

O Cuidado Paliativo a Idosos Institucionalizados: Vivência dos Ajudantes de Ação Direta

Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers

Matilde Sampaio Carvalho¹
José Carlos Amado Martins²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

O número de idosos institucionalizados em estruturas residenciais cada vez é maior, sendo locais onde vários tipos de cuidados são prestados. Cuidados estes prestados por ajudantes de ação direta que, muitas vezes sem o saberem, estão a desenvolver ações paliativas e, assim, acompanham o idoso até à morte. O objetivo deste estudo foi investigar como a doença terminal e a morte são vivenciados pelos ajudantes de ação direta. Esta investigação foi desenvolvida através de um estudo exploratório-descritivo, qualitativo com uma abordagem fenomenológica, seguindo os passos de Giorgi. A amostra foi de nove indivíduos, que laboram em estruturas residenciais, tendo-se recolhido os dados através de uma entrevista semiestruturada. Após a análise dos achados, foram definidas oito categorias: a relação com o idoso; as experiências positivas; os sentimentos positivos; as experiências negativas; os sentimentos negativos; as estratégias; consequências e formação, categorias essas que ainda foram divididas em subcategorias. Conclui-se que os ajudantes de ação direta demonstram sentir grandes dificuldades em lidar com o sofrimento em fim de vida. Tal não os impede de gostarem do que fazem, referindo vários aspetos positivos nas suas relações com os idosos. A necessidade de criar mais apoios para esses profissionais, seja a nível de formação ou a nível de apoio psicológico, também se mostrou fundamental nessa área em concreto dos cuidados paliativos, pois só assim se sentirão mais capacitados e confiantes para desempenharem as suas funções, trazendo um maior benefício para os idosos.

Abstract

The number of elderly persons institutionalized in residential facilities that provide various types of care is increasing all the time. Care is provided by caregivers who, often unknowingly, are delivering palliative care, and in doing so, are accompanying the elderly persons to their death. The aim of the present study was to investigate how terminal illness and death are experienced by caregivers. A qualitative explorative-descriptive study was carried out, featuring a phenomenological approach, in accordance with Giorgi. The sample was comprised of nine individuals who worked in residential

Palavras-Chave: Cuidadores. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Cuidados Paliativos.

Keywords: Caregivers. Homes for the Aged. Elderly. Palliative Care.

¹ Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Porto, Portugal.

² Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

facilities, with data collected through a semi-structured interview. Following data analysis, eight categories were defined: relationship with the elderly person; positive experiences, positive feelings, negative experiences, negative feelings, strategies, consequences and training. These categories were then divided into subcategories. It can be concluded that the caregivers experienced great difficulty when dealing with suffering at the end of life. This did not prevent them from enjoying their work, and a number of positive aspects of their relationships with the elderly were mentioned. The need to provide more support for these professionals, whether through further training or the level of psychological support provided, is also fundamental in this area of palliative care, as only in this way will individuals feel more able and confident about performing their tasks, bringing greater benefit for the elderly persons.

INTRODUÇÃO

A população com idade igual ou superior a 65 anos, em Portugal, representava em 2001, cerca de 16,5% no total da população, em 2013 chegou aos 19,9%. Essa evolução tornou Portugal o quarto país com maior proporção de pessoas idosas no seio da União Europeia. Em 2013, por cada 100 jovens existiam 136 idosos, sendo que a estimativa para 2053 seja de 296 idosos para cada 100 jovens.¹

A longevidade das populações, acompanhada das várias alterações sociais e familiares, levanta a preocupação com os cuidados prestados em fim de vida aos idosos residentes em instituições.

“O envelhecimento é, (...) um fenômeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde”.²

Com o envelhecimento surge inevitavelmente um declínio funcional, progressivo e irreversível, à medida que se perde funcionalidades em diversas áreas não se voltará à condição inicial. Com esse declínio surge a principal consequência, a fragilidade, uma condição de risco para o organismo. Um idoso não sofre de qualquer doença explícita, mas o risco dela surgir está aumentado quando comparado com uma pessoa mais jovem.³

Muitos dos nossos idosos envelhecem em boas condições de autonomia e independência, mas o risco de desenvolvimento de doenças aumenta com a idade. À medida que a idade avança, um

crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e irá depender cada vez mais dos outros.²

Quando a independência fica comprometida, é necessário recorrer à rede social, que pode advir de uma rede informal, constituída por amigos, familiares, vizinhos ou de uma rede formal. A rede formal irá prestar serviços que a rede informal não tem capacidade, e poderão ser prestados por instituições governamentais, instituições particulares de solidariedade social e ainda instituições particulares.

As instituições que acolhem os idosos são designadas de estruturas residenciais (ER), “Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.⁴

Quando um idoso é institucionalizado, são os ajudantes de ação direta (AAD), termo utilizado em Portugal para referenciar a profissão de quem cuida de idosos em estruturas residenciais, que por norma mais tempo estão com o idoso, que muitas vezes substituem a família que está ausente e é inevitável que laços se criem! Esses profissionais têm como principal tarefa acompanhar o idoso contribuindo para lhes assegurar todas as necessidades básicas, desde prestação de cuidados de higiene, alimentação, companhia, tratamento de roupas, assegurar a toma de medicação prescrita.

Durante a permanência nessas instituições, os idosos passam muitas vezes de um estado de independência para uma dependência total, a

sua fragilidade aumenta e alguns acabam por se encontrar em situação terminal. Cabe assim aos AAD prestarem ações paliativas aos idosos, quer estejam preparados ou não para esta realidade.

Os AAD devem possuir formação profissional na área, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas, éticas e morais. Está incumbido de estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos.⁵

Sendo esses profissionais os que estão na primeira linha de cuidados ao idoso, considerou-se pertinente perceber como é que esse grupo lida com a aproximação e a morte dos idosos a seu cargo. Conhecer as vivências dos AAD, as experiências e seus contributos poderá ajudar a melhorar as respostas ao idoso. Na literatura é frequente encontrar estudos que contemplam cuidadores informais, idosos ou enfermeiros, mas com esses profissionais, as informações são muito escassas. A questão orientadora para este estudo foi a seguinte: de que forma a doença terminal e a morte são vivenciadas pelos AAD nas instituições de idosos?

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica. Para realizar a abordagem fenomenológica foi seguido o processo interpretativo de Giorgi que se descreve por setes passos: 1º Ler a descrição inteira da experiência para um sentido do todo; 2º Rerler a descrição; 3º Identificar as unidades de transição da experiência; 4º Clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; 5º Refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta de cada participante; 6º Transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; 7º Integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência.⁶ Esse processo interpretativo expressa as possibilidades que o método fenomenológico tem de acesso ao mundo vivido. É um modelo adequado às ciências humanas, sociais e de saúde quando importa o

contexto da vivência do sujeito e o homem como protagonista.⁷

O estudo foi realizado com AAD de três ER do norte de Portugal, com o propósito de se conseguir vivências ricas e densas do fenómeno. Em termos de características das instituições, apresentavam números de cuidadores e idoso semelhantes, sendo as três instituições particulares de solidariedade social. Existia uma lista de ER a quem se poderia dirigir o pedido para o estudo mas na terceira, com o nono participante a saturação dos achados foi atingido.

A amostra é do tipo intencional, selecionando-se indivíduos com conhecimento do fenómeno em estudo, que o viveram e com capacidade para partilhar o seu conhecimento.⁶ Os 9 indivíduos que integraram o estudo tinham como critérios de inclusão, serem maiores de idade (com idade igual ou superior a 18 anos), exercem funções na área a mais de dois anos, estarem integrados numa instituição com mais de 20 clientes e acederem livremente à participação no estudo. Como critérios de exclusão, foram considerados os participantes que não reunissem todos os parâmetros dos critérios de inclusão. A sua escolha foi aleatória, no dia da recolha de dados foi pedido à direção técnica a colaboração de três AAD, não tendo sido feita, por parte do investigador, qualquer intervenção na escolha.

Utilizou-se a entrevista aberta com guião semiestruturado. As questões, ao serem de resposta aberta, permitem que o participante fique livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas.⁸

O guião teve apenas uma questão norteadora: “Ao longo do tempo que aqui trabalha e tem cuidado de idosos em situação terminal... como tem sido essa experiência?” A questão norteadora foi colocada apenas para orientar a entrevista, não se fechando em si mesma,⁹ e tendo uma série de tópicos que se esperava que viessem a ser abordados: o significado que os AAD atribuem aos cuidados paliativos (CP); o relacionamento com o idoso que sabe que está em fase terminal, se fala com ele sobre isso ou se afasta; sentimentos associados ao cuidar do idoso em situação terminal; o envolvimento

das famílias dos AAD; o apoio emocional que a estrutura residencial presta quando ocorre a morte de um idoso. O guião de entrevista foi validado junto de um investigador experiente e um pré-teste foi realizado com uma participante. Como nesse pré-teste não surgiram dúvidas ao entrevistado, esta foi incluída no estudo.

As entrevistas aconteceram nos meses de janeiro e fevereiro de 2013. As entrevistas foram agendadas mediante a disponibilidade das ER e dos seus profissionais. Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados sobre o estudo e da necessidade de se proceder à gravação áudio da entrevista, da voluntariedade da sua participação e da garantia de sigilo e anonimato da informação colhida. Foi utilizado documento escrito para obtenção do consentimento.

A gravação foi realizada através de um programa denominado *Cool Edit Pro 2.1 Portable*. Após a gravação as entrevistas foram transcritas na íntegra para o *Microsoft Office Word* não tendo sido referido de que participante se tratava ou a que instituição pertencia.

Os participantes são todos do sexo feminino, nas ER que se visitou não havia nenhum AAD do sexo masculino. A idade variou entre os 32 anos e os 55 anos, estando a maioria das participantes (cinco) na década dos 30-40 anos. Cinco participantes são casadas, duas solteiras, uma divorciada e uma viúva. O tempo de exercício profissional e o tempo de instituição são coincidentes e variam entre os 4 e os 32 anos. A maioria das participantes (quatro), trabalham há 11 anos na estrutura residencial; as restantes, à 4, 13, 17, 32 anos.

Para a obtenção dos achados e seguindo o método de Giorgi, foi necessário ler a descrição inteira, isto é, as entrevistas realizadas, de modo a obter um sentido de todo.

De seguida foi necessário reler várias vezes, procurando compreender e identificar quais seriam as unidades de transição das experiências relatadas pelos participantes. Após analisar a transcrição

foi possível aglomerar os dados semelhantes. Essa aglomeração de ideias foi organizada por categorias, sendo cada uma dessas categorias, as unidades de transição da experiência. Esse agrupar de informação permite aos investigadores descobrirem significados de acordo com o que os investigadores observaram e registaram.⁶

A investigação foi precedida de parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que foi favorável (Parecer N° 123-11-2012) e posterior autorização da direção das ER envolvidas.

DISCUSSÃO

A análise das entrevistas foi realizada através do método de Giorgi, onde foi realizado uma leitura de todas as descrições, todas as entrevistas, para se conseguir alcançar o sentido do todo, sendo por isso necessário compreender a linguagem de todas as entrevistadas. De seguida foi necessário reler várias vezes para se conseguir identificar as unidades significativas. Essas unidades são constitutivas e não apenas elementos isolados, é feito uma interpretação por parte do investigador, vários investigadores podem analisar de maneira diferente o mesmo conjunto de dados. Após essa fase, foi necessário transformar a linguagem das AAD em linguagem apropriada, com ênfase no fenómeno em estudo. Esse passo permite chegar às categorias que estão descritas nos achados.⁷

Dessa análise surgiu uma categoria central: a relação com o idoso terminal, isto é, como se caracteriza a relação dos AAD com os idosos em estado terminal. Implícito a essa categoria surgiram mais cinco categorias, as experiências e sentimentos positivos, as experiências e sentimentos negativos, as estratégias, as consequências e a formação.

De modo a apresentar uma visão geral dos achados da investigação, de seguida é apresentado na figura 1 as várias categorias que surgiram da análise das vivências de forma a melhor compreender a essência do fenómeno.

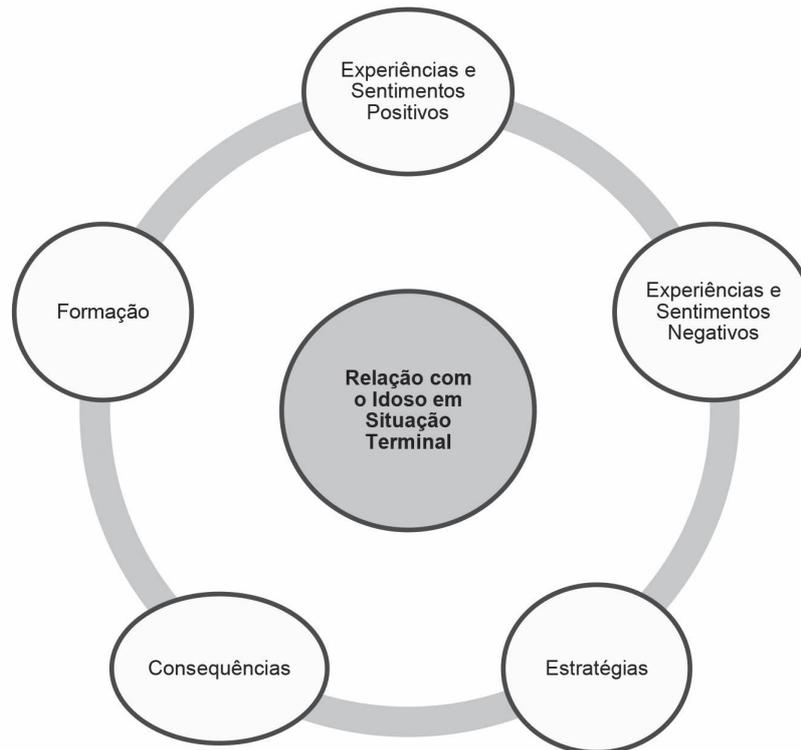


Figura 1. Análise do fenômeno: Vivências dos ajudantes de ação direta perante a doença e morte dos idosos nas estruturas residenciais.

Apresentada a estrutura global do fenômeno, passa-se à apresentação e discussão de cada categoria.

Relação com o Idoso terminal

A relação com o idoso terminal é considerada pelas AAD como algo muito intenso mas ao mesmo tempo algo que lhes dá muita satisfação. Nessa categoria surgiram 14 subcategorias: o outro vulnerável, a ajuda, a atenção, o conforto, o cuidado, o respeito pela pessoa, a igualdade, a personalização, a presença, a satisfação das necessidades, o toque, a subjetividade, a proteção e a motivação.

O outro vulnerável: O recurso à institucionalização sucede por norma em situações em que os idosos necessitam de grande apoio, não implicando que se encontrem em fase terminal mas padecendo de várias morbilidades: “(...)

ela tinha todas as doenças e mais algumas que se possa imaginar (...) E6, “(...) eles estão tão debilitados (...)” por isso procuram na instituição apoio na sua vulnerabilidade.

No cuidado ao outro é necessário ter consciência da sua real vulnerabilidade, tem de existir uma relação entre o ser que cuida e o que necessita de ser cuidado, em que o protagonista é o ser vulnerável que necessita de ajuda e não o ser que cuida.⁵ Quando o indivíduo fica doente experimenta um conjunto de sentimentos complexos e de difícil compreensão na vida quotidiana. Com a doença emerge a fragilidade e a vulnerabilidade da condição humana, pois certas questões fogem de controlo, a manutenção do estado de saúde, a independência e autonomia, a vida deixa de ser livre e passa a ter condicionamentos.¹⁰

Os profissionais ao empregarem os seus cuidados, estes têm de ser promotores de morte

digna, ao acompanhamento multidimensional do idoso e família, demonstrando preocupação e especificação nos cuidados prestados ao idoso que se encontra frágil e vulnerável dada a situação em que se encontra.¹¹

Os AAD ao tomarem consciência da debilidade em que o idoso se encontra vão ter que saber adequar a sua postura para o ajudar da melhor forma.

A ajuda dada por esses profissionais traduz-se de tudo quererem fazer para ajudar os idosos, sendo central a tentativa aliviar o seu sofrimento, seja este físico, psicológico ou espiritual: “(...) aliviar um bocadinho o sofrimento dele (...)” E4, mesmo tendo consciência que por vezes não conseguem fazer com que ele desapareça.

Quando se trata de um doente em fase terminal, ao prestar ajuda, o doente irá viver mais serenamente possível até ao momento da sua morte. Ajudar não implica que exista uma presença constante, mas sim uma presença atenta, o cuidador tem de ter uma atitude de escuta, de empatia e de congruência¹²: “(...) minimizar o sofrimento mesmo ao mínimo (...)” E2.

A atenção dispensada ao ser humano numa situação de doença: “para além de ser uma questão de solidariedade humana, constitui um imperativo ético para todas as profissões da saúde”¹³.

A necessidade de dar mais atenção aos idosos mais doentes depreende-se por considerarem que os idosos mais doentes necessitam de mais cuidados, portanto, das suas presenças com mais frequência. A autora Ramos,¹¹ no estudo que efetuou, constatou que os profissionais apresentam uma atenção especial aos doentes em fase terminal, bem como às famílias. Constatou que existia uma maior preocupação com a humanização e sensibilização nas atitudes tomadas. Consideram importante para o conforto do idoso doente a necessidade de prestar-lhes mais atenção.

Essa atenção é justificada pelas participantes com o facto de muitos idosos já não se conseguirem exprimir eficazmente e, portanto, muitas vezes não solicitam algo que estejam a precisar: “(...) principalmente os que não falam e que não se exprimem (...)” E5. É preciso estar lá verdadeiramente para

o doente: “(...) é muito importante fazermos uma carícia, uma palavrinha, uma brincadeira, cantar alguma coisa, algo que é importante.” E7.

Conscientes que muitas vezes não conseguem aliviar o sofrimento físico dos idosos doentes, vêm no conforto uma potencial ajuda. O conforto que dão pode ser a nível físico, mas o mais relatado pelas participantes refere-se à presença humana, do idoso poder sentir que estão ali para ele: “(...) o simples facto de estarmos presentes já os conforta (...)” E4. “(...) tentar posicioná-los da melhor forma para eles estarem o mais confortável possível (...)” E9.

Nessa etapa em que já não existe um cuidado para curar o doente o cuidado tem de ser direcionado para o seu conforto, por gestos muitas vezes simples.¹⁴

As AAD entrevistadas referiram que o cuidado que prestam ao idoso nessa fase inclui hidratação, alimentação e posicionamentos. Acompanhar, promover as suas capacidades e ajudar a ser na sua individualidade são integrantes do cuidado.¹⁰ “(...) temos o máximo de cuidado (...) quer a nível físico, quer psicológico.” E1.

Cuidar de pessoas em fim de vida, requer cuidados humanizados, cuidados que não são estandardizados e que resultam da aprendizagem mútua e contínua de quem cuida e de quem é cuidado.¹⁵

O ato de cuidar é visto pelo AAD como uma técnica que tem como objetivo suprimir as necessidades do idoso que está em progressiva incapacidade e, assim, esperam melhorar a saúde com o próprio ato de cuidar. No cuidado prestado expressa-se também uma atitude, onde a responsabilidade, o compromisso, a disponibilidade, o respeito e a paciência estão presentes.¹⁶

Numa fase em que o indivíduo está numa situação tão frágil, o respeito, a dignidade do ser humano não devem ser esquecidos, não são só os cuidados técnicos que os idosos carecem, também requerem um tratamento humano e respeitador da sua dignidade enquanto ser humano. Isso mesmo foi transmitido pelas participantes do estudo: “(...) até ao último suspiro é uma pessoa que está ali (...)” E1.

No estudo de Munn *et al.*,¹⁷ o respeito da pessoa doente também é referido. Nesse estudo foi referido que o reconhecimento da personalidade do indivíduo que está em final de vida é importante para a qualidade de vida de morrer numa ER. As AAD do presente estudo também fazem referência à importância de olhar para o idoso como alguém que tem que ter qualidade de vida até ao fim “(...) *é um idoso não é um farrapo é um idoso, nós temos que dar o máximo a eles* (...)” E8.

As AAD referem tratar todos os idosos de igual modo, sejam idosos com doença terminal ou não, considerando o idoso em fase terminal como merecedor da mesma atenção e consideração.

O investimento de tempo e dedicação é feito do mesmo modo para todos os idosos: “(...) *nós temos que ter os idosos todos como igual* (...)” E5, “(...) *os cuidados e carinhos têm que ser de igual forma* (...)” E6.

É referido no estudo a importância de conhecer cada idoso, pois mediante o idoso que têm à frente, o tipo de cuidados que vão oferecer é personalizado: “(...) *depende de pessoa para pessoa* (...)” E3, “*Depende da pessoa a gente também vai conhecendo o tipo de personalidade pessoa* (...)” E1.

No estudo efetuado por Ferreira,¹⁸ foi possível constatar que a singularidade de cada idoso é tida em conta pelos seus entrevistados. Esse é um aspeto importante, pois muitos cuidadores, e a população de um modo em geral, consideram a população idosa como unos, não vendo o idoso como ser único e heterogêneo que possui os seus próprios gostos, desejos, anseios e potencialidades.

Também o autor Fonseca³ refere a importância da personalização, refere a importância de evitar a normalização, prestar a cada idoso um cuidado adequado face aos problemas específicos que apresenta, respeitando as suas características pessoais e, sobretudo, não impor a todos eles uma abordagem semelhante só porque têm necessidades aparentemente idênticas.

As AAD referiram que algo que sentem que podem fazer pelos seus idosos é estarem presentes, sentem que a sua presença é benéfica para os idosos, muito mais do que cuidados básicos de

conforto que possam prestar: “(...) *sentir que a gente que está presente que não estão sozinhos, (...)*” E4, “(...) *é tentar estar o mais tempo possível para que ele se sinta acompanhado* (...)” E7.

A presença, juntamente com a capacidade de escuta ou mesmo o respeito pelo silêncio do doente, podem ser essenciais a ponto de ajudar o doente em sofrimento a encontrar um novo sentido de vida.¹⁵ Esse estar presente ajuda a diminuir os temores de morrer sozinho, garantindo presença humana.¹⁹

Uma das grandes vertentes no cuidado prestado ao idoso é a satisfação das suas necessidades. As entrevistadas expressam essa preocupação no exercício da sua profissão, uma considera as necessidades fisiológicas bastante importantes: “(...) *eu acho que é isso que eles precisam mesmo é comer bem, beber bem* (...)” E8, “(...) *achamos sempre que eles precisam sempre de mais alguma coisa* (...)” E6.

No estudo de Vieira *et al.*¹⁶ os participantes referiram dirigir muitos dos seus cuidados para a execução de atividades direcionadas ao atendimento das necessidades básicas dos idosos, com vista a promover a sua saúde. Atribuem a necessidade de cuidado com base na condição de saúde apresentada, mediante o quadro clínico executam esta ou aquela tarefa que pensavam que iria satisfazer o idoso.

O toque é referido no estudo como um meio de confortar o idoso. Dar a mão é visto como uma boa terapêutica para o conforto dos idosos: “(...) *às vezes dar a mão que já é um conforto* (...)” E3. “(...) *sou uma pessoa de... do toque eu gosto muito do toque, (...)*” E9.

O toque implica uma entrada no espaço pessoal e imediato do outro, da pessoa que se vai cuidar. Na profissão de AAD, tal como na enfermagem, as mãos são muito utilizadas, os AAD para cuidarem dos seus idosos têm de tocar diariamente nos idosos. O toque intencional conforta e contribui para uma relação calorosa entre o cuidador e o cuidado. Quem está num estado débil, sente-se reconfortado com o toque do cuidador, pois este está a dispensá-lo um pouco da sua atenção, do seu tempo.²⁰

As AAD referiram que o cuidado que prestam difere de idoso para idoso, prestam um cuidado subjetivo, isto é, têm os mesmos princípios de atuação mas, sendo seres humanos diferentes entre si, é óbvio que o modo como se relacionam e logo a sua atuação seja sempre diferente de idoso para idoso. Fernandes¹⁰ afirma que a forma como cada cuidador cuida é única, pois traduz a relação interpessoal criada com o idoso, exige uma postura reflexiva, em que deve ser tudo ponderado tendo em conta uma conduta ética, moral, profissional, social e pessoal. No estudo efetuado por Vieira *et al.*¹⁶ os participantes também relatam essa subjetividade no cuidar. Pois recorrem aos seus sentimentos para cuidar como amor, compaixão, dó e afeto, que inconscientemente influenciam o exercício da profissão: “(...) depende também, não somos todos iguais, cada um leva a sua, na sua maneira de ser (...)” E3.

A proteção é algo intuitivo. As AAD referiram que apesar de algumas vezes os idosos estarem em sofrimento não falam sobre a doença e a proximidade da morte. Referem que assim evitam um sofrimento maior ao tocar no assunto, tendo esperança que este caia em esquecimento, consideram que essa é uma das melhores formas de proteger.

Para isso, adotam estratégias persuasivas, encontram temas de conversa que sejam animadores, criam melhoras que não irão existir: “(...) que não há de ser nada, que vai melhorar, dou-lhe exemplos de casos que também já se passaram e que as pessoas melhoraram (...)” E2, “(...) não confrontá-lo assim verdadeiramente com a realidade (...)” E1.

Também os familiares de doentes referem a importância de proteger e poupar o doente a mais sofrimento psicológico, referindo que a revelação do seu prognóstico lhes traz mais angústia depressão e sofrimento.²¹

As AAD referiram várias vezes não falarem de morte com os seus idosos.

Para as AAD, é importante tentarem motivar os idosos, dar-lhes ânimo para que não entrem em desespero com o seu estado de saúde: “(...) a

nossa função aqui é tentar até ao fim com que a pessoa não desista de viver (...)” E1, “(...) *dizer uma brincadeira, fazê-los rir, (...)*” E9. Assim, empenham-se em dar entusiasmo, encorajar o idoso para que o desânimo não se apodere dele, tentando por isso satisfazer as necessidades de estima e de autorrealização do idoso.

Experiências e Sentimentos Positivos

Dos benefícios que se pode tirar ao trabalhar com os idosos, as AAD referiram que tentam sempre dar o seu melhor nos cuidados que prestam aos idosos: “(...) *nós tentamos, sei lá, apoiá-los da melhor forma (...)*” E5, “(...) *fazer o melhor que posso, o melhor que sei, (...)*” E4. Fazendo o melhor que podem e sabem, as participantes ficaram com o sentimento de dever cumprido.

Quando o profissional sente que tem um bom desempenho nos seus cuidados, o fato de sentir satisfação profissional pode até funcionar como estratégia de suporte para o alívio do stress.²²

As AAD afirmaram que num momento em que se apercebessem que o idoso está numa situação de grande fragilidade, têm tendência para se aproximarem ainda mais deles: “(...) *consigo aproximar mais porque vejo que é o fim da pessoa, (...)*” E1, “(...) *entendendo, tornando-nos muitas vezes vá lá amigos próximos, (...)*” E2.

Consideram de extrema importância continuar ou até aumentar o contacto, para que o idoso não se sinta desprezado, isolado ou sozinho.

Com o passar dos anos, as AAD vão se sentindo mais preparadas para atuar e agir nas mais diversas situações: “(...) *mais dura para enfrentar certas situações (...)* com os anos de profissão, hoje em dia, já me sinto uma pessoa até com um bocado de sangue frio (...)” E5. Consideram que as experiências enriquecem e ajudam a melhorar, a crescer, tornando-as por isso mais seguras no exercício da profissão.

Gómez²³ descreve que para se ser um cuidador, tem de existir um investimento, uma grande preparação e disponibilidade.

O afeto, geralmente associado à relação familiar, surge também na relação entre AAD e idoso: “(...) *eles acabam por ser a nossa família (...)*” E1, “(...) *realmente o nosso calor é o melhor.*” E7.

Das vivências recolhidas registou-se uma satisfação por cuidar de idosos muito grandes, genuína, que leva à criação de laços de afetividade com os idosos. Sendo uma estrutura residencial por norma uma instituição onde não existe grande rotatividade nem de funcionários nem de clientes, é normal que esses laços sejam criados. Poderá até se registar um laço mais forte com aquele idoso que faz lembrar, recordar um familiar.

A afetividade que surge nessas relações pode ser justificada, de por vezes, da perceção de carência do idoso, que se deve à falta de atenção da família do mesmo. Esse envolvimento afetivo, por norma, irá provocar um maior sofrimento do profissional quando o idoso partir.²⁴

Devido aos laços fortes criados entre cuidadores e idosos, é compreensível que as AAD nutram sentimentos de carinho pelos idosos que cuidam. Muitas vezes, o carinho transmitido pelos cuidados até pode ser visto como um sinal de recompensa pelas vidas duras que tiveram, pelo abandono que possam sentir pela família.

Neste caso em que os idosos se encontram doentes, o carinho é visto como uma terapêutica em algumas situações: “(...) *penso que melhor que um medicamento, melhor do que a alimentação, é realmente o carinho (...)*” E7, “(...) *essas pessoas precisam de carinho, principalmente, de carinho (...)*” E5.

O carinho aliado à tolerância é visto por profissionais de saúde como um requisito fundamental para a boa relação de profissional/idoso. O cuidado e o carinho que é dado na relação com o idoso é fundamental para prevalecer a sensação de dever cumprido dos profissionais. O carinho é fator preponderante numa relação humanizada, contudo o profissional nunca pode esquecer o seu papel enquanto cuidadores num contexto institucional.²⁴

Experiências e Sentimentos Negativos

As AAD referem dificuldade nos cuidados que prestam. As dificuldades sentidas são várias, mas a interação com o idoso em fase terminal é das principais causas apontadas: “(...) *é muito difícil lidar com esse tipo de idosos (...)*” E5, “(...) *custou-me muito, muito por acaso custou.*” E9. No estudo efetuado por Barbosa *et al.*,²⁵ também a interação com o idoso em fase terminal foi apontado como uma dificuldade. Para além disso, no estudo de Barbosa *et al.*²⁵ foi ainda referido como dificuldades a falta de tempo, a escassez de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização, o planeamento de atividades, a interação com a família dos idosos, o pouco envolvimento da família na dinâmica da instituição, a interação e comunicação com o idoso, o desconhecimento da doença, o lidar com distúrbios comportamentais.

Outras dificuldades sentidas por AAD registadas na literatura são: o cansaço, o stress, a preocupação, a ansiedade, o aparecimento de doenças/sintomas, as alterações do quotidiano e as variações da autoestima, prejudicando os cuidados prestados e a qualidade de vida.²⁶

A acumulação de várias tarefas e talvez o número reduzido de AAD nas instituições também pode ser um entrave à prestação de cuidados. Algumas participantes consideram que a falta de tempo muitas vezes compromete os cuidados que prestam, pois gostariam de passar muitas vezes mais tempo com o idoso e não conseguem “(...) *falta-nos tempo para dedicarmos mais tempo a essas pessoas (...)*” E5, “(...) *temos pouco tempo para estar com eles, (...)*” E1.

Também foi referido como experiência negativa a inexperiência sentida no início da profissão ou mesmo em situações complicadas. “(...) *ao princípio custava-me (...)* porque me estava a habituar, não estava habituada (...)” E1. Num estudo de Marshall *et al.*,²⁷ é referido pela equipa que certos membros evitam cuidar de idosos em fim de vida, alegando falta de conhecimento e experiência na área. Pois o motivo pode ser simplesmente ser-lhes difícil lidar com

os idosos em situação terminal, como também referido pelas AAD neste estudo.

Cuidar de idosos em situação terminal traz sofrimento, pois as AAD criam laços com os idosos e ao vê-los a sofrer também elas confessaram que era penoso assistir ao sofrimento não podendo em algumas vezes ajudar. Muito desse sofrimento está relacionado com a impotência sentida ao ver o outro sofrer e nada puder fazer para aliviar o seu sofrimento: “(...) *um bocado também penoso ver as pessoas sofrerem (...)*” E4. O sofrimento é algo que acompanha o ser humano, de uma forma ou de outra aparece no percurso da vida de qualquer pessoa, como consequência da fragilidade do ser biológico e da sensibilidade como seres psicológicos.¹²

A frustração é algo que muitas vezes é sentida pelas AAD deste estudo: “(...) *nós não conseguimos fazer muito (...)*” E6, “(...) *e não há nada que a gente possa fazer, (...)*” E5.

Em idosos com patologias demenciais, essa frustração também é sentida, devendo-se à incapacidade que sentem ao tentar interagir com os idosos, a compreender as suas necessidades, o não saber muitas vezes como ultrapassar situações difíceis.²⁵

A tristeza também está presente nos cuidados prestados, pelo presenciar do sofrimento e da morte: “*Fico triste (...) é muito difícil, chego à casa e penso na mesma na pessoa (...)*” E1, “(...) *marca um bocadinho e que nos faz assim mais tristes (...)*” E4. Relataram que em certos dias no trabalho, este é triste e deprimente.

Casmarrinha,²¹ ao estudar familiares de doentes terminais, também registou a tristeza que estes sentiam, ao temer o dia da morte do parente. Embora os familiares entrevistados afirmassem sentir tristeza, referiram que à frente do doente, tentavam esconder esse sentimento. A tristeza que sentiam advinha da consciencialização das consequências reais da doença, do luto antecipado que tinham de fazer.²¹

Estratégias

Numa profissão bastante exigente como essa, é crucial haver partilha, entreajuda entre AAD, existir espírito de equipa, sendo beneficiada toda a equipa, bem como os próprios idosos, que recebem melhores cuidados.

Esta ajuda entre colegas pode ser através de opiniões sobre um caso: “(...) *eu gosto de ir sempre acompanhada (...) para nós darmos uma ideia uma a outra (...)*” E8, “(...) *tentar explicar, ajudar, acho que era importante.*” E9.

Nas experiências recolhidas, foi possível ver reforçado que a colaboração que existe entre a equipa promove aprendizagem entre os profissionais. A interajuda, bem como o bom ambiente laboral podem influenciar a qualidade de vida do AAD e a qualidade do serviço prestado ao idoso. O trabalho em equipa é visto pelos AAD como um fator protetor para evitar situações de perturbação, tanto a nível físico como a nível emocional.¹⁸ Parece²⁸ afirma que o trabalho em equipa possibilita momentos de reflexão sobre as diversas situações e aspetos que se deve ter em conta, assim será possível planear e delinear em conjunto estratégias de intervenção adequadas a cada momento.

O apoio familiar sentido pelas AAD é algo considerado de bom, pois sabem que têm na família um apoio sempre presente e compreendem que o trabalho que possuem é bastante desgastante a nível emocional. “(...) *tenho uma família que me apoia nisso (...) sabem que o nosso trabalho, para além de ser físico, é muito mais emocional.*” E9, “(...) *eu chego a casa e conto ao meu marido (...)*” E6.

Fernandes,¹⁰ no estudo que efetuou, caracterizou o apoio familiar como um suporte para o indivíduo, pois conhecem o seu familiar de forma mais profunda, sabendo o que fazer para ajudá-lo.

Foi referido neste estudo o benefício de criar momentos de debate como meio de troca de experiências: “(...) *haver mais debates mesmo do grupo*

entre colegas porque isso ia- nos ajudar muito (...)” E9. Para as AAD seria mais proveitoso ouvir quem se sente mais à vontade com o assunto e quem já conviveu de perto com situações complicadas.

Criar espaços de contacto para troca de experiências entre os elementos da equipa multidisciplinar que prestam cuidados em fim de vida, seria algo benéfico.²⁸

Consequências

A experiência adquirida com os anos de serviço é considerado pelas participantes como uma mais-valia. Tornou-as profissionais mais capazes, mais seguras e maduras nas suas ações: *“Passamos por fases muito más e a vida ensina-nos a preparar-nos (...)*” E8, *“(...) a gente com o tempo vai aprendendo, (...)*” E1.

A experiência permite adquirir competências no exercício da atividade, que resultam do vivido ao longo do tempo e da interação com os colegas.²⁵

A experiência adquirida com o trabalho e a interação estabelecida com os restantes colegas AAD, são vistas por alguns profissionais como suficiente para colmatar a falha de currículo académico para o desempenho das funções profissionais inerentes à profissão.²⁶

Foi referido pelas AAD que é quase impossível não levar algumas preocupações para casa: *“(...) levamos às vezes assim alguma coisa para casa (...)*” E2, *“(...) é difícil desligar (...) não há um botãozinho (...)*” E4. Parece²⁸ refere que os profissionais que assistem a mortes, apesar de saberem que estas fazem parte do ciclo natural da vida, muitas vezes transportam essas mortes para o seu dia a dia. Quando ocorre uma morte, o profissional muitas vezes imagina o que poderia ser a morte de um familiar seu, sendo essa experiência assustadora e afetando muitas vezes o seu quotidiano.

A experiência profissional no cuidado a idosos leva a que AAD consigam, embora refiram não ser fácil, separar a vida profissional da vida pessoal, não permitindo, deste modo, que o emprego influencie a qualidade de vida.¹⁸

Formação

Consideram importante ter instrução nessa área, referem a importância de saber, de aprender e de ter conhecimento. Apesar de muitos AAD serem admitidos nas ER sem qualquer tipo de formação, reconhecem a importância do aperfeiçoamento das técnicas, o aprender de novos conceitos e formas de atuar perante situações específicas, assumindo que é uma mais-valia para o dia-a-dia de cuidado ao idoso, sendo este um aspeto potenciador de melhoria da sua profissão e satisfação pessoal: *“(...) ter a preparação própria para saber que estamos aqui para cuidar (...)*” E1, *“(...) haver mais formações, haver mais informação (...)*” E9.

Num estudo efetuado por Ribeiro *et al.*²⁹ é afirmado que os AAD com mais escolaridade possuíam maior capacidade para auxiliar os idosos em situações mais complexas, como o auxílio na toma de medicação, no recebimento e na transmissão de orientações técnicas. Com esta maior capacitação, o idoso iria ser favorecido na manutenção da sua autonomia e bem-estar.

A formação também pode ser vista, segundo os AAD, como um meio de prevenção, em concomitância com outros fatores, do aparecimento de *burnout*.¹⁸ A mesma autora refere que, seja como meio preventivo ou não, a formação deve ser uma prioridade das instituições, principalmente, ao grupo dos AAD. Essa formação deverá ter como objetivo, distanciando-se de temas específicos como os CP, tema explorado neste estudo, a sensibilização da importância do bom relacionamento interpessoal entre funcionários e idosos.

Relativamente ao conhecimento nessa área, as participantes referiram já ter realizado várias formações em que os CP são abordados, na teoria não é um tema desconhecido: *“(...) já tive várias formações acerca disso.”* E1, *“(...) eu agora estou a tirar formações sobre isso, (...)*” E9.

Castanheira,³⁰ no estudo que realizou, concluiu que na sua maioria as AAD tinham formação em geriatria e que, ao longo da sua carreira

profissional, tinham oportunidade de ter uma formação contínua. Muitas das formações em geriatria foram posteriores ao início da carreira. A falta de formação inicial nessa área laboral pode ser justificada pela maioria dos AAD por não terem inicialmente como objetivo, a médio e longo prazo, desempenharem esse tipo de trabalho.

Relembrar é considerado como benéfico. Realizar atualizações dos conhecimentos, verificar técnicas que mudaram e aprender novas coisas é apoiado por vários autores, é reconhecido que é benéfico que as instituições promovam essas formações e, quando não tiverem capacidade de o fazerem, facilitem a participação dos seus trabalhadores nelas, incentivando-as. “(...) gostaria de relembrar e atualizar porque há sempre coisas, experiências novas (...)” E3.

A formação contínua é sentida pelos AAD como útil, pois facilita as tarefas que têm que desempenhar.³⁰

Os serviços de CP estão inseridos na Rede de Cuidados Continuados Integrados dirigidos a toda a população. Não existe, portanto, uma articulação especial com a resposta social de ER. A oferta de CP no país ainda não chega a todos que necessitam, existem as equipas hospitalares, unidades de internamento e equipas de apoio domiciliário de CP. Estas últimas é que poderão ser o apoio que as ER tanto precisam, para poder existir apoio externo nos cuidados prestados. Beneficiaria tanto os idosos como os AAD, pois teriam uma menor sobrecarga quando se sentirem impotentes com o sofrimento dos idosos. No plano de Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de CP é referido o objetivo de proporcionar CP a todos os doentes que se encontrem institucionalizados, melhorando para isso a interligação a nível local com as entidades que prestam apoio a fim de haver um levantamento das necessidades em CP. É ainda objetivo do programa facilitar a acessibilidade das equipas de CP às respetivas entidades e cursos de formação em CP a cuidadores e trabalhadores desses serviços.³¹

Limitações

Apesar da riqueza dos achados, estes não permitem generalizações, sendo válidos para o grupo e contexto estudados.

A bibliografia nesta área de estudo é escassa, isto é, a maioria dos estudos encontrados estão dirigidos para familiares, para enfermeiros e para os idosos, mas raramente se encontram dirigido a AAD.

Aquando da realização das entrevistas, notou-se que as AAD não estão habituadas a serem ouvidas e a gravação foi fator intimidador. Certamente, esse foi o motivo para algumas das respostas serem bastante sucintas e com pouco conteúdo face às questões colocadas.

CONCLUSÃO

As participantes transmitiram ter uma forte relação com os idosos, pautada por momentos intensos, alguns menos bons resultantes do sofrimento dos idosos. Para as AAD é difícil falar de morte, pois tentam proteger o idoso ao máximo, promovendo a esperança e reduzindo o sofrimento. Para tal, são essenciais a presença, o toque, o apoio e o não afastamento.

Ao conviverem com essas situações, surgem sentimentos como medo, tristeza, frustração, mas também o afeto, o carinho e orgulho no papel que desempenham.

Para colmatar as dificuldades contam com o espírito de equipa criado entre profissionais, tirando dúvidas com colegas que já passaram por situações semelhantes. O apoio familiar também é algo importante.

Relativamente às consequências, valorizam a experiência, as recordações de idosos já falecidos, o levar os problemas para casa.

As vivências transmitidas foram riquíssimas tendo sido atingidos os objetivos inicialmente propostos.

A profissão de AAD é já bastante representativa no mercado de trabalho em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano. Por esse motivo, esses profissionais devem merecer a nossa atenção em futuros estudos.

Mais investigação deve ser desenvolvida nessa área, com foco nas dificuldades das AAD, pelo potencial de utilidade para programas de formação.

Ainda relativamente à formação, não deve ser descurado o stress e o desgaste emocional

que os AAD são alvo e investir em programas de formação que também foquem essas áreas.

A relação entre os AAD e os idosos pode também ser foco para investigação e formação.

Melhorar as respostas das AAD aos idosos é dignificar os cuidados que lhes são prestados e, em última análise, é melhorar o futuro de cada um de nós.

REFERÊNCIAS

1. Carrilho M. A Situação demográfica recente em Portugal. *Rev Est Demogr* [Internet] 2015 [acesso em 16 jun 2016];(54):57-107. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210786633&PUBLICACOESmodo=2
2. Cabral M, Ferreira P, Silva P, Jerónimo P, Marques T. *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.
3. Fonseca AM. *Cuidados e demência na terceira idade: manual prático*. Amares: ADRAVE; 2014.
4. Portugal. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria 67/2012, de 21 de março de 2012. Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, nº 58, Série I.
5. Fernandes S. *Vivências em lares: diversidade de percursos em estudo de caso* [dissertação na Internet]. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique; 2010 [acesso em 20 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11328/219>
6. Streubert HJ, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999.
7. Andrade C, Holanda A. Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Est Psicol* [Internet] 2010 [acesso em 22 fev 2016];27(2):259-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>
8. Fortin MF. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.
9. Freitas S. *A pesquisa fenomenológica em psicologia*. In: Baptista MN, Campos DC. *Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 2007. P.209.
10. Fernandes IMR. *Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida* [tese na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012 [acesso em 11 fev 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/7423>
11. Ramos RCGB. *O idoso institucionalizado em fase terminal* [dissertação na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2014 [acesso em 22 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/78783>
12. Pacheco S. *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Loures: Lusociência; 2002.
13. Gameiro MGH. *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora; 1999.
14. Frias C. *A aprendizagem do cuidador e a morte, um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência; 2003.
15. Alvarenga MIC. *A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos* [tese na Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2008 [acesso em 23 mai 2013]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/1114>
16. Vieira CPB, Gomes EBF, Fialho AVM, Silva LF, Freitas MC, Moreira TMM. *Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas*. *REME Rev Min Enferm* [Internet] 2011 [acesso em 05 dez 2015];15(3):348-55. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf

17. Munn J, Zimmerman S, Hanson L, Williams C, Sloane P, Clipp E, et al. Measuring the quality of dying in long term care. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2007 [acesso em 27 nov 2015];55(9):1371-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915342>.
18. Ferreira MEM. Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos [dissertação na Internet]. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança; 2012 [acesso em 20 jun 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7936>
19. Waldrop D, Kirkendall A. Comfort Measures: a qualitative study of Nursing Home- Based End-of-Life Care. *J Palliat Med* [Internet] 2009 [acesso em 12 nov 2015];12(8):719-24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19586390>
20. Catita P. As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso [tese na Internet]. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa; 2008 [acesso em 24 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/701>
21. Casmarrinha M. Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades [tese na Internet]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2008 [acesso em 23 fev 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7169>
22. Batista P. Stress e Coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia [tese na Internet]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2008 [acesso em 19 out 2015]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19398/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>
23. Gómez J. Impacto de um programa de relaxamento na percepção do stress nos cuidadores formais de um Lar do Concelho de Águeda [Dissertação na Internet]. Porto: Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto; 2010 [acesso em 26 fev 2015]. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/729/1/DM_JanethGomez_2010.pdf
24. Marques C. O Burnout nos ajudantes de ação direta que trabalham em lares residenciais para idosos no distrito de Viseu [dissertação na Internet]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2013 [acesso em 31 jan 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13585>
25. Barbosa A, Cruz J, Figueiredo D, Marques A, Sousa L. Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicol Saúde Doenças* [Internet] 2011 [acesso em 18 dez 2012];12(1):119-29. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a08.pdf>
26. Colomé I, Marqui A, Jahn A, Resta D, Carli R, Winck M, Nora T. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev Electr Enferm* [Internet] 2011 [acesso em 22 abr 2015];13(2):306-12. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
27. Marshall B, Clark J, Sheward K, Allan S. Staff perceptions of End-of-Life Care in aged residential care: a New Zealand perspective. *J Palliat Med* [Internet] 2011 [acesso em 09 jan 2016];14(6):688-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495851>
28. Parece A. Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de medicina [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina; 2010 [acesso em 02 fev 2014]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2432>
29. Ribeiro M, Ferreira R, Ferreira E, Magalhães C, Moreira A. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2008 [acesso em 02 mar 2016];13(4):1285-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>
30. Castanheira C. Auxiliar de Acção Directa: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2013 [acesso em 12 mar 2016]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpic046340_tm.pdf
31. Portugal. Serviço Nacional de Saúde, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 –2013 [Internet]. Lisboa: SNS; 2010 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

Recebido: 10/09/2015

Revisado: 31/05/2016

Aprovado: 26/07/2016