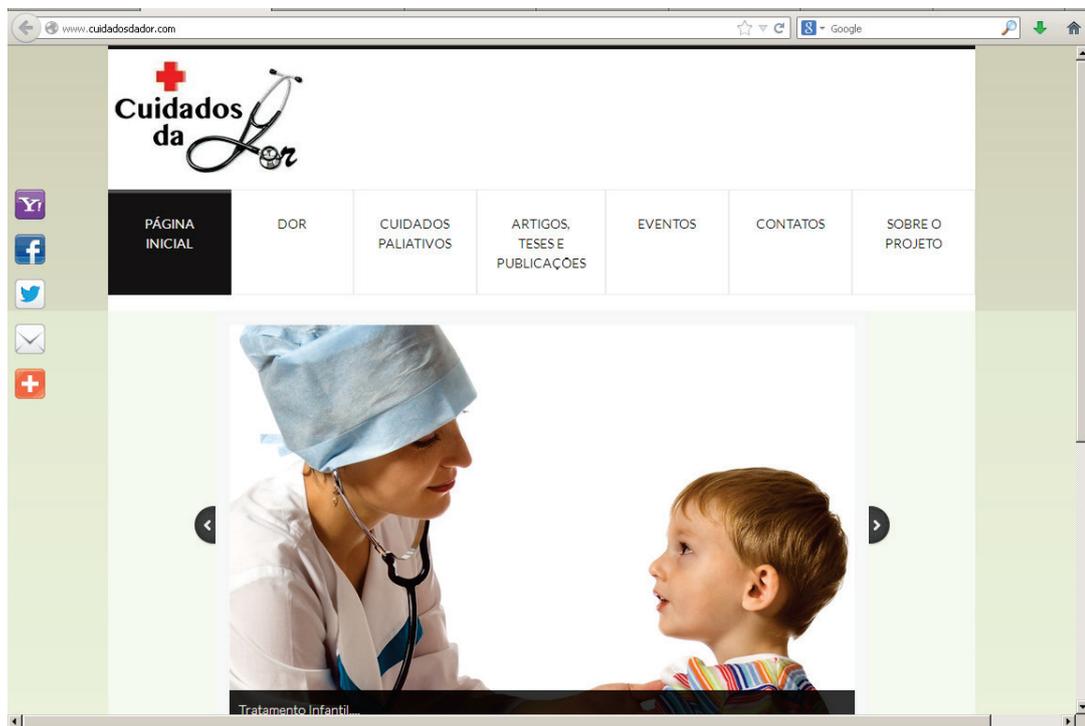


Figura 3 - Tela com informações sobre o tema “dor”.

www.cuidadosdador.com/dor.html

Cuidados da Dor

PÁGINA INICIAL **DOR** CUIDADOS PALIATIVOS ARTIGOS, TESES E PUBLICAÇÕES EVENTOS CONTATOS SOBRE O PROJETO

Dor

Segundo o dicionário Aurélio(2010), a palavra dor é definida como: do latim dolore. 1. Impressão desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado anômalo do organismo ou de uma parte dele; sofrimento físico; 2. Sofrimento moral; mágoa pesar aflição; 3. Dó, compaixão, condolência.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável resultante do comprometimento tecidual real ou potencial. É a justificativa mais comum para procurar cuidado de saúde. Ela ocorre com muitos distúrbios e com alguns exames diagnósticos e tratamentos. Ela incapacita e angustia mais as pessoas

qualquer doença isolada. Como as enfermeiras despendem mais tempo com o paciente com dor que os outros profissionais de saúde, elas precisam compreender a base fisiológica da dor, as consequências fisiológicas e psicológicas da dor aguda e crônica e os métodos utilizados para tratá-la. (BRUNNER e SUDDARTH, 2002).

O tratamento da dor é importante para o conforto do paciente, e especialmente no paciente com alterações em diversos órgãos, o benefício se torna maior porque a dor causa alterações importantes e prejudicam a recuperação do paciente.

Figura 4 - Tela com informações sobre o projeto vinculado a dissertação de Mestrado Profissional

www.cuidadosdador.com/sobre-o-projeto.html

Cuidados da Dor

PÁGINA INICIAL DOR CUIDADOS PALIATIVOS ARTIGOS, TESES E PUBLICAÇÕES EVENTOS CONTATOS **SOBRE O PROJETO**

Sobre o Projeto

Como idealizadora deste projeto, sou Enfermeira, formada há 11 anos, Mestranda em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente, Especialista em Terapia Intensiva tendo MBA em Administração Hospitalar, detendo ainda experiência profissional em docência em Cursos de Graduação e Técnico em Enfermagem, docente do Projeto Capacita Coren - RJ, supervisão e assistência nos setores de UTI Adulto, Emergência e Clínica Médica. Minha pesquisa da Dissertação de Mestrado é em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, por este motivo, esse site foi construído com os objetivos de levar à reflexão de estudantes e profissionais de enfermagem, assim como, pacientes e seus familiares, sobre a importância do controle da dor e as vantagens da prática de Cuidados Paliativos.

Quando ainda acadêmica de enfermagem, sempre tive um olhar diferente, pelo paciente considerado grave, ou seja, de alta complexidade. Durante os estágios supervisionados sentia enorme dificuldade em estar em contato com pacientes graves. Muitas vezes ele se encontrava em áreas restritas, no qual os docentes diziam que já estavam em fase terminal, e que iríamos prestar cuidados para pacientes que tinham prognóstico positivo, e que em outro momento teríamos contato com pacientes terminais. Em algumas ocasiões cuidávamos de pacientes extremamente graves, porém a assistência era limitada apenas em administrar medicamentos prescritos pelo médico, aferir sinais vitais e algumas vezes realizar banhos no leito.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu a análise dos aspectos em relação ao processo de formação do acadêmico em enfermagem nas diferentes Instituições de Ensino Superior (IES) Brasileiras. O estudo apresentou indícios de que a maioria dos Cursos de Graduação em Enfermagem analisados através da disponibilidade de suas matrizes curriculares expostas nos sítios virtuais institucionais das diferentes Universidades Brasileiras. Evidenciou-se de acordo com os itens analisados a temática Dor e Cuidados Paliativos são dispostos em algumas disciplinas com critérios optativo ou obrigatório.

O cuidado de enfermagem em Dor e Cuidados Paliativos torna-se necessário não somente no âmbito hospitalar, assim como no domiciliar. Percebe-se que os Cursos de Graduação em Enfermagem ao excluírem (ou não incluírem) em seus currículos o ensino da temática, desenvolvem profissionais de saúde com déficit em conhecimentos e capacidade de intervenção sobre os problemas e situações de saúde-doença. Conseqüentemente, tornando inadequado o atendimento às reais necessidades de saúde e intervenções.

É necessário que acadêmicos de enfermagem sejam instruídos com novos conhecimentos teórico/prático. A informação e a sensibilização são essenciais para o indivíduo em sua formação profissional.

Os resultados do estudo geraram uma inquietação sobre a busca de um método de ensino alternativo, no qual o acadêmico tenha liberdade em obter novos conhecimentos e experiências. Atualmente a Internet tem feito parte do cotidiano dos diferentes indivíduos, independente de níveis socioeconômico, é possível conectar-se ao universo digital de diversas formas, seja na rua, nas casas, nas universidades, através dos celulares, enfim é um meio de comunicação acessível. Portanto, foi elaborado um sítio virtual, no qual objetiva, oferecer informações pertinentes ao tema, onde permitirá a troca de ideias e informações, processo vital para o crescimento profissional, desde a vida acadêmica até a formação profissional.

Sabendo-se da importância inquestionável da constante atualização e capacitação do futuro profissional, busca-se, através da escolha deste produto, levar

os acadêmicos em enfermagem, a refletirem significativamente a respeito da temática.

Conclui-se que existem lacunas nas matrizes curriculares dos Cursos de Graduação em enfermagem, em relação à abordagem sobre Dor e Cuidados Paliativos. Acredita-se que o estudo inclui a responsabilidade de levar a reflexão e sensibilização dos futuros enfermeiros, sobre a importância da temática no mercado de trabalho. Também se fez importante, para que possamos realizar alternativas para a melhoria na prática ao paciente em fase terminal de vida e de seus familiares. As instituições de ensino deveriam reconhecer a importância de uma disciplina com a temática, e optarem por formas de inserção dos conteúdos em suas matrizes curriculares.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem** Rev. Bras. Enfermagem – REBEn. Ribeirão Preto – SP- USP, 2008, 61(1):31-35.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 edição. Diagraphic. Rio de Janeiro, 2012.

ARAÚJO, M. M.T.; SILVA, M. J. P. **A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(4):668-674.

AUSUBEL, D.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

AZULAY, TA. **Las diferentes formas de morir. Reflexiones éticas**. An Med Interna. 2004;21(7):355-8.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica** – 4 volumes. Koogan Editora Guanabara, 12 edição. 2012.

CALIL, A. M. e PRADO, C. **O Ensino de Oncologia na Formação do Enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2009 Maio – Junho; 62 (3): 467 – 70.

CAMPBELL, M. L. **Nurse to nurse: cuidados paliativos em enfermagem**. Porto Alegre – RS: Editora AMGH, 2011.

CARVALHO, M. S. R. M. **A trajetória da Internet no Brasil: do surgimento das redes de computadores à instituição dos mecanismos de governança**. Dissertação, COPPE/ UFRJ, Rio de Janeiro, 2006, 239p.

CHAVES, L. D.; LEÃO, E. R. **Dor: 5º sinal vital – Reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Ed. Maio, 2004.

COLATUSSO, E. C. F. **Enfermeiras em um ambulatório de dor e cuidados paliativos: retrospectiva histórica, ações e questões atuais**. In: PIMENTA, C. A.

M; MOTA, D. D. C. F. e CRUZ, D. A. L. M. **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri – SP: Editora Manole, 2006. P.450-471.

DALLA COSTA, R. M. C.; DALLA COSTA, A. J. **Educação à distância no Brasil: desafios e perspectivas no início do terceiro milênio**. UFPR. Economia & Tecnologia. Ano 05, vol.17, 2009.

DAVIDSON,P; INTRONA, K; DALY,J; PAULL, G; JARVIS, R; ANGUS,J. **Cardiorespiratory nurses perceptions of palliative care in nonmalignant disease: data for the development of clinical practice**. Am J Crit Care. 2003;12: 47-53.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. 1ª série- N°172- 5 de setembro de 2012. **Lei de Base dos Cuidados Paliativos**.

DIAS D.C.; CASSIANI S.H.B. **Educação sem distâncias: utilização do WebCT como ferramenta de apoio para o ensino da terapia intravenosa na graduação em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem 2003, 56 (4): 443-446.

DOYLE D.W.C. G, MAC DONALD H.N. **As origens da medicina paliativa**. In: Figueiredo, M.T. A. Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia. São Paulo: UNIFESP; 2006.

FAUSTINO, R. L. H.; MORAES, M. J. B.; OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. **Caminhos da Formação de Enfermagem: continuidade ou ruptura?** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 56, n. 4, p. 343-347, 2003.

FERNANDES, N. S; REIS, M. F.L; MARTINS, R. Enfermeiros. In: SALTAZ, E; JUVER, J(org). **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2009.

FERREIRA. A.B.H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Editora Positiva. 5 edição. 2272p. 2010.

FIGUEIRÓ. J.A. **A Dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.100p.

FIRMINO, F. Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In: ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANQUEIRO, J. N. V. **Formação gerontológica em um curso de Graduação em Enfermagem: análise curricular mediante as novas diretrizes da educação**. Dissertação. Ribeirão Preto – SP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, 2002.

GOMES, A. P.; RÔÇAS, G; COELHO, U. C. D.; CAVALHEIRO, P. O.; GONÇALVEZ, C.A. N; BATISTA, R. S. **Ensino de Ciências: Dialogando com David Ausubel**. Revista Ciências & Ideias. N.1, volume 1 – Outubro/Março 2009-2010.

GUIMARÃES, C. A. **Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado, PUC – Campinas, 2010. 98p.

GUIMARÃES, R.M. Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: SALTZ. E e JUVER. J. **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2009. p. 13-23.

HORTA W.A. **O processo de Enfermagem**. São Paulo: EPV. 1979

JUVER, J.; VERÇOSA, N. **Sintomas Dolorosos**. In: SALTAZ, Ermani; JUVER, Jeane (org.). **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2009. p. 91-95.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 4 ed. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1969.

KUBLER-ROSS, E. **Morte: Estágio Final da Evolução**. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora Record, 1975.

KOVÁCS, M.J. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: PIMENTA, C.A. M; MOTA, D. D.C.F. e CRUZ, D.A.L.M. **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri – SP: Editora Manole, 2006.

LITTLEJOHN, S. W. Interacionismo Simbólico. In: **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENEZES R.A. **Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: Garamond; 2004.

MOREIRA, M. A. **Mapas Conceituais – Aprendizagem Significativa**. Editora Centauro, São Paulo, 2010.

NEVES, Chantal. **Cuidados Paliativos**. Coleção Dossier Sinais Vitais n. 4.1 ed. Editora Formasau, 2000.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOIOZZI, L. M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLY, L. A. F. **A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem**. Rev. Latino-am. Enferm. 2008 set. – out., 16 (5).

OLIVEIRA, A. C; SILVA, M. J. P. **Autonomia em Cuidados Paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde**. Rev. Acta. Paul. Enferm. 2010 (2): 212- 217.

PEDROSO A. R. **Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem**. Florianópolis, 2006.

PEREIRA, T. S. **O direito à morte digna e validade do testamento vital**. Boletim IBDFAM. Belo Horizonte, ano 9, n 59, 2009.

PERES M.F.P., ARANTES A.C.L. Q, LESSA O.S, CAOUS C.A. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. Rev. Psiq. Clín. 34, 2007.

PESSINI L. **Cuidados Paliativos – alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos**. Prática Hospitalar. 2005.

PIMENTA C.A.M. **Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem?** - Acta paul. enferm. vol.23 n.3 São Paulo. 2010.

PIMENTA, C.A.M. **Dor: manual clínico de enfermagem.** São Paulo, 2001.

PIMENTA, C. A. M; MOTA, D. D. C. F. Educação e Cuidados Paliativos: componentes essenciais. In: PIMENTA, C. A. M; MOTA, D. D. C. F e CRUZ, D. A. L. M. **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** Barueri – SP. Editora Manole, 2006.

PIVA. J. P. **Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal.** Revista Bioética, vol. 1, n.2. Porto Alegre – RS, 2002.

RIGOTTI, M.A.; FERREIRA, A.M. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor.** Arquivo Ciência e Saúde, 2005 jan. - mar. n. 12, v.1: 50-54.

RODRIGUES, I.G. **Cuidados Paliativos: Análise de conceito.** Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2004. 231p.

RODRIGUES, I.G; ZAGO, M. **Enfermagem em Cuidados Paliativos.** O mundo da saúde (impr), 1995; 27 (1): 89 -92 jan. – mar. 2003.

RODRIGUES, M.R. **Teoria e prática assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho.** Dissertação [Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. 2000.

SÁ A.C. **Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica.** O mundo da saúde, São Paulo: 2009, 33 (2): 205 -217.

SANTANA, J.C.B.; CAMPOS, A. C. V.; BARBOSA, B. D. G.; BALDESSARI, C. E. F.; PAULA, K. F.; DUTRA, B.S. **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.** Bioethikos - Centro Universitário São Camilo – 2009; 3 (1): 77-86.

SAUNDERS, C. **Caring to the end.** Nursing mirror. V.4, p. 43 -47, 1980.

SHRAMM F.R. **Morte e Finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48 (1): 17-20.

SBED – Sociedade Brasileira para Estudos da Dor. **5 Sinal Vital** [on line] 2012. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.

SILVA, E.P. S; SUDIGURSKY D. **Concepções sobre Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica.** ACTA Paulista de Enfermagem; 21 (3): 504-508 jul.-set. 2008.

SILVA, L. M. G.; GUTIERREZ, M. G. R.; DOMENICO, E. B. L. **Ambiente virtual de Aprendizagem na Educação Continuada em Enfermagem.** Relato de Experiência. ACTA Paul. Enferm. Vol.23 n.5 São Paulo Sept. Oct.2010.

SILVA, M. **Educação on-line.** São Paulo: Loyola, 2003.

SILVA, M.J.P. **Comunicação em cuidados paliativos.** In: ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Diagraphic, 2009. p. 49-57.

SOUSA, F.A.E.F. **Dor quinto sinal vital.** Rev. Latino-am. Enferm. V.10, n.3, p. 446 – 447, 2002.

TAVARES, R. **Construindo mapas conceituais.** Ciência & Cognição, 2007, vol 12:72-85.

TEMPORÃO, J. G. **A situação dos Cuidados Paliativos no Brasil.** Entrevista com o Ministro da Saúde. Meaning. Ed.04. Ano 02. 2011.

WHO (World health Organization). **Better palliative care for older people.** Geneva. WHO. 2004.

WHO (World Health Organization). **National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines World.** 2002.