



Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

Maria Beatriz Padrão Assunção

Cuidar em Cuidados Continuados integrados: vivências e sentimentos de quem cuida

Bragança, maio 2019

Curso: Mestrado em Cuidados Continuados

Maria Beatriz Padrão Assunção

Cuidar em Cuidados Continuados integrados: vivências e sentimentos de quem cuida

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientadores

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professor Doutor Hélder Jaime Fernandes

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho:

Em primeiro lugar, à professora Doutora Augusta Mata, pela orientação e a sua ajuda e apoio ao longo da elaboração deste trabalho.

Quero agradecer também a todos os profissionais da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Bragança que contribuíram para que este estudo fosse realizado.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

À minha irmã, que mesmo estando longe sempre me apoiou ao longo deste processo.

Às minhas amigas, agradeço por toda a força que me deram, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte da elaboração deste trabalho.

Resumo

Na sociedade ocidental houve várias alterações demográficas significativas, tais como, o envelhecimento progressivo da população, o aumento da esperança média de vida e o aumento das doenças crónicas que causam incapacidades progressivamente elevadas. Como houve várias alterações no tecido social, levou à necessidade de se encontrarem respostas para as pessoas que se encontram em situação de dependência.

Para dar resposta a este problema foi então criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que tem como objetivo prestar cuidados adequados tanto a nível de saúde como a nível de apoio social adaptados às necessidades de cada utente.

Com o objetivo de compreender as experiências de quem cuida em Cuidados Continuados através do conhecimento das suas vivências e sentimentos, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa e de abordagem fenomenológica, com a utilização de um guião de entrevista, como instrumento de recolha de dados. Foram entrevistados dez cuidadores formais da unidade de Cuidados Continuados de Bragança. Utilizou-se a análise de conteúdo para estabelecer a análise da informação recolhida.

Os resultados obtidos permitem verificar que os entrevistados reconhecem que a relação de ajuda, empatia e relação empática e a comunicação são fatores muito importantes para se estabelecer uma boa relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Muitos dos participantes mencionam que a empatia é fundamental para ter uma boa comunicação com o utente e a família. Referem ainda que a comunicação é essencial para se desenvolver uma boa relação com o utente e família.

Considerando os sentimentos de aquando da alta, é referida uma dualidade de sentimentos, isto é, existe um misto de emoções, ou percecionam sentimentos positivos como satisfação, felicidade e “dever cumprido” e realização pessoal, gratificação ou sentimentos negativos, como tristeza, frustração e preocupação.

Consideram ainda que as motivações são muito importantes na escolha da profissão, referindo motivações como gosto, respeito pela pessoa dependente, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas dependentes.

Apesar de muitas vezes os cuidadores se sentirem cansados a nível físico e emocional, os sentimentos, as vivências e as motivações que sentem ou que tem para

trabalhar com pessoas dependentes predominam, pois criam-se relações de empatia e afetivas tanto com os utentes como com as famílias.

Palavras-chave: Vivências; Sentimentos, RNCCI, cuidadores formais

Abstract

In the occidental society there have been several demographic changes, such as the progressive aging of the population, the increase in the average life expectancy and the increase of chronic diseases that induce high disabilities. As there were several changes in the social fabric, it led to the need to find answers for people who are in a situation of dependence.

To give a response to this problem, a National Network of Continuous Care was created with the goal of provide both health and social care, adjusted to the needs of every single person.

With the aim of understanding the needs of those who take care of others in this project, thought out the knowledge of their own experiences and feelings, was made a qualitative study with a phenomenological approach. A series of semi direct interviews was conducted to collect data. Ten formal care givers in the Unity Continuous Care of Bragança were interviewed. All the interviews were analysed with support of content analysis technique.

In the results obtained we can verify that the interviewed think that the relationship of help, empathy and empathic relationship and communication are very important factors to establish a good relationship between the caregiver and the person cared for. A large number of the participants have mentioned that empathy is the key to a good communication with the patient and their family. And that communication is crucial to develop a good relationship with both the patient and their family.

Regarding the feelings of when they are medical release, professionals consider that it is a mixture of emotions, or if they have positive feelings like satisfaction, happiness and "fulfilled" and personal accomplishment, gratification or have negative feelings sadness, frustration and worry.

Concerning the motivations associated with caring, they consider that they are very important in the choice of profession, professionals refer to motivations such as liking the job, respect for the dependent person, the desire to do more for the human being, for will, love and caring for people dependents.

Even though a significant number of the caregivers feel physically and emotionally tired, they feel that the positive feelings, experiences and motivations that

they go thought when working with depending people are more than overwhelming.
Because they relate in an empathy and affective way with the patient and their family.

Key words: Experiences, Feelings, RNCCI, Formal care

Siglas

ARS -Administração Regional de Saúde do Norte

CDSS- Centro Distrital de Segurança Social de Bragança

ECL- Equipas de Coordenação Local

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ULDM-Unidade de longa duração e Manutenção

UMCCI- Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

UMDR- Média Duração e Reabilitação

SCMB-Santa Casa da Misericórdia de Bragança

índice

Introdução.....	1
Parte I – Relatório de estágio.....	3
1. Breve Contextualização sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	4
2. Unidade de Cuidados Continuados de Bragança.....	8
2.1. Descrição das atividades desenvolvidas em estágio.	13
PARTE II: Investigação empírica.....	23
1-Envelhecimento da população.....	24
2-Dependencia.....	28
3. Relação de ajuda e comunicação.....	31
4.Contextualização e objetivos do estudo.....	36
4.1. Abordagem metodológica do estudo.....	36
4.2.Participantes do estudo.....	38
4.3.Método de recolha de dados.....	39
4.5. Análise das Informações Colhidas.....	40
5.Análise da realidade estudada através dos resultados obtidos.....	41
5.1 Relação entre cuidador e pessoa cuidada.....	42
5.2.O cuidar a pessoa/família em situação de dependência: Os conceitos de quem cuida.....	46
5.3. Os sentimentos aquando da alta.....	49
5.4. As motivações associadas ao cuidar.....	52
6.Conclusões.....	55
Referências bibliográficas.....	57
Anexos.....	66

Índice de figuras

Figura 1-Tipologias de resposta RNCCI	5
Figura 2- Diagrama de representação dos principais intervenientes na coordenação da RNCCI.....	7

Índice de tabelas

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo.....	39
---	----

Introdução

A população portuguesa está cada vez mais envelhecida. Em 2017 por cada 100 jovens existiam cerca de 153,2 idosos em Portugal (Pordata,2018), em resultado do aumento considerável da esperança de vida. Como consequência disso, aumenta também o aparecimento de doenças crónicas nos idosos, levando a que muitos se tornem dependentes de cuidados.

Por outro lado, as alterações no tecido social como a entrada da mulher no mercado de trabalho e consequente ausência do domicílio, com repercussões nos cuidados prestados à pessoa dependente, conduziu à necessidade de encontrar soluções para as pessoas que se encontram em situação de dependência.

Nesse sentido, foi estabelecida uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, que possibilitou as dinâmicas de criação de respostas multissetoriais que têm como objetivo a continuidade da prestação de cuidados de Saúde e Apoio Social a todo o cidadão que apresente dependência, independentemente da idade, ou em situação de doença terminal. Assim foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para que os pacientes em situação de dependência tenham assistência adequada, quer nos aspetos psicossociais, espirituais e religiosas, quer no acompanhamento após a alta da unidade.

É neste âmbito que, enquanto estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surge a realização de um estágio na unidade de Cuidados Continuados de Bragança enquadrado na unidade curricular trabalho de projeto/ Estágio. Este estágio foi desenvolvido nas duas tipologias dessa mesma unidade, a tipologia de média duração e reabilitação e a tipologia de longa duração e manutenção.

O estágio permitiu conhecer e compreender melhor, como se trabalha numa equipa multidisciplinar, mais especificamente na área de formação inicial, possibilitando ainda a colocação em prática dos conhecimentos que adquiridos ao longo da parte teórica do Curso de Mestrado.

Acresce que, de acordo com o plano de estudos do referido Curso de Mestrado, durante a realização do estágio deve, o estudante, desenvolver um estudo de investigação por forma a sedimentar os conhecimentos adquiridos no âmbito da Unidade curricular de

Métodos e Técnicas de Investigação. Foi assim desenvolvido um estudo que permitisse compreender as experiências de quem cuida em Cuidados Continuados integrados através do conhecimento das suas vivências e sentimentos.

Face ao tema selecionado, optou-se por um estudo que recorresse à metodologia qualitativa de âmbito fenomenológico, tendo-se elaborado um guião de entrevista semi-estruturada como suporte para recolha de informação.

O presente trabalho está dividido em duas partes. A primeira parte é constituída por uma breve contextualização acerca da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando ainda a descrição das atividades que foram desenvolvidas em estágio.

Na segunda parte inclui a investigação empírica que inclui o enquadramento teórico abordando temas como o envelhecimento da população, a dependência e a relação de ajuda e comunicação. Inclui, seguidamente, o estudo empírico propriamente dito no qual são descritas as opções metodológicas selecionada para a concretização do objetivo do estudo, bem como a análise da realidade estudada através dos resultados obtidos e respetivas conclusões.

Parte I – Relatório de estágio

1. Breve Contextualização sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados integrada (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Tem como objetivo prestar cuidados tanto a nível de saúde como a nível social a todas as pessoas em situação de dependência funcional, com doença crónica ou com uma doença incurável em estado avançado e em final de vida, independentemente da idade.

Estão assim centrados na recuperação total da pessoa, promovendo a autonomia e melhorando a sua funcionalidade, dependendo da situação de dependência em que a pessoa se encontra.

Os princípios base da RNCCI são:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados.
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede.
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados.
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede.
- Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Esta rede é um conjunto de instituições públicas como os hospitais ou privadas como as IPSS e as Misericórdias, que com a ajuda das várias equipas multidisciplinares prestam cuidados continuados integrados ao cliente tanto no local de habitação do cliente como nas instalações próprias.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta que se encontram resumidas no seguinte diagrama:



Figura 1-Tipologia de resposta RNCCI

Fonte: Manual do prestador da UMCCI (2011)

Assim sendo a Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados (RNCCI) tem várias valências de internamento, tais como:

- Unidade de convalesça- Esta unidade é para internamentos até 30 dias. É para pessoas que se encontravam internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou o agravamento duma doença ou deficiência crónica, que já não necessitam de cuidados hospitalares, mas que precisem de cuidados de saúde que pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio.
- Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) - Esta unidade é para internamentos com duração entre 30 e 90 dias. Serve para pessoas que para

peças que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio.

Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) - Esta unidade é para internamentos com mais de 90 dias seguidos. E serve para pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem cuidadas em casa ou na instituição ou estabelecimento onde residem. Esta unidade também serve para o descanso do cuidador informal.

- Unidade de Cuidados Paliativos – Nesta unidade, não existe período limite de internamento e serve para doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, devido a uma doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.
- Unidades de Ambulatório – Não necessita de ser internado e serve para pessoas com diferentes níveis de dependência, que necessitem de cuidados integrados de saúde e apoio social e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio e que possam deslocar-se para receber os cuidados.
- Cuidados Continuados Integrados Domiciliários- Serve para pessoas em situação de dependência funcional ou doença terminal, com rede de suporte social, que não precisem de ser internadas, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma.

As pessoas que têm direitos a estes cuidados continuados integrados têm que estar nestas situações:

- Dependência funcional temporária
- Dependência funcional prolongada.
- Idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença).
- Incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social.
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Quem assume de forma articulada e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação integrada das condições do seu funcionamento e faz coordenação da rede que se processa a nível nacional, regional e local é:



Figura 2- Diagrama de representação dos principais intervenientes na coordenação da RNCCI.

Fonte: Manual do prestador da UMCCI(2011).

2. Unidade de Cuidados Continuados de Bragança

A Santa Casa da Misericórdia é uma instituição com intervenção direta no concelho de Bragança e a sua missão é atuar concertadamente e de forma integrada, no sentido de satisfazer as carências diagnosticadas na comunidade, disponibilizando um conjunto de recursos que comparem para o desenvolvimento local e proteção dos grupos sociais mais vulneráveis.

As respostas que incluem são as áreas de ação social, saúde, deficiência, infância, cultura e ensino.

Os valores desta instituição são:

- Solidariedade e responsabilidade social para com as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade;
- Respeito e promoção dos direitos humanos;
- Cooperação e entreaajuda entre os atores envolvidos no cumprimento da missão da SCMB;
- Equidade e imparcialidade no tratamento de utentes/clientes, colaboradores e fornecedores;
- Transparência de procedimentos e processos organizacionais;
- Flexibilidade na gestão e no acesso a recursos exógenos ao concelho;
- Trabalho em equipa

A unidade de cuidados continuados é uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e não tem carácter jurídico autónomo.

A abertura desta unidade de cuidados Continuados em setembro de 2014, veio colmatar uma falha na área da saúde não só no concelho de Bragança, mas também em toda a zona do distrito norte, fazendo com que os doentes que precisem de cuidados de saúde especializados tenham uma recuperação perto da residência.

A unidade é um estabelecimento que se encontra integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e que executa a sua atividade interligado com os outros serviços, setores e organismos que incorporem a Rede no âmbito do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de julho e do acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS) e o Centro Distrital de Segurança Social de Bragança (CDSS).

O objetivo fundamental desta instituição é prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoa que se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente tentando promover a autonomia, a reabilitação/readaptação e reintegração familiar e social, independentemente da idade.

A Missão desta unidade é dar serviços distintos de saúde e apoio social para o bem-estar e qualidade de vida dos utentes, numa perspetiva biopsicossocial dando-lhes assim padrões de qualidade direcionados para os seus utentes, famílias, comunidades e profissionais.

Segundo o regulamento interno da unidade os valores e os princípios da UCCB são:

- a) Humanização dos cuidados – garantia do respeito pela dignidade humana, nomeadamente no que concerne ao direito dos/as Clientes/Utentes à sua privacidade, à confidencialidade da informação clínica, à preservação da sua identidade, à não discriminação e ao completo esclarecimento sobre a sua situação de saúde, para que possam decidir de forma livre e consciente sobre a concretização do que lhes é proposto;
- b) Ética assistencial – observância dos valores éticos e deontológicos que enquadram o exercício da atividade dos diferentes grupos profissionais;
- c) Qualidade e eficiência – articula o objetivo de elevado nível de qualidade e racionalidade técnica com a promoção da racionalidade económica e da eficiência;
- d) Envolvimento da família – facilita, incentiva e apoia a participação da família, elemento determinante da relação humanizada, na definição e desenvolvimento do plano individual de cuidados do/a Cliente/Utente;
- e) Continuidade e proximidade de cuidados – resposta às necessidades de cuidados numa perspetiva articulada de intervenção em Rede, mantendo, sempre que possível, os/as Clientes/Utentes dentro do seu enquadramento social e comunitário;

f) Rigor e transparência – relacionamento rigoroso e transparente com todos os interlocutores, consolidando assim a credibilidade institucional;

g) Responsabilização e hierarquização – promoção de uma cultura de responsabilização, comprometendo dirigentes, profissionais de saúde e demais colaboradores/as que desempenhem funções na Unidade no sentido de um escrupuloso cumprimento das normas, regulamentos e procedimentos definidos;

h) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade – assunção do trabalho de equipa como um dos pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e obtenção de ganhos em saúde.

Esta unidade assegura serviços como, atividades de manutenção e estimulação; cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional e da fala, animação socio-cultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho de todas as atividades de vida diária, tem também um gabinete de apoio ao cuidador, serviços religiosos, serviço de lavandaria e cozinha, serviço cabeleireira e avaliação geriátrica integral e apoio psicossocial ou psicológico.

Para o cumprimento destes serviços e da missão e dos valores e princípios esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar formada por vários profissionais tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos, técnicos de Serviço social, animadores socioculturais, assistentes administrativos, auxiliares de ação médica; rececionista/ telefonista.

Em relação a estrutura física é um edifício que foi construído de raiz e tem uma arquitetura moderna com vários espaços amplos e uma excelente iluminação natural.

Esta unidade é composta por 4 pisos onde se encontram os seguintes serviços:

Piso -1 – Área de medicina física e de reabilitação

Piso 0- Unidade de Média Duração e Reabilitação, este piso é constituído por 15 camas;

Piso 1- Unidade de Longa Duração e Manutenção, é constituído por 25 camas ocupadas

Piso 2- Unidade de Média Duração e Reabilitação, e é constituído por 15 camas.

Todos os quartos têm na entrada uma placa com a identificação dos utentes que se encontram nesse mesmo quarto, camas articuladas com grades, mesa-de-cabeceira, roupeiros, cadeirão, telefone, casa de banho adaptada e uma televisão.

Esta unidade é composta por 2 tipologia, a tipologia de Média Duração e Reabilitação e a de Longa Duração e Manutenção.

Em relação a tipologia de Média Duração e Reabilitação da Unidade de Cuidados Continuados de Bragança, é uma unidade de internamento que se dedica a prestar cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial a pessoas que tenham tido uma perda temporária de autonomia que pode vir a ser recuperável.

A finalidade desta unidade é a estabilização clínica e a avaliação e a reabilitação inteira da pessoa.

O internamento é superior a 30 dias e inferior a 90 dias seguidos, por cada admissão.

A unidade de média duração e reabilitação garante:

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Atividades de estimulação;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer;
- Animação sociocultural;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

Em relação a tipologia de Longa Duração e Manutenção da unidade de Cuidados Continuados de Bragança é uma unidade de internamento, que pode ser de carácter temporário ou duradouro e presta cuidados tanto a nível de apoio social como a nível dos

cuidados de saúde de manutenção a pessoas que tenham doenças crónicas com distintos níveis de dependência e que não tem condições para serem cuidadas no domicílio.

A finalidade desta unidade é oferecer cuidados que antecipem e retardem o agravamento de situação de dependência, dando bem-estar e a qualidade de vida.

É para internamentos de mais de 90 dias seguidos. Porém podem existir ainda internamentos inferiores a 90 dias, quando existe necessidade de descanso do principal cuidador.

Unidade de longa duração e manutenção garante:

- Atividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados médicos;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Apoio psicossocial;
- Controlo fisiátrico periódico;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Animação sociocultural;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

2.1. Descrição das atividades desenvolvidas em estágio.

No decorrer do estágio na unidade de cuidados continuados de Bragança, participei nas seguintes atividades:

Reunião de Acolhimento

Objetivo Geral: Conhecer os procedimentos efetuados numa reunião de acolhimento numa unidade de cuidados continuados integrados.

Descrição: Esta reunião, realiza-se nas primeiras 48 horas de internamento do utente na unidade.

Nesta reunião são abordados aspetos como:

- Informação sobre o funcionamento da RNCCI (tipologias de respostas existentes);
- Informação sobre documentos a apresentar, para formalização do processo da admissão do utente na unidade;
- Informação sobre a mobilidade dos utentes nas diferentes tipologias de resposta da RNCCI;
- Levantamento ou recolha de informações relevantes sobre o utente (contexto sociofamiliar, hábitos, preferências, rotinas);
- Informação sobre o tempo máximo de permanência previsto para cada tipologia de resposta da RNCCI;
- Levantamento e gestão das expetativas dos familiares dos utentes e preparação da alta;
- Preenchimento da Check-List com evidência escrita de tudo o que foi tratado no acolhimento ao utente/família;
- Informação sobre o sistema de tratamento de roupa.

No final da reunião, a diretora técnica, entrega à família uma cópia do guia de acolhimento, onde tem as informações gerais da unidade (o funcionamento, tipos de serviços disponíveis, direitos, deveres dos utentes, a reserva de vaga, apresentação da equipa multidisciplinar, informação sobre os horários de visitas, assistência espiritual, alimentação, entre outras informações e uma cópia do regulamento interno da unidade.

Recursos Humanos: Diretora técnica e família do cliente.

Data/cronograma: No meu período de estágio, participei em 2 reuniões de acolhimento que ocorreram durante o mês de março de 2018.

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação. Nesta atividade aprendi a maneira como se deve efetuar e de que forma tem que se proceder uma reunião de acolhimento, com todos os objetivos e quais são os documentos que se deve apresentar aos familiares , o levantamento de informações sobre o utente em questão e verifiquei que é muito importante saber quais são as expetativas dos familiares dos utentes em relação à preparação da alta.

Participação na reunião multidisciplinar.

Objetivo geral: Conhecer como funciona uma reunião multidisciplinar da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Descrição: Estas reuniões permitem aos profissionais que fazem parte da equipa multidisciplinar partilharem informação tanto a nível social como a nível de saúde dos utentes, assim como a terapia a administrar tanto na preparação da alta como na continuidade de cuidados.

Estas reuniões realizam-se semanalmente e os profissionais da equipa multidisciplinar descrevem a evolução do estado de saúde do cliente em relação à sua reabilitação, analisam e decidem se algum cliente precisa de ficar mais tempo na unidade, isto é, se necessitam de pedir prorrogação do tempo de internamento ou se podem ser transferidos para outra tipologia da RNCCI.

Recursos Humanos: A Diretora Técnica, o/a enfermeiro/a responsável pelos utentes, o Nutricionista, a Psicóloga e a Assistente Social;

Recursos Materiais: Computador;

Data/Cronograma: No meu período de estágio, participei em duas reuniões multidisciplinares, durante o mês de abril de 2018.

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação. Nesta atividade permitiu-me ver de maneira prática como funciona uma reunião multidisciplinar e quais são os objetivos e as finalidades da mesma. Permitiu-me também conhecer determinados casos específicos de alguns utentes tanto à nível social como a

informação clínica dos mesmos e se os utentes se encontram preparados para a alta ou para a continuidade dos cuidados, criando assim um plano de intervenção adequada às necessidades do utente em questão.

Atividades de estimulação cognitiva, de motricidade fina, treino de memória e da atenção, concentração e comunicação

Objetivo geral: Ter mais contacto com os utentes e perceber qual é a situação clínica e social de cada um.

Objetivo específico: Perceber de que maneira se pode estimular o utente a nível cognitivo, de motricidade fina de acordo com a sua situação clínica e social.

Descrição: Atividades para perceber de que maneira se pode estimular o utente, a nível cognitivo, a nível da motricidade fina, treino de memória e da atenção, concentração e comunicação com finalidade de potenciar o utente para a sua reintegração social.

As atividades desenvolvidas neste contexto foram:

- Atividades com exercícios de motricidade, coordenação e mobilidade para que o utente mantenha ou melhore a independência.
- Atividades cognitivas, onde o utente pode manter o cérebro e o sistema nervoso ativos.
- Atividades através da expressão plástica, isto é, atividades manuais que visam proporcionar ao utente exprimir-se através das artes plásticas e dos trabalhos manuais.
- Atividades de animação de dinâmicas de grupo, que tem como objetivo desenvolver as competências pessoais e sociais do utente.

Uma das atividades que presenciei foi o jogo do bingo onde os utentes, tiveram a oportunidade de em conjunto jogar uns com os outros.

Permitiu também estabelecer mais relação entre eles e promover também a socialização.

Recursos Humanos: Técnica de animação sociocultural, terapeuta ocupacional e clientes e estagiária.

Recursos Materiais: Materiais de estimulação cognitiva de motricidade fina e treino de memória e da atenção e de concentração a que se encontram na instituição para esse mesmo fim.

Data/Cronograma: Entre março e junho de 2018.

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi a observação participante. Com a participação e realização desta atividade fez com que tivesse contato mais próximo com os utentes, tendo assim a possibilidade de conhecer muito melhor à sua situação clínica e social e verifiquei também que houve melhoria em alguns utentes devido a atividades desenvolvidas e não só. Em relação a adesão dos utentes foi positiva, muitos deles afirmaram que o tempo passava mais rápido quando estavam a fazer este tipo de atividades e que lhes fazia muito bem.

Atividades alusivas à quadra da Páscoa

Objetivo Geral: Celebração da quadra alusiva à páscoa.

Objetivo específico: Manter a tradição

Descrição: Fez-se a decoração da instituição alusiva à quadra.

Foram feitas caixas decorativas em cartolina para colocar as amêndoas tradicionais da páscoa que foram distribuídas por todos os utentes como recordação.

Recursos Humanos: Animadora sociocultural e estagiária.

Recursos Materiais: Cartolina, tesoura, fita decorativa e amêndoas.

Data/cronograma: Entre 18 a 23 de março.

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação participante. Permitiu estabelecer mais relação entre os utentes e os funcionários da unidade e promover também a socialização e fez com que eles celebrarem uma quadra muito importante.

Explorar o Gestecare

Objetivo Geral: Conhecer como funciona o Gestecare e como é utilizado nesta unidade;

Objetivo específico: Conhecer melhor os utentes nomeadamente na sua situação clínica e social.

Descrição: Esta atividade serviu para conhecer um pouco melhor o aplicativo que é usado nos cuidados continuados integrados e para conhecer melhor os utentes e a sua situação clínica e social que consta nos processos individuais de cada um.

Recursos Humanos: Estagiária

Recursos Materiais: Computador

Data/cronograma: 9 de abril

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação participante. Nesta atividade fez com que eu pudesse conhecer melhor, tanto à situação clínica e social, assim como o tipo de episódio do utente, a proveniência, a causa da solicitação, a referenciação, a tipologia para onde o utente vai ou onde esta, o instrumento de avaliação integrada e as avaliações de enfermagem, dos médicos e sociais e outras avaliações de profissionais como os terapeutas ocupacionais, os animadores socioculturais e os nutricionistas. A avaliação das úlceras de pressão se for o caso, o registo de pensos e apósitos, a vigilância de diabetes, o registo de exames auxiliares de diagnóstico e por último as notas de alta.

Participação na conferência familiar

Objetivo Geral: Assistir a uma conferência familiar.

Objetivo específico: Ter conhecimento de quais são os procedimentos a utilizar numa conferência familiar.

Descrição: A conferência familiar serve para fornecer informação clínica do doente e os planos de cuidados à família. Procura-se que haja consenso entre a família e a equipa sobre a estratégia de abordagem dos problemas do doente.

Podem fazer parte da conferência familiar, os familiares do utente que queiram estar presentes, o próprio utente se estiver consciente e orientado, a Diretora Técnica da

Unidade, a Psicóloga, o(a) Enfermeiro(a) responsável pelo utente, a Assistente Social, a Fisioterapeuta, a Animadora Sociocultural, a Nutricionista e a Terapeuta da Fala.

No início da conferência familiar, a diretora técnica da unidade, faz a apresentação dos elementos da equipa multidisciplinar que se encontram presentes e informa quais são os objetivos da reunião.

No final, a diretora técnica, apresenta o resumo do plano de intervenção multidisciplinar que é assinado por todos que se encontram presentes.

Recursos Humanos: Diretora Técnica da Unidade, Enfermeira responsável pelo utente e a fisioterapeuta.

Data/cronograma: abril de 2018

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação. Nesta atividade fez com que eu aprende-se à importância que as famílias têm ao longo do internamento do utente na unidade de cuidados continuados de Bragança. Por isso é bastante importante fazer conferências familiares para que os familiares em questão saibam qual é a informação clínica do doente e os planos de cuidados que os profissionais desta mesma unidade têm para o utente e espera-se que haja consenso entre a família e a equipa sobre a estratégia de abordagem que iram usar para um determinado caso.

Participação na visita de acompanhamento pela Equipa de Coordenação Local

Objetivo Geral: Conhecer como é uma visita realizada pela Equipa de Coordenação local a uma unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Objetivo específico: Assistir a uma avaliação realizada pela Equipa de Coordenação Local.

Descrição: A coordenação da Rede organiza-se a nível nacional, sendo assim constituída pelas equipas de coordenação local e regional.

A organização da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais possibilitando, desta maneira, uma articulação dos diversos níveis de coordenação da rede, garantindo assim a sua flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem.

Esta atividade serviu para assistir a uma avaliação feita pela Equipe de Coordenação Local.

A avaliação é feita através da utilização de um instrumento de recolha de dados, nomeado por “Grelha de Acompanhamento à unidade.”

Esta avaliação serve de guia para o acompanhamento da atividade das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e é assim utilizada e preenchida por pelo menos dois membros da ECL, em que um é do setor da saúde e outro do setor da segurança social.

Estas Grelhas contêm avaliações trimestrais, sendo assim contínuas, mostrando aspetos da organização, funcionamento e prestação de Cuidados da Unidade em avaliação naquele período em questão.

Os elementos da ECI usaram técnicas de recolha de dados, tais como a observação direta, consulta de documentos e entrevistas individuais e grupais para obterem resultados mais fidedignos ao longo do acompanhamento para a concretização dos parâmetros constantes na Grelha.

Neste caso como a instituição tem mais do que uma tipologia da RNNCI, aplicou-se uma grelha por unidade de internamento.

A grelha como é um instrumento de trabalho, aparece como formato de checklist, isto é, cada alínea assinalada corresponde à afirmação de que existe (S) ou não existe (N), evidência daquele critério. Possui ainda três tipos de espaços em aberto para: “Observações”, “Outros Assuntos” e “Descrição das recomendações e prazos”, que deverão ser negociados com a Unidade.

Recursos Humanos: Diretora técnica da unidade, Enfermeiro chefe da unidade, a Assistente social da unidade, um Enfermeiro e uma Assistente social que pertencem a equipa de coordenação local.

Recursos Materiais: Computador

Data/cronograma: abril de 2018

Metodologia de avaliação: A metodologia de investigação usada nesta atividade foi de observação. Nesta atividade fez com que eu ficasse a conhecer um bocado melhor como funciona uma avaliação à nível local de acordo com a Rede Nacional de Cuidados

Continuados Integrados. Quais são os critérios que os profissionais da equipa de coordenação local utilizam para avaliar uma unidade de cuidados continuados. Neste caso, avaliação é feita através de um instrumento de recolha de dados chamado de “Grelha de acompanhamento à unidade”, que é feito de 3 em 3 meses. Mostrando assim aspetos de organização e funcionamento e prestação de cuidados da unidade.

Comemoração do 25 de abril

Objetivo Geral: Recordar o dia 25 de abril de 1974.

Objetivo específico: Estimular os utentes a recordarem memórias desse dia e dessa época.

Descrição: Os utentes pintaram cravos que foram expostos e distribuídos. Foi também feito um jogo de palavras cruzadas referentes a esse dia e a essa época.

Recursos Humanos: Utes, Animadora Sociocultural, Terapeuta ocupacional e estagiária.

Recursos Materiais: Desenhos de cravos para colorir, o jogo de palavras cruzadas e cravos feitos com papel.

Data/cronograma: 23 de abril de 2018

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação participante. Esta atividade fez com que eu aprendesse muito com alguns dos utentes, pois muitos deles recordavam-se muito bem desse dia e alguns até contaram histórias por eles vividas. Permitiu também estabelecer mais relação entre eles e promover também a socialização.

Dia Mundial do sorriso

Objetivo Geral: Celebrar o dia mundial do sorriso.

Objetivo específico: Assinalar o dia.

Descrição: Nesta atividade para celebrar o dia mundial do sorriso foram tiradas algumas fotografias a todos os utentes e funcionários da instituição, algumas com enfeites bastante engraçados.

Recursos Humanos: Clientes, Animadora sociocultural, Terapeuta ocupacional, estagiária e funcionários da instituição.

Recursos Materiais: Enfeites e máquina fotográfica.

Data/cronograma: 27 de abril de 2018.

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação participante. Esta atividade teve um impacto bastante positivo pois tanto os utentes como os funcionários aderiram bastante e foi um dia muito animado. Permitiu também estabelecer mais relação entre eles e promover também a socialização.

Dia de Camões, de Portugal e das Comunidades Portuguesas 2018

Objetivo Geral: Recordar com os utentes a história de Portugal.

Objetivo específico: Estimular os utentes a recordarem o que sabem sobre a história de Portugal.

Descrição: Nesta atividade foi feito um jogo com os utentes que continha perguntas sobre a história de Portugal.

Recursos Humanos: Utentes, Animadora Sociocultural, Terapeuta Ocupacional, e estagiária.

Recursos Materiais: Um jogo que tinha perguntas sobre a história de Portugal.

Data/cronograma: 8 de junho de 2018

Metodologia de avaliação: A metodologia de investigação usada nesta atividade foi de observação participante. Os utentes foram bastantes participativos, alguns ainda se recordavam de muitos factos da história de Portugal. Permitiu também estabelecer mais relação entre eles e promover também a socialização

Comemoração dos Santos Populares.

Objetivo Geral: Celebrar os Santos Populares.

Objetivo específico: Manter a tradição dos Santos Populares.

Descrição: Fez-se a decoração da instituição relacionada com esta mesma época.

Ao som de marchas populares, os utentes iam pintando ilustrações alusivas à quadra dos santos populares.

Recursos Humanos: Animadora Sociocultural, Terapeuta Ocupacional, Utentes e estagiária.

Recursos Materiais: Cartolina, papel, canetas e lápis para pintar.

Data/cronograma: 22 de junho de 2018

Metodologia de avaliação: A metodologia que foi usada nesta atividade foi de observação participante. Os utentes foram bastantes participativos pois era uma atividade diferente das que estavam acostumados a fazer no dia à dia. Permitiu também estabelecer mais relação entre eles e promover também a socialização.

PARTE II: Investigação empírica

1-Envelhecimento da população

O fenómeno do envelhecimento pode ser analisado em duas perspetivas. A primeira é o envelhecimento individual, que está ligado com o aumento da esperança média de vida, é influenciado não só pela herança biológica e pelo comportamento individual de cada pessoa, mas também por fatores de natureza social, ambiental, económica e política (Maia, 2015).

Paul e Fonseca (1999) cit in Paiva (2010), referem que envelhecer é um processo muito complexo, não só na evolução biológica dos organismos, mas também nas dimensões psicológica e social do desenvolvimento do ser humano. Ocorrem mudanças tanto no corpo, como nas alterações funcionais e nos papéis sociais.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, publicado pela Direção Geral da Saúde (2006, p.5), o envelhecimento humano consiste “num processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.”

As alterações verificadas durante o processo de envelhecimento, especialmente as mudanças fisiológicas, podem levar a uma progressiva diminuição da capacidade funcional, a uma maior dependência física, isolamento social e redução, ou até ausência de produtividade que vai afetar a pessoa tornando-a mais vulnerável e dependente de cuidados (Maia,2015).

Para Marrachinho (2014, p.6) “O envelhecimento é um processo Universal complexo e contínuo que acompanha a pessoa humana ao longo da sua vida, relaciona-se, pois, com um fenómeno normal, inerente à própria vida, com evolução mais rápida e notória, que se observa nas últimas fases da vida das pessoas.”

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional pois a forma como ocorre e evolui, depende de pessoa para pessoa. Depende assim dos recursos que cada pessoa tem para se adaptar a esta etapa da vida e estão ligados pelos percursos de vida e influenciados por fatores intrínsecos à pessoa e ao contexto (Maia,2015).

Na atualidade a velhice tem algumas conotações, uma mais negativa que está ligada com a última fase da vida e a morte, isto é, a época em que as pessoas não têm mais projetos para o futuro em que as limitações físicas impostas pela idade calcam tudo e onde o isolamento ou a solidão formam sentimentos muito comuns. Por o outro lado, há uma

visão mais positiva, que está associada com o motivo de se ter atingido uma idade mais avançada, de estar numa fase de ausência de compromissos laborais podendo usufruir de uma reforma que lhe pode dar uma boa qualidade de vida.

É uma etapa da vida, onde se podem concretizar muitos sonhos ou projetos que as rotinas laborais não deixaram. (Sá e Coelho,2016).

Quando se fala em envelhecimento também não se pode deixar de considerar o envelhecimento demográfico e o impacto que este mesmo tem para a sociedade.

O envelhecimento demográfico resulta assim do aumento das pessoas idosas na população total, que ocorre devido a fatores como a queda da fecundidade, queda da mortalidade e o aumento da esperança media de vida (Maia,2015).

Segundo Gonçalves (2007citado por Alves 2015, p.5) “O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo dinâmico, em que a proporção de população idosa aumenta na população total, como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas.”

Com esta realidade existem várias consequências na vida pessoal e na sociedade, que vão fazer com que haja muitos desafios tendo assim que dar uma resposta de forma abrangente e integrada.

Em relação ao plano económico, houve assim um acréscimo de despesas que são resultantes do aumento da população dependente e da redução da população produtiva, pois verifica-se um aumento de número de reformados e não é compensado com a entrada de número suficiente de efetivos na vida ativa.

Em relação ao plano social, existem alterações das relações profissionais e familiares e há necessidade de adaptação dos sistemas de proteção.

Do ponto de vista dos cuidados de saúde, aumenta a necessidade de recursos e de cuidados, pois nota-se um aumento da população portadora de multipatologia com consequente aumento do número de pessoas em situação de dependência (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006).

Para Martins (2016) este fenómeno vai trazer várias consequências como aumento dos custos ao nível da saúde, provocando necessidade do aumento dos serviços prestados e dos profissionais clínicos; o aumento dos equipamentos sociais, isso deve-se a crescente

necessidade de instituições de assistência para os idosos alterando assim a esfera familiar ,o acréscimo das despesas com prestações sociais, pois estas estão a serem suportadas pelas gerações mais novas e em número cada vez mais reduzido e por ultimo a diminuição da população ativa e como consequência disso a diminuição da produtividade.

Segundo Fernandes (2014), o fenómeno do envelhecimento demográfico varia de acordo com os ritmos de evolução conforme os países ou as regiões do mundo, existindo também várias perspectivas ao nível social e político, sobre o que é ser velho e sobre o tipo de recursos que o país tem para responder aos desafios.

Este fenómeno de envelhecimento demográfico tornou se uma realidade não só dos países desenvolvidos do mundo, mas também dos países subdesenvolvidos tornando-se assim num problema à nível mundial, quer pela dimensão do fenómeno, quer pelas suas implicações na vida das sociedades, terão que enfrentar um grande desafio, o envelhecimento das populações.

Podemos constatar que estamos perante uma realidade de duplo envelhecimento. Isto é, “o alargamento do topo da pirâmide etária indica-nos que a população idosa está a crescer, sendo resultado direto do aumento da esperança média de vida. Cada vez mais verifica-se que os indivíduos chegam a patamares etários superiores, e que aqui, permanecem durante mais anos. Nesta situação estamos perante o envelhecimento no topo” (Sousa,2009).

Isto resulta da diminuição da população que tem menos de 15 anos e no aumento do número de pessoas com mais de 65 anos, tornando-se num fenómeno que rapidamente adquiriu uma dimensão mundial.

O envelhecimento da base da pirâmide é explicado pela diminuição da fecundidade e o envelhecimento do topo da pirâmide é devido à maior esperança média de vida e longevidade dos indivíduos, isso faz com que a taxa de mortalidade seja reduzida. Essa diminuição deve-se ao aumento da melhoria dos mais diversos níveis como a educação, da higiene, da tecnologia, entre outros. (Martins,2017).

Em 2017 por cada 100 jovens existiam cerca de 153,2idosos em Portugal. (Pordata,2018).

Segundo Martins (2016), o problema está na inexistente renovação de gerações e não na percentagem de pessoas idosas no total da população. Os vários motivos que se

encontram associados são à generalização dos métodos contraceptivos, à progressiva emancipação social da mulher e conseqüentemente aos processos decisórios sobre a fecundidade e planeamento familiar que esta possui e por último, à instabilidade financeira.

Para além de haver um aumento da população mais velha e diminuição da população mais jovem, existem outros aspetos na evolução demográfica em Portugal, como o aumento da longevidade e da esperança de vida, que resulta da redução da taxa de mortalidade e da taxa de mortalidade infantil. (Pires,2017)

Segundo os dados da Pordata (2017) desde 1960 até 2016, assistiu-se a uma quebra muito acentuada da taxa de mortalidade infantil que passou de 77,5% para 3,2%. Esta diminuição bastante acentuada deve-se aos significativos avanços médicos, científicos e sociais.

De acordo Pires (2017), a quebra da fecundidade também é um dos motivos para que o envelhecimento esteja muito elevado pois à natalidade em Portugal esta cada vez mais baixa.

Isto deve-se ao adiamento do nascimento do primeiro filho e a fatores associados ao desenvolvimento na sociedade, como o aumento da escolarização, o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia e a urbanização.

A imigração também é uma das causas que faz com que à taxa de natalidade esteja muito baixa, pois quem emigra normalmente são pessoas em idade ativa. (Pires,2017).

Por essas razões anteriormente referidas como um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de natalidade e fecundidade, não se consegue renovar as gerações, pois é necessário que cada mulher em média tenha 2,1 filhos. “Um pouco mais do que dois filhos, portanto, porque a probabilidade de nascerem indivíduos do sexo masculino é ligeiramente superior à probabilidade de nascerem indivíduos do sexo feminino” (Rosa, 2012, p. 31).

A pirâmide etária tem vindo a inverter-se, pois a população jovem tem vindo a diminuir enquanto as populações idosas têm vindo a aumentar, por isso é que se esta num processo de duplo envelhecimento na base e no topo.

2-Dependencia

O conceito de dependência está ligado à incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. (Guedes,2011).

A dependência aparece quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e precisa de ajuda de outra pessoa. (Costa,2012).

Assim, a dependência constitui um processo incapacitante que vai influenciar a funcionalidade e o desempenho das atividades da vida diária.

Para Figueiredo (2007), a dependência consiste na necessidade de ajuda ou assistência importante para a concretização de atividades da vida diária.

Uma das causas que pode dar origem a uma perda de autonomia é a doença incapacitante, que vai influenciar a vida da pessoa tanto em termos pessoais, como sociais.

Constitui, portanto, o resultado de um procedimento que se inicia devido a um déficit no funcionamento corporal e/ou psicológico que ocorreu como consequência de uma doença ou acidente e que fez com que o indivíduo tenha uma limitação na atividade normal. Muitas das vezes essa limitação não é compensada mediante a adaptação do meio e origina uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outros indivíduos para realizar as atividades de vida diária. (Sebastião & Albuquerque,2011).

O Ministério da Saúde (2006, p. 3857) define a dependência como

...a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. (Decreto-Lei nº 101/2006, Junho,p.3857).

Pela análise da definição anterior pode verificar-se que a dependência não se deve exclusivamente à incapacidade, mas também a complicações familiares e à insuficiência de apoios sociais (Jacob,2007).

Outros autores entendem que, “o conceito de dependência é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social, destinadas às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades diárias para satisfação das suas necessidades básicas.” (Quaresma,1996 citado por Alves,2015 p.6).

Fernandes (2000) refere que nas pessoas idosas a dependência assume contornos próprios, pois são múltiplas as suas causas. Entre elas estão: redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social. Apesar de “ser idoso” não ser sinónimo de “ser doente” (Costa, 2012), a verdade é que, com o aumento da longevidade aumenta também a probabilidade de deterioração em alguns órgãos e sistemas do organismo pelo que, pode existir diminuição da força física, da mobilidade, do equilíbrio e da resistência.

Apesar da dependência ocorrer em todas as idades, é mais comum acontecer em idades mais avançadas pois o envelhecimento favorece o desenvolvimento e o aparecimento de doenças crónicas que podem levar aos vários e diferentes níveis de dependência como a dependência física, psíquica, económica, social, sendo que todas se encontram ligadas. Nas faixas etárias mais jovens, a dependência aparece na maioria dos casos associada a situações de deficiência congénita ou adquirida. (Nogueira,2009).

É importante referir que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente, podendo a gravidade da mesma variar de acordo com o grau de aceitabilidade da pessoa. (Paschoal, 2007)

A este propósito Figueiredo (2007), classificou a dependência de acordo com os seguintes graus, ligeiro, moderado e grave. O primeiro, o ligeiro, acontece quando o indivíduo necessita apenas de supervisão ou vigilância, mas ainda possui autonomia e consegue realizar as atividades de vida diária; no grau moderado o indivíduo precisa de supervisão e de apoio para desempenhar algumas tarefas e no grave, a pessoa precisa de ajuda permanente, tratando-se normalmente de indivíduos acamados ou com graves restrições de mobilidade.

Independentemente do grau, a dependência constitui-se nalguns casos como um processo dinâmico cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida de acordo com o ambiente em que o indivíduo está inserido e os cuidados que lhe são prestados (Alves, 2015).

Para além da condição de cada pessoa, outros fatores como o ambiente físico e social exercem também influência na manifestação da dependência. A este respeito, Pavararini e Neri (2000), afirmam que ao nível físico existente, o ambiente pode ter barreiras arquitetónicas como escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação ou sinalização deficiente e ergonómicas, como sofás excessivamente fundos, fofos e baixos, camas altas, cadeiras com área e ângulo de apoio para as costas e braços deficientes, armários de parede pendurados muito alto, visores de aparelhos com letras muito pequenas.

Também Mello e Perracini (2000), consideram o ambiente muito importante no desempenho funcional nas pessoas idosas. O controlo motor aparece da interação entre as características intrínsecas do indivíduo, a tarefa a ser executada e o contexto ambiental. Referem ainda que a pessoa idosa pode não ter equipamentos, como as ajudas técnicas, que funcionem como uma extensão do corpo e ajudem a pessoa a adaptar-se ao ambiente que não está organizado nem adaptado às suas características.

Face ao exposto, pode inferir-se que, se houver ambiente, assistência adequada e as condições clínicas do doente sejam boas, o grau de dependência pode ser reduzido, podendo inclusive readquirir a independência.

Assim, ao analisar a situação de dependência implica, necessariamente, analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, tendo em mente a compreensão dos fatores que para ela concorrem.

Um desses fatores que tem maior importância são as doenças, em particular a pluripatologia tão comum ao nível da camada da população idosa, uma vez que a (s) doença (s) das quais o idoso padece exercem influência na capacidade que o indivíduo tem para satisfazer as atividades de vida diária e manter as condições de vida independentes. Entre essas doenças podemos destacar os Acidentes Vasculares Cerebrais, as doenças pulmonares, de Parkinson, osteoarticulares, as demências, entre outras.

Sousa (1993), Vicente e Amaral (2001) e Guedes (2011) nos estudos que desenvolveram junto de pessoas idosas dependentes, constataram que não só o grau de dependência aumentava com o aumento do grupo etário, como também era mais predominante no sexo feminino.

Também as práticas sociais discriminatórias que muitas vezes rodeiam a pessoa com dependência podem vir a limitar a sua autonomia e independência.

Guedes (2011, p.32) refere que:

...São exemplos dessas práticas recusar emprego ou demitir as pessoas mais velhas; tratá-las como incapazes; recusar-lhe pensões que lhe permitam dar conta das necessidades básicas; ao nível institucional oferecer um ambiente excessivamente despersonalizado, onde a pessoa idosa seja tratada como incapaz, sem poder de decisão e dificultar-lhe o acesso a serviços de saúde”.

No contexto da dependência, os objetivos da relação de ajuda servem para ajudar a pessoa a passar por um momento difícil a indentificar e a resolver os problemas que se colocam e favorecer um funcionamento pessoal e interpessoal mais satisfatório considerando vários recursos.

3. Relação de ajuda e comunicação

Na relação de ajuda, normalmente há uma pessoa que procura outro alguém, ou uma pessoa, grupo ou instituição para pedir ajuda para resolver algumas fases da vida em que sente dificuldade de encontrar o caminho ou uma saída para a situação em que se encontra e não consegue sair.

Para Rogers (1977) cit in Azevedo (2008) relação de ajuda como uma relação em que pelo menos uma das partes, procura apoiar a outra, no crescimento, no desenvolvimento, na maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida.

De acordo com Ducraux (2000), a relação de ajuda aparece a partir do momento em que duas pessoas tem um contacto e uma dessas pessoas de um modo explicito ou não faz um pedido.

O profissional, vai ter que ajudar a pessoa no sentido que consiga adquirir competências que lhe permitam lidar com os problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir para a consecução dos seus objetivos, expressar os seus sentimentos e as suas perspetivas, construir sentidos, com

uma postura crítico-reflexivo numa vertente da resolução de problema. (Simões, Fonseca & Belo, 2006)

Segundo Ducraux (2000), os profissionais criam relação de ajuda, a partir do momento em que a sua atenção vai para além do seu dever pessoal para se centrarem na pessoa com quem estão em contacto. No entanto, para que se desenvolva uma relação de ajuda efetiva o profissional deve possuir certas capacidades e habilidades que, segundo Lazare (1994) cit in Almeida (2012), compreendem a capacidade de escuta, clarificação, a ajuda na clarificação, isto é, é preciso ser concreto, ter respeito por si e pelos outros, confortar-se consigo próprio e com os outros e ser empático consigo próprio e com os outros.

Phaneuf (2005) refere que existem duas categorias de relação de ajuda: uma em que envolve a aceitação incondicional da pessoa, a empatia e a revelação de si, compreendendo que estas características são as mais fortalecedoras que procedem como sendo uma benefício para a alma; da segunda categoria, faz parte a autenticidade, a confrontação e a imediação, isto é, características mais estruturadas pois visam responsabilizar a pessoa a pelos seus atos.

De acordo com Béltram (2007) para que um profissional desenvolva uma correta relação de ajuda são precisos requisitos como o autoconhecimento, a empatia, o respeito, a observação, a escuta ativa e a consciência das próprias habilidades.

Existem três pontos chave na relação de ajuda como, a verdadeira escuta que vai ajudar o profissional de saúde a identificar as necessidades expressas tanto de forma verbal como não verbal; o segundo ponto é a empatia, ou seja; o profissional tem que ter a capacidade de compreender o outro colocando-se no seu lugar mantendo, no entanto, um certo distanciamento que permita a relação terapêutica e, por último, a congruência que vai implicar a autenticidade para que o profissional seja ele próprio (Saraiva, 2008).

A relação de ajuda compreende uma abordagem diferente das outras, pois a melhor forma de ajudar o outro, é acreditar nele como pessoa, na sua condição de pessoa, na sua condição de ser pensante, com sentimentos e com capacidades de procurar e direcionar a sua própria necessidade de mudança.

A relação de ajuda, permite que se entre no interior das pessoas, para as sentir compreender o seu âmago, respeitando-os e amando-os (Tavares,1996 cit in Lopes, 2010).

Estar em relação significa estar atento à pessoa na sua completude, tendo em conta o ambiente humano e físico da pessoa, reconhecer as suas próprias impressões como pensamentos, sensações, emoções e necessidades, quando se está com o utente. (Chalfour,2008).

Cada pessoa que se encontra neste processo relacional desempenha uma função. Para Lazaure (1994), o acto de ajuda compromete, para quem oferece ajuda, dar de si mesmo ao outro, especialmente a sua disponibilidade interior e interesse, o seu tempo, o seu engenho e saber e a sua capacidade de escuta e compreensão.

A pessoa que procura ajuda, encontra-se vulnerável e tem desejo em libertar-se do sofrimento e vive sentimentos de incapacidade e insegurança que cercam a imagem positiva que tinha, buscando na pessoa que esta a tentar ajudar uma solução que não consegue reaver no seu interior. (Nunes,1999).

O mesmo autor confirma que a perspectiva da abordagem centrada na pessoa, e estabelece uma relação de ajuda, não é sinónimo de fornecer soluções ou indicar estratégias elaboradas por parte do técnico. Quer dizer que vai criar condições relacionais que permitam à pessoa que pede ajuda descobrir o caminho que está em sintonia com a sua subjetividade que vai permitir que seja criativo e coerente nas soluções que vai descobrir para ultrapassar as dificuldades ou problemas.

Como referem Simões, Fonseca e Belo (2006, p.47) “Esta relação não deve, sob hipótese alguma, ser vista como uma relação na qual existe um sujeito mais forte, que ajuda, e um sujeito mais fraco, que é ajudado.”

Feltham(1995),fala em algumas competências de comunicação que podem ser vistos como um “saber fazer” tais como a escuta atenta, a compreensão exata do ponto de vista do outro como se fosse a sua própria perspectiva o ser capaz de explicar e sumarizar para o outro, o que se ouviu e compreendeu, o ser capaz de se envolver emocionalmente com os outros, entre outros.

O objetivo do profissional é o de ajudar, não conduzir ou guiar a pessoa em função do que o técnico acha melhor para a pessoa que esta a ajudar. O técnico vai assim ajudar

a pessoa, a descobrir dentro de si, a resposta ou a solução que é naquele momento a melhor para si e a mais coerente com o seu “estar-no- mundo”. (Nunes,1999).

Para Gordon (1998) cit in Azevedo (2008), quando a pessoa vive um problema, é mais eficaz se o profissional tiver uma atitude de escuta, que possibilita ao paciente reduzir a sua tensão emocional e criar as condições internas que lhes possibilitem descobrir as estratégias adequadas para a resolução dos seus problemas.

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é um processo que vai originar a produção de informação, de troca, de partilha, que é algo muito complexo que pode vir a ser transitada de forma consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não verbal. É através desse processo que uma pessoa vai aprender e compreender as intenções, opiniões, sentimentos e emoções da outra pessoa.

A comunicação é caracterizada como um fenómeno complexo e dinâmico, que vai ser influenciado por vários fatores intrínsecos, de carácter biológico, psicológico, psicossocial, cultural, religioso e por múltiplos fatores intrínsecos que estão ligados ao meio ambiente como o ruído, a falta de privacidade, o espaço e a tecnologia. (Pereira,2008).

Em saúde, a comunicação é algo transversal pois acontece em contextos muito diferentes, assumindo o fundamental enfoque na relação que se cria entre o profissional de saúde e o paciente. Vai permitir aos profissionais de saúde, criar uma relação de confiança e segurança com o utente e, assim, pode ajudar o doente a ter uma melhor adesão ao processo terapêutico prescrito. “A comunicação é um elemento chave na garantia da segurança do doente, manifestando-se na qualidade dos cuidados.” (Consciência,2017, p.27). A sua efetividade vai assim resultar da participação ativa dos profissionais de saúde e da quantidade e qualidade do diálogo que se vai estabelecer entre todos os intervenientes. (Alves,2011).

Uma comunicação que seja eficiente, vai permitir a satisfação do doente. (Brás e Ferreira,2016) e vai promover um aumento na qualidade de cuidados de saúde. (Santos et.al,2010).

De acordo com Ramos e Bortagari (2012),

.... Torna-se impossível o ato do cuidar do enfermeiro, a cura do médico, a reabilitação do fisioterapeuta, a compreensão e o aconselhamento do psicólogo ou qualquer outra ação na assistência ao ser humano, sem haver habilidades de comunicação interpessoal, considerando tal comunicação não apenas um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas uma competência ou capacidade que deve integrar a formação do profissional da saúde. (p.66)

A comunicação pode ser dificilmente reversível pois quando a mensagem foi passada ou a forma como foi disponibilizada não foi a mais correta, é possível que possa ter consequências que se tornam difíceis de reverter e podem ter um grande impacto no paciente. (Phaneuf,2005).

A comunicação é definida como um intercâmbio compreensivo de significação por símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem que pode ser verbal ou não verbal. (Simões, Fonseca & Belo,2006)

De uma maneira especial, a comunicação não verbal, qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e uma situação que vai permitir ao individuo perceber e compreender os sentimentos do interlocutor.

Os sinais não verbais muitas das vezes são usados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e para mostrar sentimentos.

Os profissionais de saúde não podem esquecer que as mensagens não são só interpretadas pela fala, mas também pelo comportamento adotado.

Por isso é importante que os profissionais tenham consciência da importância da linguagem corporal, nomeadamente no que diz respeito à proximidade, à postura, ao toque e ao contacto visual.

Para prestarem a assistência ao utente, é preciso a demonstração de carinho e atenção ações como ouvir, expressar um olhar atencioso, tocar e reconfortá-lo, estas ações fazem com que a pessoa que está a ser ajudada sinta segurança, prestação e auto-estima. (Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF,2004)

4.Contextualização e objetivos do estudo

Como referido anteriormente, foi realizado um estágio curricular inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Cuidados Continuados na unidade de Cuidados Continuados de Bragança.

No âmbito do mencionado estágio está prevista a realização de uma investigação que possibilite a aquisição de um maior nível de competências para além das adquiridas com a realização do estágio propriamente dito.

Face às experiências vividas no decurso do mesmo, optou-se pelo desenvolvimento do presente estudo que tem como objetivo principal:

- Compreender as experiências de quem cuida em Cuidados Continuados integrados através do conhecimento das suas vivências e sentimentos.

4.1. Abordagem metodológica do estudo

Este estudo é de natureza qualitativa e de abordagem fenomenológica no qual a realidade a ser estudada vai ser construída de acordo do quadro referencial dos sujeitos do estudo tendo o investigador a necessidade de compreender o significado da ação humana, dado que, como referem Siani, Correa e Las Casas (2016:199) “A fenomenologia oferece a possibilidade para compreender a experiência vivida das pessoas de um modo que outras metodologias não o fazem ... procurando encontrar compreensão sobre a experiência real e, o que ela significa para os indivíduos.”

A pesquisa qualitativa preocupa-se com os aspetos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais e do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que vai corresponder a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis. (Cruz,2017)

Este tipo de investigação é indutivo e descritivo, pois o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos que são encontrados a partir dos dados, em vez de recolher dados para provar modelos, teorias ou verificar hipóteses. (Cruz,2017).

Ao contrário da investigação quantitativa a investigação qualitativa, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Como afirmam Carpenter (2002) e Minayo (2000) a investigação qualitativa é caracterizada através das

experiências vividas, dos comportamentos, das emoções e dos sentimentos das pessoas que são entrevistadas.

De acordo com Streubert e Carpenter (2002), os investigadores que utilizam esta metodologia de investigação mencionam várias características importantes como um compromisso com a identificação de uma abordagem para entender o fenómeno estudado de acordo com o ponto de vista da pessoa entrevistada, através da sua compreensão e relatando-o de forma literária com inclusão dos discursos dos participantes.

De facto, um dos objetivos da pesquisa qualitativa é entrar no mundo subjetivo das pessoas, transformando-os em atores e atrizes de suas próprias vidas para compreender e atribuir significado a eventos e situações vividas no contexto do estudo. Os investigadores conseguem subscrever muitas verdades ao compreender como as pessoas percebem e vivem experiências diferentes (Streubert e Carpeno,2002).

Na pesquisa qualitativa e na abordagem fenomenológica torna-se necessário explorar os aspetos subjetivos minuciosamente e quanto mais detalhes se obtiverem, melhor compreendido será o fenómeno em estudo (Santos e Raimundo,2017), já que o método fenomenológico tem como objetivo compreender o modo de viver das pessoas procurando extrair os significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto que está a ser estudado (Gil,2009).

Silva, Lopes e Diniz (2008:255) afirmam que

A descrição fenomenológica é fundamental, porque o nosso olhar habitual não nos permite evidenciar o fenómeno em si mesmo”, pelo que, face à sua experiência de vida, o investigador procura compreender o fenómeno que pretende estudar. Acrescentam ainda que “... a fenomenologia proporciona o saber compreensão, que se fundamenta no rigor, pois procura valorizar o ser na sua singularidade, uma vez que se preocupa com o que se repete, com o que se manifesta... (p:256).

Também para Streubert e Carpeno (2002), o propósito da fenomenologia é analisar as experiências vividas pelos sujeitos que, de acordo com Bicudo (2011), tem como objetivo a descrição das vivências da pessoa e são manifestadas por meio da

linguagem, que transmite a maneira como sujeito percebeu, ao dar conta da pergunta que lhe foi colocada pelo pesquisador. As descrições vão ser expostas de várias maneiras como texto escrito, relato falado e gravado, e/ou vídeo. (Bicudo, M; Azevedo, D & Barbariz, T.,2017).

Face ao exposto, optou-se por esta abordagem de investigação no sentido de compreender as experiências de quem cuida em Cuidados Continuados integrados através do conhecimento das suas vivências e sentimentos.

4.2. Participantes do estudo

Nas pesquisas qualitativas é difícil determinar o número de participantes que vão fazer parte da pesquisa, pois podem incluir-se participantes enquanto decorre a investigação (Alves,1991; Duarte,2002).

Para a seleção dos participantes, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser Cuidador Formal na Unidade de Cuidados Continuados de Bragança;
- Ter formação graduada;

No total de dez cuidadores formais que foram entrevistados, nove eram do sexo feminino e um do masculino. Sete dos entrevistados tinham mais do que 30 anos e os restantes tinham menos que 30 anos. Verificou-se que quatro dos entrevistados eram casados, dois em união de facto e quatro eram solteiros.

Em relação a experiência de trabalho cinco dos entrevistados tinham 4 anos de experiência, um entrevistado tinha 3 anos de experiência enquanto quatro tinham menos de 2 anos de experiência. Seis dos entrevistados eram enfermeiros.

Quatro inquiridos desenvolvem a sua atividade profissional na unidade de média duração e reabilitação, dois na unidade de longa duração e manutenção e quatro entrevistados nas duas tipologias. A maioria possui a licenciatura como grau de habilitação literária e um possui o grau de mestre.

Tabela 1- Caracterização dos participantes do estudo

Variável		N	%
Sexo	Masculino	1	10,0
	Feminino	9	90,0
Idade	< 30 anos	3	30,0
	> 30 anos	7	70,0
Estado civil	Solteiro	4	40,0
	Casado	4	40,0
	União de facto	2	20,0
Profissão	Enfermeiro	6	60,0
	Assistente social	1	10,0
	Animadora sócio cultural	1	10,0
	Terapeuta ocupacional	1	10,0
	Ajudante técnica de fisioterapia	1	10,0
Experiência profissional em Cuidados continuados	<2 anos	4	40,0
	3 anos	1	10,0
	4 anos	5	50,0
Tipologia	Unidade média duração e reabilitação	4	40,0
	Unidade longa duração e manutenção	2	20,0
	As duas tipologias	4	40,0
Habilitações académicas	Licenciatura	9	90,0
	Mestrado	1	10,0

4.3. Método de recolha de dados

Face à metodologia eleita para o presente estudo, elaborou-se um guião de entrevista semi-estruturada como suporte para a recolha de informação. (Anexo I)

Queiroz (1978 citado por Ludkiewicz, 2008) afirma que a entrevista semi-estruturada é definida como um método para a obtenção de dados que supõe um diálogo que envolve o entrevistador e o entrevistado, e no qual, o entrevistador terá que guiar a entrevista baseado nos seus objetivos.

No presente estudo, as entrevistas foram efetuadas pelo próprio investigador que se deslocou ao local de trabalho dos participantes, depois de ter acordado com os mesmos

o momento ideal para as realizar. Todos os participantes autorizaram a gravação áudio e, no sentido de evitar interrupções e proporcionar maior à vontade, as mesmas ocorreram num espaço físico reservado e sem interferências.

O período de recolha de dados e informação ocorreu no mês de janeiro de 2019.

4.4. Considerações éticas

Qualquer pesquisa feita com indivíduos ou grupos sociais pode levantar questões éticas e morais por isso é importante existirem considerações éticas de forma a garantir o respeito pelos participantes do estudo.

Desta forma para formalizar o processo de colheita de dados foi feito um pedido de autorização a direção da instituição que deferiu favoravelmente (Anexo II).

Antes de dar início à entrevista, foram explicados os objetivos do estudo e solicitado o seu consentimento informado, assinando documento elaborado para o efeito no qual eram garantidos os princípios de autonomia, da confidencialidade e do anonimato.

Os participantes foram ainda informados que podiam desistir de participar no estudo em qualquer momento ou fase do mesmo.

4.5. Análise das Informações Colhidas

Uma vez efetuadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas, atribuindo a cada uma delas um código iniciado pela letra E (E1, E2; E3...).

Como a técnica de recolha de dados deste estudo é a entrevista, a análise de conteúdo foi a mais adequada para ser a técnica de análise de dados.

Uma vez transcritas as entrevistas foram submetidas a uma análise seguindo os passos descritos por Bardin.

A primeira fase, a fase da pré-análise é caracterizada como a fase onde corre a organização do material e com o objetivo de o tornar funcional a ideia inicial.

Com o propósito de aprender o sentido global do estudo, esta análise de dados iniciou-se com uma leitura global de toda a informação.

Para que essa fase aconteça é essencial ter o procedimento de auscultar e transcrever as entrevistas em seguida de ter uma leitura flutuante, seleção de documentos, preparação do material, referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

A segunda fase é a exploração do material, nesta fase contém a exploração do material, isto é, tem que ser ter uma leitura aprofundada do conteúdo das entrevistas para poder criar as categorias de análise dos resultados.

Esses códigos foram estruturados por vários sub-temas e em seguida foram definidos por vários perfis constitutivos. Foram assim estruturados numa contextura temática compreensiva esquemática.

Nesta etapa, os procedimentos usados podem ser aplicados manualmente ou por operações que vão ser feitas num computador com suporte num software específico.

A última etapa o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta última etapa, é onde os resultados são analisados e em seguida é assim feito uma comparação entre a literatura que existente com os resultados que foram obtidos nas entrevistas, também se transcrevem alguns excertos do discurso dos Cuidadores Formais que foram entrevistados e por último é feita a conclusão.

5. Análise da realidade estudada através dos resultados obtidos

A dependência constitui uma realidade que, de acordo com Caldas (2003) define um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, necessitam de assistência e ou ajuda de outra pessoa, levando frequentemente à necessidade de internamento, quer por motivos de necessidade de cuidado, quer ainda pela necessidade de descanso do cuidador. E, para tal, foi desenhada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Apesar de ter sido desenvolvida para atender pessoas de todas as idades em situação de dependência, a verdade é que, decorrente do processo de envelhecimento, a grande maioria dos utentes aí internados pertencem à camada da população idosa. Nesta rede, os internamentos, dependendo da tipologia onde o utente está internado, são habitualmente longos, facto que poderá conduzir ao cansaço físico e emocional de quem aí presta cuidados, mas também ao estabelecimento de relações afetivas entre quem cuida e quem é cuidado. Como referem Figueirinha, Marques e Simões 2012: 37) “Um bom relacionamento entre

o profissional e o idoso ajuda o efeito da terapêutica e a melhoria do bem-estar do paciente”. Essa constatação conduziu-nos à elaboração da seguinte categoria:

5.1 Relação entre cuidador e pessoa cuidada

O profissional de saúde não só tem que estar preparado com as suas habilidades técnico-instrumentais específicas, mas também tem que saber usar as suas competências relacionais para ajudar o utente com as manifestações de adaptação ao seu problema, ajudá-lo a aliviar o sofrimento e a ultrapassar de forma positiva à situação.

Phaneuf (2005) refere que a relação é como um encontro significativo com a outra pessoa. Para que isso aconteça tem que haver determinadas condições satisfatórias. É como uma partilha, onde está presente uma comunicação profunda com um objetivo principal, vontade de evolução, reconhecimento e respeito pelo outro como ser humano igual. De acordo com o mesmo autor a comunicação e a relação de ajuda são dois fatores que influenciam bastante na qualidade dos cuidados e na humanização.

a) Relação de ajuda

A relação de ajuda está interligada aos cuidados de enfermagem, ultrapassa as técnicas utilizadas na prestação de cuidados e todos os conhecimentos teóricos aprendidos. Pretende-se assim ajudar os utentes a crescer a nível pessoal e para a descoberta de recursos que o utente possui, mas ainda não conhece (Rocha, 2008 cit in Gil,2012), asserção implícita no seguinte discurso:

“Nós tentamos que eles façam sempre por eles, ajudamos naquilo que eles não conseguem fazer mesmo, o que nós queremos aqui é que eles consigam fazer as suas atividades eles, ninguém faz nada por eles” (E09).

No entanto como qualquer outra relação, a relação de ajuda envolve no mínimo duas pessoas, é complexa e o respeito mútuo é essencial, como referido por dois dos entrevistados *“Em primeiro lugar tem que haver respeito, sempre, respeito mútuo, pelo utente e pela família e temos que ter bom senso, temos que ter paciência, muita paciência, cada vez mais...” (E10).*, ou *“A relação com o doente... como uma pessoa com dependência tem que se ter acima de tudo respeito, não é?” (E01).*

b) Empatia e Relação empática

Para a maior parte dos Cuidadores entrevistados a empatia é fundamental para se ter uma boa comunicação tanto com o utente como com a família.

A empatia é caracterizada por um sentimento profundo de compreensão da pessoa que ajuda e que vai entender a dificuldade da pessoa que está a ajudar, isto é, a pessoa que ajuda deve colocar-se no lugar do utente para entender como ela vive ou de que forma ela viveu (Phaneuf,2005). Esta parece ser também a perspetiva dos participantes, como a seguir se descreve:

“Acho que a empatia, muita das vezes, nós não nos colocamos no lugar do outro as vezes suficientes e principalmente as vezes no dia-a-dia, estamos preocupadas com outras burocracias e acho que isso é uma das coisas que temos que fazer com mais regularidade, é a empatia para nos colocarmos no lugar do outro e tentar perceber qual é a melhor forma ao utente e a família.” (E03).

“Normalmente eles saem e acabou, mas normalmente cá dentro se crie alguma empatia, depende das pessoas sim.” (E05)

Desenvolver uma relação empática é procurar conhecer os problemas dos utentes, o mais claro possível, para os tentar ajudar a resolver, de acordo com o ponto de vista do utente. Tem que se ouvir o utente para conseguir entrar no mundo dos sentimentos e conceções pessoais, aceitar na totalidade e tolerar desvios de comportamento e estimular atitudes positivas. (Novo, et.al. 2014)

Segundo Antunes (2012), a relação de empatia vai assim implicar uma disponibilidade interior, que vem da nossa capacidade de nos preocuparmos com os outros. Os sentimentos que temos, também devem ser transmitidos para o outro, para que este compreenda que o estamos a entender de verdade.

“É importante criar uma relação empática de forma que eles confiem em nós, transmitir-lhes confiança para eles poderem confiarem em nós e ter uma vontade de tirar dúvidas de nos solicitar sempre que precisarem, se não se criar uma relação empática, ficam inibidos de nos solicitar e isso pode retardar o processo de recuperação e pode influenciar a relação utente enfermeiro e familiar enfermeiro e temos sempre que arranjar sempre estratégias de chegar até elas.”(E01)

“Empatia, acho que é muito importante criar alguma empatia, porque se não criarmos uma empatia inicial é complicado, gosto de criar laços empáticos com a pessoas.” (E02)

“É assim eu tento ter uma relação a pensar no outro, ou seja, pôr-me no papel da pessoa quem estou a tratar, estou a cuidar, olhar a pessoa como um ser holístico em todas as dimensões.” (E08)

C) Comunicação

Uma das atitudes que muitos profissionais consideram importante para desenvolver uma boa relação com tanto com o utente e a família é ter uma boa comunicação.

“Essa é difícil... boa comunicação, acho que é uma forma e uma atitude positiva sempre”. (E07)

Desta forma a comunicação vai assim ser como um elo entre o utente e o profissional de saúde, visto que é um elemento insubstituível em relação à qualidade das relações na identificação do processo saúde/doença e na realização do cuidado. (Oliveira e Werlong,2006)

“Uma boa comunicação, acho que a família e o utente devem fazer parte do processo de reabilitação, se eles não fizerem parte do processo de reabilitação, a reabilitação não faz sentido, nós chegamos aqui e achamos que aquela pessoa vai reabilitar, pronto e depois o que nós, as evoluções que nós vimos ou não evolução, devemos sempre tentar comunicar, falar com a família o falarmos, o explicarmos a situação a família acho que isso influencia na parte da comunicação. Sem dúvida é bom para uma boa comunicação e possivelmente bom cuidado”. (E08)

Para Alves(2011), o processo comunicacional tem assim que ter competências interpessoais essenciais que vão admitir ao profissional de saúde ajustar a informação que quer comunicar, criar uma relação de abertura com o utente, tendo assim que respeitar o seu direito à informação, estimular o mesmo para ser um consumidor crítico dos seus cuidados de saúde, incentiva-lo a mudar as atitudes em relação à saúde, acrescentar os seus conhecimentos cooperando desta maneira para que o utente tenha melhores níveis de literacia em saúde.

Sendo assim, a comunicação é um procedimento que se vai fazer em 2 sentidos, o profissional de saúde tem que dar uma atenção total ao utente, falar-lhe com uma voz clara e um tom de voz próprio, possuir uma mensagem que seja clara e que seja facilmente acessível, explicar os termos técnicos que usa para ser capaz de adaptar as informações de saúde ao utente em questão . (Alves,2011). Tal, também parece ser a opinião dos entrevistados, como se depreende dos seus discursos.

“Claro que há utentes que nós falamos e eles não ouvem, por vezes temos que escrever, depende temos que ter varias técnicas de comunicação e depois utilizar uma linguagem que...seja universal...hum... e neste caso dependendo que há utentes e familiares que nós podemos utilizar a linguagem mais técnica, mas há outros familiares que temos que usar simplesmente senso comum porque não vão entender, não é? Uma palavra mais difícil claro, depois também depende da formação de cada pessoa, e depois as pessoas que entendem melhor que outras, pessoas que entendem o estado dos familiares outras que não entendem, claro sempre com maior respeito e com uma linguagem mais correta e adequada. (E04), ou ainda, como referido por outro dos entrevistados, “Ser simples na linguagem, ser direto, e não criar falsas expetativas principalmente. Se criarmos falsas expetativas na família depois temos um grande problema porque eles vão ver que as coisas não acontecem e a culpa será sempre nossa”. (E05)

Segundo Alves (2011), o profissional de saúde vai assim incentivar tanto a família como o utente a falar, dar-lhe total atenção à pessoa e à mensagem que a mesma passa e consentir que a mensagem seja percebida. Se for preciso solicitar-lhe para repetir e responder de maneira completa as questões que lhe são colocadas. Por outro lado, os nossos entrevistados manifestam também a necessidade de transmitir confiança na comunicação que é estabelecida com os utentes e família.

“Transmitir-lhes confiança para eles poderem confiarem em nós e ter uma vontade de tirar duvidas de nos solicitar sempre que precisarem, se não criarem uma relação empática, ficam inibidos de nos solicitar e isso pode retardar o processo de recuperação e pode influenciar a relação utente/enfermeiro e familiar/enfermeiro e temos sempre que arranjar sempre estratégias de chegar até elas, porque há sempre famílias mais peculiares mais complicadas e às vezes há pequenas estratégias que podemos adequar que nos fazem conseguir chegar, estratégias que não resultam com uns, vão resultar com outros.”(E01).

Salgueiro (2014), refere que frequentemente, a comunicação está dificultada pela presença de barreiras para uma comunicação eficaz e efetiva, facto que um dos entrevistados afirma ser necessário ultrapassar. *“Ser eu própria, portanto não criar barreiras, tentar que haja sempre uma relação de abertura perante a realidade que se está a viver... e ser coerente”*. (E06).

Resumindo, a comunicação é um elemento essencial nas relações humanas e é uma componente fundamental do cuidado. É considerado como um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, que vai admitir a possibilidade de partilha de informação, isto é, as atitudes e emoções que a pessoa tem sobre si mesma e sobre quem as rodeia. (Barbosa & Neto, 2010)

De acordo com Phaneuf (2005, p. 23)

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, criar laços significativos com ela.

5.2.O cuidar a pessoa/família em situação de dependência: Os conceitos de quem cuida

A relação terapêutica tem que se centrar na relação profissional/utente/família. Ou seja, é necessário que os profissionais de saúde considerem a família como sendo um parceiro na prestação de cuidados e ajudar o familiar a ter condições adequadas para que o mesmo possa desempenhar esta função.

Esta relação tem que ter o mais profundo respeito pelas capacidades do outro, na valorização do seu papel e pela concretização de ações que resultem na satisfação de ambas as partes. (Nogueira,2003)

Cruz (2014) refere que a base da motivação dos cuidadores formais deve-se à sua autodeterminação destacando-se principalmente na autonomia e no desenvolvimento para

uma contínua aquisição de capacidades de maneira a lidar eficazmente com as consequências e dificuldades do ato de cuidar.

Portanto, as qualidades de vida são assim influenciados pela capacidade de resiliência e a motivação dos Cuidadores para conseguirem superar os aspetos negativos do acto de cuidar.

a) Dependência

Encontra-se em situação de dependência qualquer pessoa que não consiga praticar com autonomia os atos que são considerados indispensáveis a satisfação das necessidades básicas da sua vida quotidiana especialmente atos ligados à alimentação, locomoção e cuidados de higiene pessoal, necessitando parcialmente ou totalmente da ajuda de uma terceira pessoa. (Branco,2010). Esta é também a perspectiva de alguns entrevistados, como explícito no discurso a seguir apresentado:

“A dependência é o facto de necessitarmos de alguém, de outro para realizarmos atividades básicas da vida, um simples gesto de beber um copo de água às vezes parece banal no dia-a-dia, mas há utentes... só ir à casa de banho parece uma coisa muito simples, é uma necessidade básica... exatamente não conseguimos fazer as necessidades básicas de forma autónoma.” (E01)

De acordo com Veysset,1989 cit in Martins (2016), a dependência traduz-se num indivíduo que não consegue realizar as suas atividades diárias sozinho e que necessita de ajuda de uma terceira pessoa, conceito que está em concordância com a definição apresentada pela maior parte dos cuidadores formais entrevistados.

“A dependência? No caso de dependência que estamos a falar da unidade de cuidados continuados, não é? é precisar para todo o tipo de atividades de vida, as chamadas AVD, do apoio de outra pessoa de uma segunda pessoa e portanto acaba por ser dependente de fazer as higiênes que necessita dos seus cuidados, dependente ao nível do vestir todo o tipo de atividades de vida”.(E10)

“Dependência é uma coisa que acontece, nós temos um grau de funcionalidade, a partir de um momento em que não conseguimos exercer essa funcionalidade, não somos funcionais de alguma forma que, nos casos dos AVC's ou outro tipo de patologia acabamos por deixar de ser autónomos, ou seja, passamos a ser dependentes nas atividades de vida diária e eles tornam-se dependentes”(E08).

De acordo com o Conselho da Europa cit in Marins (2016:6)

A dependência traduz-se na necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diária” ou, mais concretamente, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal.” Conselho da Europa (1998).

Desta maneira, o conceito de dependência encontra-se associado a vários tipos de alterações que normalmente são provocados pela doença, especialmente as alterações fisiológicas como é o caso da diminuição das capacidades físicas, mentais e funcionais. (Branco,2010).

“É assim a dependência é algo que... como é que hei-de explicar isto, então a dependência é quando uma pessoa não é capaz de fazer alguma atividade ou algo principalmente nas atividades de vida diária e que nós temos que fazer por elas, isto sim é dependência, a nível físico, ... no nosso caso a dependência é nas atividades de vida diária, uma pessoa deixa de fazer, a parte psicológica pode influenciar mas se não houver uma parte física que não possibilita, lá está... não tem a ver..., mas sim há depressões que também levam à dependência, ...”. (E04)

“É assim infelizmente temos assistido, uma pessoa quando trabalha em cuidados continuados vamos assistindo a graus de dependência cada vez maiores e em pessoas cada vez mais jovens o que se torna mais complicado porque não trabalhamos só a parte física e motora , trabalhamos também a parte psicológica e enquanto a parte psicológica não nos responder, não vamos conseguir passar para a parte motora, acho que nos últimos tempos temos que trabalhar um bocadinho em parceira com as duas partes, é necessário motivar muito mais as pessoas não é? Sendo o grau de dependência mais elevado, sendo eles cada vez mais novos e acontecer no momento da vida em que são plenamente autónomos, temos que ter uma intervenção também muito psicológica e motivacional”. (E02)

Para além da dependência nas capacidades físicas e mentais estão também associadas as alterações sociais e económicas tais como o isolamento social e a diminuição de rendimentos, como nos é referido por um dos entrevistados:

“Para mim ser utente é uma pessoa que tem muitas necessidades em vários níveis não só físico também algumas sociais principalmente na nossa área os cuidados continuados e também a nível emocional, psicológico e que precisa de alguém que o trate e que cuide, não só tratar, mas cuidar.” (E04)

5.3. Os sentimentos aquando da alta

Na vida dos profissionais de saúde, existem vários acontecimentos marcantes, uns podem ser alegres, tristes e ou conduzir à felicidade ou à infelicidade.

Todos esses acontecimentos e de acordo com o padrão de positividade vão assim desencadear emoções e sentimentos às pessoas que os experimentam.

Muitas das vezes as pessoas ao longo do seu percurso da vida são confrontadas com algum acontecimento positivo responsável pelo seu bem-estar e satisfação. Mas, ao contrário, quando as pessoas são confrontadas com fracassos, que podem ocorrer no domínio familiar, socioeconómico ou amoroso, as pessoas vão assim ressentirem-se, podendo, nalguns casos, a vida perder o sentido para essas pessoas. (Candido,2004).

Os sentimentos são assim essenciais para estabelecer uma relação e para julgar as perspectivas dos sujeitos não se devendo reprimir esses sentimentos. (Bogdan & Biklen, 1994).

a) Sentimentos positivos: satisfação, felicidade e “dever cumprido”

A maioria dos entrevistados referem que sentem um sentimento de satisfação e de dever cumprido quando o utente sai da unidade.

“É assim, fico... é um sentimento de dever cumprido numa média porque geralmente quando saem é porque cumpriram os objetivos e porque evoluíram, não é? Pronto fico satisfeita com o trabalho, com o nosso trabalho na maioria das vezes, às vezes não é possível por várias razões, mas na maioria das vezes sinto satisfação porque os nossos resultados são bons” (E01), ou *“Alguns ótimos, saem daqui a andar quando*

entraram muito mal e isso é uma grande satisfação para o profissional que aqui trabalha ver o utente sair bem, com as limitações muito mais reduzidas” (E09).

A felicidade é também um sentimento manifestado pelos participantes nos discursos que apresentaram e, dos quais se extraiu o seguinte:

“Felicidade. É de felicidade porque normalmente eles saem, esperamos nós que melhor, não é? Ou para o pé das famílias ou para outros lugares, mas normalmente tentamos que eles saiam melhor do que eles entraram. (E05)

Como refere Cândido (2004), os sentimentos que prevalecem na vida dos profissionais de saúde são os que se baseiam nas emoções.

“Quantas vezes no exercício da profissão nos sentimos felizes com a felicidade dos outros, quando por exemplo chega a bom termo uma situação pela qual existiu pouca esperança de que evoluísse positivamente; ou pelo contrário, nos sentimos tristes com a tristeza daqueles que diariamente cuidamos e com quem convivemos, fazendo da tristeza deles a nossa própria tristeza.” (Candido,2004:45).

b) Sentimentos positivos: Realização pessoal, gratificação

De acordo com Ferreira existem estudos que mostram que este tipo de cuidados pode trazer tanto sentimento positivo ou negativo.

Em relação aos sentimentos positivos destaca-se o zelo, o carinho e a gratidão, são estes sentimentos que revelam a vontade dos profissionais em cuidar da melhor forma possível, mesmo que essa tarefa seja desgastante e complexa.

Neste estudo, todos os entrevistados referem que tem sentimentos positivos enquanto o papel enquanto cuidador é bem-sucedido, têm sentimentos como gratificação, alegria e felicidade, pois o seu dever foi cumprido.

“Sinto-me realizada naturalmente.” (E02)

“Sinto gratificação. “ (E03)

“Sinto-me contente, feliz sinto que fiz o trabalho bem feito e.... e que a pessoa que é que me importa favoreceu o máximo com isso.” (E04)

“Felicidade. É de felicidade porque normalmente eles saem, esperamos nos que melhor, não é? Ou para o pé das famílias ou para outros lugares, mas normalmente tentamos que eles saiam melhor do que eles entraram.” (E05)

Lopes (2005) define, a gestão de sentimentos, por um lado como uma criação de espaço/tempo que admite a expressão de sentimentos, isto é, de muita importância porque vai dar competências terapêuticas por si só, é a base fundamental para o progresso da relação.

No entanto existem muitas maneiras de concessão de espaço/ tempo, que são o espaço físico, afetivo, incentivo verbal e não-verbal.

“Satisfação e... sentimento de dever cumprido e orgulho obviamente da minha profissão de ver que as nossas intervenções e o nosso esforço e dedicação que tem frutos.” (E01).

C) Sentimentos negativos: Tristeza, frustração e preocupação

Nos discursos dos participantes, denota-se que quando o utente sai da unidade existem sentimentos de tristeza ou frustração, porque muitas vezes não conseguem atingir os objetivos estipulados ou porque sabem que se o utente se ficasse mais uns dias poderia atingir os objetivos ou ficar melhor, ou porque alguns precisam de mais apoio e sabem que não o vão ter.

“... quando não conseguimos atingir os nossos objetivos é triste e é um bocado frustrante, as vezes há a frustração ...”. (E03); “... quando saem daqui e não estão... bem e que precisam de mais apoio, às vezes não tem necessário, é um bocadinho de preocupação “(E07).

“..., há situações em que nos sentimos um bocadinho frustrados porque achamos que a rede não nos permite que esta pessoa... por exemplo nós temos a prorrogação, ou seja que dá para pedirmos que o utente fique mais alguns dias, 15 dias ou 1 mês para recuperar e muitas vezes, sim nestes 15 dias ou um mês poderia recuperar alguma coisa, por vezes, porque nós achamos quando pedimos esse tipo de prorrogação é porque achamos que a pessoa poderá beneficiar de ficar aqui não é? e nem sempre é aprovado pela rede, então aí o sentimento às vezes é de frustração, porque sabemos que poderíamos fazer melhor” (E08).

Há Casos em que não se consegue uma recuperação ou melhoria do estado de saúde do utente e, o seu internamento culmina na morte. Muito dos profissionais de acordo com Ferraz et.al. (1986) cit in Martins, Alvez, Godoy (1999) mostraram que encararam a morte como um sentimento de mal-estar e dificuldades porque se envolveram emocionalmente com os utentes. Mas acaba por passar. Tal, parece estar evidente no discurso a seguir apresentado: *“Agora claro quando é falecimento ou assim claro, uma pessoa fica sempre mais triste. Passa, acaba por passar” (E04).*

5.4. As motivações associadas ao cuidar

Cuidar de pessoas dependentes nem sempre é fácil, para Ribeiro et al. (2009) o cuidado efetuado à pessoa dependente é na maioria das vezes uma tarefa difícil e complexa, onde sentimentos como angústia, insegurança e desânimo são assim uma realidade vivida por os mesmos.

Mas nem sempre é assim, os cuidadores confirmam que sentem satisfação quando os cuidados prestados às pessoas dependentes são benéficos ainda que isso vá representar um esforço físico e psíquico ao cuidador.

O trabalho hoje em dia assume uma dimensão fundamental na sociedade independentemente da forma como é encarada, ou seja, como uma utilidade, necessidade, obrigação ou fonte de satisfação.

Segundo Clark (1997, citado por Dias 2009:1) reportando-se a um texto de Argyle de 1997, “a satisfação no trabalho é um dos três mais importantes preditores do bem-estar, a par do casamento e da satisfação com a família.” Mas Steuer (1989 citado por Martinez & Paraguay 2003), refere que existe uma grande diferença entre motivação e satisfação, a motivação expõe a tensão gerada por uma falta enquanto a satisfação expressa a sensação de ocupação dessa necessidade.

De acordo com Cruz (2014:42) “a motivação é o conjunto de fatores que determinam a conduta do indivíduo, sendo um processo que desencadeia uma atividade ou acção”.

“Sim, porque la esta quando nos obtemos resultados positivos isso motiva-nos sempre para continuar, porque se já ajudamos uma pessoa é continuar”. (E03)

“Sim, porque como costume dizer apesar de termos rotinas diárias iguais há uns anos deste trabalho, mas os doentes não são sempre os mesmos, a motivação para isso não é sempre a mesma, claro que na longa temos se calhar utentes muito mais tempo que nos levam uma rotina muito maior, não tanto, se fosse em casos diferentes seria diferente mas há sempre mais que há casos diferentes a nível profissional acho que há outras coisas que nos vamos aprendendo porque aquele utente tem outra patologia que o outro já não tem e toma outra medicação, ou seja nos estamos em aprendizagem constante.e isso para mim é um motivo de... motivação.”(E04)

a) Gosto, respeito por a pessoa dependente.

De acordo Ferreira (2012), o principal determinante da motivação entre os cuidadores formais está fundamentalmente relacionado com a hipótese de prestar cuidados a quem precisa. E a possibilidade de adquirir aprendizagens novas como o desenvolvimento de competências e habilidades como um fator motivacional.

“Sim, porque gosto e dá-me prazer.... Tentar ajudar o mais possível estas pessoas com dependência ficarem cada vez melhores, há casos que não conseguimos, um simples gesto um simples sorriso para o utente que esteja por exemplo acamado e não consegue fazer mais nada é muito gratificante para nos”. (E09)

“Sim. Porque gosto daquilo que faço porque a minha profissão é isso mesmo, não é? Dar um bocadinho de nos para o bem dos outros acho que isso é uma missão que nem todos podem fazer e tem todo o mérito enquanto profissão”. (E02)

“Sim, neste momento não me via a fazer outra coisa, não conseguiria(...) não acho que não, acho que pessoas dependentes, pessoas idosas, para mim motivam, porque acho que são pessoas, todas as pessoas me motivam mas mais estes, porque acho que são os que tem historias de vida, sabedoria, podemos aprender com eles coisas que... coisas que.... É como diz a idade é um posto, acabava por ser um posto e acabam por ter mais experiência, e acho que sim, sem dúvida e não trocaria este por nada”. (E08)

De acordo Colomé et.al(2011), após terem feito um questionário sobre os motivos que levaram um grupo de cuidadores que trabalham numa LLPI (Instituição de Longa

Permanência) no Brasil, compreenderam que quase todos os profissionais optaram por este trabalho, por o respeito que tem a pessoa dependente, por o desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas dependentes.

Como quase todos os Cuidadores Formais deste estudo referem estes motivos anteriormente ditos.

“Sim. Porque necessitam tal como as outras, as vezes são os que necessitam mais”. (E05)

“Sim. Porque acaba por ser um desafio diário de tentar ajudar os outros a ter mais qualidade de vida.”(E07)

6. Conclusões

Com este trabalho de investigação procurou-se compreender quais são as vivências e sentimentos de quem cuida pessoas com dependência numa unidade de Cuidados Continuados integrados no Norte do país.

Para a concretização do objetivo deste trabalho, foi desenhado um estudo qualitativo que contou com a participação de dez cuidadores formais que desenvolvem a sua atividade profissional em contexto de Cuidados Continuados Integrados, tendo a recolha de informação ocorrido no mês de janeiro de 2019.

Como este estudo é de natureza qualitativa, foi realizada uma entrevista a todos os participantes e ultrapassadas todas as etapas que uma análise qualitativa encerra, as informações permitiram identificar algumas categorias tais como : relação de ajuda, empatia e relação empática , comunicação, o cuidar a pessoa/família em situação de dependência, sentimentos aquando da alta, e motivações associadas ao cuidar.

A maioria dos cuidadores entrevistados referem que a empatia é essencial para se ter uma boa comunicação tanto com o utente e a família. Quase todos os entrevistados referem que têm um sentimento profundo de compreensão e que tentam entender qual é a dificuldade da pessoa que estão a tentar ajudar.

Muito dos participantes demonstram assim uma disponibilidade interior realçando os sentimentos que tem para com o utente, de forma a que o conhecimento e compreensão sejam recíprocas.

Os cuidadores consideram ainda que a comunicação é fundamental para desenvolver uma boa relação com o utente e a família.

Sendo assim é necessário que o profissional de saúde ajuste a informação que quer comunicar de acordo com o utente em questão e acrescentar os conhecimentos ao utente cooperando para que o mesmo tenha melhores níveis de literacia em saúde.

Atendendo aos relatos dos participantes do estudo é importante referir existe uma dualidade de sentimentos aquando da alta do utente, manifestando tanto a existência de sentimentos positivos como negativos.

Em relação aos sentimentos positivos os entrevistados referem sentimentos como satisfação, felicidade e “dever cumprido” ou realização pessoal e gratificação.

No entanto, o sentimento positivo que mais se destaca é o de felicidade referido pela maioria dos entrevistados, porque os objetivos foram atingidos ou porque os utentes quando entram estavam acamados e quando saem já conseguem, muitas vezes, andar com um andarilho, porque evoluíram bastante, ou porque se sentem satisfeitos com o trabalho feito pois sabem que os resultados são bons.

Manifestaram concomitantemente sentimentos negativos como a tristeza, frustração e preocupação tanto com o utente como com a família. Esses sentimentos acontecem ou porque não conseguem que os utentes não atinjam os objetivos que foram estipulados no início do internamento, ou porque alguns precisam de mais apoio e sabem que não o vão ter.

A motivação é um determinante fundamental para a prestação de cuidados a pessoas dependentes. As informações obtidas apontam para que tenham optado por este tipo de trabalho por causa do respeito que têm com a pessoa dependente, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e ainda, pelo gosto de cuidar de pessoas dependentes.

Pode assim talvez deduzir-se que, apesar de muitas das vezes os cuidadores se sentirem cansados a nível físico e emocional, os sentimentos, as vivências e as motivações que sentem ou que tem para trabalhar com pessoas dependentes prevalecem, pois criam-se relações de empatia e afetivas tanto com os utentes como com as famílias.

Não se pretende terminar o presente estudo sem, antes, se referir que o mesmo possui algumas limitações. À partida pelo número de elementos que constituem a amostra e, pelo facto do mesmo se ter cingido a uma única unidade de Cuidados Continuados. Talvez a opção por um tipo de metodologia diferente e de âmbito mais alargado (a nível nacional, por exemplo) pudesse obter outro tipo de conclusões. No entanto, realça-se o valor da utilização da metodologia qualitativa pois permitiu uma melhor compreensão da realidade do Cuidar em Cuidados Continuados Integrados.

Referências bibliográficas

Alves, A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar (Dissertação de Mestrado). Universidade nova de Lisboa e Escola nacional de saúde publica. Lisboa, Portugal.

Alves, A. (1991). O planeamento de pesquisas qualitativas em educação. Cad.pesq;São Paulo. (77).pp. 53-61

Alves, C. (2015). Os Impactos do cuidar de idosos dependentes em contexto domiciliário e a importância do apoio do cuidador.(Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal.

Amaral, M. & Vicente, M. (2001). Grau de dependência nos idosos. Nursing, 158, 8-14.

Antunes, T. (2012). Relação Terapêutica: Enfermeiro e Pessoa em fase final de vida. (Dissertação de mestrado). Santarém, Portugal.

Azevedo, G. (2008). O cuidado de si: A relação de ajuda promotora de qualidade de vida dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado).Lisboa, Portugal.

Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). Manual de Cuidados Paliativos (2a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bardin, L. (1977). Análises de conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições 70

Bragança, S. C. (junho de 2018). Scm-Bragança. Obtido de scm-Bragança: http://scmbraganca.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=1035

Branco.N.(2010). Cuidados Continuados Integrados um estudo de caso. (Dissertação de mestrado). Lisboa, Portugal.

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Clínica Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. Millenium, 2(1), 125-133

Béltran, C. R. (2007). Comunicación y Continuidad de Cuidados. El sistema de las tres "C". Temperamentvm, 6ida dos enfermeiros.

Bicudo, M.A.V. (2011) Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica. São Paulo: Cortez.

Bicudo, M.; Azevedo, D.; Barbariz, T. (2017) A pesquisa qualitativa realizada segundo a abordagem fenomenológica. In: Costa, A.; Gómez, M.; Cileros, M. A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos. (1ª parte). (pp. 21-49). Aveiro, Portugal.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.

Caldas, C. P. (2003) .Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 19, nº 3, pp. 773-781.

Carpenter, D. & Streubert, H. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 5ª Ed. Loures: Lusociência.

Cândido, A. (2004). Interação enfermeiro/doente. (Dissertação de mestrado). Coimbra, Portugal.

Colomé, I. Marqui, A. Jahn, A. Resta, D. Carli, R. Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. Revista Eletrônica de Enfermagem, 13 (2) 306-312.

Costa, A. (2012). A família cuidadora perante a dependência. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências médicas Lisboa, Portugal.

Consciência, B. (2017). A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Chalifour. (2008). A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda. Loures, Lusodidacta.

Cruz, L. (2017). Metodologia Qualitativa, disponível em: <http://knoow.net/cienceconempr/marketing/metodologia-qualitativa/>

Cruz, N. (2014). “Cuidar de quem Cuida de Idosos Institucionalizados”: A interferência do desgaste físico e psicológico dos cuidadores formais de idosos dependentes na qualidade dos cuidados prestados aos mesmos. Instituto Politécnico de Beja, Portugal.

Dias, A. (2009). Satisfação no trabalho em Portugal: Uma análise longitudinal com recurso a Latent Growth Curve Models.(Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº101/2006 (artigo 109). (junho de 2006). Diário da República - I Série - A.

Diário da República, 1.ª série — N.º 24 — 2 de fevereiro de 2017. Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro.

Direção-Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde, (2006). Manual de boas práticas dos assistentes sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa.

Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. Departamento de Educação da Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, pp. 139-154.

Ducroux-Biass, Françoise (2000). O counseling. (Tradução de Rute Brites). A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos, 5, 51-70.

Fernandes, A. (2014). (R)evolução demográfica, saúde e doença. In A.M. Fonseca (Coord), Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (p.13-18). Lisboa: Coisas de Ler.

Fernandes, P. (2000). A Depressão no Idoso. 2ª ed. Coimbra: Quarteto

Ferreira, M. (2012). Ser cuidador: Um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Dissertação de Mestrado. Bragança, Portugal.

Ferreira, C. (s.d). Sentimentos experienciados pelos cuidadores formais em estruturas residenciais para idosos perante o cuidado ao idoso em fim de vida. (Dissertação de Mestrado). Viana do Castelo, Portugal.

Ferreira, P., Rodrigues, R., Nogueira, D. (2006). Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra.

Feltham, C. (1995). What is counselling? [Electronic version]. Londres: Sage. Retrieved October 12, 2010

frohttp://books.google.pt/books?id=Z6coUXKJTIMC&printsec=frontcover&dq=what+i
s+counselling&hl=ptPT&ei=dEw_TsKXBYO38gPhsIGbAw&sa=X&oi=book_result&
ct=result&resnum= 1&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Climepsi:
Lisboa.

Figueirinha, D., Marques, I., & Simões, J. A. (2012). Ética na relação do
Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados. Revista Portuguesa de Bioética,
Nº (16),31-46.

Jacob, L. (2007). Animação de idosos. Lisboa: Ambar.

Guedes, S. (2011). Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário:
Necessidades formativas dos familiares cuidadores.(Dissertação de mestrado). Escola
Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Gil, A. (2009). Metodologia e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª edição. São Paulo:
Atlas.

Gil, A.(2012).A Relação de ajuda: Percepção da criança dos 6-10
anos.(Dissertação de mestrado). Instituto politécnico de Viseu, Portugal.

Godoy, A. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de
Administração de Empresas, [online] (35/3). Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>.

Lazure, H. (1994) Viver a relação de ajuda. Lisboa. Lusodidacta

Lopes,B.(2010) Identificação e avaliação da importância das competências de
comunicação no exercício profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia:estudo com
estudantes e profissionais. (Dissertação de Mestrado). Lisboa, Portugal.

Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Rev.
Esc Enferm USP 39(2):220-8.

Ludkiewicz, F. (2008).Processo para a tomada de decisão estratégica: um estudo
de caso na parceria banco e varejista.(Dissertação Mestrado) .Universidade de São Paulo:
São Paulo.

Maia, C. (2015). Identificação dos principais fatores determinantes do envelhecimento ativo na população idosa do distrito de Castelo Branco-Portugal.

Marques, A. (2012). relação de Ajuda: Percepção da criança dos 6 aos 10 anos. Dissertação de Mestrado. Instituto politécnico de Viseu: Viseu, Portugal.

Martinez, M. & Paraguay, A. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 6, 59-78

Martins, M. (2016). Cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa(Dissertação de mestrado).Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

Martins. E, Alves.R, Gody.S(1999). Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. *Revista. Bras. Enfem, Brasilia*. v. 52. n. 1, pp. 105-117

Martins, J. & Bicudo, M. (1983). Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e educação. 1ª edição. São Paulo: Moraes.

Marrachinho, A (2014). Qualidade de vida e solidão no idoso institucionalizado.(Dissertação de mestrado). Universidade do algarve, Portugal.

Mello, M. & Perracini, M. (2000). Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico. In: Duarte, Y. & Diogo, M. (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*(pp. 187-199). São Paulo: Atheneu.

Minayo, S. (2000). Pesquisa social, teoria, métodos e Criatividade. Ed. s/n. Petrópolis: Vozes.

Novo, S. M. F., Galvão, A. M., & Rodrigues, S. F. G. B. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. In 2º Congresso Internacional “Novos Olhares na Saúde”. (pp. 518-529). Escola Superior de Enfermagem de Chaves Dr. José Timóteo Montalvão Machado, UTAD, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Nogueira,M.(2003).Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro.(Dissertação de mestrado). Porto, Portugal.

Nogueira, J. M. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados. Lisboa.

Nunes, Odete (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos, nº3, pp.59-64.

Oriá,M; Moraes,L;Victor,J.(2004) A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional com o cliente hospitalizado. Revista Eletrónica Enfermagem. v. 06, n.02.

Oliveira , M. S. & Werlang, B. S. (2006). Temas em psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Pavarini, S. & Neri, A. (2000). Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In: Duarte, Y. & Diogo, M. (orgs.), Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico (pp. 49-70). São Paulo: Atheneu.

Paschoal, S. (2007). Autonomia e Independência. In: Netto, M. P. (org.), Tratado de gerontologia (pp. 609-621). 2ª ed. São Paulo: Atheneu.

Paiva, J. (2010). Suporte Social e Familiar no Envelhecimento Saudável de Idosos Institucionalizados.(Dissertação de mestrado).Universidade da Beira Interior, Portugal.

Pires, V. (2017). “Lar doce lar “Dinâmicas e estratégias potenciadoras do Envelhecimento Ativo no idoso institucionalizado: o caso do CBESA.(Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre. Portugal.

Pereira, G. (2008). Comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa, Portugal.

Pordata. (2018). Pordata. Obtido de <https://www.pordata.pt/>

Rosa, M. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Ramos, A & Bortagarai,.F(2012). A comunicação não verbal na área da saúde. Rev.GEFAG, Jan-Fev; 14(1):164-170.

Ribeiro, M; Ferreira, R;Magalhães, C; Moreira, A ; Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (6), 870-875

RNCCI, (2011). Unidade de Missão. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

Salanova, M., Hontagas, P. & Pieró J. (1996). Motivation laboral. In J. M. Peiró & F. Prieto. *Tratado de psicología del trabajo* (vol. 2). Madrid: Síntesis

Salgueiro, J. (2014). Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos. (Dissertação de Mestrado). Porto, Portugal.

Saúde, S. N. (2017). Serviço Nacional de Saúde. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>

Santa Casa da Misericórdia de Bragança, (2014). Guia de Acolhimento. Bragança: Unidade de Cuidados Continuados.

Santos, C. & Raimundo, C. (2017):O método qualitativo e a abordagem fenomenológica: características e afinidades. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*.

Santos, M. C., Grilo, A. M. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras*. (1ªed., pp 159-186). Editora Fio cruz Rio de Janeiro.

Sá, C & Coelho, S (2016). Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031). (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Saraiva,F. (2008). Refletir o Cuidar em Enfermagem. *Nursing*, nº 230/fevereiro. pp 14-20.

Sebastião,C & Albuquerque, C. (2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4)., pp. 25-49.

Siani, S.R.; Correa,D.A.; Las Casa, A.L. (2016). Fenomenologia,método fenomenológico e pesquisa empírica: o Instigante universo da construção de

conhecimento esquadrihada na experiência de vida. Revista de Administração da UNIMEP. v.14, n.1. DOI: 10.15600/1679-5350/rau.v14n1p193-219.

Silva, J; Lopes, R; Diniz, N. (2008). Fenomenologia. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol.61, n2.

Simões, J; Fonseca.J.M; Belo, A(2006). Relação de ajuda e horizontes de existência. Revista Referencia II. ^a Série - n.º3, dezembro.

Sousa, S.(1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. Geriatria, 56 (6), 23-30

Sousa, R. (2009). Envelhecimento da População Portuguesa. (Dissertação de Mestrado). Universidade técnica de Lisboa, Portugal.

Anexos

Anexo I – Guião de entrevista semi-estruturada

Tema: Cuidar em Cuidados Continuados integrados: vivências e sentimentos de quem cuida

Entrevistados: Cuidadores formais

Local: Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Bragança

Duração: Aproximadamente 30 minutos

Determinação dos blocos	Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações
Bloco A- Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Legitimar a entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Informar os entrevistados sobre os objetivos do trabalho;• Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato das entrevistas;• Solicitar a autorização para a gravação áudio da entrevista;• Informar sobre a duração do tempo médio da entrevista.	

<p>Bloco B-Dados sociodemográficos sobre os Cuidadores dos cuidados Continuados Integrados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os dados sociodemográficos e profissionais dos cuidadores; 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar aos cuidadores os seus dados sociodemográficos: • Sexo; • Idade; • Estado Civil; • Habilitações académicas • Profissão • Experiencia profissional em cuidados Continuados Integrados; • Tipologia; 	
<p>Bloco C- Relação entre o cuidador e a pessoa cuidada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar situações de relação entre o cuidador e a pessoa com dependência 	<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência? • O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque? • Como definiria o ser utente? • O que é para si a dependência? • Considera que está preparada para responder às necessidades dos 	

		<p>utentes? E quando é grande o grau de dependência?</p> <p>Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?</p>	
<p>Bloco D- Cuidar de pessoas com dependência e a qualidade de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a importância do cuidar de pessoas com dependência; • Perceber a importância do cuidador na qualidade da pessoa dependente; • Saber se ser cuidador influencia a vida pessoal e familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? • E em relação à família do utente? • Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque? • Quando presta cuidados sente que este influência o bem-estar do utente? Em que medida? • Por vezes sente que pode fazer melhor? • Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho? 	

<p>Bloco E- Motivações para cuidar de pessoas com dependência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer quais as motivações associadas ao cuidar. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido? • O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida? • Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque? • Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque? 	
<p>Bloco F-Relação de ajuda e comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber como é que a comunicação verbal e não verbal pode influenciar o tratamento da pessoa; • Perceber quais são as competências que o profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família? 	

	<p>de saúde deve possuir para desenvolver uma boa relação de ajuda com o paciente;</p>		
--	--	--	--

Anexo II-Pedido de autorização à direção da instituição.

De: santa-braganca@sapo.pt [mailto:santa-braganca@sapo.pt]

Enviada: 7 de janeiro de 2019 16:15

Para: essa <essa@ipb.pt>

Assunto: Colheita de dados "Motivações para cuidar em Cuidados Continuados Integrados"

Importância: Alta

Exma Senhora Directora da Escola Superior de Saúde de Bragança,

Boa tarde!

Em resposta ao solicitado no ofício ref^a proc^o 2018/00303, nº de registo 2018/ 01919 de 07/12/2018, da secção Secretariado ESSA, vimos informar que foi autorizada a realização da colheita de dados pela aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados, Beatriz Assunção, nesta Instituição.

Para os devidos efeitos deverá contactar a Directora Técnica desta UCC.

Com os melhores cumprimentos

Entrevista 1

ID: E01 **Sexo:** Feminino **Idade:** 28 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** Enfermeira **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** 4 anos e alguns meses **Tipologia:** Media duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E01. Hum...A relação? Como assim? A nível pessoal?... Como é que ... que ... é assim de tudo, não é? A relação com o doente... como uma pessoa com dependência tem que se ter acima de tudo de respeito, não é? compreensão, compreender as limitações e tentar... e tentar dar resposta a todas as necessidades da pessoa com dependência, tentar substitui-la naquilo que ele não consegue fazer, não é? E tentar também estimular para ganhar independência naquilo que nos sabemos e observamos que ela tem potencial para.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E01. Sim é inevitável quando há internamentos perlongados principalmente na longa quer com os familiares quer com os utentes, com alguns estabelecemos uma relação mais afetiva é difícil de ser mais racional do que emocional em muitos momentos porque principalmente na longa duração é uma fase final de vida, há muitas situações de final de vida e há um apoio também da parte da equipa com a família com o utente em acompanhar essa fase e dar qualidade de vida, não é?... Sim é complicado ser mais racional do que por vez emocional é inevitável que a pessoa com alguns utentes não crie laços.

Q. Como definiria o ser utente?

E01. Ser utente daqui? Pronto um utente na atualidade é um cliente não è? Como podemos dizer assim, que recorre aos nossos serviços porque necessita de ou de reabilitar ou perder capacidade e precisa de reabilitar ou então de manter a qualidade de vida e as capacidades que tem e não perder ainda mais, não é?... é alguém que tem direitos e deveres obviamente, mas acima de tudo que esta aqui para ser bem cuidado para que nos tenhamos a capacidade para responder as expetativas deles as vezes não é fácil, não é? corresponder as expetativas do utente é o que ele espera de nos e da família essencialmente.

Q. O que é para si a dependência?

E01. A dependência é o facto de necessitarmos de alguém de outro para realizarmos atividades básicas da vida, um simples gesto de beber um copo de água as vezes parece banal no dia a dia, mas há utentes só ir a casa de banho parece uma coisa muito simples, é uma necessidade básica exatamente não conseguimos fazer as necessidades básicas de forma autónoma.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E01. Sim... acho que sim é assim estamos sempre aprender, cada utente é um utente, cada família é uma família, e temos que nos adaptar e aprender sempre alguma coisa com cada um deles. Quando o grau de dependência é maior é mais complicado porque os utentes passam por várias fases de negação, há a fase da família que também não compreende muito bem essa dependência e depois há a gestão das expectativas que as vezes é difícil em utentes com elevado grau de dependência que sabemos que não tem potencial de melhora de reabilitarem e de se tornarem mais autónomos, e as vezes as famílias descarregam um bocadinho nos profissionais a responsabilidade e a obrigação de os tornar autónomos mas é difícil lidar com elevado grau de dependência.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E01. É assim, fico... é um sentimento de dever cumprido numa media porque geralmente quando saem é porque cumpriram os objetivos e porque evoluíram, não é? Pronto fico satisfeita com o trabalho, com o nosso trabalho na maioria das vezes, as vezes não é possível por varias razões, mas na maioria das vezes sinto satisfação porque os nossos resultados são bons.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E01. Sim, acho que sim, acho que nos como enfermeiros passamos 24 horas por dia com o utente se calhar somos os profissionais que mais tempo passamos com as famílias e com o utente e acabamos por ser um pouco de tudo enfermeiros, amigos, que substituímos vários profissionais na sua ausência porque somos as caras que vêm todos os dias.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E01. Eu acho que é assim acaba por ter repercussões positivas não é? porque temos que aprender sempre com cada situação e acho que interpreto cada caso como uma aprendizagem e isso a nível pessoal também vai influenciar e ensina-nos que realmente, temos que acima de tudo ser humanos e temos que se ser compreensivos, se calhar torna-se mais compreensiva e mesmo no dia a dia porque observamos tantas situações limite aqui que depois na convivência social também nos ajuda a ser mais compreensivos, nunca sabemos o que esta por trás de determinadas reações não é?

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E01. Sim acho que sim, acho que as vezes é assim, tento dar sempre o meu melhor, mas acho que há sempre algo que se pode melhorar e acho que há sempre todas as intervenções são passíveis de fazer uma análise, reflexivas e se calhar, há sempre um pormenor, uma atitude que pode ser melhorada.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E01. Exatamente.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E01. Satisfação e... sentimento de dever cumprido e orgulho obviamente da minha profissão de ver que as nossas intervenções e o nosso esforço e dedicação que tem frutos.

Q.Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E01. Sinto. Porque é assim que é... precisamos de ter alguma sensibilidade para trabalhar com este tipo de utentes, mas cada vez mais, dado as várias patologias cada vez mais em utentes mais jovens porque os AVC's atualmente são patologias que mais dependência causam e utentes cada vez mais novos e acho que temos um papel fundamental e é gratificante.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E01. Acho que não... Acho que é a experiência, contato direto e a experiência no terreno, acho que são importantes e na altura acho que os cuidados continuados estavam numa fase tao não era uma realidade como atualmente e não tínhamos enfase o curso não tinha grande enfase.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E01. Pronto, acima de tudo tínhamos que ver que tipo de família, que tipo de utente estamos porque é muito importante ter desenvolver a capacidade de avaliar a abordagem com eles, hum... é importante criar uma relação empática de forma que eles confiar em nos, transmitir-lhes confiança para eles poderem confiarem em nos e ter um a vontade de tirar duvidas de nos solicitar sempre que precisarem, se não criarem uma relação empática , ficam inibidos de nos solicitar e isso pode retardar o processo de recuperação e pode influenciar a relação utente enfermeiro e familiar enfermeiro e temos sempre que arranjar sempre estratégias de chegar até elas, porque há sempre famílias mais peculiares mais complicadas e há vezes a pequenas estratégias que podemos adequar que nos fazem conseguir chegar estratégias que não resultam com uns vão resultar com outros, mas a relação empática e a confiança que transmitimos só nosso trabalho acho que é logo uma mais valia para estabelecer uma relação.... Uma boa relação com a família do utente.

Entrevista 2

ID: E02 **Sexo:** Feminino **Idade:** 32 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações académicas:** Mestre em Cuidados Continuados **Profissão:** Enfermeira **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** aproximadamente 4 anos
Tipologia: Media duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E02: A minha relação com a pessoa com dependência? Acho que é uma relação de... complementaridade, eu consigo ser o complemento daquela pessoa, não olhar para ela como um ser com pena, mas sim aquilo que eu posso fazer por ele é complementar aquilo que ele não consegue fazer.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E02: Naturalmente. Porque acabamos por ser família deles e acabamos por ser as pessoas com quem convivem mais, com quem desabafam muitas vezes, com quem partilham os seus anseios os seus problemas e por isso claro que criamos alguns laços, por mais que haja uma relação enfermeiro/doente ou profissional e doente há sempre laços que se mantem, é claro que as afinidades são diferentes também dependem da pessoa, para pessoa, não é? mas sim há criação de laços.

Q. Como definiria o ser utente?

E02: Ser utente? ... Ser utente é... acima de tudo, ser utente é necessitar de algo, não é? quando somos utentes vamos a recorrer a algum sítio, vamos necessitar de alguma coisa, por isso a pessoa que é utente tem sempre esperanças e expetativas em relação ao sítio para onde vai independentemente de ser uma unidade de saúde ou um serviço publico, seja o que for, há sempre uma expetativa, não é? Seja boa, seja má, ou seja, criada em função de um episodio de doença quer não seja, acho que é por aí.

Q. O que é para si a dependência?

E02: A dependência? É o estado de não conseguir autonomamente realizar alguma coisa, neste caso na nossa tipologia é muito pelas atividades de vida diária, mas as vezes as dependências ultrapassam isso, não é? Porque associadas a essas dependências de vida diária também estão dependência a nível cognitivo, não é? que também acabam por limitar as pessoas.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E02: Sim. É assim infelizmente temos assistido, uma pessoa quando trabalha em cuidados continuados vamos assistindo a graus de dependência cada vez maiores e em pessoas cada vez mais jovens o que se torna mais complicado porque não trabalhamos só a parte física e motora, trabalhamos também parte psicológica e enquanto a parte psicológica não nos responder, não vamos conseguir passar para a parte motora, acho que nos últimos tempos temos que trabalhar um bocadinho a emparceira com as duas parte, é necessário motivar muito mais as pessoas não é? Sendo o grau de dependência mais elevado sendo eles cada vez mais novos e acontecer no momento da vida em que são plenamente autónomos temos que ter uma intervenção também muito psicológica e motivacional. Apesar da minha área ser enfermagem, mas enfermagem inclui isso mesmo, porque a enfermagem de raiz é a psicologia, fisioterapia, a enfermagem é a análise clínica, pronto, enfermagem no base é tudo. Neste momento é que esta dívida e temos mais técnicos a quem podemos delegar algumas funções e contar com a parceria deles tornam o nosso trabalho mais fácil, mas não deixamos de ser seres humanos e não deixamos de ser seres que olhamos para um doente que esta dependente, a minha intervenção não vai ser meramente técnica tem que ser um bocadinho de encontro com a necessidade das pessoas.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E02: Há sempre um misto de emoções, porque quando são pessoas que estão muito tempo na tipologia de média nem estão, pronto em termos de dias são os 90 dias que estão aqui não são muitos dias, na longa é muito mais, é um misto de sentimentos, fico contente porque grande parte deles vão para o domicílio e vão com alguma autonomia em relação ao que entraram e também tristeza porque criados laços com aquela pessoa não é? E durante um ou dois dias há aquela nostalgia, oh falta-nos cá esta pessoa, pronto é um misto, mas também um bom porque refluxe um bocadinho o resultado do nosso trabalho

e a tipologia de média dá-nos um bocadinho mais de sentimento de ver realizado porque conseguimos ter mais resultado, não é só manutenção podemos ir mais a frente e isso é bom.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E02: Sim tem. Da família? Também, porque passa muito por nos o trabalho com os familiares porque quando há um episódio de doença não afeta só a pessoa, afeta a família também e o seu conjunto de núcleo que se insere... e muitas das vezes a família não percebe o nosso trabalho, não percebe que temos que ter limites, para eles era chegar aqui, ai já anda, não pode ser, tem todo um trabalho gradual, tem que ser por etapas, vamos já dar lhe uma canadiana, não tem que começar pelo tripe, tem que evoluir em termos de marcha, pronto acho que o nosso trabalho é um bocadinho isto, porque os familiares desabafam, tem os seus anseios, como eu vou levar para casa, porque a verdade que no dia em que entram para aqui começam a pensar como é que os vão levar para casa e como é que eles vão fazer, a casa não esta preparada, eu não sei fazer as coisas, como é que vocês fazem isto, fazem aquilo, pronto, é um bocadinho de parceria o trabalho, embora as famílias, pronto há famílias e famílias, também a família mais complicadas que tem expetativas que estão acima daquilo que a nossa unidade ou nosso trabalho pode dar ou então da resposta do doente, pronto é um conjunto de coisas, mas acho que é importante mantermos uma relação com a família e integra-los nos cuidados para eles estarem a par da evolução, daquilo que nos fazemos, da nossa intervenção para também ser mais fácil nos preparamos uma alta.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E02: Claro que tem. Porque acaba por, não é? Enquanto um enfermeiro acaba por emocionalmente, psicologicamente acaba por se desgastar, muitas vezes uma pessoa fisicamente também chega cansada a casa e não tem a mesma disponibilidade para brincar com os filhos para fazer... pronto, mas afeta, mas não tem que ser propriamente negativamente.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E02: Eu acho que enquanto seres humanos podemos fazer sempre melhor, podemos melhorar sempre alguma coisa, eu tenho esse hábito todos os dias de fazer uma retrospectiva daquilo que fiz e dizer assim ah se calhar... se experimentar assim faço melhor.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E02: É também estratégia de chegar a casa e chegar a porta do trabalho e abrir a porta de casa.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E02: Sinto-me realizada naturalmente.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E02: Sim. Porque gosto daquilo que faço porque a minha profissão é isso mesmo, não é? Dar um bocadinho de nos para o bem dos outros acho que isso é uma missão que nem todos podem fazer e tem todo o mérito enquanto profissão.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E02: Acho que deu alguma ajuda em termos de cuidados continuados deu alguma ajuda, hum..., mas enquanto pessoas acho que nos vamos adquirindo muitas estratégias que nos ajudam a lidar com essas situações, sim com a pratica nos enquanto nos deparamos com as situações acabamos por reajustar e fazer sempre estratégias de adaptação a situação, mas sim a formação ajuda muito, na parte de se separação emotiva. Eu não relacionar, não misturar o meu trabalho com o que com a minha vida pessoal, acho que ajuda um bocadinho, a separar as coisas e a encarar estes cuidados de uma forma benéfica porque acho que nos Cuidados continuados são muito importantes para a sociedade neste momento são muito importantes para a nossa sociedade e tem um mérito tremendo.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E02: Empatia, acho que é muito importante criar alguma empatia, porque se não criarmos uma empatia inicial é complicado, gosto de criar laços empáticos com a pessoas, esforço-me por ser simpática, por os cumprimentar de manha por os fazer sentir bem, dizer, olhe

que bem que esta aqui na caminha, olhe lá fora esta um frio, estavam menos quatro quando me levantei, pronto é esta coisa, acho que a relação empática é muito importante para depois nos obtermos colaboração e também motivação na parte deles, é o que eu digo depende também da parte psicológica deles porque muitos deles chegam aqui sem vontade de fazer nada , porque estou dependente e porque não consigo fazer as coisas, porque não consigo lavar os dentes, porque não consigo comer sozinho, estas coisas destabilizam psicologicamente uma pessoa. E acho que é importante nos termos esta postura positiva perante eles, não é? Porque chegar aqui mal-disposta e não cumprimentar ninguém e eles pensam assim a vida também corre mal olha a mim também, vou ficar calada, não acho que devemos ter uma atitude positiva e de empatia e de nos relacionar-nos e de os puxarmos para um bom humor uma boa disposição, acho que isso é importante.

Entrevista 3

ID: E03 **Sexo:** Feminino **Idade:** 30 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações académicas:** licenciatura **Profissão:** Enfermeira **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:**1 ano **Tipologia:** Longa duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E03: É assim a minha relação... a nossa relação com o utente cuja o grau de dependência seja elevado requer da nossa parte mais, como é que te hei-de explicar? requer mais empenho da nossa parte em todas as vertentes vai sempre depender qual é o tipo de dependência do utente concretamente está.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E03: A maior parte das vezes sim, porque a muita ligação com o utente passamos não só tempo com o utente como a família e depois tudo isso, uma ligação não só ao utente como aquilo que tudo que o rodeia, aqui e fora.

Q. Como definiria o ser utente?

E03: Ser utente? No contexto dos Cuidados Continuados? Ser utente... por acaso nunca pensei nessa vertente, ser utente significa que a partida existe alguma coisa que alterou as suas capacidades e aumentou a sua dependência de terceiros... e que inevitavelmente tem sempre que respeitar direitos e deveres basicamente... nunca pensei sobre isso...

Q. O que é para si a dependência?

E03: A dependência é quando tudo aquilo que nos no dia a dia começamos a perder as nossas capacidades principais, seja, o deambular a alimentação, tudo isso vai aumentar a nossa dependência de terceiros.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E03: Eu considero que sim e sempre que alguma dúvida, que me depare com alguma situação, que me depare faço tudo para superar isso. Se for algo que ultrapasse as minhas capacidades físicas tenho sempre que pedir ajuda de um colega seja da minha área ou não.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E03: Depende em que circunstancia o utente sai, a utente pode sair porque seus objetivos atingidos ou por transferência porque a família o quer levar para casa, ou por outra resposta, se o utente sai porque atingiu os objetivos é um sentimento de gratificação porque o nosso trabalho há resultados, quando não conseguimos atingir os nossos objetivos é triste e é um bocado frustrante, as vezes há a frustração e a gratificação, acho que na nossa profissão andam muitas vezes lado a lado. Cada situação é uma situação, são casos específicos e eu considero que a frustração e a gratificação andam um ao lado do outro.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E03: Sim, pelo tipo de tratamento que nos prestamos não só a nível de pratica porque a enfermagem vai para além da prestação de cuidados práticos vai também do apoio emocional e isso claro temos que trabalham não só o utente mas também a sua família porque primeiro nos nunca podemos separar as duas coisas nunca se deve separar o utente da família, há que manter sempre esse elo, depois porque nos são sabemos se o utente

vai para casa ou vai para outra instituição e deve sempre trabalhar as duas partes, eu acho que sim, que nos temos um papel fundamental até muitas das vezes para aceitação do problema o trouxe o utente até este serviço e também para preparar a pessoa ou o cuidador principal a lidar também com as alterações físicas ou psicológicas ou cognitivas do familiar.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E03: É assim depende, as vezes há situações que nos inevitavelmente não conseguimos sair desta porta e deixar o trabalho a porta as vezes acabamos por levar algumas ansiedades alguns sentimentos mais negativos ou penosos para casa daí acaba por encoitar alguma tristeza, também quando saímos daqui satisfeitos também levamos essa satisfação para casa, por isso existe as duas vertentes mas acho que... também tem que haver alguma razão das nossas ações e nem chegar a casa e depositar lá tudo, nem de casa vir depositar tudo aqui, tem que haver um equilíbrio.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E03: Eu acho que nos nunca fazemos tudo bem, nos não somos suprassumos e somos seres humanos e as vezes, não nos ocorre também não somos detentores do conhecimento total, automaticamente haverá sempre alguma coisa que poderíamos ter feito e que não o fizemos, ou por falta de conhecimento ou por falta de tempo ou porque houve outra situação que se sobrepôs a outra por isso eu acho que devemos sempre considerar que a sempre muito mais a fazer.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E03: Sempre que vou, acho... tenho essa preocupação em indo fazer sempre uma introexpeção ao meu trabalho, as situações que as vezes são surgindo e as consequências de certas e determinadas coisas que possam ir decorrendo e depois é avaliar no que eu falhei ou onde é que eu não fui tão boa, tendo de melhorar.

Q. O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E03: Sinto gratificação.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E03: Sim, porque la esta quando nos obtemos resultados positivos isso motiva-nos sempre para continuar, porque se já ajudamos uma pessoa é continuar.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E03: Sim, porque adquiri conhecimento científico e isso também influencia, não é? Porque a certos conhecimentos que só são muito específicos da enfermagem e daí só nos podermos aplicar.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E03: Acho que a empatia, muita das vezes, nos não nos colocamos no lugar do outro as vezes suficientes e principalmente as vezes no dia a dia, estamos preocupadas com outras burocracias e acho que isso é uma das coisas que temos que fazer com mais regularidade, é a empatia para nos colocarmos no lugar do outro e tentar perceber qual é a melhor forma ao utente e a família.

Entrevista 4

ID: E04 **Sexo:** Masculino **Idade:** 28 anos **Estado Civil:** Solteiro **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** Enfermagem. **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:**4 anos **Tipologia:** longa duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E04: Descrevo.... Nos enfermeiros temos um papel muito importante na pessoa com dependência, principalmente porque sabemos ler e ver os sinais e sintomas da alteração que tem como a dor ... e tudo o resto que não esteja bem com ela e nos possamos melhorar e vejo como uma relação muito importante neste sentido para o bem-estar para a pessoa com dependência.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E04: Sim, claro que quando mais tempo estivermos com o utente as vezes as perspetivas serão diferentes e... temos mais tempo da relação com a pessoa e pode haver um afeto maior, sim claro sim, sou de acordo.

Q. Como definiria o ser utente?

E04: Para mim ser utente é uma pessoa que tem muitas necessidades em vários níveis não só físico também algumas sociais principalmente na nossa área os cuidados continuados e também a nível emocional, psicológico e que precisa de alguém que o trate e que cuide, não só tratar, mas cuidar.

Q. O que é para si a dependência?

E04: É assim a dependência é algo que... como é que eide explicar isto, então a dependência é quando uma pessoa não é capaz de fazer alguma atividade ou algo principalmente nas atividades de vida diária e que nos temos que fazer por elas, isto sim é dependência, a nível físico, claro que a nível psicológico também acaba por haver dependência, a nível, quando falamos em fumar também é uma dependência na nicotina, quando falamos se calhar drogas é uma dependência, isso é outro tipo de dependência mas no nosso caso a dependência é nas atividades de vida diária, uma pessoa deixa de fazer, a parte psicológica pode influenciar mas se não houver uma parte física que não possibilita, lá esta.. não tem haver..., mas sim há depressões que também leva a dependência, isso é verdade, mas quando estamos a falar a nível de sequelas de AVC's, acidentes e afins claro que é uma dependência diferente de drogas, álcool e afins, não é? Estamos a falar de um vicio isso já uma dependência diferente.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E04: Acho que cada dia que passa me tenho preparado melhor e com a experiencia que nos vão passando me tenho preparado melhor, se calhar hoje em dia sinto-me, comecei a trabalhar a quatro anos, sinto-me melhor preparado do que há quatro anos atrás e daqui a 4 anos a frente estarei mais preparado, temos que estar sempre num conhecimento constante e não parar no tempo isso é importante para a pessoa. Como assim? sim preparado estou a resposta a esta pergunta é igual a anterior, é claro que a pessoa com dependência total que estamos a falar de afásicos que já não falam pronto, a única coisa que as vezes conseguem exprimir a dor pela face ou pelo simples conforto por alteração de sinais vitais, nos claro que temos que ter mais conhecimento com o passar dos anos temos uma maior experiencia em lidar com este tipo de utentes. E já conhecemos os sinais logo a primeira que olhamos e se calhar a quatros anos atras e olhava e dizia não, ou seja nem ligava era uma coisa que me passava ao lado, mas agora, esta por isso que eu digo a experiencia é muito importante e o lidar com este tipo de utentes, ainda mais.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E04: Depende, porque sai da unidade, não é? Se estamos a falar numa longa caso rara exceção a não ser tratamento de feridas e que sai daqui com o tratamento efetuado, não é? Sai curado, é um sentimento de dever cumprido, agora claro quando sai não menos bem ou também não conseguimos fazer melhor ou já nos era impossível, mas a maior parte das vezes quando saem curados quando saem bem, inseridos na sociedade é um sentimento de felicidade, não é? Ficamos realizados a nível profissional, agora claro quando é falecimento ou assim claro, uma pessoa fica sempre mais triste passa, acaba por passar.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E04: Em muito, pode influenciar em muito a qualidade de vida, dos utentes porque fazemos o que eles não podem fazer e possibilitamos que estejam bem a vários níveis como já falei, psicológico, físico, emocional tudo o que pensamos podemos fazer melhor, a nível das famílias há sempre uma ligação a família porque muitas delas já estão exaustas por causa de, são cuidadores estão exaustas e nos ajudamos nesse nível e ajudamos que o familiar esteja melhor e para eles já é um descanso maior. Por isso acho é muito

importante o nosso papel nesse, nessa interligação família, utente e profissional, nos somos o papel fundamental para que haja um descanso por parte do cuidador, alias é um dos motivos...de... de... internamento da longa e pro utente só vejo mais valias porque em todos os níveis físico e psicológico, cuidar e tratar, na arte de cuidar que nos consigamos fazer.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E04: É assim claro que, nem sempre nem nunca, não é? Nos quando o dia corre mal podemos transparecer um bocado para a nossa família, em casa mas se calhar também é a pessoa, dependo se moramos com os pais ,namorada, mulher, irmã ou irmão, com quem moremos até amigos, as vezes a família podem ser amigos não é? Acho que podemos transparecer um bocado das frustrações para casa, mas se calhar e com quem vamos desabafar e acho que isso é bocado normal, claro, depende dos dias, afeta e não afeta, não afeta, podemos é simplesmente desabafar, não vai afetar o dia a dia, isso não, mas que chegamos a casa e podemos desabafar sobre correu mal o dia e um acontecimento sim, acredito que seja, uma conversa, não afeta, não deixo de fazer isso porque correu pior o dia ou não, isso acho que, no meu ver não, na minha opinião não.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E04: Ah, sim, sempre melhor, acho que podia, em todos casos quando vou ver podia ter feito melhor e acho se não pensar assim nunca vou melhorar.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E04: Fazer um refreching daquilo que fiz, num caso, ou seja, tenho um utente, tive que efetuar uma técnica ou alguma coisa e acho que poderia ter feito melhor vou ver o que fiz e que podia ter feito e se for preciso, estudar mais, nos temos que estar em constante evolução, e estudar todos os dias não chega só o que aprendemos na licenciatura.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E04: Sinto-me contente, feliz sinto que fiz o trabalho bem feito e.... e que a pessoa que é que me importa favoreceu o máximo com isso.

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E04: ah sim, quanto mais sinto que estou a fazer o bem a outra pessoa, ou seja, estou a favorecer para o seu bem estar hum... melhor me sinto e alias acho que vou por isso que também vim para esta profissão hum.... Foi para ajudar o outro.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E04: Sim, porque como costumo dizer apesar de termos rotinas diárias iguais a uns anos deste trabalho, mas os doentes não são sempre os mesmos, a motivação para isso não é sempre a mesma, claro que na longa temos se calhar utentes muito mais tempo que nos levam uma rotina muito maior, não tanto, se fosse em casos diferentes seria diferente mas há sempre mais que há casos diferentes a nível profissional acho que há outras coisas que nos vamos aprendendo porque aquele utente tem outra patologia que o outro já não tem e toma outra medicação, ou seja nos estamos em aprendizagem constante.e isso para mim é um motivo de... motivação.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E04: É assim, ajudou , a licenciatura no meu caso acho que, na minha escola acho que ajudou muito, só que acho que a licenciatura é o inicio depois nos temos que nos moldar, não, acaba, prepara para a fase inicial depois nos é que nos vamos ter que moldando profissionais, porque a escola prepara claro nos prepara um bocado como profissionais mas nos depois depende de nos o que vamos ser, e como a educação dos pais , os pais educam mas nos depois quando somos crescidos e que vemos se vamos ser bons ou maus ou vamos fazer assim ou de outra forma. Tanto uma educação má com uma educação boa, a quem tenha uma má educação e depois quando são adultos... tem uma boa educação e ate são uma pessoa bem formas. Mas sim acho que é pro inicio para as primeiras experiencias, como uma pessoa tem que ter como enfermeiro, tem que ter sim, a escola clara faz o papel muito importante.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E04: Principalmente compreende-los, compreender a família, compreender o utente, compressão, ou seja, claro que há utentes que nos falamos e eles não ouvem por vezes temos que escrever, depende temos que ter varias técnicas de comunicação e depois utilizar uma linguagem que...seja universal...hum... e neste caso dependendo que há utentes e familiares que nos podemos utilizar a linguagem mais técnicas, mas a outros familiares que temos que usar simplesmente senso comum porque não vão entender, não é? Uma palavra mais difícil claro, depois também depende da formação de cada pessoa, e depois a pessoas que entender melhores que outras, pessoas que entendem o estado dos familiares outras que não entendem, claro sempre com maior respeito e com uma linguagem mais correta e adequada.

Entrevista 5

ID: E05 **Sexo:** Feminino **Idade:** 24 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** Terapeuta **ocupacional** **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:**1 ano **Tipologia:** Media e longa

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E05: Como é que descrevo? Hum... boa temos que tentar compreender as dificuldades que o outro tem para conseguir ajuda-lo, acho que é o essencial.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E05: Sim. É inevitável não criarmos laços, claro que com umas pessoas é mais do que com outras, mas há certas pessoas que criamos empatia e... preocupação, normalmente eles saem e acabou, mas normalmente cá dentro se crie alguma empatia, depende das pessoas sim.

Q. Como definiria o ser utente?

E05: Ser utente? Na minha perspectiva, não é? É necessitar de ajuda de cuidados médicos e de reabilitação neste caso.

Q. O que é para si a dependência?

E05: Dependência é não conseguir fazer algo que se quer fazer por vontade própria, não se conseguir vestir, não conseguir comer, a pessoa sente-se dependente, ou em atividades de vida diária ou em atividades de interesse deles, podem não ser da vida diária.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E05: Depende das pessoas, depende das necessidades, se forem necessidades que nos temos diariamente sim, agora as vezes aparecem-nos casos que as necessidades deles são diferentes ou requerem, outros órgãos a trabalhar é mais complicado.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E05: Felicidade. É de felicidade porque normalmente eles saem, esperamos nos que melhor, não é? Ou para o pé das famílias ou para outros lugares, mas normalmente tentamos que eles saiam melhor do que eles entraram.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E05: Eu trabalho a parte da autonomia normalmente uma pessoa quando é mais autónoma tem mais independência é mais feliz, mais realizada, normalmente os objetivos tanto da família como do utente é ser mais autónomo, e fazer as coisas sozinho. O meu trabalho vai direto aí.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E05: De trabalhar aqui? Positivas, não tem nada a ver(risos) eu separo, quando eu entro cá dentro é só, porque acho que eu quero separar, mesmo que haja problemas la fora, ca dentro, não entram, ou ao contrário, sim.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E05: Sim, sempre.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E05: Aumentar o nível de formação ou procurar formação mais específica para a unidade de cuidados continuados, acho que é o essencial e... experimentar novas técnicas nas terapias.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E05: Sinto-me bem. (risos)

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E05: Sim, sentimo-nos realizados, temos que através do nosso trabalho ver os objetivos concretizados.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E05: Sim. Porque necessitam tal como as outras, as vezes são os que necessitam mais.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E05: Também. Mas não foi a 100%, eu fiz mais formações fora para me sentir preparada para vir para aqui. E mesmo assim ando a procura de novas formações.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E05: Ser simples na linguagem, ser direto, e não criar falsas expetativas principalmente se criarmos falsas expetativas na família depois temos um grande problema porque eles vão ver que as coisas não acontecem e a culpa será sempre nossa.

Entrevista 6

ID: E06 Sexo: Feminino **Idade:**43 anos **Estado Civil:** União de facto **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** assistente social **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** 3 anos **Tipologia:** média e longa duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E06: É de proximidade é boa.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E06: Com certeza. Porque há maior contacto, essa proximidade que é obrigatória, no manter o contacto e na procura de soluções num pós alta.

Q. Como definiria o ser utente?

E06: É necessitar de cuidados básicos.

Q. O que é para si a dependência?

E06: Acaba por ser a mesma coisa. (risos). Dos cuidados básicos é...

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E06: De certa forma sim embora há situações que não são fáceis de resolver, mas também tentamos sempre de alguma forma encontrar soluções.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E06:(Pausa) Aqui há, por vezes existe um duplo sentimento, não é? É felicidade pelo utente ter alta que significa que atingiu os objetivos de internamento zero a partida e a outra voltado aqui atrás de facto são os laços que se criam, não é? E que é mais um utente, que no fundo deixamos de ver diariamente.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E06: Na procura de respostas de soluções como tinha já referido no momento da alta, na continuidade dos cuidados.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E06: Tento que não tenha, mas é difícil, portanto desligarmos, não é? Esta realidade e levamos sempre um bocadinho para casa, não é? Mesmo que não se verbalizasse o nosso estado por vezes manifesta...manifesta esta realidade.

Q. Quando presta cuidados sente que esta influência o bem-estar do utente? Em que medida?

E06: Sim, hum.... na procura de respostas, na procura do bem-estar do utente quer a medio quer a longo prazo.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E06: Podemos sempre fazer melhor claro.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E06: Tentar ver interna e externamente todo o tipo de respostas existentes e novas respostas, que poderão surgir.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E06: Felicidade. (Risos).

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E06: Sim, estando a fazer o bem é sempre gratificante.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E06: Sim, hum...porque necessitam sempre de alguém, porque neste momento tenho perfil para tal.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E06: De certa forma sim. Porque nos criam, dão nas ferramentas para trabalhar com este tipo de situações.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E06: Ser eu própria, portanto não criar barreiras, tentar que haja sempre uma relação de abertura perante a realidade que se está a viver... e ser coerente.

Entrevista 7

ID: E07 Sexo: Feminino **Idade:**38 anos **Estado Civil:** União de facto **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** animadora sociocultural **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** 4 anos **Tipologia:** média e longa duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E07: Boa. (Risos)

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E07: Sim, porque embora eticamente digam que não devemos ter ligações afetivas com os utentes acabamos sempre por ganhar afeição as pessoas e com o tempo.

Q. Como definiria o ser utente?

E07: Utente, é alguém que precisa de cuidados, alguém que precisa de atenção.

Q. O que é para si a dependência?

E07: A dependência? Em que sentido? O que é uma pessoa dependente? É uma pessoa que precisa que alguém substitua, as atividades que eram capazes de fazer antes e que precisam de um estímulo para tentar recuperar algumas das capacidades que perderam.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E07: Sim. Quando é mais grave é complicado... muito complicado.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E07: Depende, quando os utentes saem. hum... com melhoria e sentem-se felizes hum... sinto-me muito bem, quando saem daqui e não estão... bem e que precisam de mais apoio, as vezes não tem necessário, é um bocadinho de preocupação.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E07: Talvez por tentar que eles se sintam uteis e que se divirtam dentro de todo o problema que tem, que consigam reagir e consigam sentir-se bem. A família do utente, ouvir e dar-lhes apoio necessários para eles se sentirem, acompanhados e para se sentir que o utente, esta... em boas mãos.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E07: Hum.... pois... em termos familiares muitas vezes acaba por afetar um bocadinho porque as vezes saímos daqui um bocado ou cansados ou tristes por situações que nos aparecem cá doentes um mais, pode afetar um bocadinho o nosso estado de espírito...

Q. Quando presta cuidados sente que esta influência o bem-estar do utente? Em que medida?

E07: Penso que sim, hum.... fazere-los sentir uteis faz com que eles se sintam melhor mais felizes.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E07: Sim, todos os dias.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E07: Tento sempre procurar novas estratégias, especifica para cada utente, uma estratégia diferente.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E07: Sinto feliz, fico radiante.

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E07: Sim, sim, acho que sim, desde que eu sinta que os utentes estão bem e gostam da minha presença e que se sentem felizes ao estar ocupados ou serem mais uteis, deixa-me... sim...

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E07: Sim. Porque acaba por ser um desafio diário de tentar ajudar os outros a ter mais qualidade de vida.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E07: Mais ou menos. Eu costumo dizer que o melhor estágio que qualquer pessoa pode fazer e depois de começar a trabalhar, na área e aí é que se percebe as dificuldades que podem aparecer.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E07: Essa é difícil... boa comunicação, acho que é uma forma e uma atitude positiva sempre.

Entrevista 8

ID: E08 Sexo: Feminino **Idade:** 30 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** Enfermagem **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** 1 ano **Tipologia:** Média duração

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E08: (Risos), é assim eu tento ter uma relação a pensar no outro, ou seja, por me no papel da pessoa a quem estou a tratar, estou a cuidar, olhar a pessoa como um ser holístico em todas as dimensões e tentar, acima, visto que estão numa unidade em que tentamos

reabilita, tentar ao máximo a sua reabilitação, pelo menos que a pessoa consiga, manter alguma independência, qualidade de vida.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E08: Por mais que tentemos que isso não aconteça...hum... sim, com algum, se calhar há casos, temos pessoas que se calhar não deveríamos mas sim criamos, acabamos por criar laços afetivos de alguma forma, porque há casos que nos tocam e acaba, não deveria acontecer, mas sim acontece, nos tentamos manter, tentamos sim... que isto não se torne com ambiente hospitalar também para a pessoa e ao não se tornar um ambiente hospital as pessoas acabam por ver isso como uma segunda casa, passam aqui muito tempo e então acabamos por criar alguns laços sim.

Q. Como definiria o ser utente?

E08: É assim, um utente, será uma pessoa que... que... irá beneficiar ou que sofre de alguma patologia, não é? nos utentes e doentes, e que estará aqui neste sentido numa de ter uma reabilitação, que está frágil e que estará aqui que poderá usufruir dos nossos cuidados e ter alguma reabilitação.

Q. O que é para si a dependência?

E08: Dependência é uma coisa que acontece, nos temos um grau de funcionalidade, a partir de um momento em que não conseguimos exercer essa funcionalidade, não somos funcionais de alguma forma que, nos casos dos AVC's ou outro tipo de patologia acabamos por deixar de ser autónomos, ou seja, passamos a ser dependentes nas atividades de vida diárias e eles tornam-se dependentes.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E08: Eu considero-me que estou preparada sim para responder a necessidade, acho que não temos é o número de recurso para responder a essa necessidade, os recursos humanos, porque cada pessoa, cada utente é um utente e nos para conseguirmos responder na totalidade as necessidades de cada utente teríamos que ter mais recursos.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E08: É assim bons, alguns bons outros de pena , por não termos conseguido atingir os objetivos que pretendíamos, há situações em que nos sentimos um bocadinho frustrados porque achamos que a rede não nos permite que esta pessoa, por exemplo nos temos a prorrogação, ou seja que da para pedir-mos que o utente fique mais alguns dias, 15 dias ou 1 mês para recuperar e muitas vezes, sim nestes 15 dias ou um mês poderia recuperar alguma coisa, por vezes, porque nos achamos quando pedimos esse tipo de prorrogação é porque achamos que a pessoa poderá beneficiar de ficar aqui não é? e nem sempre é aprovado pela rede, então ai o sentimento as vezes é de frustração, porque sabemos que poderíamos fazer melhor.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E08: Eu acho que sim, é assim se nos conseguirmos que essa pessoa, que eu consiga que essa pessoa, com os meus cuidados com o meu conhecimento, com a minha forma de cuidar que as pessoas saiam daqui hum... um bocadinho menos dependentes, acho que sim, acho que vai influenciar, depois na qualidade de vida com o utente. A família, não , nem todas, cada família é uma família, temos famílias que reconhecem o nosso trabalho e acham que sim, outras famílias que acham que nos estamos aqui e não fazemos nada e que o nosso trabalho, o trabalho da enfermagem e também das auxiliares, acabava por ser um bocado ingrato porque as famílias não reconhecem realmente que nos estamos a tentar que esta pessoa melhore, só se preocupam se calhar com coisas que nos achamos fúteis como por exemplo, por a roupa, se tem vestido uma camisola interior, se não tem, quando isso se calhar não vai beneficiar e não é um aspeto mais importante, por exemplo seria mais importante se essa pessoa andasse, o tempo que estamos a perder as vezes a fazer uma coisa ou outra, para mudar de roupa a uma pessoa para ficar mais bonita porque a família acha que devia ter aquela roupa vestida em vez de outra, isso não ira contribuir, se calhar e esse tempo devia ser utilizado para outra coisa para pormos a pessoa andar no andarilho, por exemplo de alguma forma reabilitar.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E08: Hum... da forma como eu cuido? Sim tem, eu acho que sim, independentemente de nos querermos desligar quando vamos para casa acabamos por nos ligarmos um bocadinho ao que fazemos aqui, então na nossa função, até mesmo em casa, nos continuamos a ser enfermeiros e profissionais quando vamos para casa então acabamos, é um bocado difícil de desligar do que fazemos aqui e acabamos por manter o nosso papel de enfermeiros também em casa, pros nossos pais, pros nossos filhos, porque temos o conhecimento e então acabamos por continuar aplicar em casa.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E08: Acho sempre que posso fazer melhor.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E08: Tento sempre pensar com o que eu, é assim eu sei que posso sempre fazer melhor e se mas não fico frustrada por isso, estratégias, é pesquisar mais tentar não ficar em baixo por causa disso, tentar, sei lá, pensar que amanhã estou e vou fazer diferente, vou fazer melhor, tentar pensar nos erros e corrigi-los.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E08: hum... alegria, acima de tudo e Saber que o dever foi cumprido, acho que é mais isso a nossa profissão, foi cumprida foi valorizada e vemos que as pessoas realmente valorização o que fazemos é o mais importante.

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E08: Sim é sem dúvida. Se eu não achasse que era gratificante apesar de não ser todos, não sentir isso todos os dias não estava aqui, é preciso gostar muito do que fazemos, é preciso termos muita paciência, acima de tudo.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E08: Sim, neste momento não me via a fazer outra coisa, não conseguiria...hum... cuidar de pessoas, menos dependentes, cuidar de outro tipo de tipologia, por exemplo crianças, se calhar não são tao dependentes, crianças ou por exemplo pessoa, adultos sem tao, não estarem tao dependentes noutra situação de dependência , não acho que não , acho que

peessoas dependentes, pessoas idosas, para mim motivam, porque acho que são pessoas, todas as pessoas me motivam mas mais estes, porque acho que são os que tem historias de vida, sabedoria, podemos aprender com eles coisas que.... É como diz a idade é um posto, acabava por ser um posto e acabam por ter mais experiência, e acho que sim, sem dúvida e não trocava este por nada.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E08: É assim, nunca estamos preparados, a formação académica não nos prepara totalmente para isto, nos aprendemos o papel aprendemos como temos que agir mas depois chegamos e aqui é tudo novo tudo diferente temos que adaptar aos recursos, adaptar as pessoas, temos que nos adaptar a equipa, ao sitio onde estamos, a personalidade das pessoas, a equipa, tudo, por isso não , sem duvida que a formação não nos prepara, dá-nos uma ideia mas não nos prepara.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E08: Uma boa comunicação, acho que a família e o utente devem fazer parte do processo de reabilitação, se eles não fizerem parte do processo de reabilitação, a reabilitação não faz sentido, nos chegamos aqui e achamos que aquela pessoa vai reabilitar, pronto e depois o que nos, as evoluções que nos vimos ou não evolução, devemos sempre tentar comunicar, falar com a família o falarmos, o explicar-mos a situação a família acho que isso influencia na parte da comunicação da parte comunicação sem duvida é bom para uma boa comunicação e possivelmente bom cuidado.

Entrevista 9

ID: E09 Sexo: Feminino **Idade:** 31 anos **Estado Civil:** Solteira **Habilitações académicas:** Licenciatura **Profissão:** Enfermeira **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** 4 anos **Tipologia:** Média duração e reabilitação

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E09: Ótima.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E09: Sim. Porque é um utente ou uma utente que nos temos, não é? que acabávamos por ter uma ligação devido a dependência que nela existe, não é? e que necessita dos nossos cuidados, da prestação de cuidados e acabamos por criar um laço com eles.

Q. Como definiria o ser utente?

E09: Utente aqui, tem ótimas condições, eu acho que o utente aqui não sente uma pessoa doente, tem uma ligação muito grande ao enfermeiro, o enfermeiro/ utente é permanente, porque o aqui o enfermeiro esta 24horas com ele e tudo passa pelo enfermeiro, não é a questão de o enfermeiro passa com a medicação o utente e o enfermeiro não se conhecem, é uma relação diferente como existe de outros profissionais.

Q. O que é para si a dependência?

E09: A dependência? é todas as alterações que possamos ter na nossa vida.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E09: Sim. Acho que nos estamos preparados neste momento porque nos recebemos um pouco de tudo, exatamente, temos várias patologias de utente , e sim durante estes quatros anos nos crescemos bastante e estamos preparados.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E09: Alguns ótimos, saem daqui a andar quando entraram muito mal e isso é uma grande satisfação profissional que aqui trabalho ver o utente sair bem, com as limitações muito mais reduzidas.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E09: Em tudo, nos aqui trabalhamos muito apesar de eles terem fisioterapia aqui também enfermagem trabalha muito a parte de fisioterapia durante o período que eles não têm, como acabou de ver tive a fazer treino de marcha com o utente e nos lutamos para que eles sempre melhorem, apesar de eles terem fisioterapia, eles tem bastante nos aqui acabamos para passar os nossos períodos que conseguimos fazer mais fisioterapia com eles. Nos tentamos que eles façam sempre por eles, ajudamos naquilo que eles não conseguem fazer mesmo, o que nos queremos aqui é que eles consigam fazer as suas atividades eles, ninguém faz nada por eles. Tentamos que a família seja inserida dentro dos nossos cuidados, por exemplo o cuidador nos temos reuniões e tentamos que a família venha até nos e que sinta o problema deles e que os tente ajudar, por exemplo num banho, nos incentivamos a família a estar presente, por exemplo num acamado, a dar lhe banho para depois um dia mais tarde se o levarem para casa para não terem as dificuldades e não terem aquelas duvidas que muitos cuidadores depois terem lá fora..

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E09: Não, eu acho que sinto-me realizada e gosto daquilo que faço e que aquilo que faço, faço porque gosto, e eu acho que a minha família tem muito mais a ganhar, apesar dos horários que é bocado complicado depois gerir la fora, mas tem muito a ganhar com as pessoas que nos formamos e que vivenciamos aqui com eles e que aprendemos muito com eles e isso acabava por ser muito enriquecedor para no e lá fora ajuda bastante.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E09: Sim sempre melhor, estamos sempre aprender.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E09: Nos acabamos por crescer um pouco com eles e desde o início que começamos aqui, no início se calhar eramos muito mais inseguras do que fazíamos e tínhamos muito mais receios, neste momento acho que somos muito mais capazes temos muito mais confiança e.... acabamos por fazer melhor procurando outras opiniões, estudando todos os dias um pouco é fundamental porque tudo muda de um dia para o outro, enfermagem esta sempre se sempre aprender.

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E09: É fantástico.

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E09: Sim, é muito ótimo, virem familiares depois não terem aqui utentes e reconhecerem o nosso nome, enfermeira x, enfermeiro y, obrigada por isto, obrigada por aquilo, eu acho que é fantástico na nossa vida e mesmo pro nosso ego.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E09: Sim, porque gosto e dá-me prazer.... Tentar ajudar o mais possível estas pessoas com dependência ficarem cada vez melhores, há casos que não conseguimos, um simples gesto um simples sorriso para o utente que este por exemplo acamado e não consegue fazer mais nada é muito gratificante para nos.

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E09: Não, teoricamente... é muito bonito, tudo muito teórica, mas o que se aprende na realidade é na prática e o dia a dia e a vivencia de cada um.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E09: (pausa), é muito bom o enfermeiro conseguir chegar a família... acho que inicialmente nos temos que dar o espaço ao utente e a família porque é um ambiente novos, são pessoas novas que eles não confiam minimamente em nos, mas depois acho que com o tempo a relação que tem connosco de nos abordar de termos reuniões de familiares com eles, explicarmos o caso do familiar, acho que acabamos por.. ter um

relacionamento diferente, depois há outras famílias que temos que arranjar outras estratégias também que é muito mais complicado são aquelas pessoas que não nos deixam chegar a eles, então temos que abordar de formas diferentes, sei lá, mostrar que o nosso trabalho que cada dia é melhor, que nos trabalhamos em prol do utente e que as atitudes que nos temos aqui que é o melhor para aquela situação, e aos poucos e poucos eles vão criando uma relação confiante e vão deixam que nos depois tenhamos varias atitudes e procedimentos no familiar em questão.

Entrevista 10

ID: E10 **Sexo:** Feminino **Idade:**39 anos **Estado Civil:** Casada **Habilitações académicas:** Licenciada **Profissão:** Ajudante técnica de fisioterapia. **Experiência profissional em cuidados Continuados Integrados:** Quase 2 anos **Tipologia:** Média duração e longa duração.

Questões

Q. Como descreve a sua relação com a pessoa com dependência?

E10: Boa, uma relação boa.

Q. O facto de a permanência da pessoa dependente na unidade ser habitualmente longa faz com que crie laços afetivos com ela? Porque?

E10: Sim, sem dúvida, porque sim, porque efetivamente nos damos um bocado de nos a essa pessoa, não é? e, portanto, involuntariamente é bastante tempo, não é? Numa unidade média mesmo que sejam só os três meses é bastante tempo, é uma ligação, acabava por ser uma ligação afetiva, não é só profissional porque eles são dependentes e... portanto é impensável não se queria essa ligação, porque nos...eles... estão dependentes de nos, de todo o cuidado que nos lhe prestamos, nomeadamente a nível de reabilitação, acabava por ser uma ligação afetiva não é só profissional não é só porque eles são dependentes e portanto é impensável não se criar essa ligação, eles estão dependentes de nos e de todo o cuidados que nos lhe prestamos nomeadamente mais a nível da reabilitação e outro tipo de cuidados que lhe prestamos é natural que essa ligação afetiva fique, sim.

Q. Como definiria o ser utente?

E10: hum... é assim a dependência é das situações, a carência é muito de as vezes necessitar de cuidados de saúde, não ter ninguém que possa prestar esses cuidados, não é? ser utente? Cada um de nos pode ser utente basta que necessite de apoio de outra pessoa, de outrem, para ser utente, para ser uma pessoa que necessite de ajuda, neste caso a nível da unidade, todo o utente aqui necessita de outra pessoa, quer seja a nível de higiene de alimentação ou de reabilitação.

Q. O que é para si a dependência?

E10: (pausa) a dependência? No caso de dependência que estamos a falar da unidade de cuidados continuados, não é? é precisar para todo o tipo de atividades de vida, as chamadas avd's de apoio de outra pessoa de uma segunda pessoa e portanto acaba por ser dependente de fazer as higiènes que necessita dos seus cuidados, dependente ao nível do vestir todo o tipo de atividades de vida.

Q. Considera que está preparada para responder às necessidades dos utentes? E quando é grande o grau de dependência?

E10: Preparado fisicamente ou preparado psicologicamente, de formação? É assim tem muito a ver com a nossa forma de lidar com o ser humano, não é? preparados? Nos nunca estamos preparados para as situações todas, é claro que... que temos sempre alguma dificuldade, não é? mas temos que estar, quer dizer ao nível de formação acho que é sempre pouca, depois é assim estas unidades de cuidados continuados recebem pessoas, neste momento utentes que foge um bocadinho aquilo que deveria ter, nos neste momento temos pessoas mais dementes, temos pessoas que paliativos que não deviam estar numa unidade de cuidados continuados não era, esse o critério, acaba por ser até um critério de exclusão e por isso acaba por... da minha forma de ver que eu que trabalho na área de fisioterapia não é? me faltar esse pedaço essa formação porque por muito que a gente quer não temos formação, eu não tenho formação na área de paliativos por exemplo, na área de demência por exemplo, claro que estou a falar a nível de...do técnico de fisioterapia, eu aqui desempenho o que auxilia o fisioterapeuta. A formação não é essa mas acaba por fazer o técnico de fisioterapia, massoterapia, por tanto aqui que eu faço mais é auxiliar mais o fisioterapeuta e eu acho que a falta, não é por culpa, nos estamos a receber efetivamente mais utentes que não devíamos portanto acho que nos falta, pelo menos eu sinto que falta mais formação para saber lidar psicologicamente porque depois é assim,

eu residu na cidade e é obvio que nos recebemos cada vez mais pessoas da cidade, são pessoas com as quais eu cresci, são pessoas que eu lidei na minha infância e depois esta parte, separar não é, e depois receber estas pessoas aqui, que estão em fase terminal, acho que é duro, pelo menos na minha opinião para mim própria tem sido duro.

Q. Que sentimentos tem quando o utente sai da unidade?

E10: É assim, depende das circunstâncias, não é? se o utente que esteve numa média reabilitação que esteve os 90 dias, portanto entrou quase acamado ou numa situação de completa dependência e consegue sair, hum... andar no seu próprio pé, no andarilho numa canadiana e regressa para sua casa é uma situação ótima sensação de algo conseguido, de um objetivo alcançado da nossa parte, depois tudo depende, porque o utente sai mas saí reabilitado, minimamente reabilitado, vai para um lar porque depois a questão do familiar não tem... as condições se calhar gostaríamos ou eles próprios também gostariam de dar e não podem, hum... acaba por ser, ficamos sempre com aquela sensação que se podia fazer melhor é impossível, depois quando há o outro lado que a pessoa não se consegue reabilitar ,pelos diversos, porque é natural que isso aconteça não é? pela condição em que vem, pelo estado de saúde que vem não é? para uma media reabilitação mas não é um utente para media reabilitação, não vai fazer a reabilitação que nos pelo menos fizemos ou tivemos esse critério, ai acaba por ser não é frustrante mas acabava por ser um sentimento de não era aquilo que nos criamos mas acabava por ser, os critérios não estão a ser definidos corretamente que envia utentes para a unidade, é um bocadinho por aí mas acaba por no geral, a sensação é ótima, sensação muito boa uma sensação de... de... objetivo alcançado, sensação de quando o utente vai e depois regressa, até vai, se calhar com o andarilho e depois vai nos visitar com uma canadiana é excelente.

Q. Em que medida a função que exerce influencia na qualidade de vida da pessoa com dependência? E em relação à família do utente?

E10: Influencia, claro que influencia, pelo menos mais não seja para aliviar a dor que eu acho que é mais importante, porque o utente chega aqui ate nos e se eu lhe faço uma massagem ou outro tipo de tratamento, e... que me diz que ficou melhor ou para o outro dia ficou um bocadinho melhor, acho que sim, acho que influencia positivamente, influencia sempre qualquer das maneiras, por mais não seja muito das vezes, vêm ate vêm, um bocadinho descontentes com alguma coisa e eu acho que saem da fisioterapia um bocadinho mais motivados, e em relação a família, depende da família, depende

também daquilo que a família espera , as vezes tem as expetativas altas demais para a situação em que esta, e compreendesse porque e o familiar direto ou um pai ou é mãe ou é um tio pronto é familiar direto, uma filha e as vezes as expetativas são maiores, quando chegam até nos dai é que há conferencias familiares para isso mesmo, para tentar colocar as coisas como elas são e as vezes é duro mas assim a ligação a maior parte das vezes é sempre boa com o familiar, sempre boa, quer seja, quer tenha uma expetativa muito alta e não seja essa a realidade não é? com o familiar, quer seja ao contrario acaba por ser sempre boa, claro que nos temos familiares, do tipo familiares que são pronto mais complicados mas temos que saber lidar, depende da família mesmo.

Q. Em que medida a função que exerce tem repercussões na sua vida pessoal e familiar? Porque?

E10: Tem muitas, não sei se calhar mais negativas do que positivas, quem esta neste tipo de função eu digo a nível de prestação de cuidados de saúde ou tem uma larga experiencia e portanto conseguem adquirir um bocadinho de frieza que necessita para lidar com todo o tipo de coisas que acontecem ou então é involuntário nos levamos estas coisas para casa, nos temos vida familiar, marido, filhos que ambos precisam de nos, precisam de nos a 100% e muitas vezes não estamos, se calhar nem 50% e portanto transpomos um bocadinho, nos não fazemos um reset não é? e fazemos um reset familiar quando vimos trabalhar, mas nos não fazemos um reset profissional para irmos para casa, eu pelo menos não faço não consigo fazer e... tenho vindo a melhor isso porque é preciso é necessário, nem nos próprios nos sentimos depois bem porque não conseguimos dar aquilo que precisamos, os nossos de casa não tem que saber os problemas que acontecem, não tem que saber de situações que acontecem que há falecimentos que são difíceis de digerir, há pessoas que pronto que nos dizem e que vivemos os problemas deles não é? e portanto esta separação é difícil de se fazer, acho que tenho vindo a melhor mas não são os 100% nem pensar , por tanto influencia negativamente mas também influencia algo positivo porque quando se há alguma coisa um objetivo ou que a pessoa nos diz , com os olhos por exemplo a chorar mas que nos diz obrigado porque estou melhor, porque sinto melhor e porque olhe fez a massagem e obrigado porque eu estou melhor não é? isso é bom isso nos levamos essas coisas boas também, não é tudo mau, graças a deus, não é tudo mau, mas claro influencia muito negativamente, influencia também positivamente, claro que sim.

Q. Por vezes sente que pode fazer melhor?

E10: Eu tento dar sempre o meu melhor e eu acho que a nível consciente, porque eu dou sempre mais aquilo que eu posso, acho que fazer melhor, se calhar podemos sempre fazer melhor em qualquer circunstancia mas eu acho que dou tudo aquilo que tenho portanto se esse é o meu melhor acho que sim, se podia dar mais, acho que sim, qualquer pessoa pode dar sempre mais. Mas pelo menos eu tenho a sensação que dou aquilo que tenho as vezes aquilo que não tenho. A pessoa esta a trabalhar muitas vezes doente, nos damos sempre mais do que aquilo que podíamos dar e, portanto, acho que sim dou o meu melhor, sempre.

Q. Costuma usar estratégias para melhorar o seu desempenho?

E10: Sim, isso tem muito a ver com uma hetro avaliação feita por parte de outrem, nos fazemos a nossa própria avaliação e portanto se eu vejo que ao longo que dos dias de trabalho que a coisas que não funcionam e que se calhar poderiam ser minha culpa eu tento melhorar, depois há sempre as chamadas de atenção por parte daquele e daquele não quer dizer que sejam as coisas mais positivas mas que nos fazem aqui ao cabo crescer um bocadinho para tentar verificar , se é para melhorar ou se é para melhorar outra pessoa, mas acho que sim, aquilo que nos é dito e aquilo que nos afeta um bocadinho

Q.O que sente quando o seu papel enquanto cuidador é bem-sucedido?

E10: O que eu sinto? Sinto-me satisfeita.

Q.O seu papel enquanto cuidador pode ser algo gratificante para à sua vida?

E10: É sempre gratificante, eu acho que sim, qualquer profissão, não é? Mas acho que sim a pessoa cresce sempre um bocadinho.

Q. Sente-se motivado(a) para cuidar de pessoas com dependência? Porque?

E10: Aqui nos temos muitas pessoas dependentes é a nossa realidade, é minha realidade, neste momento é aquilo que nos temos é as unidades que nos temos, as pessoas que nos temos, as pessoas que nos temos, os utentes que temos e assim se há motivação para temos que arranjar, não é?

Q. Sente que a formação graduada que obteve o/a preparou para o papel de cuidador de pessoas com dependência? Porque?

E10: Nunca se preparada, porque é assim eu vim de uma licenciatura completamente diferente, sou engenheira biotecnológica e tenho mestrado em microbiologia portanto não tenho nada a ver com esta área, esta área surgiu numa busca, numa mudança e a área da fitoterapia é uma área interessante, claro que a massoterapia é uma coisa que sempre quis, portanto este curso foi um bocadinho que tirei foi nessa âmbito de mudar um bocadinho mas, não se aprende e aquilo que a realidade nos mostra, não há nenhuma licenciatura que nos de isso, por muito que a gente estude na teoria, há sempre situações na pratica na realidade fogem completamente do estudo, agora, claro que temos as ferramentas, mas é o que eu digo a constante formação nesta unidade que é necessário dar essa sim, será ver onde há falta não é? que a pessoa sente falta de alguma área que esteja menos preparada e aí sim, acho que é aí que é importante embora a nossa formação base não, acho que não.

Q. Que atitudes assume para fomentar uma boa comunicação com o utente e família?

E10: Em primeiro lugar tem que haver respeito , sempre, respeito mutou pelo utente e pelo família e temos que bom senso, temos que ter paciencia,muita paciência, cada vez mais, é assim as pessoas dizem que as pessoas mais idosas conforme vão envelhecendo tem mais paciência não tem, pelo contrario tem cada vez menos, portanto tem que haver paciência da nossa parte cada vez mais, sensatez ,acho que o respeito, respeito por outra pessoa não perder o respeito, muitas das vezes acontecem situações em que se calhar confrontadas e um bocadinho com falta de respeito, nos não podemos perde-lo não é? isso é mais importante, depois é assim ter algum altruísmo e tentar perceber o outro lado, o lado familiar e o lado do utente e é muito complicado , pronto quando o utente é consciente e esta consciente daquilo que faz e daquilo que esta a fazer aí é diferente, a nossa atitude também, quando nos sabemos de ante de mão que o utente que descompensa que tem demência tem que haver paciência do cuidador e de quem presta cuidados, tem que ser.