

consulta dos textos. Cada capítulo aborda, tendencialmente e por sequência, as seguintes 10 rubricas:

Indicações quanto às dimensões avaliadas.

História.

Fundamentação teórica da prova.

Estudos realizados em Portugal.

Elementos de interpretação dos resultados.

Exame crítico ao instrumento (vantagens, potencialidades, limitações, desenvolvimento e estudos futuros).

Bibliografia fundamental.

Material que constitui a prova.

Editores e distribuidores.

Forma de contacto com os autores.

Este livro, ao pretender tratar de uma temática de relevância para as necessidades quotidianas dos profissionais, quer na clínica quer na formação, e preencher uma lacuna da publicação técnica na área da psicologia – juntamente com a linguagem objectiva, aliada à profundidade dos conteúdos e das referências – fornece ao leitor uma revisão indispensável, na manutenção de sua informação e na sua actualização enquanto profissional. É um livro de excelente qualidade científica, de baixo custo e que vale a pena adquirir.

Margarida Pocinho

Escola Superior de Tecnologias da Saúde / Instituto Superior Miguel Torga

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira. 2006. *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família.* Coimbra: Formasau. 154 pp. ISBN 972-8485-64-6.

Isabel Moreira, Mestre em Ciências de Enfermagem, apresenta uma obra sobre o doente terminal, do ponto de vista dos seus cuidadores principais: a família. Pretende, desta forma, analisar quais as dificuldades subjacentes a esta tarefa; as motivações que levam os familiares a assumirem a seu cargo os cuidados de um doente em fase terminal; e qual o papel que deve ser desempenhado pelas instituições de saúde e seus profissionais, junto da família e do doente, na sua própria comunidade. O livro encontra-se dividido em duas partes, referindo, respectivamente, a família e o doente terminal como a unidade a cuidar e, por outro lado, os significados da vivência de cuidar.

A primeira parte está subdividida em três capítulos, abordando a família, sua estrutura e funções, o doente terminal e o contexto de cuidar e, como questão essencial, a relação que se estabelece entre a família e o doente terminal. A autora reconhece, desde o início, que é sobre a família que incidem as responsabilidades e de quem se espera uma resposta a todo o tipo de obstáculos que possam surgir. Apesar das profundas transformações, nas últimas décadas, em termos de estrutura e até constituição, o conceito de família ainda se prende com a realidade de conjunto de indivíduos que estabelecem relações e se organizam entre si, tendo associadas funções específicas de apoio e protecção dos seus membros. Perante o facto de um dos membros da família ter uma doença, é necessário compreender que a doença afecta o indivíduo em todas as suas dimensões (biológica, psicológica, espiritual e social), repercutindo-se na unidade familiar e convertendo-se numa doença familiar.

Neste sentido, existem, segundo a au-

tora, quatro categorias no decurso da doença: o início, o curso, as consequências e o grau de incapacidade. Isabel Moreira considera que, desta forma, tem lugar dentro da unidade familiar uma ruptura em termos do estilo de vida, privacidade e rendimentos dos seus membros, que posteriormente, e de acordo com diversos estudos, podem culminar em situações de depressão, ansiedade, frustração e exaustão.

A família encontra-se sujeita a uma crescente tensão e o impacto emocional que esta situação provoca, está relacionada com a própria 'personalidade' da família, a doença e seu tratamento e as relações com o doente. A autora considera como elementos relevantes da personalidade da família a aceitação ou negação da morte; os sentimentos de indefesa e impotência por não poder fazer algo para evitar a morte; os sentimentos de culpa relacionados com a relação anterior com o doente; sentimentos de cansaço; e as dificuldades económicas.

No que diz respeito às variáveis referentes à doença e tratamento, encontramos o diagnóstico; o prognóstico e evolução da doença; os sintomas e o inadequado controlo dos mesmos; e problemas de comunicação com o doente. Torna-se, então, necessário a adaptação da família à doença, o que, na opinião da autora, se concretiza através das seguintes etapas: a) enfrentar a realidade e desenvolver diversas respostas; b) reorganizar-se durante o período pré-morte; c) viver a perda e a solidão da separação; d) restabelecimento.

No entanto, o esforço para superar os problemas pode causar stress e levar a que a família adopte atitudes desfavoráveis, com: negação, conspiração do silêncio, superprotecção, excesso de realismo, isolamento social, incerteza e sentimentos de culpa. Apesar de a autora considerar que tanto a família como o doente experienciam as mesmas fases do processo de morte, enfatiza também que

esta passagem não ocorre em simultâneo, sendo que, para os familiares, o processo arrasta-se para além da perda do doente. O luto na família obriga a uma nova reestruturação do núcleo, que pode ser feita por antecipação, ou seja, ainda durante o período de doença, o papel de cada elemento começa, lentamente, a ser redefinido, enquanto que, noutras casos, esta nova organização apenas será abordada, após a morte do familiar.

Por sua vez, o conceito de doente terminal encontra-se ligado à certeza de que já não existem recursos médicos possíveis para devolver ao doente a saúde, sendo apenas possível proporcionar-lhe o melhor bem-estar possível, através do alívio do sofrimento, seja físico, psicológico, social ou espiritual, e prestar todo o apoio necessário, não só ao doente, como também à sua família. Sob a luz desta necessidade de prestar o apoio devido ao doente e ao núcleo familiar, a autora, socorrendo-se da tipologia apresentada por Trelis et. al (1996), alerta para a existência três tipos básicos de doença terminal: os doentes complexos agudos; os doentes agnósticos; e os doentes crónicos. Paralelamente, constituindo um quadro frequentemente associada à doença oncológica, existem sete critérios de identificação de doença terminal, entre eles o facto de ser uma doença de evolução progressiva, perspectiva de vida não superior a dois meses e complicações irreversíveis finais.

Assim, o processo de cuidar encontra-se focado na promoção da qualidade de vida do doente e da sua família, e não na cura da doença em si, o que poderá, num estado avançado da mesma, levar inclusive a uma renúncia de estratégias médicas. No processo de ajustamento do doente terminal à morte, este passa necessariamente por uma série de etapas psicológicas, como a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. A doença não afecta, no entanto, apenas o doente, mas também a família que o rodeia e que lhe dá apoio durante esta etapa. Por isso,

a família torna-se a entidade a cuidar.

Desde sempre, a família assumiu um papel de enorme relevância no que respeita à prestação de cuidados aos seus membros. Nos anos 1960, com a aplicação da teoria dos sistemas, a própria família surge como unidade a cuidar. Para Friedemann (1993), a enfermagem da família deve ser praticada em três níveis: ao nível dos membros individuais da família, ao nível interpessoal em que se dedica a díade e ao nível do sistema familiar, em que todo o sistema se torna cliente.

Pode-se considerar, porém, que a família só raramente é objecto de cuidados especiais ou atenção particular, situação que, no entanto, se tem vindo, ainda assim, a alterar, uma vez que a sociedade começou a proporcionar alguma ajuda institucional às famílias que têm que lidar com este tipo de situações. Desta forma, a família é, também, cada vez mais, solicitada a colaborar no planeamento dos cuidados aos seus membros. Para isso, importa atender às necessidades e motivações da família face ao doente terminal. Com base nesta premissa, a autora remete para Maslow, que propõe uma hierarquia de necessidades fundamentais sendo essas fisiológicas, de segurança, pertença, estima e realização pessoal.

Neste sentido, as necessidades sentidas pela família podem ser situadas em dois níveis interligados entre si. O primeiro relaciona-se com a escuta e a expressão, que segundo a autora vão permitir um melhor processo de adaptação nos cuidados ao doente, caso a família seja escutada, entendida e lhe seja dada a possibilidade de se exprimir. O segundo nível implica a informação médica, psicológica e de cuidados, não podendo a família ser reduzida a um papel de mero espectador.

Apesar de a família ser maioritariamente responsável pelos cuidados prestados aos seus membros doentes, o êxito deste apoio depende também do apoio proporcionado pelos profissionais de saúde. A autora defende que uma das compo-

nentes chave para o controlo de sintomas é a educação da família e do doente, uma vez que a compreensão dos cuidados a instituir é essencial para a tomada de decisões correctas e para a reacquirição de um sentido de controlo. É também necessário que a família seja informada sobre a realidade do estado do doente, o projecto terapêutico e os meios a utilizar durante a prestação de cuidados a nível médico. O acto de informar deve ser personalizado e preferencialmente levado a cabo pelo profissional que, dentro da equipe de saúde, possui maior qualificação e maior proximidade com o doente e com a sua família.

Na segunda parte do livro, a autora coloca a questão central que orienta a sua pesquisa: como vive a família a experiência de cuidar de um doente em fase terminal. Desta forma, foram formulados alguns problemas de investigação fundamentais para conhecer as experiências e expectativas das famílias que se deparam com esta situação:

Que necessidades tem a família enquanto prestadora de cuidados ao doente terminal?

Será que a família sente que as suas necessidades foram identificadas pelos enfermeiros?

Que necessidades sente a família que os enfermeiros valorizaram?

A informação e o apoio desenvolvido pelos enfermeiros foram ao encontro às necessidades da família?

O que levou a família a cuidar do seu familiar?

Que sentimentos vivenciou durante o processo de cuidar?

Em termos de estrutura metodológica, a autora pretende compreender o contexto que conduz ao cuidar do doente terminal no contexto da família, partindo de um modelo de investigação que utiliza métodos qualitativos, considerando-se, desta forma, que o estudo desenvolvido se enquadra numa indagação construtivista, fenomenológica, uma vez que as

principais características deste tipo de pesquisas são construir uma descrição animada, evocativa das acções humanas, comportamentos, intenções e experiências, tais como os encontramos na experiência vivida.

Partindo do princípio que, na maioria das famílias que têm a seu cargo uma pessoa dependente, existe geralmente um cuidador principal, a autora utilizou como critérios de inclusão na sua amostra este cuidador, cujo familiar tinha doença terminal oncológica, no período estabelecido entre seis a doze meses após o seu falecimento. Na construção da amostra, foi utilizada a técnica de amostragem de 'bola de neve' para aceder às famílias, partindo de famílias conhecidas por colegas de trabalho. A partir dessas famílias, obteve-se conhecimento de outras situações idênticas, que resultaram na participação de 15 cuidadores de doentes terminais. Os cuidadores eram maioritariamente mulheres, com o grau de parentesco de filhas. Em relação ao seu estado civil, as categorias que tiveram maior frequência foram viúvo e/ou casado, com idades compreendidas entre os 30/40 anos. Usualmente, o agregado familiar do cuidador é composto por 2 a 5 pessoas, sendo que a maioria coabitava com o familiar a quem prestavam cuidado, e com uma classificação social de nível médio/alto. Em qualquer caso, é importante referir que, para além do familiar com doença terminal, os cuidadores não tinham mais ninguém dependente a seu cargo, que necessitasse de cuidados constantes.

Em relação ao processo de obtenção das descrições da experiência de cuidar do doente terminal em família, a autora organizou os seguintes objectivos gerais da entrevista qualitativa:

Obter elementos que permitissem compreender a experiência de cuidar do doente em fase terminal, vivenciada pela família enquanto prestadora de cuidados.

Obter elementos para a compreensão das necessidades da família, enquanto

prestadora de cuidados.

Recolher elementos para identificar o processo de informação à família.

Construir um guião de entrevista em torno de seis blocos temáticos, sendo que o primeiro é referente à caracterização da amostra e os restantes sobre a compreensão do problema.

Desta forma, os temas constitutivos das entrevistas eram os valores dos cuidadores (cuidador principal e família); as mudanças operadas na dinâmica familiar; os sentimentos e emoções vivenciadas pelos cuidadores; o contexto de cuidar no domicílio versus o contexto de cuidar no hospital; as necessidades do cuidador principal e família; e as redes de apoio.

No que diz respeito aos significados da vivência de cuidar, a autora concluiu que foi o sentido de obrigação, de dever, o amor e o respeito pelo doente o que levou os cuidadores e a família a unirem-se neste acontecimento de vida. A missão de cuidar implicou para o cuidador e família reajustamentos, traduzindo-se em mudanças familiares e sociais. O hospital está preparado para curar ou aliviar dores, mas a família é quem tem que cuidar.

A autora questiona, então, o que leva os cuidadores e as famílias a cuidarem do seu familiar em casa e quais os valores que dão significado ao seu comportamento. A partir dos testemunhos, enfatiza a valorização do cuidar das pessoas em fase terminal em casa; a organização e união da família para cuidar, devido ao amadurecimento das relações; a obrigação e o dever; a afectividade; a importância de respeitar a vontade do doente.

Este livro torna compreensíveis, do ponto vista analítico, as mudanças operadas na família, passando o doente a ser o alvo das atenções da família, o que pode levar a que estes familiares experimentem momentos de saturação e de exaustão, porque cuidar implica disponibilidade física e psicológica, o que, muitas vezes, se revela incompatível com a actividade laboral e social do cuidador. Por isso,

segundo a autora, o lazer e a actividade social ganham uma grande importância para a manutenção da integridade física e mental do cuidador, em correlação com o apoio de estruturas na própria comunidade que os auxiliem a cuidar, assim como o suporte por parte dos profissionais de saúde, o que vai para além do espaço físico hospitalar, assistindo as famílias e os doentes em casa.

Sofia Rodrigues

*Mestrado em Sociopsicologia da Saúde,
Instituto Superior Miguel Torga*

Maria Laura Bettencourt Pires. 2007. *Ensino Superior: Da Ruptura à Inovação. Campus do Saber. Universidade Católica*. Editora: Lisboa. 182 pp. ISBN 978-972-54-0179-8.

O livro de Maria Laura Bettencourt Pires, Professora Catedrática da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica, surge, após o desafio feito pela própria Universidade, na sequência de alguns temas debatidos pela docente, no âmbito das suas aulas e seminários de Mestrado e Doutoramento, bem como conferências proferidas noutros estabelecimentos de ensino. A autora inicia a reflexão, enfatizando que o núcleo central da obra é a ideia de Universidade e a forma como as instituições universitárias se transformaram ao longo do tempo. Neste sentido, expressa, ainda, o objectivo que o estudo funcione como um guia ou mapa para todos os agentes que se preocupam com a integridade da educação no ensino superior, numa época em que as fronteiras entre mundo académico, empresarial e público se tornam cada vez mais permeáveis, com a necessidade premente de se avaliarem os custos associados à transição.

A obra é constituída por oito capítulos,

sobre diferentes temáticas. O capítulo I e o capítulo II apresentam reflexões sobre a educação, o modo como o conceito tem evoluído e as transformações da Universidade, com os contributos de Humboldt, Newman, Ortega y Gasset e Bell Reaings. No capítulo III, a autora explora a questão das 'duas culturas' e a dificuldade do racionalismo reconhecer outro tipo de conhecimento que não seja o científico. Os capítulos IV e V analisam, respectivamente, as tendências da interdisciplinaridade, com base em Edward O. Wilson e Edgar Morin, como forma de oposição à especialidade, e a internacionalização implementada a partir do Processo de Bolonha. O capítulo VI centra-se na importância da utilização das novas tecnologias e das mudanças que ilustram os efeitos negativos da sua comercialização. Finalmente, os capítulos VII e VIII abordam as transformações epistemológicas que estão a acontecer na Universidade com base, respectivamente, no pensamento dos teóricos contemporâneos e dos teóricos pós-modernos.

Desta, forma, no capítulo I, após uma análise sobre a origem etimológica do termo educação, a autora constata que existem múltiplas concepções acerca deste tema que justificam uma abordagem dinâmica e pluridimensional no tempo e no espaço, possibilitando uma análise histórica da evolução do conceito, suas ideias e ideais. Educação seria, assim, um processo de conduzir, guiar ou criar, um método de auto-renovação e de desenvolvimento social que ocorre primeiro na família e depois em entidades externas. Em face dos problemas do século XXI, é importante considerar, diz a autora, a dimensão moral e cultural da educação, bem como a sua importância numa sociedade globalizada, com a massificação da formação e a 'indústria da educação', considerando os estudantes como clientes, em oposição à criação de condições que lhes permitam desenvolverem disciplina, aptidões e oportunidades, de modo a saberem pensar, expandirem os seus