



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Percurso de vida e resiliência em profissionais de saúde:
influências na prática profissional em cuidados paliativos**

Marta Sofia Barona Flores

Orientadora | Graça Duarte Santos

Évora 2019



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Percurso de vida e resiliência em profissionais de saúde:
influências na prática profissional em cuidados paliativos**

Marta Sofia Barona Flores

Orientadora | Graça Duarte Santos

Évora 2019



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

- Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)
- Vogal | Constança Biscaia (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Graça Duarte Santos (Universidade de Évora)

Agradecimentos

Não precisava de agradecer aqui e agora a quem me ajudou a construir esta investigação pois já o fiz pessoalmente e no tempo certo, contudo, nunca é demais honrá-los e mencioná-los, pois sou fruto de um pedaço de cada um.

Quero honrar e agradecer em primeiro lugar ao Homem e à Mulher da minha vida pois foram aqueles que me trouxeram ao mundo, sei que, embora em mundos diferentes, nunca deixarão de fazer parte de mim.

Quero agradecer à minha outra metade, à minha irmã, por nunca ter acreditado nos planos que fazia para entrega da dissertação, mas por sempre acreditar que era capaz. Quero, na mesma linha, agradecer ao meu sobrinho, por, nos momentos de empatia, se ter interessado pelo meu trabalho.

Quero mencionar de forma especial o meu Nuno Miguel, aquele que me tira do sério, mas que me mete também no sério quando preciso de alguém que me volte a lembrar de qual é o caminho certo para mim.

Quero e não poderia deixar de referir as minhas companheiras, primeiramente de curso e agora de vida – Nepomuceno, Chora, Dinis, Banha e Carlos -, obrigada por tudo e mais alguma coisa. Quero, de uma forma especial, agradecer à minha mais que tudo, Andreia Carreiro, nunca saberei a sorte que tenho em te ter.

Quero agradecer e muito ao Dr. ° Paulo Simões que me ajudou a desenvolver a presente investigação e sobretudo, a crescer, obrigada.

Quero agradecer e mencionar a minha orientadora Graça Santos que me seguiu de perto e fez comigo este caminho, por vezes tortuoso e desesperante, mas sobretudo feliz e gratificante, um grande obrigada.

Quero agradecer à minha madrinha Helena. Quero agradecer às minis. Quero agradecer ao meu padrinho Tarcísio. Quero agradecer à minha família no geral.

Quero ainda agradecer ao meu bolacha Oreo pelas lambidelas e pela companhia.

Quero agradecer a todos aqueles e a todas aquelas que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar aqui. Quero agradecer aos profissionais de saúde que aceitaram trabalhar comigo.

O que vem a seguir é por e para vocês. Obrigada.

Percurso de Vida e Resiliência em profissionais de saúde: influências na prática em Cuidados Paliativos

Resumo

O presente estudo tem como objetivo verificar se existem elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência, e com eventual impacto na sua prática profissional. No contexto de Cuidados Paliativos, os profissionais de saúde são confrontados com situações de *stress* e emoções intensas, tornando-se importante a procura de recursos internos e estratégias de apoio. Estas podem ser identificadas no percurso pessoal ou profissional. Os resultados permitiram verificar que existem elementos do percurso de vida dos profissionais que têm impacto na sua capacidade de resiliência e que influenciam a sua prática profissional, nomeadamente, as experiências em serviços anteriores e o contacto com casos terminais. No ambiente de trabalho existem elementos promotores de resiliência que permitem ao profissional adquirir recursos para enfrentar as situações mais difíceis, particularmente a partilha de situações com os colegas ou momentos partilhados fora da Unidade.

Palavras – chave: percurso de vida; resiliência; cuidados paliativos; profissionais de saúde;

Path Of Life and Resilience in health professionals: influences on Palliative Care practice

Abstract

The present study aims to verify if there are elements of the life course of health professionals in Palliative Care that are related to their capacity of resilience, and with possible impact on their professional practice. In the context of Palliative Care, health professionals are confronted with stressful situations and intense emotions, making it important to look for internal resources and support strategies. These can be identified in the personal or professional path. The results allowed to verify that there are elements of the life course of professionals that have an impact on their capacity of resilience and that influence their professional practice, namely, the experiences in previous services and the contact with terminal cases. In the workplace there are elements that promote resilience that allow the professional to acquire resources to face the most difficult situations, particularly the sharing of situations with colleagues or times shared outside the Unit.

Keywords: path of life; resilience; palliative; care; health professionals;

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral	v
Índice de tabelas	vii
Abreviaturas.....	viii
1 Introdução.....	9
2 Enquadramento Teórico	12
2.1 Resiliência.....	12
2.1.1 Fatores de proteção da Resiliência	14
2.1.2 Fatores de risco da resiliência	16
2.1.3 Modelos teóricos de compreensão da resiliência	17
2.2 Percurso de vida.....	19
2.2.1 Desenvolvimento e identidade pessoal	20
2.2.2 Desenvolvimento e identidade profissional	21
2.2.3 Resiliência e percurso de vida.....	23
2.3 Cuidados paliativos.....	24
2.3.1 Competências em Cuidados Paliativos e identidade profissional	27
2.3.2 Burnout e resiliência em cuidados paliativos.....	29
3 Método	33
3.1 Objetivos do estudo	33
3.2 Participantes.....	34
3.3 Instrumentos de avaliação.....	36
3.3.1 Questionário	36
3.3.2 Escala de Resiliência de Wagnild e Young.....	37
3.4 Procedimentos.....	39
3.4.1 Recolha de dados.....	39
3.4.2 Análise de dados.....	40
3.4.2.1 Análise de conteúdo.....	40
3.4.2.2 Análise estatística	42

4	Apresentação e Análise de Resultados.....	42
4.1	Análise de conteúdo ao questionário	42
4.1.1	Dimensão I – Fatores do percurso de vida	44
4.1.2	Dimensão II – Influência dos fatores do percurso de vida.....	51
4.1.3	Dimensão III – Fatores condicionantes e facilitadores da prática profissional 54	
4.1.4	Dimensão IV- Identificar estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional	59
4.1.4.	Dimensão V – Compreender elementos promotores de resiliência na prática profissional	62
4.1.5	Nuvem de palavras	67
4.2	Análises estatísticas e descritivas da Escala de Resiliência de Wagnild e Young 69	
5	Discussão dos Resultados.....	72
5.1	Discussão dos resultados qualitativos.....	73
5.1.1	Dimensão I	73
5.1.2	Dimensão II.....	76
5.1.3	Dimensão III.....	78
5.1.4	Dimensão IV	81
5.1.5	Dimensão V.....	83
5.2	Discussão dos resultados quantitativos.....	87
5.3	Discussão integrada dos resultados.....	89
6	Limitações do Estudo	93
7	Implicações para a Prática e para a Investigação Futura.....	93
8	Conclusão	94
	Referências Bibliográficas.....	97
	Anexos.....	103
	Anexo I – Questões que compõem o questionário.....	103
	Anexo II – Escala de Resiliência de Wagnild e Young adaptada por Felgueiras, Festas e Viera (2010).....	104
	Anexo III – Exemplos de entrevistas referentes ao questionário	108

Índice de tabelas

Tabela 1	35
Tabela 2	37
Tabela 3	47
Tabela 4	50
Tabela 5	51
Tabela 6	53
Tabela 7	56
Tabela 8	58
Tabela 9	60
Tabela 10	61
Tabela 11	64
Tabela 12	66
Tabela 13	68
Tabela 14	70
Tabela 15	70
Tabela 16	71
Tabela 17	71

Índice de figuras

Figura 1 - Nuvem de palavras.....	67
-----------------------------------	----

Abreviaturas

WHO – World Health Organization

D – Digital

P – Presencial

1 Introdução

Desde que nascemos até que morremos somos detentores de um percurso de vida único e diferente daqueles que nos rodeiam. Temos momentos e experiências que vão constituindo a nossa história e marcando a nossa existência. Ao longo deste percurso e com base nestes momentos e experiências vamos criando a nossa própria identidade, desenvolvendo-nos e tomando decisões com base naquilo que sentimos, pensamos e queremos. É na relação com os outros que nos descobrimos e descobrimos o mundo, sabemos aquilo com o qual nos identificamos e vamos construindo um conjunto de características que, cada vez mais, nos define como uma individualidade. Deparamo-nos com situações adversas e desagradáveis que fazem com que testemos os recursos, adquiridos também através das experiências e vivências.

A resiliência enquanto capacidade de adaptação positiva a situações humanas ou naturais adversas, integra dois conceitos fundamentais. Os fatores de risco no qual se podem inserir características da personalidade ou eventos ambientais e os fatores de proteção como o suporte familiar ou ambiental, que funcionam como escudo às situações de risco. Não há resiliência se não existirem fatores alternativos de proteção. O sujeito resiliente preserva as marcas da experiência que enfrentou, que assim têm lugar permanente na sua história de vida e na sua memória. Existe, contudo, uma capacidade de recuperação através do encontro de formas de suporte e de contenção que lhes permitam continuar o percurso de vida (Cyrulnik, 1998/2001). Algumas características que evidenciam a presença de indicadores de resiliência são: o otimismo, a criatividade, o sentido de humor, a autoestima, o autoconhecimento, a flexibilidade mental, a perseverança, a elevada consciência do sentido da vida, a empatia, a tomada de decisões, a paciência, a tolerância, a responsabilidade, a determinação, entre outras (Cyrulnik, 1998/2001). Estas habilidades dotam o sujeito de recursos prontos a serem utilizados quando o mesmo se encontra perante situações que sejam desagradáveis e lhe tragam sofrimento (Anaut, 2005). Ao longo do seu percurso de vida, o indivíduo vai criando não só a sua identidade pessoal, mas também a sua identidade profissional. Estes dois tipos de identidade não existem de forma isolada, mas influenciam-se entre si. Isto é, as características pessoais do indivíduo podem influenciar a sua escolha profissional e posteriormente a sua prática, bem como a identidade profissional do indivíduo pode auxiliar na reflexão da sua existência humana.

Os profissionais que trabalham em contexto de Cuidados Paliativos encontram uma enorme exigência de habilidades e competências durante o seu percurso profissional. Não só devido ao ambiente em que estão inseridos, normalmente confrontados com situações difíceis e adversas, mas também devido à influência da sociedade no que respeita à finitude da vida e à temática da morte. Sendo que este tema é ainda visto como algo sobre o qual é difícil conversar, podendo originar emoções e sentimentos negativos que, de certa forma, podem condicionar a forma como estes profissionais estão disponíveis para compreender o Outro (Lloyd-Williams, 2008). Um outro aspeto que origina sofrimento aos profissionais de saúde prende-se com a complexidade e a especificidade dos cuidados a prestar ao doente em fim de vida, bem como à respetiva família (Antunes, 2005). Num contexto de Cuidados Paliativos, os profissionais, para além de terem a função de tratar e aliviar o sofrimento, têm a função de proporcionar dignidade e aceitação do tema morte com a maior tranquilidade possível. Para que isto aconteça da forma mais natural possível é necessário que cada profissional reflita sobre a morte no âmbito social e emocional.

Neste sentido, os profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Paliativos precisam de encontrar estratégias que lhes permitam lidar com as emoções e sentimentos que este ambiente lhes desperta. Estas estratégias podem ser desenvolvidas ao longo do seu percurso de vida pessoal, através das experiências e vivências ou podem ser adquiridas ao longo do percurso profissional. A capacidade de resiliência nestes profissionais torna-se imperativa, pois constitui uma importante ferramenta de gestão e adaptação. As características de resiliência não são inatas nem estáticas, podendo variar de situação para situação e podendo ser desenvolvidas e aprimoradas. Em conjunto com estas características podem ser também aprendidas e adaptadas algumas estratégias e mecanismos de *coping* que auxiliem estes profissionais na gestão das suas emoções e na adaptação à sua prática profissional. Estas formas de gestão dotam o profissional de capacidades e recursos que lhes permitem um percurso pessoal e profissional mais saudável, minimizando o impacto emocional e aumentando a sua saúde emocional e o bem-estar, o que por sua vez, impulsiona a disponibilidade para o Outro.

A pertinência deste estudo habita na necessidade de autoconhecimento e de reflexão pessoal que os profissionais de saúde devem identificar durante o seu percurso de vida. Existem elementos da sua história de vida que podem influenciar os seus comportamentos e a forma como estes se relacionam com certas situações. Se concretizarmos esta necessidade no contexto

de Cuidados Paliativos, esta revela-se ainda mais pertinente. Uma vez que neste contexto os profissionais são confrontados com questões existenciais e de sofrimento, estes devem ter em conta dos elementos e ou eventos e ou acontecimentos do seu percurso de vida pessoal que possam ter impacto na forma como estão disponíveis para o Outro. A identificação, consciencializada, dos obstáculos ou dos facilitadores à prática profissional promove um cuidado mais efetivo e próximo àqueles que se encontram em fim de vida.

Ao longo da presente dissertação serão explorados e descortinados três temas principais que formarão o objetivo da mesma, são: o Percurso de Vida, a Resiliência e os Cuidados Paliativos. A estrutura da presente dissertação divide-se em três partes. Uma primeira introdutória, seguida por uma outra que integra a revisão de literatura respeitante ao objetivo em vista, encontrando-se esta última dividida em três subcapítulos. O primeiro explora a temática do Percurso de Vida, o segundo explora o conceito de Resiliência e o terceiro centra-se nos Cuidados Paliativos. Este último subcapítulo irá também auxiliar na caracterização da população alvo de estudo, uma vez que esta será constituída por profissionais de saúde que exercem funções em contextos de Cuidados Paliativos. O terceiro grande capítulo do trabalho evidencia a componente metodológica do estudo empírico realizado com base na revisão da literatura apresentada, especificando os participantes, o seu objetivo, que se prende com a verificação da existência de eventuais elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência na prática profissional, apresentando de seguida os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise de dados. O quarto e quinto capítulo integram a análise e discussão dos resultados obtidos. Na reta final da dissertação são refletidas as limitações do estudo e elencadas questões para futuras investigações, e por fim será elaborada uma conclusão geral onde se realçam os principais resultados.

2 Enquadramento Teórico

2.1 Resiliência

O conceito de resiliência emergiu através na necessidade de compreensão das diferenças entre indivíduos que conseguiam ultrapassar uma adversidade e atingir um patamar adaptativo e indivíduos que não conseguiam atingir esse mesmo patamar. Diversas teorias e explicações foram surgindo ao longo dos anos e várias perspectivas olham para este conceito com as suas peculiaridades. A nível etimológico, este conceito deriva da palavra em latim – *resilientia* que significa movimento para trás, recuar, saltar. A sua utilização vê as suas origens instaladas na Física que manuseia este conceito como a capacidade que um corpo apresenta no sentido de recuperar a sua forma original após ter sido alvo de uma deformação ou alteração (Pinheiro, 2004). Depois de várias áreas aplicarem este conceito à sua prática, a Psicologia adotou-o e tem vindo a estudá-lo ao longo dos anos, cada vez com mais ênfase e profundidade. Para a Psicologia a resiliência define-se como a capacidade que permite ao indivíduo recuperar-se de situações adversas, utilizando os recursos que tem disponíveis e readaptar-se de forma positiva (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013).

Recuando às origens da resiliência não podemos deixar de referir uma importante pioneira e psicóloga norte-americana Emmy Werner (1982) que desenvolveu um estudo longitudinal no arquipélago do Hawai durante cerca de trinta anos. Este estudo integrou cerca de 545 crianças que viviam com privações, num ambiente de pobreza, discórdia e violência, e que, foram acompanhadas desde o período do seu nascimento até à sua fase adulta. O objetivo do estudo recaía sobre a observação da capacidade de adaptação das crianças ao ambiente onde estavam inseridas. Algumas mostraram uma grande capacidade de ajustamento social bem como de uma força interior sendo capazes de se adaptar de forma saudável, longe de patologias. Werner verificou que estes sujeitos, que apresentavam características de resiliência, tinham pelo menos um sujeito, membro da família ou não, que os aceitava incondicionalmente por mais defeitos e imperfeições que tivessem. Sentiam que essa mesma pessoa era capaz de reconhecer os seus esforços e competências, bem como de os fazer sentir valorizados. Desta forma, a capacidade de resiliência dos indivíduos parecia estar diretamente relacionada com a presença

de pelo menos uma pessoa significativa, ou seja, a autoeficácia e a autoestima destas mesmas crianças tinha como base de promoção as relações significativas (Yunes & Szymanski, 2001).

Um dos pioneiros do estudo da Resiliência em Psicologia foi Rutter. Este autor identificou, inicialmente, a característica invulnerabilidade como a habilidade que o indivíduo apresentava quando conseguia ultrapassar grandes adversidades e voltar a adaptar-se de forma saudável. Contudo, esta característica transmitia a ideia de que, se o indivíduo se apresentasse vulnerável num determinado momento da sua vida, tenderia a manifestar essa mesma característica ao longo de toda a sua vida, olhando-a como uma capacidade intrínseca (Rutter, 2003). Porém, estudos recentes mostraram que a resiliência não é uma característica fixa, mas que o indivíduo pode apresentar características resilientes num determinado período da sua vida e noutro não ou mesmo conseguir ser resiliente numa determinada área da sua vida e em outra não (Oliveira, 2010).

Segundo Monteiro, & Mourão (2016), o indivíduo resiliente guarda em si as marcas das situações adversas que enfrentou. Estas estão presentes nas suas memórias e nos seus sentimentos, a história destes mesmos acontecimentos fica marcada no seu percurso de vida mas mesmo assim o indivíduo é capaz de seguir e investir no seu futuro porque encontra o suporte e ajuda de que necessita, nomeadamente na esfera social. Possuir esta capacidade, auxilia o indivíduo na superação de situações adversas que poderiam colocar em risco a sua saúde mental. Assim sendo, aqueles que são capazes de usar esta capacidade a seu favor, têm menos probabilidade de desenvolver patologias associadas ao *stress* (Monteiro, & Mourão, 2016). Contudo, existe ainda uma controvérsia na abordagem deste conceito, existem autores que sustentam que a Resiliência funciona como um processo que se desenvolve ao longo do percurso de vida do indivíduo, enquanto outros autores defendem que a Resiliência é uma capacidade constante. A maioria dos investigadores, contudo, perspetiva a Resiliência como o resultado de uma interação dinâmica entre o sujeito e o meio ambiente (Anaut, 2005). Estudos mais recentes, defendem que a resiliência não é uma característica individual ou traço de personalidade, mas que se apresenta sob a forma de um conjunto de processos psicológicos, ou seja, a resiliência não é uma característica fixa mas que pode aparecer e desaparecer em diferentes momentos da vida do indivíduo, sofrendo o seu nível de resiliência várias alterações também sob a influência de fatores externos (Ralha-Simões, 2017). Assim, a resiliência dos diferentes indivíduos permite a existência de uma grande variedade respostas e emoções a

situações ou eventos semelhantes (Monteiro, & Mourão, 2016). O desenvolvimento e reforço destas capacidades dependem da constante ativação e estimulação da autoestima e da autorregulação por parte do sujeito, levando esta a uma procura de formas e estratégias que lhe permita uma melhor adaptação (Pinheiro, 2004).

Este processo de adaptação sofre influencia de vários fatores, quer sejam eles externos, oriundos dos vários contextos onde o indivíduo se desenvolve, ou internos, podendo ser classificados como fatores de risco ou fatores de proteção (Rutter, 2013). É possível que num determinado momento um fator funcione como de proteção e em outro momento funcione como um fator que coloca o sujeito em risco, carecendo então de interpretação sobretudo do momento do percurso de vida em que o sujeito se encontra (Cefai et al., 2015). As características de resiliência só se desenvolvem e constroem através da interação entre estes fatores. Os fatores de risco colocam o sujeito sob a influência de situações ou eventos negativos ou adversos que o coloca à prova enquanto os fatores de proteção funcionam como atenuantes do impacto dos fatores de risco possibilitando a seleção de formas de adaptação face às dificuldades vivenciadas (Cefai et al., 2015). O equilíbrio destes dois fatores, proporcionam a manutenção da capacidade de resiliência; na medida que não existe resiliência sem que exista uma relação recíproca entre os fatores de proteção e os fatores de risco (Rutter, 2013). Esta interação permite pensar a necessidade de diminuir aqueles que constituem um risco e promover e desenvolver aqueles que funcionam como atenuantes desses riscos para que haja uma adaptação efetiva e progressiva (Werner, 2005).

2.1.1 Fatores de proteção da Resiliência

Os fatores de proteção da Resiliência são características do próprio indivíduo ou fatores externos a este que lhe atribuem recursos e formas de superar os problemas de forma adaptativa. Estes recursos têm origem no ambiente onde o sujeito se insere, quer seja na esfera familiar, na esfera escolar, profissional, instituições religiosas, entre outras e também em fatores internos como características de personalidade (Oliveira, 2010).

Anaut (2005) indica que existem três tipos de fatores de proteção: fatores individuais, familiares e de suporte, e que estes promovem a resiliência no indivíduo porque beneficiam a autoestima e a valorização de si próprio, sendo o sujeito capaz de se dotar de características resilientes que o ajudam a ultrapassar os problemas. Os fatores de proteção da Resiliência individuais integram o estado de humor, idade, gênero, capacidades de relações interpessoais, capacidade de empatia, sentido de responsabilidade, autoestima percebida, flexibilidade mental, criatividade, otimismo, perseverança, entre outros. Os fatores familiares de proteção da Resiliência podem passar por boas relações estabelecidas no meio da família, união dos pais e destes com os filhos, compreensão conjugal e apoio mútuo. Os fatores de proteção da Resiliência de suporte estendem-se à rede social que envolve o sujeito e do qual este faz parte, grupos de pares, grupo de trabalho, instituições profissionais ou religiosas, entre outros (Anaut, 2005).

Oliveira (2010), refere que pessoas que demonstram ter capacidade para enfrentar de forma adaptativa situações adversas, tendem a mostrar mais capacidades de resolução de problemas e na definição de objetivos enquanto, por outro lado, pessoas que não manifestem comportamentos e capacidades de resiliência tem dificuldades na procura de soluções eficazes e em acreditar nas suas próprias capacidades, o que vai afetar a sua capacidade de tomada de decisões positivas.

Para que o desenvolvimento e adaptação se efetue de forma positiva e saudável é fundamental que o fator de proteção de Resiliência família seja forte e consistente, para que deste modo o indivíduo tenha modelos de atuação e a longo prazo consiga potenciar a resiliência de forma individual (Anaut, 2005).

Contudo, como já foi referido, podem existir outros fatores igualmente importantes ao longo do percurso de vida do sujeito que o impulsiona a desenvolver características de resiliência e por sua vez a colocar essas mesmas características na sua adaptação positiva a uma determinada situação (Oliveira, 2010). Para Pinheiro (2004), compreender a resiliência passa por conhecer a forma como os fatores de proteção se desenvolveram e de que forma modificaram o indivíduo, auxiliando-o na procura de novos recursos e soluções.

2.1.2 Fatores de risco da resiliência

Para Anaut (2005), o fator de risco encontra-se sempre implícito quando se trata do desenvolvimento da Resiliência, pois o risco integra a possibilidade de sofrer uma perda, um dano ou estar em perigo, sendo que a sua importância cresce quando associado ao possível aparecimento de patologias ou disfuncionalidades a longo prazo. Os fatores de risco da Resiliência podem ter origem em várias esferas do desenvolvimento do sujeito como biológicas, relacionais e sociais que estão ligadas ao indivíduo, à sua família ou com o ambiente cultural ou socioeconômico a que estes indivíduos pertencem (Anaut, 2005). O conceito de risco deve ser olhado como um mecanismo e não como um fator, visto que, de acordo com a situação, este pode funcionar como fator de risco ou de proteção, estes conceitos funcionam de forma unida e não isolada, uma vez que os fatores de risco são moderados pelos fatores de proteção (Anaut, 2005). Existem situações traumáticas que podem ter lugar durante a infância ou juventude como seja uma doença grave, catástrofes naturais, lutos não adaptativos que podem ter graves impactos no desenvolvimento do indivíduo, quer a nível psicológico, quer a nível físico. Contudo, há fatores internos que podem sofrer alterações e ser modificados ou contrariados para que se tornem mais adaptativos e saudáveis, como por exemplo, os esquemas mentais – formas de pensar, significados atribuídos aos acontecimentos, ou comportamentos desadaptativos adquiridos (Oliveira, 2010). Na esfera individual existem também algumas características que podem desempenhar o papel de obstáculo à promoção da resiliência, como o pessimismo, críticas sistemáticas, sentimentos de culpa, autovitimização, baixa autoestima, baixa capacidade de reconhecer o seu valor, défice de reatividade face às adversidades, alta exigência consigo próprio, isolamento, comportamentos de contradição, entre outros (Oliveira, 2010). Associado a este não desenvolvimento de capacidades resilientes podem ocorrer pensamentos negativos, falta de coragem, falta de clareza no raciocínio, o indivíduo considera que não tem capacidades nem recursos para superar as dificuldades, espera que outros lhe indiquem o caminho e soluções a seguir. Neste caso o indivíduo pratica esforços superficiais esperando atingir os resultados que os outros esperam dele ou que ele pensa que os outros esperam dele, atuando assim com base em crenças, normas e hábitos que não o ajudam a aceitar a mudança e evoluir, entrando num ciclo onde se sente seguro, de forma temporária, acabando

por não existir espaço para a evolução pessoal e desenvolvimento de competências de Resiliência (Oliveira, 2010).

2.1.3 Modelos teóricos de compreensão da resiliência

No sentido de procurar construir uma base teórica sólida que permita a compreensão e o desenvolvimento da resiliência, diversos autores têm reunido esforços no que respeita à realização de estudos e investigações. Iremos abordar alguns modelos teóricos que visam compreender o processo de resiliência e que melhor enquadram este construto.

A autora Kumpfer (2002), deu forma ao Modelo Transacional da Resiliência nos explica a resiliência como produto da relação dos fatores de risco com origem no ambiente e ou no contexto em que se insere ou desenvolve com as características do indivíduo. A adaptação inicia-se quando o indivíduo experiêcia uma situação adversa ou difícil. Neste momento, acionam-se quatro mecanismos: os *stressores*, as características individuais, o contexto e a interação do indivíduo com a situação adversa ou difícil (Kumpfer, 2002). Estes mecanismos em interação permitem o desenvolvimento e ou a criação de estratégias que vão auxiliar o indivíduo a ultrapassar, de forma adaptativa, a situação adversa ou difícil, que resulta num processo resiliente (Kumpfer, 2002). Para sustentar a sua perspetiva, a autora refere que, estas características internas resilientes têm a sua base em formas espirituais, cognitivas, sociais, comportamentais, emocionais e físicas e estas promovem ou não a capacidade de resiliência (Kumpfer, 2002).

Anos mais tarde, Guajardo (2005), estudou qualitativamente a história de vida de dois indivíduos adultos que manifestavam, no momento do estudo, um conjunto de características de resiliência. As entrevistas pretendiam fazer emergir e interpretar momentos significativos do seu percurso de vida familiar e social e associar estes a comportamentos resilientes que lhes tenham permitido enfrentar situações adversas. Deste estudo, surgiram elementos como o vínculo, a identidade, as crenças e o autoconceito como base dos comportamentos resilientes. O autor reforça ainda que, verificou ser fundamental o vínculo e a relação com o meio, áreas que auxiliam na reorganização e na readaptação perante as adversidades (Guajardo, 2005).

Para Galli, & Vealey (2008), todos os indivíduos devem ser dotados de certas características psicológicas que lhes permitem o equilíbrio e a gestão no que toca ao enfrentamento de tarefas causadoras de *stress*, quer sejam elas das mais fáceis, encontradas no dia-a-dia, quer das mais complexas que já requerem mais energia Galli, & Vealey (2008). Neste sentido, este modelo pressupõe que, o indivíduo deve também ter consciência de que alcançou os seus objetivos ou uma meta como consequência de um esforço face a uma adversidade. Por isso mesmo, aqueles indivíduos que conseguem reconhecer o seu empenho ao enfrentar uma adversidade, tendem a confiar mais nas suas capacidades, usando estas como recursos. Por outro lado, as características socioculturais que vão desenvolvendo em interação com o meio, dotam-no de recursos cada vez mais complexos que serão fundamentais para as adversidades do futuro.

Alguns destes recursos são: a aprendizagem - em que o indivíduo reflete sobre as lições e os valores que aquela situação difícil lhe ensinou para a vida, podendo ser aplicada a uma situação semelhante; a perspetiva - ao empenhar os seus recursos contra a adversidade, o indivíduo procura por novas soluções que anteriormente não achava possível; a importância do apoio social - em que as adversidades são um bom meio para que o indivíduo entenda a importância do apoio externo no enfrentamento da mesma; o fortalecimento - ao tomar consciência das suas capacidades e das consequências do seu empenho na resolução das adversidades, o indivíduo entende que pode desafiar-se e ultrapassar o obstáculo e por fim, a motivação para ajudar os outros - ao conseguir na medida em que ao conseguir ultrapassar aquela adversidade, o indivíduo fica com a marca e com a experiência dessa mesma vivência, podendo assim inspirar outras pessoas que caminhem pela mesma adversidade e partilhar a sua experiência de forma a construir e motivar os demais a olharem de frente as situações menos favoráveis Galli, & Vealey (2008).

Em 2012, Fletcher, & Sarkar desenvolveram a Teoria Psicológica da Resiliência. Esta teoria assenta nos componentes da avaliação positiva e da metacognição com foco nos elementos causadores de *stress*. Quando os indivíduos se confrontam com situações potenciadoras de *stress* ou adversidades, tendem a percebê-las como oportunidades de crescimento e de superação, refletindo, ponderando e decidindo vê-las como um desafio que as motiva a mais e a melhor (Fletcher, & Sakar, 2012). Esta perspetiva de avaliação positiva e de metacognição apresenta como base alguns processos psicológicos que auxiliam na manutenção destes mesmos componentes e na construção e desenvolvimento de características de

resiliência. Estes processos psicológicos são a personalidade positiva, a motivação, a confiança, a concentração, e o apoio social percebido.

A personalidade positiva inclui características como o otimismo, a estabilidade emocional, a extroversão e a capacidade de abertura a novas experiências que permitem ao indivíduo, atingir os seus objetivos e estabelecer metas cada vez mais desafiantes (Fletcher, & Sakar, 2012). A motivação compreende uma parte intrínseca e extrínseca, sendo os níveis de motivação adequados, necessários para o funcionamento psicológico do indivíduo pois mantém-no focado num determinado objetivo (Fletcher, & Sakar, 2012). A confiança é um dos processos psicológicos mais importantes no que concerne às características de resiliência, pois se o indivíduo perceber que tem competências e acreditar nas suas capacidades está seguro de que consegue ultrapassar as dificuldades, havendo uma redução dos níveis de *stress* (Fletcher, & Sakar, 2012). Por fim, o apoio social percebido funciona como uma rede de apoio ao indivíduo por aqueles que o rodeiam, seja da sua família, amigos, colegas de trabalho, entre outros. Quando o indivíduo percebe que tem esta rede de apoio de qualidade, a perceção de adversidade e de risco diminui. Contudo, para que haja um desenvolvimento da capacidade de resiliência é também necessário que haja uma exposição controlada ao risco para que se possa desenvolver a confiança e a tolerância à frustração (Fletcher, & Sakar, 2012).

2.2 Percurso de vida

Neste capítulo irá ser abordada a temática do percurso de vida, com base no desenvolvimento da identidade pessoal e profissional que o constituem. Para Nóvoa (2007), um percurso de vida é um percurso de formação visto que existe um processo de construção a nível individual e mais tarde uma formação académica e profissional em que o sujeito integra vivências de todas as esferas em que está inserido. Cada ser humano carrega consigo uma história que marca a singularidade do seu ser ao longo da sua vida, e é ao longo desta que se vai desenvolvendo e construindo enquanto indivíduo diferenciado dos demais. É através das experiências, das vivências e na sua relação com o outro que cada ser humano consegue desenvolver a sua identidade pessoal e com base nesta, uma identidade profissional. A forma

como cada um de nós pensa, sente, integra e tenta dar significado à informação que retiramos de cada acontecimento vivenciado, tem impacto nas nossas decisões e escolhas, não só a nível intrapessoal como também a nível interpessoal, como podemos entender de seguida.

2.2.1 Desenvolvimento e identidade pessoal

O conceito de identidade está diretamente relacionado com a personalidade e as características de cada indivíduo, contudo, este não se limita apenas à individualidade mas estende-se ao social, ao ambiente e aos contextos onde o sujeito se desenvolve (Bauman, 2004/2005). Para Dewey (1934/2010), a construção da identidade acontece na interação entre a individualidade do sujeito e a relação que detém com aqueles que o rodeiam. Esta é construída ao longo do percurso de vida do indivíduo, não sendo por isso inata, requerendo múltiplas socializações e trocas sociais com o outro, concretizada nos vários papéis ou funções que vamos assumindo nos diferentes grupos nos quais nos vamos inserindo, havendo uma influência mútua (Giddens, 2008). O desenvolvimento pessoal integra o crescimento do eu, a um nível privado, intrapessoal, realizado através das experiências externas ou internas de que o indivíduo é alvo durante o seu percurso de vida (Pascual-Leone et al, 2012). Contudo, este crescimento do *self* não se resigna apenas a uma esfera íntima, mas pode e deve ser influenciado pelo percurso académico e profissional, que auxilia no seu desenvolvimento pessoal, pois o indivíduo é um ser social e de interação com os outros (Pascual-Leone et al, 2012). De um modo geral, a construção da identidade de um ser humano tem como lugar de partida um conjunto de interações entre o meio interno e externo, em conjugação com a capacidade de elaboração dos factos vivenciados no dia-a-dia e da atribuição de um significado a estes, pois, a existência humana define-se pela troca de valores, consciências e linguagens tendo por base a capacidade de interpretação e atribuição de significado (Polito, 2008). Para Dewey (1934/2010), o desenvolvimento pessoal e a construção da identidade pessoal diferenciam-se e originam-se a partir das competências que o próprio indivíduo detém em si, daquilo que foi recolhendo através de experiências vivenciadas ao longo do percurso de vida pessoal e académico. Sendo que o desenvolvimento pessoal não é algo estanque, mas dinâmico e sempre em processo, este apresenta-se como uma complexidade crescente que envolve o sujeito como um todo, incluindo

a sua forma de pensar, de agir, as suas emoções e as suas interações com o outro (Dewey, 1934/2010).

Ungar (2013), defende que as famílias em que as suas crianças desafiam a autoridade e as normas sociais são aquelas que permanecem saudáveis de uma forma mais frequente, sendo também por isso, os fatores de resiliência não só multidimensionais, mas também específicos de cada contexto. As relações familiares precoces detêm um papel muito importante na construção de uma identidade com características de resiliência, uma família que constitui uma boa rede de suporte, que responde às necessidades da criança e que promove a sua autoestima dota a criança de recursos que mais tarde poderão funcionar como fatores de proteção e de promoção da resiliência face aos acontecimentos menos favoráveis do seu percurso (Ungar, 2013).

2.2.2 Desenvolvimento e identidade profissional

Nóvoa (2007), identifica a identidade profissional como uma construção que deriva da interação indispensável entre a esfera profissional e as demais esferas em que o sujeito está inserido. Os fatores que influenciam a escolha da profissão não se apontam unicamente como intrínsecos, como o prazer que se espera pela prática ou experiências específicas ao longo do percurso de vida, mas existem também fatores extrínsecos que funcionam como facilitadores ou como condicionantes na escolha profissional, o prestígio social da profissão, as posses económicas e o contexto geográfico são alguns dos exemplos (Mesquita-Pires, 2016). A construção da identidade profissional vai-se desenvolvendo ao longo do percurso de vida através dos vários lugares e funções que o sujeito vai ocupando (Super, 1973). Segundo este mesmo autor, o indivíduo tende a escolher uma profissão que lhe permita ser a pessoa que é num tudo, integrando na prática os seus valores, crenças, aspirações e que lhe seja possível empregar as suas competências e habilidades percebidas, ou seja, a escolha da profissão está relacionada com a autoimagem, procurando representar quem a pessoa é, na prática profissional que vai desempenhar.

O desenvolvimento da identidade profissional operacionaliza-se através do processo de socialização e de individualização que integra a dinâmica de saberes, conhecimentos, valores e experiências que são partilhadas dentro do grupo profissional, ou seja, a construção da identidade profissional faz-se na interação do sujeito com o seu grupo de trabalho (Savickas, et al., 2009). À medida que os profissionais vão evoluindo na sua prática profissional sentem a necessidade de reformular a forma como vêm e pensam a sua profissão, por isto podemos afirmar que a construção da identidade pessoal e profissional dos indivíduos não é um processo isolado mas está relacionado com o seu percurso a nível social, ou seja, os sujeitos vão construindo e reconstruindo o seu percurso profissional utilizando a sua história de vida, as suas experiências passadas, vivências presentes e expectativas futuras (Savickas et al., 2009).

Por sua vez, Super (1990), desenvolveu um Modelo de Desenvolvimento da Carreira que perspetiva o comportamento profissional como um processo que ocorre ao longo de todo o percurso de vida e em vários contextos em que o sujeito se insere ao invés de ser visto como uma escolha única e determinista, ou seja, são necessárias várias tomadas de decisão, pois este é um processo contínuo e progressivo. Neste sentido, Super (1996), surge com a teoria Life-Span, Life-Space indicando nessa mesma perspetiva, que o sujeito desempenha vários papéis, com diversas interações em diferentes contextos sociais, podendo atuar em vários cenários ou apenas num consoante a fase da vida, a fase da carreira e as tarefas de desenvolvimento com as quais se depara naquele momento da sua vida (Life-Space). A ação destes papéis vai acontecendo numa sequência cronológica desde a infância até à velhice, havendo vários confrontos de tarefas segundo as diferentes fases do percurso de vida (Life-Span) (Super, 1996).

Quando o sujeito inicia uma atividade com um novo papel de ação pode negligenciar o investimento que coloca em papéis que anteriormente desempenhava, esta alternância de ações depende do significado e da importância que o sujeito atribui a cada papel num determinado momento da sua vida (Savickas et al., 2009). Estas decisões e mudanças ocorrem também devido à percepção do que o sujeito vai tendo de si e das suas capacidades, ou seja, ao longo do seu percurso de vida o indivíduo vai modificando o conceito que tem de si em associação a cada papel, não existindo um único eu mas vários e com várias variações (Super, 1990). Posteriormente, Silveira (2013), estendem a teoria do ciclo vital de Super, introduzindo nela o conceito de adaptabilidade. Partilham assim uma visão contemporânea acerca do percurso profissional e da escolha da profissão, realçando a necessidade de reconhecer a instabilidade e

a imprevisibilidade dos ambientes de trabalho. As escolhas de profissão fazem-se com base naquilo que é mais significativo para o sujeito, tendo em conta todas as características e funções que vai assumir, ou seja, existe um espelhamento do sujeito no papel profissional que pretende assumir (Savickas, 2013). O desenvolvimento profissional apresenta-se assim como uma organização das experiências de trabalho que o sujeito vivenciou ao longo da sua vida, formando uma identidade única e dinâmica que vai resultando do processo de adaptabilidade de auto-organização destas mesmas experiências (Savickas, & Porfeli, 2012).

2.2.3 Resiliência e percurso de vida

Alguns autores como Connor, & Davidson, (2003) e Laranjeira, (2007), referem que a resiliência é um processo complexo, dinâmico e multidimensional que integra uma adaptação positiva num contexto de adversidade significativa, variando de acordo com o contexto, o tempo, a idade, o género, a cultura e as circunstâncias da vida. A resiliência permite a oportunidade de respostas adaptativas face a situações de *stress* e de ansiedade, contribuindo para um desenvolvimento saudável mesmo na presença de riscos ou ameaças percebidas como tal, tanto internas como externas. As respostas adaptativas permitem que o sujeito cresça e se desenvolva mesmo quando é confrontado com situações adversas (Laranjeira, 2007). Este revela ser resiliente quando demonstra capacidades para reconhecer o seu sofrimento psicológico, entender o seu sentido e tolerá-lo até que surja uma resolução construtiva dos conflitos, socorrendo-se das suas características pessoais para prosperar perante a adversidade (Connor, & Davidson, 2003).

Alguns sujeitos são influenciados de forma negativa por situações causadoras de *stress*, enquanto outros conseguem ter uma resposta satisfatória e adaptativa face a esses mesmos acontecimentos. Acontece também que, o mesmo indivíduo pode responder de forma adaptativa a uma situação adversa e em outra situação não ter recursos para o fazer, por isso mesmo, é de fácil entendimento que o nível de resiliência seja resultante de fatores protetores que modificam a resposta do indivíduo quando este é confrontado com a adversidade (Rutter, 2013). Como já referimos anteriormente, existem recursos do indivíduo que funcionam como fatores de

proteção face à adversidade, funcionando como moderadores do impacto das influências negativas, e, contribuindo para a apresentação de um comportamento adaptativo, nomeadamente a saúde, a funcionalidade, o otimismo, os afetos positivos, a autoestima, a flexibilidade, o sentido de significado, o controlo interpessoal, a religiosidade e ou a espiritualidade (Rabelo, & Neri, 2005).

Para além destes há ainda um outro fator que desempenha um papel de grande importância na adaptação a situações adversas e que se prende com as crenças de autoeficácia, ou seja, as crenças que o individuo tem acerca das suas capacidades de controlo sobre o seu próprio funcionamento e sobre os eventos que afetam a sua vida (Bandura, 1993). Desta forma, a autoeficácia percebida exerce influência sobre a forma como os indivíduos enfrentam as dificuldades e a vulnerabilidade originadas pelo *stress*, tendo um papel importante no desenvolvimento de comportamentos resilientes (Fontes, 2012). Outro fator com desempenho fundamental passa pelos mecanismos de regulação emocional uma vez que permitem promover um equilíbrio entre os afetos negativos e os afetos positivos, contribuindo para uma maior capacidade de adaptação (Rabelo, & Neri, 2005). Os recursos sociais apresentam-se também aqui como um outro ponto-chave no processo de resiliência, nomeadamente a rede de apoio social, a integração na comunidade, o desempenho de papéis sociais e o seu envolvimento no meio, que ajudam o individuo a acreditar nas suas competências e capacidade de controlar o ambiente, ajudam-no a lidar com a adversidade (Rabelo, & Neri, 2005). As combinações entre os diferentes recursos promovem um desenvolvimento mais efetivo, aumentando a resiliência, a autoestima e a autoeficácia do indivíduo, que começa a reconhecer novas oportunidades (Laranjeira, 2007).

2.3 Cuidados paliativos

No final dos anos 50 do século XX, Cicely Saudehers, procurou reunir esforços e focou a sua energia na melhoria dos cuidados de saúde prestados às pessoas em fim de vida. Movida por estes cuidados, realizou várias investigações, empenhou o seu conhecimento em atividades e experiências clínicas e educacionais, tendo mesmo sido a fundadora do St. Christopher Hospice no ano de 1967 (Clarke, 2006). Já nos Estados Unidos, é de se notar a ação da médica

psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross que realizou estudos junto de pacientes portadores de doenças terminais e concluiu que a temática da morte funcionava como um tema proibido, pouco falado. Identificou ainda a importância e a necessidade de comunicação entre estes doentes e os seus familiares, bem como com os profissionais de saúde que os acompanham (Clarke, 2006).

“Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e cuidadores.” (International Association Hospice & Palliative Care, 2018). Os Cuidados Paliativos incluem a prevenção, identificação precoce, avaliação e gestão globais dos problemas físicos e do sofrimento psicológico; proporcionam o apoio para ajudar a pessoa doente e viver de forma mais plena possível até à morte; são aplicáveis durante todo o percurso da doença; podem influenciar positivamente a evolução da doença; não pretendem antecipar nem adiar a morte mas reconhecem a morte como um processo natural; proporcionam apoio à família e aos cuidadores durante a doença e no período de luto; respeitam os valores e crenças da pessoa doente e da sua família; são aplicáveis a todos os contextos e a todos os níveis de cuidados; podem ser fornecidos por profissionais com formação básica em cuidados paliativos e requerem equipas multidisciplinares especializadas para a prestação de serviços (International Association Hospice & Palliative Care, 2018).

O objetivo destes cuidados é o de ajudar a pessoa a usufruir da vida que lhes resta viver com a melhor qualidade possível, com o menor sofrimento possível, de um modo intenso e pleno, tendo como um dos objetivos primordiais o possibilitar que a pessoa possa morrer com dignidade e que as suas famílias bem como as pessoas que lhe são próximas sejam também apoiadas durante todo o ciclo de doença, na morte e no luto (Costa, & Othero, 2014). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017) define igualmente estes cuidados como uma abordagem que apresenta como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que se encontram frente a frente com uma doença que coloca em causa a vida do sujeito, através da prevenção e do alívio da dor, da identificação antecipada, do tratamento da dor e de outros problemas sejam eles de origem física, psicossocial ou espiritual.

A Organização Mundial da Saúde identifica também a filosofia de atuação dos Cuidados Paliativos e defende que esta afirma a vida e trata a morte como um processo natural, não apressando nem adiando a morte, integrando processos psicossociais e espirituais nos cuidados

do utente, oferecendo um sistema de apoio e ajuda para viver tão ativamente quanto possível até ao fim, um sistema de apoio à família e pessoas próximas ao utente, ajudando na gestão do impacto da doença e no processo de luto, utilizando para tal, uma abordagem em equipa que atua neste sentido (World Health Organization, 2010). Assim, os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos centrados no doente, capazes de proporcionar o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento, de forma a promover o conforto, não só dos doentes, mas também das suas famílias.

As grandes áreas de atuação que norteiam a atuação e a prestação destes serviços são: o controlo de sintomas – identificar, avaliar e intervir de forma adequada nos vários sintomas que podem surgir bem como os impactos que tem no bem-estar do paciente; apoio emocional e comunicação eficaz – junto do paciente e da sua família com a equipa de terapêutica de atuação para que seja estabelecida uma relação empática, aberta, honesta, onde exista espaço de partilha de dúvidas e esclarecimento das mesmas; apoio à família e pessoas próximas do paciente – tendo em conta que a existência de um doente terminal traz consigo a eventualidade de inúmeras alterações existe a necessidade de uma monitorização regular dos sintomas e progressos, e vivendo a família, neste contexto, o sofrimento do paciente, é por isso necessário uma maior disponibilidade para esclarecimentos, informações, desenvolvimento de estratégias que lhes permitam lidar com a situação e as emoções que lhe estão associadas; e por último, a existência de uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar – que constitui a forma mais eficaz de prestar serviços e cuidados integralmente às diferentes necessidades de cada paciente (Neto, 2010). Neto, cit. por Silva, & Neto (2018), indica que estes cuidados manifestam a sua centralidade nas necessidades dos doentes e das suas famílias, e não no diagnóstico. Na fase inicial do desenvolvimento destes cuidados estes poderiam ser encarados como cuidados em fim de vida, contudo, com um progressivo desenvolvimento e reconhecimento da atuação fulcral dos mesmos, são vistos como uma intervenção ativa no sofrimento, associado a uma doença crónica e perdas consequentes muito antes dos últimos dias de vida (Costa, & Othero, 2014). Esta visão é partilhada por inúmeros autores que defendem que existe a necessidade imperativa de um *continuum* de cuidados que envolvam doentes e famílias, desde a confirmação do diagnóstico ou mais cedo, se possível, porque existe um aumento significativo à exposição de *distress* físico, psicológico e espiritual, exposição que vai aumentando com o progredir da doença (Twycross, 1995/2003). Atualmente, existe um grande ênfase na ação curativa e prolongamento de vida em que o paciente apenas integra os Cuidados Paliativos quando se encontra nos seus últimos dias

de vida ou quando as terapêuticas já não surtem os efeitos pretendidos, contudo, a Organização Mundial de Saúde defende a existência de um equilíbrio e ponderação de variação gradual de intensidade entre a ação curativa e paliativa, uma vez que as duas não se podem excluir mutuamente. Assim, de acordo com o *continuum* de cuidados que a Organização Mundial de Saúde propôs aos Cuidados Paliativos e ilustrado na figura 1, os cuidados curativos devem ser diminuídos há medida que a doença progride. Do lado contrário, a intensidade dos cuidados paliativos nesta fase deve aumentar cada vez mais. As famílias e pessoas mais próximas do paciente tem o direito a serem acompanhadas e apoiadas ao longo de todo este processo, bem como, de ser alvo de apoio reforçado após a morte do paciente, no processo de luto (Ribeiro, 2014).

É então importante, lembrar que cuidados paliativos não são cuidados unicamente para doentes terminais. São cuidados que se devem iniciar numa fase bastante anterior à morte, de forma a diminuir o sofrimento do doente/ família e proporcionar-lhes qualidade de vida até ao fim da mesma. Seria redutor limitar a boa prestação de cuidados a pessoas em fim de vida às unidades de cuidados paliativos, até porque em Portugal a maioria dos doentes não têm acesso a essas unidades, acabando a morte por suceder maioritariamente nos serviços hospitalares (Costa, & Othero, 2014).

2.3.1 Competências em Cuidados Paliativos e identidade profissional

Os profissionais de saúde que desempenham as suas funções em Cuidados Paliativos devem apresentar competências e capacidades essenciais para que o seu exercício seja pleno. A sua formação profissional de base em conjunto com a formação complementar ao longo da vida é indispensável. A capacidade para estabelecer relações humanas e de cuidado, a comunicação verbal e não-verbal e o trabalho de equipa são algumas das competências que estes profissionais devem apresentar e desenvolver. De uma forma mais genérica, qualquer profissional de saúde, deve antes de mais, tentar fazer uma boa articulação entre o conhecimento teórico adquirido no decorrer da sua formação académica e a prática técnica da ciência que aplica (Antunes, 2005). A humanização é, no entanto, e para além de tudo o mais, uma aptidão fundamental que deve fazer parte das competências do profissional de saúde em Cuidados

Paliativos, sobretudo a humanização do cuidado, uma vez que é importante o estabelecimento de uma relação empática centrada no paciente, conseguida através da escuta ativa e do diálogo (Ribeiro, 2014). A comunicação, outra competência de elevada importância no contexto dos Cuidados Paliativos, não é referenciada como tal apenas entre profissionais e paciente, mas também entre profissionais e família assim como dentro da própria equipa multidisciplinar (Araújo, 2007). É através deste pilar que se desenvolve a confiança, o que requer tempo e verdadeira vontade de ouvir e ajudar, quer o paciente, quer as famílias que também devem ser partes ativas no final de vida. (Araújo, 2007). Todas as informações e opiniões acerca do estado de saúde, tratamento e prognóstico devem ser comunicadas da forma mais verdadeira e sensível possível, transmitindo sentimentos de apoio, aceitação e incentivando a colocação de questões (Ribeiro, 2014).

O relacionamento interpessoal, para além da relação terapêutica também se revela como uma competência importante neste contexto, manifestando-se na disponibilidade para a companhia, nos sorrisos, na boa disposição e em pequenos gestos que permitem a diminuição da ansiedade face à condição médica da pessoa e protegendo a dignidade dos doentes em fim de vida. Em todo este processo, os profissionais de saúde devem ter sempre em vista a inclusão da família, quer nas atualizações sobre estados de saúde, quer em todas as questões, medos ou ansiedades que estas eventualmente tenham, tendo em conta as suas crenças e valores. Contudo, todas estas capacidades e competências devem ser reguladas, não só pela humanidade e cuidado, mas sobretudo, pelos princípios éticos que respeitam a autonomia do paciente bem como as suas tomadas de decisão. Este tem o direito de ser tratado com respeito, responsabilidade e dignidade (Sapeta, 2011).

A formação profissional pode funcionar, como um potenciador de competências e um meio facilitador da prática, caso assim não se revele, pode constituir-se um grande obstáculo. Embora esta formação base seja de grande importância é, no entanto, fundamental que haja uma formação e aprendizagem continuada e atualizada ao longo de toda a vida, pois existem sempre várias temáticas associadas a este contexto que precisam de ser pensadas e refletidas para uma ajuda e comunicação mais eficaz (Ribeiro, 2014).

Também o trabalho efetuado a partir de uma equipa multidisciplinar onde se cria a oportunidade de partilha de dúvidas, medos, inseguranças, problemas e onde se tenta dar solução e apoio a todos os membros, é um importante aspeto no contexto de Cuidados Paliativos

(Sapeta, 2011). Finalmente, mas igualmente importante, referimo-nos às características pessoais dos profissionais de saúde que podem funcionar como um elemento facilitador ou condicionante desta prática. Os anos de experiência profissional, por exemplo, são um dos elementos que pode facilitar a prática profissional em Cuidados Paliativos, pois poderá significar mais maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com as temáticas da perda e da morte. Também a história e o percurso pessoal do profissional, as suas crenças e as suas práticas religiosas podem influenciar a sua prática nomeadamente na qualidade da interação com os seus pacientes (Sapeta, 2011).

2.3.2 *Burnout e resiliência em cuidados paliativos*

A síndrome de *Burnout* foi definida por Freudenberger como um estado mental de exaustão que direciona o sujeito, a uma perda progressiva do controlo das suas emoções, da sua motivação e do seu empenho, sendo este estado acompanhado de sintomatologia física e psicológica. Este estado deve-se às exigências excessivas, quer de energia, quer físicas ou mesmo emocionais que os locais de trabalho requerem, com especial destaque para as profissões de ajuda (França, Lacerda Oliveira, Lima, Melo, & Silva, 2014). Apresenta como consequências um sentimento de vazio, de fracasso profissional, baixa produtividade, absentismo, aumento de acidentes profissionais e diminuição dos cuidados prestados. O seu desenvolvimento na pessoa ocorre de forma contínua ao longo do tempo, o que provoca um desequilíbrio entre aquilo que lhe é exigido e os recursos de que dispõe como resposta, dando espaço à criação de uma postura mais defensiva com distanciamento e com o estabelecimento de rotinas (Silva, et al., 2015).

A escassez de autoconfiança, a pressão do fator tempo, o excesso de trabalho, a dificuldade em dar más notícias, o lidar com a dor, com o sofrimento, a morte, o tempo de exercício profissional, a falta de recursos económicos do doente para pagar os seus tratamentos, entre outros, constituem fatores geradores de grande *stress* nos profissionais de saúde (Pereira, & Queirós, 2016). A incapacidade em oferecer uma capacidade de resposta terapêutica para a cura e a perceção da finitude do ser humano podem funcionar como geradores de sensação de

fracasso para os profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos, podendo levá-los a situações em que o mal-estar psicológico e profissional imperam (Pereira, & Queirós, 2016).

O confronto constante com o sofrimento, a vulnerabilidade e a finitude da vida humana, em conjunto com decisões éticas constroem assim um ambiente de trabalho na área da saúde especialmente exigentes e desgastantes para os profissionais (Silva, et al., 2015). O exercício da profissão em contexto de Cuidados Paliativos pode acender sentimentos e emoções das mais variadas, por vezes de carácter desgastante, devido ao facto de que os profissionais de saúde são, de uma forma inevitável, afetados pelo sofrimento das pessoas que são alvo dos seus serviços e cuidados (Barbosa, 2010). A proximidade constante com a morte constitui um dos fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento de *burnout*, especialmente quando os mecanismos de *coping* utilizados por estes profissionais começam a escassear ou a revelar-se ineficazes, tornando-os vulneráveis à frustração e ao aumento de falhas profissionais (Neto, cit. por Silva, & Neto, 2018).

Os profissionais de saúde defendem uma filosofia de atuação humanista, centrada no indivíduo, no entanto, também esta perspetiva os torna mais vulneráveis a esta síndrome. Para isso contribui o estarem expostos a dilemas éticos e morais que implicam o dar más notícias, a exposição repetida à morte das pessoas com as quais se estabelecem relações, os insucessos sucessivos de curas e planos terapêuticos, a assimilação do sofrimento do doente e da sua família, as suas crenças, o seu idealismo profissional, o envolvimento em conflitos emocionais que também constantemente o relembram da sua fragilidade enquanto ser humano (Claix-Simons, 2006).

Neste sentido, é pertinente enunciar o conceito de *coping*. Para Lazarus, & Folkman (1984), o *coping* define-se como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais reunidos e utilizados pelos indivíduos com o objetivo de gerir e lidar com as exigências internas e externas que são criadas por situações de *stress* (Lazarus, & Folkman, 1984). Segundo estes mesmos autores, as estratégias de *coping* são passíveis de serem divididas consoante o foco. As estratégias de *coping* focado no problema manifesta em si a necessidade de resolução de problemas enquanto as estratégias focadas nas emoções se ocupam em gerir o impacto das emoções negativas face a situações ou eventos geradores de *stress*. Há então aqui uma separação entre as necessidades requeridas e os recursos detidos, criando espaço para a

necessidade de reunir esforços e desenvolver estratégias que permitam a criação de recursos suficientemente capazes de transformar a situação stressante numa situação mais adaptativa (Dantas, Brito, Rodrigues & Maciente, 2010).

As estratégias de *coping* tem esta mesma função de mitigar, controlar, evitar ou mesmo aceitar as situações ou eventos geradores de conflito entre a parte interna do sujeito e a parte externa que será o ambiente de trabalho do sujeito de modo a atingir uma adaptação saudável e integradora (Dantas, Brito, Rodrigues & Maciente, 2010). A criação e a identificação de estratégias de adaptação dependem de profissional para profissional, sobretudo devido às suas características de personalidade, à sua saúde, às suas crenças, ao seu sentido de responsabilidade, à sua perceção de suporte, à perceção que tem das suas habilidades e capacidades, aos seus recursos materiais ou mesmo à disposição que tem para desempenhar as suas funções em contexto de trabalho (Rodrigues, et al, 2013). O desenvolvimento e ou o reforçar das estratégias permitem a facilitação do desempenho da sua profissão e conseqüentemente de uma melhor prestação de cuidados ao Outro, contribuindo para a sua saúde mental e física, ou seja, existe assim um significativo aumento da qualidade de vida, não só a nível profissional como a nível pessoal (Swensen, et al., 2016). Foram identificadas três áreas de intervenção de estratégias: centrada na resposta do sujeito, centrada no contexto organizacional e centrada na interação do sujeito com a organização, sendo que estas últimas são as mais eficazes (Rodrigues, et al, 2013).

Uma das estratégias de *coping* a nível da organização e ou do contexto de trabalho é a criação de espaços e grupos de reflexão onde exista um momento de partilha de emoções, sentimentos, espaço de apoio, onde exista o reforçar e o desenvolver do autoconhecimento e de capacidades para identificar situações geradoras de *stress*, desenvolver habilidades que permitam lidar com o inevitável, com a morte, a perda, o luto, que possibilite o aceitar as limitações próprias enquanto ser humano e enquanto profissional, onde se evidencia que o mais importante é aprender a enfrentar e a lidar com a situações do que evitá-las (Gorostidi et al, 2007). Ter uma abordagem mais positiva para com o trabalho e na resolução de conflitos também funciona como uma importante ferramenta de *coping*, pois fomenta espaços de crescimento, de desafio, de superação e de aprendizagem que auxiliam na gestão do *stress* profissional (Gorostidi et al, 2007). O espaço de criação de relações interpessoais positivas no trabalho, com os colegas, a partilha de problemas com outros membros da equipa e atividades

de lazer com a família, ou atividades com estes mesmos colegas de trabalho são formas de evitar ou diminuir os efeitos do *stress* a nível físico, cognitivo e emocional (Holland, & Neimeyer, 2005).

Existem também estratégias utilizadas pelos profissionais a nível pessoal mas que têm impacto direto no seu bem-estar no trabalho e na forma como encaram as situações de *stress*, por exemplo, o cuidar de si através da atividade física ou qualquer outra atividade corporal que funciona como uma importante ferramenta de gestão do *stress*, promover a vida social, ter sentido de humor, partilhar as suas experiências com familiares e amigos que são também grandes auxílios na gestão de situações pesadas (Swensen, et al., 2016). Um outro importante elemento, frequentemente referido, sobretudo no contexto de Cuidados Paliativos, é a dimensão da espiritualidade, o encontrar o conforto espiritual em inúmeras experiências diárias, como o orar, o ir à missa ou outros que, funcionam como forma de controlar o *stress*, podendo ainda constituir uma forma fundamental de assistência ao doente, por exemplo, quando o doente possui crenças religiosas e o profissional de saúde pode orar juntamente com o paciente (Holland, & Neimeyer, 2005). Um importante exemplo prático nas estratégias de gestão individuais e organizacionais ou combinadas, são as formações e os grupos de ajuda entre membros da equipa, espaços que permitem a identificação dos riscos e dos eventos a que são expostos e quais as suas consequências (Gorostidi, et al, 2007).

Ao falarmos do desenvolvimento de estratégias que fortaleçam o profissional e potenciem a sua adaptação e bem-estar é muito fácil confundirmos o *coping* com o conceito de resiliência, tomando-os como sinónimos. Contudo, o primeiro conceito apresenta-se como uma forma de resiliência, que integra respostas cognitivas que são utilizadas pelo indivíduo em situações ou em eventos geradores de emoções negativas (Oliveira, & Ferreira, 2016). Contudo, no contexto da procura de estratégias de regulação e de adaptação surge a necessidade por parte dos profissionais de saúde, de manter um equilíbrio e uma positividade face aos eventos causadores de angústia, equilíbrio, este que é possível através da resiliência (Beckwith, et al, 2016).

As próprias instituições e integrantes do ambiente de trabalho devem procurar colocar em prática estratégias que promovam a experiência de emoções positivas e atividades que envolvam os profissionais de saúde, de modo a diminuir o impacto dos eventos stressantes e, conseqüentemente, uma melhor produtividade e eficácia na prestação de cuidados (Beckwith,

et al, 2016). O estabelecimento de relações próximas e de confiança no ambiente de trabalho funciona como um fator de promoção das características da resiliência, pois o profissional de saúde dispõe de uma rede de apoio e uma rede emocional de confiança com quem pode contar nos momentos em que sentir que as vivências profissionais são mais difíceis ou que as suas decisões devem ser partilhadas (Lima, 2018). Esta rede de ligação e de amizade promove o bem-estar, levando a uma diminuição do *stress* e de qualquer sintoma de exaustão emocional (Lima, 2018).

Revista a literatura relativa às dimensões alvo de estudo na presente investigação, é importante referir a pertinência do estudo para que seja contextualizado o capítulo seguinte. Vimos que existem muitos elementos no ambiente de trabalho em Cuidados Paliativos que interferem na forma como o profissional desempenha as suas funções e, sobretudo na forma como lida com as situações difíceis que enfrenta. Contudo, existem outros elementos que influenciam igualmente a adaptação destes profissionais bem como a sua prática profissional.

A presente investigação olha os Cuidados Paliativos e a Resiliência através do Percurso de vida de cada profissional. Existem fatores objetivados em vivências e experiências que possivelmente tiveram e continuam a ter influência na forma como estes profissionais vivem o seu dia-a-dia profissional. Tendo esta perspetiva na linha da frente e colocando-se-nos a questão sobre se existirão elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência, com eventual impacto na prática profissional -, procedemos então ao delineamento do estudo empírico que apresentaremos nos capítulos seguintes.

3 Método

3.1 Objetivos do estudo

O objetivo geral da atual investigação é a identificação de elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência

em Cuidados Paliativos, bem como a compreensão do eventual impacto destes elementos na sua prática profissional. Através do objetivo geral apresentado pretende-se ainda compreender outros aspetos que constituem os objetivos específicos como:

1. Identificar fatores do percurso de vida destes profissionais de saúde que influenciaram a escolha da área de Cuidados Paliativos como prática profissional;
2. Entender a influência desses fatores na prática profissional;
3. Compreender quais são os fatores que são apontados como facilitadores ou condicionantes na prática profissional;
4. Identificar estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional;
5. Compreender elementos promotores de resiliência na prática profissional.

3.2 Participantes

A amostra foi constituída com base nos seguintes critérios de inclusão: a) profissionais de saúde; b) que exerçam ou tenham exercido a sua prática profissional em Cuidados Paliativos e que c) sejam psicólogos, enfermeiros ou médicos. O tipo de amostragem utilizado neste estudo nomeia-se por bola de neve e apresenta-se como uma forma de amostra não probabilística em que inicialmente o investigador faz a seleção de referências que passaram nos critérios de inclusão e de seguida, solicita-se a essas mesmas referências que indiquem novos contactos com as mesmas características.

De forma a ser possível a caracterização da amostra, foi realizado um questionário sociodemográfico, apresentado antes da realização das questões da investigação. Esta caracterização conta com variáveis como o género, a idade, o estado civil, a profissão e os anos de experiência que podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características Gerais da Amostra

	Gênero	Estado Civil	Formação profissional	Anos de experiência
N	32	32	32	32
Média		1,97	1,69	16,31
Mínimo		1	1	4
Máximo		3	3	36
Número de sujeitos (n)	Feminino (28) Masculino (4)	Solteiro/a (7) Casado/a (19) Divorciado/a (6) Viúvo/a (0)	Enfermeiro/a (17) Psicólogo/a (8) Médico/a (7)	-

Nota. Relativamente à variável “estado civil”, apresenta uma indicação de 1 a 4 em que 1 corresponde a “solteiro/a”, 2 a “casado/a”, 3 a “divorciado/a” e 4 a “viúvo/a”. A variável “formação profissional” engloba uma indicação de 1 a 3, em que 1 corresponde a “enfermeiro/a”, 2 a “psicólogo/a” e 3 “médico/a”.

A Tabela 1 fornece a informação acerca do total da amostra (N=32), indica-nos que a maioria dos participantes pertence ao género feminino, 28 sujeitos. Relativamente à idade média da amostra, esta reside nos 40 anos integrando um intervalo de idade correspondido entre os 24 anos e os 60 anos, verificando-se assim uma heterogeneidade de idades. No que respeita à variável “estado civil”, os resultados indicam que mais de metade da amostra é casado/a, concretizados em 19 indivíduos; seguem-se 7 indivíduos solteiros com 21,9%; 18,8% de divorciados, concretizado em 6 indivíduos e por último, uma percentagem de 0% de viúvos. Relativamente à profissão, a amostra caracteriza-se por 53,1% de enfermeiros, o que perfaz um número de 17 indivíduos; 25% de psicólogos concretizado em 8 participantes e 21,9% que corresponde a 7 médicos. A variável “anos de experiência” apresenta-se com um intervalo de anos que varia dos 4 anos de experiência aos 36 anos de experiência com uma média de 16 anos.

3.3 Instrumentos de avaliação

Atendendo aos objetivos desta investigação recorreremos a uma metodologia mista através de dois instrumentos, um de natureza qualitativa (questionário de resposta aberta) e um de natureza quantitativa (escala de resiliência de Wagnild e Young). Para além disso usámos uma ficha de caracterização sociodemográfica integrando as dimensões: idade, género, estado civil, profissão e tempo de serviço.

3.3.1 Questionário

Foi construído um questionário que posteriormente foi testado numa aplicação piloto com três profissionais de saúde que satisfizeram os critérios de seleção, um psicólogo, um enfermeiro e um médico. Contudo, estes profissionais não integraram posteriormente a amostra da investigação. A importância da realização de um teste piloto recai sobre a necessidade de aferir a viabilidade das questões, validar a sua interpretação, a clareza com que são apresentadas, a ambiguidade e a imparcialidade (Tuckman, 1972/1994). Não obstante, durante o preenchimento do questionário, os participantes foram acompanhados de forma presencial de modo a que se criasse espaço para questionar os indivíduos sobre a sua interpretação, sugestões de reformulações e ajustamento de conceitos (Tuckman, 1972/1994). Depois de reformuladas e reajustadas as questões, foi realizada a versão final do questionário, disponível para consulta em anexo (anexo I).

O questionário apresenta-se em forma de questões de resposta aberta através das quais os participantes foram convidados a refletir sobre o seu percurso de vida pessoal e profissional. A Tabela 2 mostra um esquema que associa os objetivos às questões desenvolvidas, na procura de um melhor entendimento.

Tabela 2

Objetivos e questões

Objetivos	Questões
Identificar fatores do percurso de vida destes profissionais de saúde que influenciaram a escolha da área de Cuidados Paliativos como prática profissional;	1. Qual o fator no seu percurso de vida que teve mais influência na sua decisão em se tornar profissional de Cuidados Paliativos? Comente de forma breve; 5. Existem outros fatores que tenham contribuído para a escolha da sua profissão? Quais?
Entender a influência desses fatores na prática profissional;	2. Como é que esse fator influencia a sua prática profissional? Comente. 3. Quão útil ou problemático este fator tem sido na sua prática profissional? Comente.
Compreender quais são os fatores que são apontados como facilitadores ou condicionantes na prática profissional;	6. Quais os eventos do seu percurso de vida que dificultaram e ou dificultam a sua prática profissional? 7. Quais os eventos do seu percurso de vida que lhe facilitaram ou facilitam a sua prática profissional?
Identificar estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional;	4. Quais as estratégias que utiliza perante o impacto emocional face a situações difíceis vividas no contexto de trabalho?
Compreender elementos promotores de resiliência na prática profissional.	4. Quais as estratégias que utiliza perante o impacto emocional face a situações difíceis vividas no contexto de trabalho? 7. Quais os eventos do seu percurso de vida que lhe facilitaram ou facilitam a sua prática profissional?

3.3.2 Escala de Resiliência de Wagnild e Young

Esta escala foi selecionada após um levantamento de várias outras que avaliassem a Resiliência, tendo-se procedido à exclusão das que não estavam direcionadas à população e ao objetivo de análise. A Escala de Resiliência de Wagnild e Young pretende analisar e identificar os níveis de resiliência a nível individual, considerando esta como a característica positiva da personalidade que leva a uma maior capacidade de adaptação.

A Escala de Resiliência foi originalmente desenhada com base num estudo realizado pelos seus autores, Wagnild e Young (1990), em que foram entrevistadas 24 mulheres que tinham conseguido readaptar-se face a situações adversas ao longo da vida, atingindo assim o

sucesso. O único pedido que lhes foi proposto foi que, descrevessem a forma como se organizaram e continuavam a organizar perante as adversidades. Da partilha das narrativas surgiram cinco dimensões: perseverança, serenidade, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência, componentes estas que posteriormente formarão os fatores utilizados na escala adaptada para a população portuguesa. Felgueiras, Festas e Vieira (2010), realizaram um estudo com vista à concretização da tradução e adaptação desta escala para a população portuguesa, sendo esta tradução a eleita para ser aplicada na presente investigação. No anexo II pode ser encontrado um exemplar da Escala. É composta por 25 itens, todos expostos de forma positiva, que se encontram disponíveis para serem cotados através de uma escala de Likert que varia de 1 – discordo totalmente a 7 – concordo totalmente. As pontuações obtidas através de um somatório das pontuações de respostas variam num intervalo de 25 a 175 pontos, sendo que, com mais de 145 pontos o indivíduo apresenta um nível de resiliência moderadamente alto ou alto; de 121 a 145 pontos há uma manifestação de níveis de resiliência moderadamente baixos ou moderados e menos de 120 pontos, reflete uma baixa resiliência. Os valores das subescalas manifestam um elevado ou baixo nível de Competência Pessoal e Aceitação de Si Próprio e da Vida, respetivamente, consoante a soma dos pontos atribuídos.

Os cinco fatores que esta escala apresenta e os seus respetivos itens são:

- I. Perseverança – o ato de persistir apesar das adversidades ou desencorajamentos, vista como a vontade de continuar a reconstruir a própria vida de forma a manter-se em constante evolução (itens 1,2,9,10,23,24);
- II. Autoconfiança – crença em si mesmo e nas suas capacidades, é a capacidade de depender de si mesmo sabendo reconhecer os seus pontos fortes e as suas limitações (itens 14,15,17,19,20,22);
- III. Serenidade – perspetiva de equilíbrio da própria vida e das suas experiências, olhando as de um prisma mais amplo e esperando “o que há-de vir”, moderando assim as respostas extremas à adversidade (itens 4,6,12,16);
- IV. Sentido de vida – a perceção de que a vida tem um propósito e de que o seu valor depende das suas próprias contribuições: o ter algo pelo que se vive (8,11,13,21,25);

- V. Autossuficiência – a percepção de que, cada pessoa tem um percurso de vida único, enquanto umas experiências se partilham, há outras que devem ser encaradas sozinha, conferindo esta autossuficiência um sentimento de liberdade e de sentido de individualidade (itens 3 e 7).

Estes fatores podem ser agrupados em duas grandes escalas. A escala da Competência Pessoal que sugere autoconfiança, independência, determinação, domínio, desembaraço e perseverança, integrando os itens 1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15,17,18,19,20,23 e 24. E a escala da Aceitação de Si Próprio e da Vida que representa o equilíbrio, a flexibilidade e a adaptação e integra os itens 7,8,11,12,16,21,22 e 25.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Recolha de dados

Os dados foram recolhidos anónima e voluntariamente. O questionário foi inicialmente divulgado através do Google Formulários, sendo encaminhado para os serviços de várias Unidade de Cuidados Paliativos do país (consultadas através da lista online atualizada divulgada através do site do Sistema Nacional de Saúde), pedindo aos profissionais que, quando preenchessem o questionário, e que partilhassem com os seus colegas, desde que estes se enquadrassem nos critérios requeridos. Contudo, devido ao número relativamente reduzido de respostas obtidas resolveu-se, de forma complementar, aplicar os questionários presencialmente na mesma metodologia de constituição de amostra: foram selecionadas algumas Unidades de Cuidados Paliativos próximos da localidade de residência das investigadoras, existindo a necessidade de deslocação até aos profissionais. As respostas ao questionário, foram gravadas e posteriormente transcritas. As respostas à escala foram preenchidas pelo profissional. Findado o período de recolha de respostas obteve-se uma amostra de trinta e dois profissionais de saúde, em que vinte foram recolhidos através do questionário divulgado no sistema Google Formulários e os restantes através do questionário presencial. Todos os participantes foram

informados de que os seus dados seriam utilizados apenas para fins de investigação, ressaltando ainda o seu anonimato e confidencialidade.

Antes do questionário foi apresentada uma ficha sociodemográfica e no final foi apresentada a Escala de Resiliência de Wagnild e Young.

3.4.2 *Análise de dados*

Os dados recolhidos foram sujeitos a dois tipos de tratamento de natureza diferentes: as respostas aos questionários foram tratadas qualitativamente através da análise de conteúdo e os dados provenientes da Escala de Resiliência de Wagnild e Young foram tratados estatisticamente. Esta última análise servirá essencialmente de complemento à investigação qualitativa, de forma a sustentar de forma mais sólida os dados recolhidos.

3.4.2.1 *Análise de conteúdo*

A fim de proceder à análise e tratamento dos dados obtidos através das respostas aos questionários, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, com carácter interpretativo e dimensão descritiva. A análise de conteúdo neste caso foi considerada a abordagem mais adequada visto que se apresenta como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977/2008), com a intenção de efetuar inferências de conhecimento no que respeita às condições de produção e eventual elaboração dessas mensagens. Na presente investigação, os discursos dos profissionais abrem caminho à construção do conhecimento, por parte do investigador, através de vários indicadores identificados como os termos utilizados nas respostas ou na frequência do uso destes. Foi nossa intenção fazer um esforço consciente para que as interpretações obtidas através desta análise não tivessem como impulsionadores as crenças e valores pessoais da investigadora (Quivy, & Campenhoudt, 1995/2008).

Num esforço de objetividade e operacionalização, recorreu-se a um júri e ao programa NVivo, versão 12, auxiliando na organização do material recolhido. Primeiramente, foi efetuada uma pré-análise e identificadas as principais tendências de resposta, após o qual se deu início aos procedimentos de categorização e sintetização do discurso integral de cada participante em cada resposta aberta, sendo que foram definidos critérios de quantificação, por exemplo, a referência do sujeito a uma ideia, utilizada como unidade mínima de significação, sendo cotada o número de vezes que esta foi referida pelo sujeito.

No que respeita ao processo de codificação e de categorização, estes requerem um toque metucioso, uma vez que, consistem na transposição de todas as unidades mínimas de significação das transcrições das respostas recolhidas para que, posteriormente, lhes seja atribuído um significado e um código correspondente ao sujeito gerador de resposta (Bardin, 2008). Cada questionário recebeu um código, de D1 a D 19 e de P1 a P32, em que D significa que o questionário foi respondido em formato digital e P para aqueles que foram respondidos presencialmente. O mesmo questionário foi proposto de duas formas: presencial e digital. Os questionários que foram aplicados presencialmente foram transcritos em formato de entrevista e analisados de forma individual, uma vez que foi sugerida a gravação em áudio das respostas para que houvesse espaço para a reflexão investigativa.

Foram ordenados em categorias todos os dados recolhidos e analisados, foram também encontrados os números de vezes que a categoria foi referenciada (N), o número de participantes que referenciaram a categoria e/ou subcategoria (n) e a percentagem relativa ao número de participantes que identificaram a categoria e / ou subcategoria (%). As percentagens aqui utilizadas funcionam como forma de referenciar os participantes que nomeiam uma determinada categoria e/ou subcategoria, no sentido de facilitar a articulação entre os dados obtidos na análise quantitativa e, posteriormente, na interpretação dos resultados. Na tentativa de aprofundar os resultados obtidos, foram também efetuadas pesquisas de frequência de palavras relativas a cada dimensão analisada. Foram utilizados critérios de exclusão de palavras que não eram relevantes para a investigação, tais como as palavras “para”, “que”, “de”, “também” e “como”. Quaisquer outras palavras não relevantes não mencionadas aqui, serão mencionadas na respetiva dimensão.

3.4.2.2 *Análise estatística*

Os dados provenientes das respostas à Escala de Resiliência Wagnild e Young foram tratados quantitativamente através do SPSS, tendo sido utilizadas as estatísticas descritivas, as frequências e as percentagens. Os resultados obtidos especificamente através da análise dos componentes e dos itens desta escala serão utilizados para complementar e corroborar as temáticas levantadas e observadas no decorrer da análise de conteúdo. Este complemento será construído através da análise e discussão das frequências e das estatísticas descritivas efetuadas

Concretamente, os dados quantitativos serão associados com os dados qualitativos na medida em que, serão procurados indícios dos fatores e temáticas que norteiam os itens / componentes constituintes da Escala, nos discursos dos profissionais de saúde. Desta forma, procura-se uma compreensão da temática através da integração e complementação dos dados.

4 Apresentação e Análise de Resultados

4.1 Análise de conteúdo ao questionário

Como forma de organização foram criadas cinco dimensões que integram as sete questões de constituem o questionário. Estas cinco dimensões correspondem aos cinco objetivos propostos, são elas: os fatores do percurso de vida que influenciaram a escolha da área; a influência destes fatores na prática profissional; os fatores facilitadores ou condicionantes; as estratégias de gestão de situações difíceis e os elementos promotores de resiliência. Dentro de cada uma destas dimensões emergiram então as categorias e subcategorias decorrentes da análise de conteúdo das respostas.

Na dimensão “fatores do percurso de vida que influenciaram a escolha da área” emergiram as seguintes categorias: “ajudar o outro”, “características pessoais” (com as subcategorias “percebidas pelo próprio” e “percebidas por outros”), “contacto com casos

terminais”, “experiências em serviços anteriores”, “formação acadêmica”, “formação especializada” (com as subcategorias “autoconhecimento” e “conhecimento técnico”), “insatisfação com cuidados paliativos disponíveis”, “necessidade ou oportunidade”, “profissionalismo”, “vivências familiares” (com as subcategorias “influências profissionais” e “perdas”, e vocação).

Na dimensão “influência destes fatores na prática profissional” foram identificadas quatro categorias “desafiante”, “problemática / dificultadora”, “sem influência” e “útil / facilitadora”.

Na terceira dimensão “fatores facilitadores ou condicionantes da prática profissional” emergiram duas categorias: “fatores condicionantes” (com as subcategorias “comunicação de más notícias”, “confronto com vivências do passado”, “medos e ansiedades”); e “fatores facilitadores” (com as subcategorias “adequada prestação de serviços”, “autoconhecimento”, “confiança”, “capacitação profissional”, “dar apoio”, “desenvolvimento pessoal”, “esclarecer mitos e dúvidas”, “fazer a diferença”, “promover dignidade”, “realização pessoal” e “vivências familiares passadas”).

Na quarta dimensão “estratégias de gestão de situações difíceis” foram identificadas quatro categorias: “estratégias familiares”, “estratégias organizacionais”, “estratégias pessoais” e “estratégias profissionais”.

Na quinta dimensão “elementos promotores de resiliência” encontramos as categorias “autoconhecimento”, “características de personalidade”, “crenças de autoeficácia”, “eventos familiares”, “eventos organizacionais”, “experiência pessoal”, “experiência profissional” e “formação / especialização”.

De seguida serão apresentados os resultados da análise de conteúdo efetuada através do programa NVivo, versão 12. Primeiramente serão apresentados os resultados detalhados de cada dimensão, associada a cada um dos objetivos propostos para a investigação, e concretizados nas respetivas categorias e subcategorias. Posteriormente serão apresentados os resultados gerais da análise de conteúdo realizada, nomeadamente a frequência de palavras e a nuvem de palavras que correspondem a *outputs* retirados do NVivo. Em anexo (anexo III) pode encontrar-se exemplares das entrevistas realizadas.

4.1.1 Dimensão I – Fatores do percurso de vida

Os resultados desta primeira dimensão coincidem com o primeiro objetivo que se propõe a identificar fatores do percurso de vida dos profissionais de saúde que influenciaram a escolha da área dos Cuidados Paliativos como prática profissional. Este objetivo foi analisado com base nas seguintes questões: “1. Qual o fator do seu percurso de vida que teve mais influência na sua decisão em se tornar profissional de Cuidados Paliativos? Comente de forma breve”, “2. Como é que esse fator influencia a sua prática profissional? Comente” e “5. Existem outros fatores que tenham contribuído para a escolha da sua profissão? Comente.”

As onze categorias que foram identificadas revelam os fatores do percurso de vida que os profissionais apontaram como tendo tido influência na escolha da sua prática profissional em contexto de Cuidados Paliativos. Desta forma, e como podemos verificar através da Tabela 3, encontramos as “experiências em serviços anteriores” como a categoria mais referenciada – apresentando um total de sete referências (14%) - que se refere a situações que foram vivenciadas nos demais serviços de saúde onde os profissionais já desempenharam funções e que tiveram impacto na forma como viam os cuidados serem concretizados.

A segunda categoria mais referenciada “necessidade ou oportunidade” – referenciada num total de seis discursos (12%) – refere a existência da necessidade pessoal de mudar de serviço ou a oportunidade de mudar de área de prestação de cuidados (por uma questão pessoal e/ou familiar ou não).

A terceira categoria mais expressiva é “contacto com casos terminais” – apresentada com cinco referências no total (10%) – a qual objetiva casos significativos que marcaram o percurso profissional dos participantes.

A quarta categoria “profissionalismo” – apresenta um total de quatro referências (8%) – e refere-se à capacidade de prestar cuidados cada vez mais eficazes e humanizados a cada paciente de forma única.

A quinta categoria “disponibilidade para o outro” – referenciada quatro vezes (8%) - está relacionada com a capacidade que o profissional tem de estar focado naquele paciente naquele momento e estar aberto a uma comunicação genuína.

A sexta categoria “formação acadêmica” – com um total de quatro referências (8%) - refere-se à formação no decurso do secundário ou universidade que despertou interesses escondidos dos profissionais.

A sétima categoria “insatisfação com os cuidados disponíveis” – apresenta um total de três referências (6%) – e espelha o não contentamento dos profissionais acerca dos serviços que prestam, sendo impulsionados a procurar mais e melhor.

A oitava categoria “vocação” – com um total de três referências (8%) - está associada a sentimentos de “nasci para isto”, onde os profissionais reconhecem e percebem capacidades próprias que os influenciaram na escolha profissional.

A nona categoria “formação especializada” engloba todas as formações específicas realizadas no âmbito da área de prestação de cuidados, e apresenta duas subcategorias: “autoconhecimento” – com apenas uma referência total (2%) - que indica a importância desta formação para a descoberta de si próprio e para melhor compreender o outro e a subcategoria “conhecimento técnico” – com quatro referências no total (8%) - que se refere efetivamente às formações teóricas e práticas realizadas.

A décima categoria “vivências familiares” associa-se às situações dentro do seio familiar que influenciaram a escolha profissional, esta categoria apresenta duas subcategorias: “influências profissionais” – com apenas uma referência (2%) - em que os profissionais referem ter familiares que trabalham na mesma área e que os inspiram, seguindo as suas passadas e; “perdas” – com quatro referências no total (8%) - em que as situações de morte ou impotência face à mesma desempenham um papel influenciador.

A última categoria “características e competências” engloba as características de personalidade e competências do participante, quer a nível pessoal ou profissional. Esta categoria apresenta duas subcategorias “percebidas pelo próprio” – com duas referências no total (4%) - referindo-se a características que o próprio sujeito consegue reconhecer em si e colocar em prática através da prestação de serviços ao Outro e a subcategoria “percebidas pelos

outros” – com duas referências no total (2%) - que se refere às características e competências que os outros primeiramente reconhecem no sujeito e que posteriormente ele as reconhece como suas e as coloca em prática na sua prática profissional.

De forma sintetizada, as “experiências em serviços anteriores”, a “necessidade ou oportunidade” e o “contacto com casos terminais” assumem-se como as três categorias mais expressivas, ou seja, são estes os fatores que mais tiveram influência na escolha dos Cuidados Paliativos como contexto profissional, para os participantes da presente investigação.

Tabela 3

Categorias e subcategorias da Dimensão I - Elementos do percurso de vida

Categoria	Subcategoria	Arquivos	Referências	%	Exemplo
Características e competências	Percebidas pelos outros	1	1	2	<i>“Houve também pessoas que acharam que eu tinha capacidades e habilidades que poderiam ser canalizados para esta área, que tinha competência e capacidades de comunicação que podiam ser importantes aqui” (sujeito P4)</i>
	Percebidas próprio	2	2	4	<i>“Estou aqui também graças a isso, fui descobrindo que tinha estas capacidades de fazer melhor no pior do doente.” (sujeito P4)</i>
Vivências familiares	Influências profissionais	1	1	2	<i>“Bem aqui o meu fator é uma pessoa, o meu pai” (sujeito 11)</i>
	Perdas	4	4	8	<i>“Ter tido casos de doença oncológica na família” (sujeito D11)</i> <i>“Vivenciar a morte da minha mãe de uma forma desumana e com intenso sofrimento” (sujeito D4)</i>
Formação especializada	Autoconhecimento	1	1	2	<i>“ (...) Desenvolvemos muito enquanto pessoa, como pessoa porque é assim (...) nós desenvolvemos muitas competências em termos de comunicação e em termos de relação.” (sujeito P3)</i>
	Conhecimento técnico	1	4	8	<i>“ (...) Depois de me formar em enfermagem, procurei formar-me nesta área pelo que despertava em mim, sentia que poderia ser veículo desta humanidade e dar vida no fim de vida de alguém” (sujeito P10)</i>

Vocação	3	4	8	<p><i>“Onde sentia que podia fazer a diferença, que tenho essa capacidade.”</i> (sujeito D9)</p> <p><i>“Costumo dizer que os cuidados paliativos é que me escolheram e não o inverso, se bem que a essência estava cá para despertar.”</i> (sujeito D10)</p>
Insatisfação com os cuidados disponíveis	3	3	6	<p><i>“A insatisfação com o cuidado em fim de vida no contexto hospitalar do sns”</i> (sujeito D15)</p> <p><i>“O abandono dos doentes sem cura no serviço de urgência dos hospitais”</i> (sujeito D16)</p>
Formação académica	4	4	8	<p><i>“A filosofia de cuidados que me foi introduzida quando ainda estudava psicologia.”</i> (sujeito P9)</p> <p><i>“Sempre me interessei por esta área desde a faculdade.”</i> (sujeito D9)</p>
Disponibilidade para o outro	4	4	8	<p><i>“Pela importância da humanização, o apoio abrangente doente/família e por não usar técnicas fúteis e invasivas no fim de vida”</i> (sujeito D1)</p> <p><i>“Conseguir dar ao outro, qualidade de vida mesmo no fim dessa vida e dar um sentido, um significado à sua existência através do meu conhecimento e, posteriormente experiência”</i> (sujeito P9)</p>
Profissionalismo	4	4	8	<p><i>“O fator será o dever de prestar os melhores cuidados aos doentes que me procuram, independentemente da sua condição clínica.”</i> (sujeito D14)</p> <p><i>“A necessidade que tinha cada vez mais de saber e de conseguir prestar cuidados mais humanizados e com qualidade aos utentes e ter tempo para dedicar ao utente e família faz com que procurasse formação nesta área.”</i> (sujeito P7)</p>

Contacto com casos termina	5	5	10	<p><i>“Trabalhar com doentes oncológicos com doença avançada e querer aprender a melhorar o controlo dos sintomas que surgiam nessa fase levou-me a fazer formações teóricas e praticas nessa área.” (sujeito D2)</i></p> <p><i>“A experiência com os doentes durante o meu percurso profissional” (sujeito P4)</i></p>
Necessidade ou oportunidade	6	6	12	<p><i>“A necessidade de formação em CP impôs-se na minha prática profissional diária”.(sujeito D14)</i></p> <p><i>“A necessidade que tinha cada vez mais de saber e de conseguir prestar cuidados mais humanizados e com qualidade aos utentes e ter tempo para dedicar ao utente e família faz com que procurasse formação nesta área”.(sujeito P7)</i></p>
Experiências de serviços anteriores	7	7	14	<p><i>“A experiência com os doentes durante o meu percurso profissional enquanto fazia a especialidade em medicina interna” (sujeito P4)</i></p> <p><i>“O facto de trabalhar com doentes oncológicos com doença avançada e querer aprender a melhorar o controlo dos sintomas que surgiam nessa fase levou-me a fazer formações teóricas e praticas nessa área.” (sujeito P8)</i></p>
Total	49	50	100	

Nota. Arquivos: número de participantes que referiram a categoria ou subcategoria; Referências: número de ocorrências; %: percentagem relativa ao número de participantes que referem a categoria ou a subcategoria

Ainda numa procura de aprofundamento de análise do conteúdo das respostas referentes a esta dimensão, foram efetuadas pesquisas relativas à frequência de palavras existentes. Depois de eliminadas algumas palavras que não eram relevantes para a investigação, obtivemos os resultados descritos na tabela 4.

Tabela 4

Frequência de palavras relativas aos fatores do percurso de vida

Palavras	Contagem
Doentes	14
Cuidados	12
Necessidade	10
Família	9
Profissional	9
Trabalho	9
Paliativos	8
Diferença	7
Trabalhar	6
Comunicação	5

Posteriormente, fomos aprofundar a compreensão das primeiras três palavras. A palavra “doentes” evidencia a importância dos casos clínicos na vida dos profissionais. A palavra “cuidados” refere-se aos cuidados prestados pelos profissionais. A palavra “necessidade” associa-se à procura de algo melhor ou de uma melhor adaptação. A palavra “família” surge como um importante meio de vivências e de influências.

4.1.2 Dimensão II – Influência dos fatores do percurso de vida

Esta segunda dimensão corresponde ao segundo objetivo que apresenta como propósito o entender a influência na prática profissional em Cuidados Paliativos os fatores do percurso de vida que os profissionais identificaram na dimensão anterior. Este objetivo foi analisado através da resposta à seguinte questão: “3. Quão útil ou problemático este fator tem sido na sua prática profissional. Comente.”.

Foram identificadas quatro categorias que correspondem às quatro influências enunciadas destes fatores na prática profissional dos profissionais, e que são passíveis de serem observadas na tabela 5. A categoria mais referenciada (com trinta e duas referências e 13,8% de ocorrências), intitula-se de “útil / facilitador”, o que significa que a maioria dos fatores do percurso de vida dos profissionais, foram úteis e/ou facilitaram a prática profissional em contexto de Cuidados Paliativos.

A segunda categoria é “sem influência” (com cinco referências e 11,6% de ocorrências) refletindo que existem profissionais que mesmo conseguindo identificar elementos do seu percurso de vida que os fizeram escolher a sua área de atuação, não reconhecem qualquer efeito sobre a sua prática.

A terceira categoria é “problemático / obstáculo” (com cinco referências e 9,3% de ocorrências) referindo-se aos elementos do percurso de vida identificados, que funcionam como um obstáculo ou dificultam a prática profissional.

A última categoria é “desafiante” (com duas referências e 4,6% de ocorrências) e engloba elementos do percurso de vida que funcionam como estímulos para querer ser melhor profissional, sobretudo no desempenho das suas funções.

Tabela 5

Categorias e subcategorias da Dimensão II - Influência dos fatores do percurso de vida na prática profissional

Categoria	Subcategoria	Arquivos	Referência	%	Exemplo
Desafiante		2	2	4,6	<p><i>“Por vezes, desafiante na medida em que lidar com o sofrimento do outro pode avivar memórias pessoais de perdas passadas”</i> (sujeito D10)</p> <p><i>“Desafiante no que diferencia o papel do psicólogo nesta área específica”</i> (sujeito D5)</p>
Problemático obstáculo	/	4	4	9,3	<p><i>“Tem contribuído para um aumento do stress por um lado pelo confronto constante com os meus próprios medos e por outro lado pelo medo de não atender às expectativas das famílias”</i> (sujeito D15)</p> <p><i>“Há sempre casos que têm mais impacto emocional na pessoa que sou, pois por vezes assemelham-se a situações já vividas na minha vida”</i> (sujeito p6)</p>
Sem influência		5	5	11,6	<p><i>“Neste momento esse conjunto de situações não influencia a minha prática ou a maneira como estou na profissão”</i> (sujeito D2)</p> <p><i>“Não considero uma utilidade ou um problema, mas apenas uma necessidade/dever”.</i> (sujeito D14)</p>
Útil / facilitador		27	32	13,8	<p><i>“Útil. Conseguimos trabalhar com o doente e família, esclarecer mitos e dúvidas, promover um final de vida com dignidade e dar apoio no luto”.</i> (sujeito D1)</p> <p><i>“Sempre útil ao nível do autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e, por consequência a concretização e realização profissional.”</i> (sujeito D10)</p> <p><i>“Impulsionou as minhas aprendizagens (...) dotei-me de capacidades para capacitar os outros a morrer melhor e a viver os últimos dias com mais vida”</i> (sujeito P3)</p>
Total		38	43	100	

Nota. Arquivos: número de participantes que referiram a categoria ou subcategoria; Referências: número de ocorrências; %: percentagem relativa ao número de participantes que referem a categoria ou a subcategoria.

De modo a aprofundar e compreender melhor a dimensão II, procedemos à análise da frequência das palavras mais utilizadas nos discursos relativos a esta. O processo de análise foi repetido várias vezes, durante o qual foram eliminadas palavras que não apresentavam relevância para a investigação tais como “para”, “que”, “de” e “também”. Finalmente, obtivemos a frequência das dez palavras mais utilizadas, estas que se encontram descritas na tabela 6.

Tabela 6

Frequência de palavras relativas ao objetivo II

Palavra	Contagem
Profissional	9
Trabalho	9
Formação	8
Prática	7
Experiência	6
Doentes	5
Sentido	5
Facilita	4
Impacto	4
Influência	4

Aprofundámos posteriormente, as associações das palavras feitas nos discursos. A palavra “profissional” refere-se à necessidade que os profissionais inquiridos descrevem em procurar ser cada vez melhor na função que desempenham, para melhor cuidar. A palavra “trabalho” refere-se ao espaço físico, ao ambiente, onde o profissional atua. A palavra “formação” reforça a importância que os profissionais dão a este elemento como potenciador de eficácia. A palavra “prática” refere-se à prática profissional.

4.1.3 Dimensão III – Fatores condicionantes e facilitadores da prática profissional

A terceira dimensão concretiza o terceiro objetivo que visa a compreensão dos fatores apontados como facilitadores ou condicionantes na prática profissional no contexto dos Cuidados Paliativos. A compreensão e análise desta dimensão foi efetuada através das seguintes questões de resposta aberta: “6. Quais os eventos do seu percurso de vida que dificultaram ou dificultam a sua prática profissional” e “7. Quais os eventos do seu percurso de vida que lhe facilitaram ou facilitam a sua prática profissional?”.

Emergiram duas categorias: os “fatores condicionantes” e os “fatores facilitadores”.

A categoria “fatores condicionantes” apresenta três subcategorias, “confronto com vivências do passado” (referindo-se a situações vividas em contexto de trabalho que evocam situações pessoais vividas no passado) com duas referências e 3,6% de ocorrências, seguida da subcategoria “comunicação de notícias” (a comunicação de más notícias referida como um momento de grande ansiedade, pois estas podem não corresponder às expectativas dos familiares) com apenas uma referência e 1,8% de ocorrências e da subcategoria “medos e ansiedades” (que se refere à perceção de incapacidade ou de não ser “suficientemente bom” para o paciente que os profissionais possam sentir) com uma referência e 1,8% de ocorrências.

A categoria “fatores facilitadores”, divide-se em onze subcategorias.

A subcategoria mais referenciada (com catorze referências e 25,4% de ocorrências) é a “capacitação profissional” (que engloba o ganho de conhecimento e competências que liderem um caminho com mais capacidade de prestação de cuidados), seguida da subcategoria “adequada prestação de serviços” (realçando a importância de saber aplicar conhecimentos e técnicas tendo em conta a situação de cada paciente ou caso), referenciada oito vezes 14,5% de ocorrências.

Outra subcategoria expressiva é a “realização profissional” (que explica o sentimento de “estar a fazer aquilo que gosta ou que sempre gostou” e que funciona como grande estimulador à prática) com um total de seis referências e 10,9% de ocorrências.

As subcategorias “autoconhecimento” (conhecer-se cada vez melhor para dar de si ao Outro), “promover dignidade” (promover qualidade de vida no final desta de forma a manter a integridade do paciente independentemente do seu estado) e “desenvolvimento pessoal” (as situações vivenciadas e a prática promovem também o desenvolvimento pessoal), foram referenciadas três vezes com 5,5% de ocorrências, respetivamente.

As subcategorias que foram menos referenciadas mas ainda assim significativas são a “confiança” (ter confiança em si mesmo e nas suas capacidades profissionais), “mostrar-se disponível” (saber estar, dar apoio e informar o paciente e a sua família), “esclarecer mitos e dúvidas” (desmistificar mitos associados aos Cuidados Paliativos), “fazer a diferença” (conseguir de alguma forma mudar a vida daquela pessoa) e “vivências de familiares passadas” (aprendizagem com situações pessoais, conseguir através da experiência pessoal ajudar pessoas na mesma situação) com uma referência total e 1,8% de ocorrências.

Estas categorias estão esquematizadas e organizadas na Tabela 7.

Tabela 7

Categorias e subcategorias da Dimensão III - Fatores condicionantes e facilitadores da prática profissional

Categorias	Subcategorias	Arquivos	Referências	%	Exemplo
Fatores condicionantes	Comunicação de notícias	1	1	1,8	<i>“Pode constituir um fator problemático quando se quer transmitir aos pares a verdadeira mensagem e a importância e ou impacto que a mesma pode ter na vida do outro”</i> (sujeito P10)
	Confronto com vivências do passado	2	2	3,6	<i>“Lidar com o sofrimento do outro pode avivar memórias pessoais de perdas passadas.”</i> (sujeito D10)
	Medos e ansiedades	1	1	1,8	<i>“Aumento do stress por um lado pelo confronto constante com os meus próprios medos”</i> (sujeito D15)
Fatores facilitadores	Adequada prestação de serviços	8	8	14,5	<i>“Útil, no sentido da adequada prestação de cuidados e identificação de lacunas na mesma”</i> (sujeito D11) <i>“Esta experiência ajuda me diariamente a olhar para cada utente de uma forma única e especial”</i> (sujeito D20)
	Autoconhecimento	3	3	5,5	<i>“Sempre útil ao nível do autoconhecimento, desenvolvimento pessoal”</i> (sujeito D10) <i>“Autoconhecimento ajuda e muito a lidar com o impacto e ajuda a focarmo-nos no trabalho que temos de desempenhar, porque o outro precisa de ajuda”</i> (sujeito P6)
	Confiança	1	1	1,8	<i>“Fonte de confiança e força”</i> (sujeito P9)
	Capacitação profissional	13	14	25,4	<i>“A formação capacita-nos para os desafios na prática profissional”</i> (sujeito D13) <i>“Foi bom ter formação sobre a área antes de estar efetivamente no terreno e isso deu-me muitos conhecimentos”</i> (sujeito P1)

Mostrar-se disponível	1	1	1,8	<i>“Dar apoio no luto”</i> (sujeito D1)
Desenvolvimento pessoal	3	3	5,5	<i>“Útil para o crescimento espiritual, pessoal”</i> (sujeito D5) <i>“Útil no crescimento como pessoa e profissional”</i> (sujeito D8)
Esclarecer mitos e dúvidas	1	1	1,8	<i>“Conseguimos trabalhar com o doente e família, esclarecer mitos e dúvidas”</i> (sujeito D1)
Fazer a diferença	1	1	1,8	<i>“Tem sido importante e útil porque faço a diferença e isso é o que me motiva”</i> (sujeito D7)
Promover dignidade	3	3	5,5	<i>“Promover um final de vida com dignidade”</i> (sujeito D1) <i>“Dotei-me de capacidades para capacitar os outros a morrer melhor e a viver os últimos dias com mais vida.”</i> (sujeito P3)
Realização profissional	5	6	10,9	<i>“Concretização e realização profissional.”</i> (sujeito D10) <i>“Porque é aquilo que gosto, o que faço com gosto, o meu trabalho quase que não chega a ser trabalho naquele sentido chato e que tem de ser.”</i> (sujeito P9)
Vivência familiares passadas	1	1	1,8	<i>“Acredito que já ter passado pela experiência de familiar de uma pessoa com doença ameaçadora da vida em fase avançada me proporcionou uma sensibilidade maior e me permite ter um olhar mais amplo para o sofrimento do próximo”</i> (sujeito D4) <i>“Com essas perdas tive a oportunidade de desenvolver uma carteira de competências pessoais que me permitiram ser e estar nas relações de forma mais intensa e harmoniosa (...) na prática, a vivência das perdas deram até mais sentido à vida e ao meu propósito pessoal e profissional”</i> (sujeito D22)
Total	44	55	100	

Nota. Arquivos: número de participantes que referiram a categoria ou subcategoria; Referências: número de ocorrências; %: percentagem relativa ao número de participantes que referem a categoria ou a subcategoria

Para melhor analisar o conteúdo das respostas foi efetuada uma pesquisa de frequência de palavras que permite obter as palavras mais utilizadas no discurso. Fomos eliminando as palavras que não tinham relevância para a investigação e obtivemos assim, as dez palavras mais frequentes descritas na Tabela 8.

Tabela 8

Frequência de palavras relativas à dimensão III

Palavras	Contagem
Doentes	14
Cuidados	12
Necessidade	10
Família	9
Profissional	9
Trabalho	9
Paliativos	8
Diferença	7
Melhor	7
Comunicação	5

Procurámos aprofundar as três primeiras palavras. A palavra “doentes” deve-se à influência dos casos clínicos e da vivência com os doentes. A palavra “cuidados” evidencia os cuidados prestados pelos profissionais. A palavra “necessidade” pressupõe a procura de uma nova realidade de adaptação e de busca de novos conhecimentos.

4.1.4 Dimensão IV- Identificar estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional

A quarta dimensão coincide com o quarto objetivo da investigação que visa identificar as estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional dos profissionais de saúde inquiridos. Para uma melhor análise, foi identificada a questão que explora esta temática “4. Quais as estratégias que utiliza perante o impacto emocional face a situações difíceis vividas no contexto de trabalho”.

Depois de efetuada a análise de conteúdo, foram identificadas quatro categorias que dividem em quatro grupos as estratégias referidas pelos profissionais de saúde inquiridos. A primeira categoria é aquela que mais referências apresenta (com vinte referências e 44,4% de ocorrências) e intitula-se de “estratégias profissionais”, seguida da categoria “estratégias pessoais” referenciada dezassete vezes com 37,8% de ocorrências, posteriormente as “estratégias familiares” com cinco referências e 11,1% de ocorrências e, por último, a categoria “estratégias organizacionais” que apresenta três referências e 6,7% de ocorrências.

A categoria “estratégias profissionais” engloba todas as estratégias individuais que o profissional detém ou desenvolve enquanto sujeito que presta cuidados a alguém, estas estratégias são aplicadas ou funcionam no decorrer da ação de trabalho.

A categoria “estratégias pessoais” acolhe em si as estratégias individuais que são desenvolvidas pelo sujeito enquanto ser humano fora do contexto de trabalho, muito próprias de cada um.

A categoria “estratégias familiares” abarca as estratégias partilhadas que incluem a família, amigos e conhecidos tal como a categoria “estratégias organizacionais” que inclui estratégias também elas partilhadas, mas desta vez no ambiente de trabalho e profissional. É possível encontrar estas categorias organizadas e esquematizadas na Tabela 9.

Tabela 9

Categorias e subcategorias relativas à Dimensão VI - Identificação de estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional

Categoria	Subcategoria	Arquivo	Referência	%	Exemplo
Estratégias familiares		5	5	11,1	<p><i>“Também tenho a minha família que me ajuda a lidar e a gerir o stress que vivo no trabalho. “(sujeito P7)</i></p> <p><i>“Depois tenho a minha família e os meus amigos que também precisam do meu foco e da minha atenção, fora do serviço é neles que me foco. “(sujeito P9)</i></p>
Estratégias organizacionais		2	3	6,7	<p><i>“Nós na nossa equipa temos momentos semanais ou quinzenais a que chamamos momento Zen e que fazemos diversas atividades em grupo que vão desde jogos, brincadeiras, culinária, trabalhos manuais, lanches” (sujeito D17)</i></p> <p><i>“Boa relação de equipa” (sujeito D19)</i></p>
Estratégias pessoais		13	17	37,8	<p><i>“Dedico-me à família, aos amigos, a mim própria, tento...gosto muito de atividades de bricolage, e de outros hobbies, e às vezes algum desporto quando tenho paciência e quando não tenho preguiça, mas penso que a forma que utilizo para ser um escape daquilo que assistimos diariamente.” (sujeito P1)</i></p> <p><i>“Tento manter este plano diário que me ajuda a absorver o que se passou no dia de trabalho e que me ajuda a recarregar energias para a família, é a minha forma de separar as coisas. Acho importante que haja uma atividade que separe o horário de trabalho da família para que não haja conflito de interesses.” (sujeito P11)</i></p>
Estratégias profissionais		19	20	44,4	<p><i>“O que me ajuda é a partilha das dificuldades em equipa, a toma de decisões difíceis partilhadas” (sujeito D2)</i></p> <p><i>“Quando preciso (...) vou ter com uma colega (sujeito P1)</i></p>
Total		39	45	100	

Nota. Arquivos: número de participantes que referiram a categoria ou subcategoria; Referências: número de ocorrências; %: percentagem relativa ao número de participantes que referem a categoria ou a subcategoria.

Foi realizada uma pesquisa de frequência de palavras relativas à análise do conteúdo das estratégias. Depois de eliminadas várias palavras que não se manifestavam relevantes para o estudo, foram esplanadas na Tabela 10, as dez palavras mais frequentes desta dimensão.

Tabela 10

Frequência de palavras da dimensão IV

Palavras	Contagem
Trabalho	20
Equipa	17
Partilha	12
Família	10
Melhor	7
Amigos	6
Situações	6
Atividades	6
Colegas	5
Profissional	5

Para terminar a análise desta dimensão, fomos aprofundar as três primeiras palavras frequentes. A palavra “trabalho” refere-se ao espaço físico onde os profissionais prestam os seus serviços. A palavra “equipa” reforça a importância da dinâmica entre os membros para lidar com o *stress* vivido. A palavra “partilha” reforça o significado da palavra anterior, a importância da partilha em equipa.

4.1.4. Dimensão V – Compreender elementos promotores de resiliência na prática profissional

A quinta dimensão corresponde ao quinto objetivo que contempla a compreensão dos elementos promotores da capacidade de resiliência dos profissionais de saúde na sua prática profissional. A fim de objetivar esta temática foram construídas as seguintes questões “4. Quais as estratégias que utiliza perante o impacto emocional face a situações difíceis vividas no contexto de trabalho” e “7. Quais os eventos do seu percurso de vida que lhe facilitaram ou facilitam a sua prática profissional?”.

Terminada a análise de conteúdo relativa a este objetivo foram identificadas oito categorias que fazem emergir os elementos promotores de resiliência na prática profissional.

A categoria mais referenciada é “eventos organizacionais” (com catorze referências e 27,5% de ocorrências) referindo-se aos momentos de partilha da equipa multidisciplinar e à partilha de situações e casos com colegas de trabalho.

A categoria “formação / especialização” (com doze referências e 23,6% de ocorrências) perspetiva o conhecimento e a técnica como elementos que promovem a capacidade de resiliência, pois dotam o profissional de competências.

A terceira categoria identificada é “eventos familiares” (com onze referências e 21,6% de ocorrências) e associa a família como um dos principais pilares de apoio, englobando também situações familiares difíceis vivenciadas.

A seguinte categoria é “experiência pessoal”, (com sete referências e 15,7% de ocorrências) e representa situações pessoais vividas devido a doenças de familiares e/ou amigos e perdas significativas.

A categoria “experiência profissional” (com sete referências e 13,7% de ocorrências) está relacionada com os anos de prática profissional.

A categoria “autoconhecimento” (com quatro referências e 7,8% de ocorrências) significa que o saber conhecer-se auxilia na compreensão dos limites e das forças dos profissionais.

A categoria “crenças de autoeficácia” (com quatro referências e 7,8% de ocorrências) revela importância do sentimento de eficácia, ser capaz de ser exigente consigo próprio quando se trata de prestar serviços e cuidados ao outro.

A última categoria identificada intitula-se de “características de personalidade” (com três referências e 5,8% de ocorrências) revelando traços e comportamentos dos profissionais que são identificados como motores da sua capacidade de adaptação.

Podemos encontrar estas categorias esquematizadas na Tabela 11.

Tabela 11

Categorias e subcategorias relativas à Dimensão V - Elementos promotores de resiliência na prática profissional

Categoria	Subcategoria	Arquivos	Referência	%	Exemplo
Autoconhecimento		2	4	7,8	<p><i>“Quando mais me conheço nos outros mais os posso ajudar e saber compreendê-los, o ver e observar as pessoas mais velhas, que já viveram tanto e tudo, e que agora estão na fase final, à espera que tudo acabe, e por vezes com sofrimento associado, fazia-me sempre procurar formas de ser mais efetivo no que fazia e na forma como o fazia, foi assim, neste sentido. P6</i></p> <p><i>“O autoconhecimento é fundamental, conhecer-me e saber como as coisas que afetam, fiz psicoterapia nesse sentido, ainda quando andava de formação em formação, e ajudou-me imenso a refletir sobre mim mesmo e sobre a forma como os outros me afetam. D4</i></p>
Características da personalidade		3	3	5,8	<p><i>“Eu tinha capacidades e habilidades que poderiam ser canalizados para esta área, que tinha competência e capacidades de comunicação que podiam ser importantes aqui p4</i></p> <p><i>“Pelo meu feitio, pelo meu otimismo e sentido de humor fui conseguindo gerir as coisas” (sujeito P2)</i></p>
Crenças de autoeficácia		4	4	7,8	<p><i>“As minhas aprendizagens para que fossem sempre melhor a fazer o meu trabalho e para que pudesse sempre ajudar mais e melhor estes doentes” (sujeito P3)</i></p> <p><i>“Rigorosa no meu trabalho e a desempenhar as minhas funções de forma mais efetiva e aplicada” (sujeito P4)</i></p>
Eventos familiares		10	11	21,6	<p><i>“O facto de ter passado por processos de doença com familiares próximos, ajudam-me a olhar para os utentes de outra forma” (sujeito D20)</i></p> <p><i>“A minha família e amigos também são um pilar importante para mim e funcionam como uma rede de suporte que tenho sempre para mim” (sujeito P6)</i></p>

Eventos organizacionais	12	14	27,5	<p>“Discussão dos casos em equipa multidisciplinar na tomada de decisões, partilha de sentimentos em equipa” (sujeito D13)</p> <p>“Em equipa estamos sempre a pensar e a construir formas de abordagem e de alívio do sofrimento, com coisas praticas e originais que ajudam o paciente a lidar com a sua doença e a sua finitude” (sujeito P8)</p>
Experiência pessoal	7	8	15,7	<p>“As experiências e perdas que tive da minha avó e de uma tia/ madrinha com doenças terminais e muito sofrimento. Permitiram criar estratégias de resolução de momentos de crise pessoal e transpô-los em algumas situações para a vida profissional” (sujeito P10)</p> <p>“O facto de ter passado por processos de doença com familiares próximos, ajudam-me a olhar para os utentes de outra forma” (sujeito D20)</p>
Experiência profissional	5	7	13,7	<p>“Experiência hospitalar ajuda muito” (sujeito D1)</p> <p>“A experiência profissional com doentes oncológicos e suas famílias. O contacto com as vivências de fim de vida” (sujeito D5)</p>
Formação / especialização	12	12	23,6	<p>“Fui formar-me nesta área, fui aprender mais sobre o assunto, dotar-me de métodos de comunicação e de atuação enquanto psicólogo junto de pessoas em fase final de vida e (...) em conjugação com a minha formação anterior” (sujeito P6)</p>
Total	43	51	100	

Nota. Arquivos: número de participantes que referiram a categoria ou subcategoria; Referências: número de ocorrências; %: percentagem relativa ao número de participantes que referem a categoria ou a subcategoria

Com o intuito de aprofundar esta dimensão, foi realizada uma pesquisa de frequência de palavras, durante o processo, foram eliminadas algumas palavras que não apresentavam relevância para a investigação. No final desse mesmo percurso, obtivemos uma lista de dez palavras, as quais são agora apresentadas na tabela 12.

Tabela 12

Frequência de palavras relativas à dimensão V

Palavras	Contagem
Equipa	15
Formação	13
Partilha	7
Momentos	6
Trabalho	6
Doentes	5
Doença	5
Experiência	5
Família	5
Profissional	5

Por último, procurámos aprofundar as três palavras mais frequentes para compreender melhor a que estão associadas. A palavra “equipa” surge um elemento importante associado à partilha, que por sua vez, auxilia na capacidade de resiliência. A palavra “formação” é outro elemento que é associado aos fatores de proteção e de promoção da resiliência na prática. A palavra “partilha” volta a surgir em consonância, não só com a primeira palavra, onde surge a importância da necessidade de partilhar em equipa, mas também a partilha de sentimentos e emoções com familiares e amigos como forma de adaptação.

pesquisa de comprimento mínimo de cinco letras visto que, palavras com um comprimento menor não ditavam relevância para melhor compreender as temáticas em investigação.

Tabela 13

As dez palavras mais frequentes

Palavra	Extensão	Frequência	Percentual ponderado (%)
Ajuda	5	41	0,93
Formação	8	37	0,84
Equipa	6	36	0,82
Vida	4	34	0,77
Família	7	30	0,68
Profissional	12	29	0,66
Útil	4	28	0,63
Doentes	7	26	0,59
Partilha	8	19	0,43
Experiência	11	17	0,39

De acordo com os resultados observados na figura 1 e na tabela 13, as palavras mais frequentes na análise são “ajuda”, seguida logo da palavra “formação”, “equipa”, “vida”, “família”, “profissional”, “útil”, “doentes”, “partilha” e “experiência”. Todas as palavras aqui levantadas e identificadas são de significativa discussão, uma vez que ilustram muito bem o discurso e as temáticas selecionadas pelos profissionais de saúde. No capítulo da discussão voltaremos a elas de uma forma mais aprofundada e contextualizada.

4.2 Análises estatísticas e descritivas da Escala de Resiliência de Wagnild e Young

Com recurso ao programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* desenvolveu-se uma análise quantitativa descritiva das respostas à Escala de Resiliência de Wagnild e Young. Esta escala analisada assim de forma quantitativa, servirá de complemento à investigação qualitativa, de forma a sustentar mais solidamente a totalidade dos dados recolhidos, cruzando, posteriormente, os dados obtidos quer na escala quer nos discursos estudados na análise de conteúdo.

Nesta secção serão apresentados os resultados da análise quantitativa da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, analisados com recurso ao programa *SPSS 24 (IBM SPSS Statistics)*. Os dados foram organizados e analisados através de uma análise descritiva, de frequência e de percentagens. Primeiramente serão descritos os dados relativos aos fatores que compõem a Escala de Resiliência, de seguida serão apresentados os dados das duas escalas gerais que integram os itens da Escala. Na tabela 14 são apresentadas as estatísticas descritivas – médias e desvio-padrão, referentes à Escala de Resiliência de Wagnild e Young.

Tal como descrito e explorado na secção “instrumentos de avaliação”, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young é constituída por cinco fatores que avaliam os seus respetivos conceitos. Através da análise estatística descritiva e como se pode observar através da tabela 14, foi possível obter o número total da amostra, os valores mínimos e máximos, a média e o desvio padrão de cada um dos fatores.

O número total de participantes (32) é comum a todos os fatores uma vez que todos os inquiridos responderam a todos os itens. Relativamente ao fator perseverança, o seu mínimo reside nos 27 e o seu máximo nos 42 com média de 35 e desvio padrão de 4,171. O fator autoconfiança apresenta um mínimo de 29 e um máximo de 45 com média de 39 e um desvio-padrão de 4,628. O fator serenidade tem um mínimo de 17, um máximo de 27, uma média de 23 e um desvio-padrão de 2,268. O fator sentido de vida manifesta um mínimo de 19 e um máximo de 34, com média de 26 e um desvio-padrão de 3,915. O fator autossuficiência apresenta um mínimo de 8, um máximo de 13, uma média de 11 e um desvio-padrão de 1,314.

Tabela 14

Estatísticas descritivas (médias mais desvio-padrão) dos fatores da Escala de Resiliência

Fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Perseverança	32	27	42	35	4,171
Autoconfiança	32	29	45	39	4,628
Serenidade	32	17	27	23	2,268
Sentido de Vida	32	19	34	26	3,915
Autossuficiência	32	8	13	11	1,314

Nota. N=número total de participantes

A Escala de Resiliência de Wagnild e Young apresenta duas grandes escalas pelas quais os itens se dividem. Também estas avaliam dimensões diferentes das dos fatores isolados e foram analisadas através de uma estatística descritiva que nos dá a informação dos seus limites, média e desvio-padrão. Mais uma vez é de notar que o número da amostra é comum às duas escalas visto que todos os itens obtiveram uma avaliação por parte de cada participante da investigação. Relativamente à escala geral de Competência Pessoal esta apresenta um número mínimo de 74, um número máximo de 113, uma média de 98,41 e um desvio-padrão de 8,991, dados disponíveis de observação na tabela 15.

Tabela 15

Escala de competência pessoal

N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio-padrão
32	74	113	98,41	8,991

Nota. N=total de participantes

No que respeita à escala de Aceitação de Si e da Vida esta apresenta um número mínimo de 30, um número máximo de 52, média de 43,06 e desvio-padrão 5,588 como podemos verificar na tabela 16.

Tabela 16

Escala aceitação de si e da vida

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
32	30	52	43,06	5,588

Nota. N=total de participantes

Cada item tem uma escala de resposta de 1 a 7, para obter o resultado total de cada participante é preciso realizar o somatório de cada valor atribuído a cada um. Assim sendo, e tendo já o somatório da resposta de cada participante, é possível entender os níveis de resiliência e, conseqüentemente, classificá-los. Do total de 32 participantes, quatro apresentam reduzida resiliência, doze apresentam moderada resiliência e dezasseis, ou seja, metade dos participantes, apresenta elevada resiliência, tal como podemos verificar na tabela 17.

Tabela 17

Frequência dos níveis de resiliência

Níveis de resiliência	Frequência	Percentagem
Reduzida resiliência	4	12,5
Moderada resiliência	12	37,5
Elevada resiliência	16	50,0
Total	32	100,0

5 **Discussão dos Resultados**

A presente investigação apresenta como objetivo verificar se existem elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência, com eventual impacto na prática profissional. Procura também, no caso de estes elementos existirem, identificá-los, perceber a sua influência, e a sua ação enquanto fatores condicionantes e / ou facilitadores da prática profissional e, por fim, identificar estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional. O estudo é complementado com uma avaliação da Resiliências nas suas dimensões de Perseverança, Autoconfiança, Serenidade, Sentido de Vida e Autossuficiência, nestes profissionais que permite aprofundar a compreensão. Por fim, o estudo procurou examinar as associações entre os discursos dos profissionais de saúde e os fatores e itens que compõem a Escala de Resiliência de Wagnild e Young de modo a procurar evidências das dimensões exploradas na escala, nos discursos dos profissionais de saúde.

A presente investigação revelou que, efetivamente, existem elementos do percurso de vida que os profissionais de saúde indicam como tendo influência na forma como desempenham a sua prática profissional. Revela também que estes elementos exercem influência condicionante ou facilitadora desta prática e que influenciam também os níveis de resiliência que os profissionais manifestam. Foi também possível identificar estratégias de gestão de situações difíceis que nos permitem também identificar formas de desenvolvimento de características de resiliência, não só importante para a prática, mas também para a sua esfera pessoal.

Os próximos dois tópicos apresentarão, de forma aprofundada estas revelações e será apresentada primeiramente a discussão de cada método de investigação de forma individual, e posteriormente será apresentada uma discussão integrada.

5.1 Discussão dos resultados qualitativos

5.1.1 Dimensão I

Em relação ao primeiro objetivo, este foi atingido e resultou na identificação de vários fatores do percurso de vida dos profissionais de saúde que tiveram influência na escolha da sua área de atuação. Foram identificados onze fatores, cada qual com um valor de referência, contudo, mesmo os fatores com menos referências, detém grande relevância para a presente investigação, pois, tal como Dewey (1934/2010) refere, a construção da identidade pessoal diferencia-se e origina-se nas competências que o próprio indivíduo percebe de si e daquilo que foi recolhendo através de experiências vivenciadas ao longo do percurso de vida pessoal e académico. Ou seja, o que reveste o percurso de vida de cada um dos profissionais de importante compreensão, é precisamente a sua singularidade que, por sua vez, traz muito a esta investigação.

Os fatores identificados estão, na sua maioria, associados a experiências e situações vivenciadas pelos profissionais em contextos anteriores de trabalho, sendo que as categorias que os suportam são “experiências em serviços anteriores” e “contacto com casos terminais”. Estes são exemplificados nos seguintes discursos “*O facto de trabalhar com doentes oncológicos com doença avançada e querer aprender a melhorar o controlo dos sintomas que surgiam nessa fase levou-me a fazer formações teóricas e praticas nessa área*” (sujeito P8) e “*a experiência com os doentes durante o meu percurso profissional*” (sujeito P4), e são validados por Super (1973) referindo que a construção da identidade profissional vai-se desenvolvendo ao longo do percurso de vida através dos vários lugares e funções que o sujeito vai ocupando.

Temos fatores identificados pelos profissionais que se prendem com os conhecimentos técnicos, especializados e com o profissionalismo associados à necessidade de procura de saberes para melhor prestar cuidados, necessidade esta que serviu de impulso à escolha dos

Cuidados Paliativos como área de atuação. Estes fatores estão integrados nas categorias de análise “profissionalismo”, “formação acadêmica”, “formação especializada”, “necessidade ou oportunidade” e “insatisfação com os cuidados disponíveis”. Os profissionais que identificam estes fatores exemplificam no seguinte discurso: *“fui formar-me nesta área, fui aprender mais sobre o assunto, dotar-me de métodos de comunicação e de atuação enquanto psicólogo junto de pessoas em fase final de vida e foi muito interessante, senti que era este o terreno onde deveria atuar, em conjugação com a minha formação anterior”* (sujeito P2); *“(…) desenvolvemos muito enquanto pessoa, como pessoa porque é assim, nós podemos dar ensinamentos daquilo que também aprendemos e vivemos em termos de comunicação, nós desenvolvemos muitas competências em termos de comunicação e em termos de relação”* (sujeito P3) e *“o fator será o dever de prestar os melhores cuidados aos doentes que me procuram, independentemente da sua condição clínica”* (sujeito D14). Em relação a esta temática, Savickas et al (2009) referem que à medida que os profissionais vão evoluindo na sua prática profissional, sentem a necessidade de reformular a forma como vêm e pensam a sua profissão, não sendo um processo isolado mas dinâmico, em constante relação com o seu percurso social mais uma vez, um exemplo que valida este pensamento *“a necessidade que tinha cada vez mais de saber e de conseguir prestar cuidados mais humanizados e com qualidade aos utentes e ter tempo para dedicar ao utente e família faz com que procurasse formação nesta área”* (sujeito P7). Silveira (2013), refere ainda que ao longo do seu percurso de vida, o sujeito vai modificando o conceito que tem de si em associação a cada função que desempenha, tomando decisões também associadas à perceção que tem de si e das suas capacidades. Esta necessidade de querer saber mais e aprimorar-se para melhor cuidar, preenche uma importante característica que é a capacidade de fazer uma boa articulação entre o conhecimento teórico e a prática, e sobretudo olhar as aprendizagens como contínuas e atualizadas ao longo de toda a vida (Clarke, 2006). Esta articulação pode ainda ser bem visível através do seguinte testemunho com base no fator “formação especializada” e subfactor “autoconhecimento” *“(…) desenvolvemos muito enquanto pessoa, como pessoa porque é assim, nós podemos dar ensinamentos daquilo que também aprendemos e vivemos em termos de comunicação, nós desenvolvemos muitas competências em termos de comunicação e em termos de relação”* (sujeito P3).

Temos um outro fator identificado como “características e competências” que se foca em características da personalidade e ou em competências ou habilidades que os profissionais reconhecem em si ou outros reconhecem neles. Um elemento igualmente importante na escolha da área dos Cuidados Paliativos como prática profissional, tal como podemos verificar através dos seguintes discursos “*fui descobrindo que tinha estas capacidades de fazer melhor no pior do doente*” (sujeito P4) e “*houve também pessoas que acharam que eu tinha capacidades e habilidades que poderiam ser canalizados para esta área, que tinha competência e capacidades de comunicação que podiam ser importantes aqui*” (sujeito p4). Super (1973), estudou esta questão e afirma que o sujeito tende a escolher uma profissão que lhe permita ser a pessoa que é num todo, existindo espaço para integrar as suas crenças, os seus valores, aspirações e que sejam um local que lhe permita aplicar as suas competências e habilidades percebidas, ou seja, a escolha da profissão está relacionada com a autoimagem e por sua vez, com a representação de si na prática profissional. Este pensamento de Super, sustentado por Savickas et al (2009) corrobora também o fator “vocação” exemplificado no discurso “*costumo dizer que os cuidados paliativos é que me escolheram e não o inverso, se bem que a essência estava cá para despertar*” (sujeito D10), pois, os profissionais que identificaram este fator referem que á na área dos Cuidados Paliativos que sentem que podem colocar tudo o que são ao serviço e cuidados do outro. Outro importante fator influenciador da escolha é a “disponibilidade para o outro” em formato de humanização, de querer disponibilizar os seus conhecimentos e competências para o apoio do outro, no estar lá para o outro, tal como facilmente observável no seguinte discurso “*pela importância da humanização, o apoio abrangente doente/família e por não usar técnicas fúteis e invasivas no fim de vida*” (sujeito D1). Pessini (2005) refere que a humanização é um dos pilares dos Cuidados Paliativos e uma das competências fundamentais que o profissional de saúde em Cuidados Paliativos deve ter visto que é necessário estabelecer uma relação empática e de cuidado com o paciente e a sua família, através do diálogo e da escuta ativa, ou seja, saber estar ali para o outro.

Sendo que é através das vivências e da sua relação com o outro que o sujeito constrói a sua identidade pessoal que vai servir de base à sua identidade profissional, existem vivências e situações familiares que influenciaram a escolha da prática em Cuidados Paliativos. É aqui que se insere o fator “vivências familiares” incluindo tanto a perda de familiares como históricos de doenças terminais de entes queridos e ainda influências profissionais dentro da família: “*bem*

aqui o meu fator é uma pessoa, o meu pai” (sujeito P11), *“Vivenciar a morte da minha mãe de uma forma desumana e com intenso sofrimento”* (sujeito D4), *“ter tido casos de doença oncológica na família”* (sujeito D11). Para Ungar (2013), um dos contextos primários mais significativos no desenvolvimento profissional é a família, esta que transfere valores, crenças e influencia a forma como o sujeito se vai projetar enquanto profissional, podendo mesmo ser determinante na escolha e no percurso. Para uma visualização esquemática, encontra-se em anexo (anexo IV) um quadro com as categorias e subcategorias da dimensão I.

5.1.2 Dimensão II

O segundo objetivo visa entender a influência dos fatores identificados no objetivo anterior, na prática profissional destes profissionais. É importante ressaltar que a maioria dos profissionais de saúde inquiridos referiram, que o fator que identificaram como influenciador, desempenha, de alguma forma, um papel facilitador ou útil para a sua prática profissional em Cuidados Paliativos. Esta panorâmica pode perspetivar-se como um indício da capacidade de resiliência destes profissionais face às adversidades ou dificuldades, transformando situações de grande sofrimento em situações desafiantes que os fazem desenvolver de forma adaptativa. Os seguintes discursos exemplificam bem este cenário: *“útil, conseguimos trabalhar com o doente e família, esclarecer mitos e dúvidas, promover um final de vida com dignidade e dar apoio no luto”* (sujeito D1), *“útil ao nível do autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e, por consequência a concretização e realização profissional”* (sujeito D10) e *“impulsionou as minhas aprendizagens para que fosse sempre melhor a fazer o meu trabalho e para que pudesse sempre ajudar mais e melhor estes doentes, dotei-me de capacidades para capacitar os outros a morrer melhor e a viver os últimos dias com mais vida”* (sujeito P3). Para Clarke (2006), a formação profissional pode funcionar como um meio facilitador da prática caso esta seja suficiente porque caso não seja, pode revelar-se um obstáculo. Se esta for suficiente, pode constituir-se como fonte de segurança, de conhecimento das suas forças e limites bem como de uma atuação mais próxima e centralizada no doente. Mesmo que esta formação base e técnica seja fundamental para a prática profissional em Cuidados Paliativos, há a necessidade de uma

aprendizagem continuada e prolongada durante a vida, pensar novas técnicas, refletir uma melhor ajuda e uma comunicação mais eficiente são temáticas que estão em constante evolução (Clarke, 2006). Existem ainda outros fatores identificados no objetivo anterior que, mesmo que de uma perspectiva funcionem como facilitadores, de outra funcionam como desafiantes à prática profissional. Os seguintes discursos explanam muito bem esta ideia: *“por vezes, é desafiante na medida em que lidar com o sofrimento do outro pode avivar memórias pessoais de perdas passadas”* (sujeito D10) e *“desafiante no que diferencia o papel do psicólogo nesta área específica”* (D5). Segundo os profissionais que deram esta resposta, estes fatores não funcionam como um obstáculo, mas são vistos sim como um meio que os impulsiona a ser mais e melhor naquilo que fazem. Fletcher e Sakar (2012) desenvolveram uma teoria psicológica relativa à capacidade de resiliência que vai ao encontro do cenário apresentado a cima, no qual referem que os sujeitos que se confrontam com situações que potenciam adversidades e ou dificuldades, tendem olhá-las como oportunidade de reflexão, crescimento e superação, decidindo tomá-las como um desafio que as motiva a ser mais e a fazer mais. Se já temos fatores que desempenham um papel duplo de facilitadores e de desafiantes, temos também de referir que existem igualmente os fatores que, de um lado, funcionam como facilitadores, mas que, por outro lado, também dificultam a prática profissional. É o caso da influência dos fatores identificados no primeiro objetivo que funcionam como obstáculos ou problemáticos. Os seguintes discursos exemplificam bem estas influências: *“também tem contribuído para um aumento do stress por um lado e pelo confronto constante com os meus próprios medos e por outro lado pelo medo de não atender às expectativas das famílias”* (sujeito D15) e *“por vezes, por mais que tenha experiência e formação, há sempre casos que tem mais impacto emocional na pessoa que sou, pois por vezes assemelham-se a situações já vividas na minha vida, nada de paliativos mas doenças que são semelhantes, atitudes, e o típico “e se fosse comigo?””* (sujeito P6). Para que exista um desenvolvimento e manutenção da capacidade da resiliência nos profissionais de saúde, é importante, não só que existam os fatores facilitadores e ou desafiantes, como já foi possível retratarmos mas, que existe também a necessidade de uma exposição controlada ao risco e a eventos stressantes, concretizados neste caso nos fatores que constituem um obstáculo à prática profissional, para que haja assim espaço para se desenvolver a confiança e a tolerância à adversidade (Fletcher e Sakar, 2012). Mesmo tendo identificado fatores que influenciaram a sua escolha para a prática profissional de Cuidados Paliativos, no objetivo um, alguns profissionais referem que os fatores que selecionaram não tiveram qualquer

influência na forma como desempenham o seu exercício profissional. Os discursos seguintes revelam bem esta tendência: “*neste momento esse conjunto de situações não influencia a minha prática ou a maneira como estou na profissão*” (sujeito D2) e “*não considero uma utilidade ou um problema, mas apenas uma necessidade ou dever*” (sujeito D14). No anexo V pode encontra-se o quadro relativo às categorias e subcategorias da dimensão II.

5.1.3 Dimensão III

Depois de termos entendido a influência dos fatores identificados na prática profissional, vamos agora focar-nos no terceiro objetivo que visa compreender quais são os fatores que são apontados como facilitadores ou condicionantes na prática profissional. Tal como verificado no objetivo anterior, os profissionais indicaram mais fatores facilitadores da prática profissional do que fatores condicionantes da prática profissional. Esta situação pode indicar, mais uma vez, a presença de característica de resiliência, uma vez que os profissionais conseguem identificar com mais facilidade a vertente facilitadora dos fatores que identificam como influentes na sua prática. Começamos pelos fatores apontados como condicionantes. Aqui encontramos o confronto com vivências passadas como o fator mais referenciado, exemplificado no seguinte discurso: “*lidar com o sofrimento do outro pode avivar memórias pessoais de perdas passadas*” (sujeito D10). O ambiente de trabalho em Cuidados Paliativos é um verdadeiro confronto constante com o sofrimento, a vulnerabilidade e a finitude da vida humana, podendo ser especialmente desgastante para os profissionais se estes acederem a emoções e avivarem memórias semelhantes que tiveram lugar na esfera pessoal, sendo de carácter intenso devido ao facto da exposição dos profissionais ao sofrimento dos seus pacientes (Barbosa, 2010). Outro fator condicionante da prática profissional prende-se com a insegurança aquando da partilha de más notícias aos doentes e às suas famílias: “*pode constituir um fator problemático quando se quer transmitir aos pares a verdadeira mensagem e a importância e ou impacto que a mesma pode ter na vida do outro*” (sujeito P10). A comunicação, não só entre os profissionais e pacientes, mas também entre profissionais e família, é uma das competências mais importantes em Cuidados Paliativos, sendo este um pilar que promove a confiança, e

estreita a relação entre profissionais, família e paciente (Araújo, & Silva 2007). Logo se existirem dificuldades em colocar esta competência em prática podem existir condicionamentos no desempenho das funções dos profissionais nesta área. Medos e ansiedades constituem outro fator referido como condicionante sendo bem explícito no seguinte discurso: “*aumento do stress por um lado pelo confronto com os meus próprios medos*” (sujeitos D15). Para Pereira, Fonseca e Carvalho (2011), existem alguns fatores que geram *stress* nos profissionais de saúde aquando da sua prática, como a escassez de autoconfiança, a pressão do fator tempo, o excesso de trabalho, a dificuldade em dar más notícias, lidar com a dor, com o sofrimento, a morte, entre outros, acabando por condicionar a forma como a prática é desempenhada.

Em contraposição a estes fatores temos os fatores apontados como facilitadores da prática profissional. Os fatores mais referenciados prendem-se com a capacitação profissional, exemplificado nos seguintes discursos: “*a formação capacita-nos para os desafios na prática profissional*” (sujeito D13) e “*foi bom ter formação sobre a área antes de estar efetivamente no terreno e isso deu-me muitos conhecimentos*” (sujeito P1); e a adequada prestação de serviços na área dos Cuidados Paliativos explanado no seguinte discurso: “*útil no sentido da adequada prestação de cuidados e identificação de lacunas na mesma*” (sujeito D11). Esta informação vai ao encontro da informação encontrada no segundo objetivo, onde conseguimos também identificar que a necessidade de procurar formações e de saber cada vez mais e melhor funcionava como um fator útil para a prática profissional. O fator promover dignidade também está inserido nesta temática, exemplificado no discurso “*dotei-me de capacidades para capacitar os outros a morrer melhor e a viver os últimos dias com mais vida*” (sujeito P3). Bem como o fator fazer a diferença: “*tem sido importante e útil porque faço a diferença e isso é que me motiva*” (sujeito D7) em que os conhecimentos do profissional são implementados da forma mais única e ajustada ao paciente que tem necessidades diferentes dos demais. A formação de base em conjugação com a formação especializada ao longo do percurso de vida é fundamental, e por isso, o profissional de saúde, deve tentar fazer a melhor das articulações entre a teoria e a prática, se isto for possível, este verá a sua prática muito facilitada, no estreitamento do caminho entre paciente e profissional, na forma como dignifica cada paciente e como empenha os seus esforços em fazer a diferença (Antunes, 2005). O fator autoconhecimento está também refletido no discurso: “*o autoconhecimento ajuda e muito a lidar com o impacto e ajuda a focarmo-nos no trabalho que temos de desempenhar porque o outro precisa de ajuda*” (sujeito P6). O

desenvolvimento do autoconhecimento e da capacidade para saber identificar situações geradoras de *stress* leva à construção de competências que permitam lidar com as situações mais difíceis vividas em contexto de trabalho e sobretudo da aceitação das limitações que o profissional tem enquanto ser humano e profissional, sendo que é mais importante aprender a enfrentar e a lidar com as situações do que evitá-las (Gorostidi et al, 2007). O fator confiança refletido na expressão “*fonte de confiança e força*” (sujeito P9) e desenvolvimento pessoal explanado no discurso seguinte: “*útil no crescimento como pessoa e profissional*” (sujeito D8), tal como Fletcher e Sakar (2012) referem, constitui um dos processos psicológicos mais importantes no que respeita às características de resiliência, pois caso o sujeito entenda que tem competências e acredite nas suas capacidades está seguro de que consegue ultrapassar as dificuldades, havendo conseqüentemente uma redução do *stress* e facilitando a sua prática. O fator mostrar-se disponível exemplificado na expressão “*dar apoio no luto*” (sujeito D1) toma a forma de um dos objetivos dos Cuidados Paliativos que visam ajudar a pessoa a ter uma vida com a melhor qualidade possível e o menos sofrimento possível, dando a possibilidade ao paciente de morrer com dignidade e que as suas famílias bem como as pessoas que lhe são próximas também sejam apoiadas durante o ciclo da doença, na morte e no luto, ajudando o profissional a diminuir o sentimento de impotência perante a inevitabilidade da morte (Barbosa, 2010). O fator esclarecer mitos e dúvidas é facilitador da prática na medida em que, partilhar toda a informação acerca do estado clínico do paciente da forma mais sensível e verdadeira possível com o próprio e com a família transmite sentimentos de apoio, aceitação e incentiva a colocação de questões e a colaboração na terapêutica (Araújo, 2007). Outro fator compreendido como facilitador, é a realização profissional, exemplificado no seguinte discurso: “*concretização e realização profissional*” (sujeito D10) e “*porque é aquilo que gosto, o que faço com gosto, o meu trabalho quase não chega a ser trabalho naquele sentido chato e que tem de ser*” (sujeito P9) que segundo Super (1973) é facilitadora da prática na medida em que o sujeito tende a escolher uma profissão que lhe permita ser quem é num todo, integrando na prática os seus valores, as suas crenças e as aspirações que apresenta e que ainda lhe seja possível colocar em prática as suas competências e habilidades percebidas, ou seja, o sujeito procura espelhar-se como é na prática que vai desempenhar. O fator “vivências familiares passadas” já tinha sido encontrado no espaço dos fatores condicionantes da prática, contudo encontramos-lo de novo nos fatores facilitadores da prática. Contudo, esta situação é explicativa pelo facto de existirem situações traumáticas vividas durante a infância ou juventude tais como doenças graves,

catástrofes naturais, lutos não adaptativos que podem ter grande impacto no desenvolvimento físico e psicológico do profissional, mas que não ditam o seu percurso. Mesmo tendo estas situações, há fatores internos que podem sofrer alterações e ou que são modificados para que se tornem mais adaptativos e saudáveis, através, por exemplo dos esquemas mentais – formas de pensar, atribuir novos significados aos acontecimentos ou comportamentos não adaptativos (Oliveira, 2010). Por outro lado, as características de resiliência não funcionam como algo inato ou aprendido uma vez para todo o sempre, há momentos em que o sujeito consegue colocar em prática as suas características enquanto que em outros momentos, mesmo que semelhantes, o sujeito não consegue ser resiliente e adaptativo, dependendo de vários fatores internos e externos ativados num determinado momento (Ralha-Simões, 2017). Em anexo (anexo VI) está disponível o quadro das categorias e subcategorias da dimensão III.

5.1.4 Dimensão IV

Sabendo que os Cuidados Paliativos são prestados num contexto por vezes de difícil adaptação, o profissional de saúde pode ver-se numa posição frágil, situação que pode comprometer o desempenho da sua função. Contudo, existem estratégias, quer a nível pessoal, quer a nível profissional que funcionam como recursos que auxiliam no sentido de uma adaptação e gestão das situações mais saudável. O quarto objetivo visa identificar e saber quais as estratégias de gestão de situações difíceis na prática profissional. Da exploração deste objetivo surgiram quatro grupos de estratégias identificadas pelos profissionais, dois grupos de estratégias mais ligados à esfera pessoal e dois grupos de estratégias com origens na esfera profissional. As estratégias pessoais são percebidas através das seguintes expressões: “dedico-me à família, aos amigos, a mim própria, (...) *gosto muito de atividades de bricolage, e de outros hobbies, às vezes algum desporto*” (sujeito P1) e “*tento manter um plano diário que (...) me ajuda a recarregar energias para a família, é a minha forma de separar as coisas (...) para que não haja conflito de interesses*” (sujeito P11). Estas estratégias foram estudadas e são confirmadas por Swensen et al (2016) referindo que, as estratégias que os profissionais escolhem a um nível mais pessoal e que os ajudam a encarar as emoções negativas de uma

forma mais adaptativa, têm um impacto direto no seu bem-estar no ambiente de trabalho e na forma como encaram estas situações. As estratégias familiares exemplificam-se nos próximos discursos: “*também tenho a minha família que me ajuda a lidar e a gerir o stress que vivo no trabalho*” (sujeito P7) e “*depois tenho a minha família e os meus amigos que também precisam do meu foco e da minha atenção*” (sujeito P9). A criação de estratégias pessoais é duplamente importante uma vez que auxiliam a gestão das próprias emoções e, conseqüentemente, esta gestão tem impacto positivo direto no dia-a-dia e no bem-estar no seu ambiente de trabalho (Swensen et al., 2016). Estes autores referem ainda que os familiares e os amigos funcionam como importantes redes de apoio e pontos de partilha de experiências e vivências difíceis sendo que tem significado para o sujeito e o ajudam na construção do seu percurso. Outro aspeto importante que vem dar consistência às teorias acima descritas e relacionadas com os discursos, é a percentagem no que respeita ao estado civil dos profissionais. Mais de metade dos profissionais é casado (59,4%), por isso mesmo muitos destes relatam ser importante a presença do ou da companheira no percurso.

As estratégias profissionais são identificadas nos seguintes exemplos de discurso: “*o que me ajuda é a partilha das dificuldades em equipa, a tomada de decisões difíceis partilhadas*” (sujeito D2) e “*quando preciso (...) vou ter com uma colega*” (sujeito P1). Estes discursos são sustentados pelos autores Holland, Currier e Neimeyer (2014), que defendem a criação de espaços de partilhas interpessoais no trabalho, com os colegas, a partilha de experiências difíceis no seio da equipa multidisciplinar, o autoconhecimento e a capacidade de identificar situações potenciadoras de *stress* como sendo estratégias que permitem mitigar o impacto das situações difíceis. As estratégias organizacionais podem ser entendidas nas seguintes expressões: “*na nossa equipa temos momentos semanais ou quinzenais a que chamamos momentos Zen e que fazemos diversas atividades em grupo que vão desde jogos, brincadeiras, culinária, trabalhos manuais, lanches*” (sujeito D17) e “*boa relação de equipa*” (sujeito D19). Estas estratégias são mais uma vez realçadas pelos autores Holland, Currier e Neimeyer (2014) que defendem a importância da realização de atividades com os colegas de trabalho, de boas relações interpessoais, positivas e saudáveis que funcionem, também estas, como rede de apoio que diminui o impacto das situações e emoções difíceis vivenciadas. No anexo VII encontra-se o quadro relativo às categorias e subcategorias da dimensão IV.

5.1.5 Dimensão V

O quinto objetivo permite compreender elementos promotores de resiliência na prática profissional. Através do discurso dos participantes inquiridos foram identificados oito elementos promotores da resiliência na prática profissional, sendo que estes vão ser escrutinados e justificados seguidamente do mais referenciado para o menos referenciado. Contudo, é importante voltar a referir que, mesmos os elementos que apresentam um menor número de referenciação são de igual importância e relevância para o estudo uma vez que uma das componentes em estudo é o percurso de vida e este, como já vimos, é construído através das experiências e vivências de cada bem como do significado que cada sujeito lhe atribui (Dewey, 1934/2010). Um dos elementos identificados intitula-se de eventos organizacionais que abarca em si experiências vividas e partilhadas com membros da equipa de trabalho. Este elemento é facilmente compreendido através dos seguintes discursos “*discussão dos casos em equipa multidisciplinar na tomada de decisões, partilha de sentimentos em equipa*” (sujeito D13) e “*em equipa estamos sempre a pensar e a construir formas de abordagem e de alívio do sofrimento, com coisas práticas e originais que ajudam o paciente a lidar com a sua doença e a sua finitude*” (sujeito P8). Através das palavras de Lima (2018) conseguimos entender melhor como é que este elemento promove a resiliência na prática profissional dos profissionais de saúde inquiridos pois este mesmo autor defende que, uma boa relação entre a equipa, onde há partilha de vivências e de sentimento existe uma conexão e uma proximidade fundamental. A participação coletiva na organização do ambiente de trabalho, a participação de cada membro de forma ativa e criativa permite o construir de uma relação com os colegas que funciona como rede de fatores de proteção que permitem o desenvolvimento de características de resiliência (Lima, 2018). Outro elemento identificado como promotor é a formação e ou a especialização, concretizado nos seguintes discursos: “a formação profissional pela procura constante de evidência científica, para cuidar mais e melhor” (sujeito D6) e “ter formação avançada” (sujeito D1). Segundo Antunes (2005), a formação é um dos pilares fundamentais na prática profissional em Cuidados Paliativos, pois é ela que dota os profissionais de competências e características que o refinam para a prestação de cuidados humanizados. Esta é indispensável mesmo quando a formação básica termina, o profissional deve manter-se em formação ao longo da vida, captando novas técnicas, novas abordagens que lhe permitam estar e cuidar do Outro, é esta

visão de saber mais para cuidar mais e melhor que confere confiança na prática, permitindo o desenvolvimento da resiliência na prática, uma vez que o profissional entende que pode dar tudo de si, o melhor de si (Antunes, 2005). O elemento promotor de resiliência na prática profissional eventos familiares é facilmente interpretado através dos seguintes discursos “*o fato de ter passado por um processo de doença com familiares próximos, ajudam-me a olhar para os outros utentes de outra forma*” (sujeito D20) e “*a minha família e amigos também são um pilar importante para mim e funcionam como uma rede de suporte que tenho sempre para mim*” (sujeito P6). A família funciona como um pilar base fundamental no que respeita ao desenvolvimento de características de resiliência uma vez que é nesta esfera que se tem as primeiras experiências e vivências e que, posteriormente, tem lugar a aprendizagem da gestão das emoções em situações desagradáveis através dos modelos de atuação (Anaut, 2005). Um ambiente familiar que propicie uma adaptação saudável e fluída, onde as relações sejam de proximidade e de apoio funciona como um importante fator de proteção que potencia, a longo prazo, a resiliência individual com impacto na prática profissional (Anaut, 2005). O próximo elemento promotor da resiliência define-se pelas experiências pessoais que engloba todas as vivências experienciadas durante o percurso pessoal do profissional, mas com impacto na esfera profissional. Esta situação é bem esplanada nos seguintes discursos: “*as experiências e perdas que tive da minha avó e de uma tia / madrinha com doenças terminais e muito sofrimento permitiram criar estratégias de resolução de momentos de crise pessoal e transpô-los para algumas situações da vida profissional*” (sujeito P10) e “*o facto de ter passado por processos de doença com familiares próximos, ajuda-me a olhar para os utentes de outra forma*” (sujeito D20). À luz do elemento promotor anterior facilmente compreendemos que as vivências pessoais têm grande impacto na prática profissional, uma vez que cada situação cria uma bagagem que o indivíduo leva consigo e, caso tenha conseguido integrar em si o acontecimento de forma saudável e em tom de desenvolvimento, é possível disponibilizá-lo em forma de empatia, como é o caso (Laranjeira, 2007). A capacidade de transformar em desenvolvimento e em formas de auxiliar o outro mostra já, por si, uma grande capacidade de resiliência e capacidade de manutenção desta capacidade (Laranjeira, 2007). Já falámos na experiência pessoal, agora falamos na experiência profissional como elemento promotor da capacidade de resiliência na prática profissional. Os seguintes discursos exemplificam este elemento: “*a experiência hospitalar ajuda muito*” (sujeito D1) e “*a experiência profissional com doentes oncológicos e as suas famílias (...) o contacto com as vivências de fim de vida*” (sujeito D5).

Para Sapeta, os anos de exercício da profissão funcionam como grandes facilitadores da prática profissional e, conseqüentemente, grandes impulsionadores da capacidade de resiliência, uma vez que, esta situação pode significar mais maturidade, mais conhecimento, mais sensibilidade para lidar com a temática da morte e da perda (Sapeta, 2011). Existe um grande contacto com inúmeros casos e um nível de exposição elevado que permite ao profissional construir e ir adaptando estratégias e formas de lidar com as situações difíceis vivenciadas (Sapeta, 2011). Ainda neste elemento parece interessante referir que a média dos anos de experiência (16), dos profissionais de saúde vem ao encontro destes dados, realçando a sua importância. Outro elemento identificado é o autoconhecimento que pode ser observado através dos seguintes discursos: *“quanto mais me conheço nos outros mais os posso ajudar e saber compreendê-los”* (sujeito P6) e *“o autoconhecimento é fundamental, conhecer-me e saber como as coisas me afetam (...) refletir sobre mim mesmo e sobre a forma como os outros me afetam”* (sujeito D4). Uma das estratégias mais importantes para lidar com os eventos e ou situações difíceis é precisamente o autoconhecimento. O autoconhecimento é o caminho que permite ao profissional a identificação de situações difíceis, aprender a gerir as emoções daí advindas, entender o porquê dos seus sentimentos perante uma determinada situação e ainda a importância de estar consciente das suas limitações e pontos fortes, quer como ser humano, quer como profissional, desenvolvendo formas de lidar com as mesmas (Gorostidi et al, 2007). As crenças de autoeficácia integram outro dos elementos promotores de resiliência na prática profissional. Podemos compreender melhor este elemento através dos seguintes discursos: *“as minhas aprendizagens pra que fosse sempre melhor a fazer o meu trabalho e para que pudesse sempre ajudar mais e melhor estes doentes”* (sujeito P3) e *“rigorosa no meu trabalho e a desempenhar as minhas funções da forma mais efetiva e aplicada possível”* (sujeito P3). Este elemento revela-se de grande importância na adaptação a situações adversas, a autoeficácia revela-se como o conjunto de crenças que o profissional tem acerca das suas capacidades em ter controlo sobre o seu próprio funcionamento e sobre os eventos que afetam a sua vida (Bandura, 1994). Assim, o sentimento de autoeficácia permite ao profissional enfrentar as dificuldades com mais confiança e certeza de que tem capacidade para lidar com elas, apresentando ainda um papel importante no desenvolvimento de características resilientes (Fontes, 2012). Existe ainda outro elemento promotor de resiliência na prática profissional enunciado pelos profissionais inquiridos: características de personalidade. Este elemento pode ser compreendido através dos seguintes discursos: *“eu tinha capacidades e habilidades que poderiam ser canalizadas para*

esta área, tinha competências e capacidades de comunicação que poderiam ser importantes aqui” (sujeito P4) e *“pelo meu feitio, o meu otimismo, o meu humor, fui conseguindo gerir as coisas”* (sujeito P4). Fletcher e Sakar (2012) desenvolveram uma teoria que permite entender a relação entre algumas características da personalidade e o desenvolvimento da capacidade de resiliência. Uma personalidade que apresente características mais positivas que incluem o otimismo, a estabilidade emocional, a extroversão e a capacidade de abertura a novas experiências encaminha o indivíduo a atingir objetivos e a estabelecer metas cada vez mais desafiadoras, tomando as situações difíceis em potenciais impulsores de desenvolvimento (Fletcher e Sakar, 2012). No anexo VIII está disponível o quadro relativo às categorias e subcategorias da dimensão V.

Para além dos resultados que já foram discutidos, é importante contextualizar as palavras frequentes selecionadas e representadas na nuvem de palavras. Vamos tentar entender de que forma é que estas palavras enriquecem a presente dissertação e corroboram ou não o que já foi explorado. As palavras são: ajuda, formação, equipa, vida, família, profissional, útil, doentes, partilha e experiência. Num primeiro olhar, parecem surgir individualmente sem qualquer ligação, contudo, depois de termos já entrado dentro das temáticas exploradas através na análise das dimensões e respetivas categorias conseguimos entender a sua relação. A palavra ajuda surge aqui na primeira linha de frequência e está associada a estratégias ou a formas de adaptação a situações difíceis e ou a apoio profissional aos doentes. Associada a esta palavra surge a formação, também frequentemente referenciada, pois é através dela que o profissional se dota de conhecimentos e técnicas que permitem objetivar esta ajuda. A palavra equipa entra na discussão quando toma a forma necessária para que exista uma facilidade na prática profissional uma vez que promove a partilha de sentimentos, casos e promove também a ajuda na gestão de situações difíceis. A palavra vida surge numa dicotomia em que existe alguém em fim de vida e na mesma sintonia existe outro alguém que lhe dá vida, ou seja, o profissional que dá qualidade de vida no fim de vida do doente. A palavra família evidencia um importante pilar para os profissionais, tal como é possível verificar nas respostas ao questionário, sendo muitas vezes utilizada como estratégias de gestão de situações difíceis. A palavra profissional caminha ao encontro das palavras ajuda e formação, querendo passar o pensamento de que, quanto mais profissional a prestação de cuidados for mais eficaz e humana será. A palavra útil surge aqui como uma forma transparente através da qual o profissional tem a capacidade de tornar

consciente tudo aquilo que é facilitador para a sua prática profissional, pegando nesses fatores e disponibilizando-os ao cuidado do Outro. A palavra doentes evidencia a preocupação e a centralidade no indivíduo que sofre, havendo a vontade de ajudar, de apoiar e dar vida. A palavra partilha vem ao encontro de algumas palavras já mencionadas, como é o caso da palavra equipa e da palavra família, que sustentam também algumas respostas dadas pelos profissionais que afirmam que a partilha de sentimentos, de dificuldades, de casos e de emoções difíceis dentro destes dois planos distintos – trabalho e família, lhes promove um sensação de alívio e os auxilia na adaptação e gestão de momentos difíceis. Por último, observamos a palavra experiência que surge através de duas perspetivas – a experiência pessoal que inclui as vivências familiares, sobretudo as perdas; e a experiência profissional transcrita em anos de profissão que dota o profissional de resiliência e de estratégias que o auxiliam na gestão de vivências difíceis e na adaptação ao contexto de Cuidados Paliativos.

5.2 Discussão dos resultados quantitativos

A discussão dos resultados quantitativos será efetuada primeiramente através da exploração dos níveis de resiliência dos profissionais inquiridos na presente investigação. Seguindo-se posteriormente a discussão dos resultados obtidos nas escalas que compõem a Escala geral, e por último, procederemos à discussão dos resultados dos fatores de forma individual.

Relativamente aos níveis de resiliência sabemos que estes estão divididos em três intervalos: mais de 145 pontos revelam um nível de resiliência moderadamente alto ou alto; de 121 a 145 pontos há uma manifestação de níveis de resiliência moderadamente baixos ou moderados e menos de 120 pontos reflete baixo nível de resiliência. Como foi possível observar através da análise das respostas à escala, temos um total de 32 participantes dos quais, quatro apresentam reduzida resiliência, doze apresentam moderada resiliência e dezasseis, ou seja, metade da população, apresenta elevada resiliência. Segundo os autores originais da escala de resiliência aplicada, estes níveis significam o nível de resiliência de cada indivíduo, considerando esta capacidade como uma característica positiva da personalidade que modera

os efeitos negativos do *stress* e promove a adaptação (Wagnild e Young, 1993). Através desta informação podemos afirmar que, metade dos participantes apresenta um nível de resiliência elevado, ou seja, manifestam esta capacidade de resistência aos eventos stressantes e são capazes de realizar uma boa adaptação.

Para entendermos melhor em que consiste esta característica da personalidade e como ela pode então afetar a capacidade de resistência ao *stress* e a adaptação dos profissionais, passamos agora à discussão das duas escalas que dividem a Escala geral. Como já vimos nos capítulos anteriores, temos a Escala de Competência Social e a Escala de Aceitação de Si Próprio e da Vida. Através da primeira escala conseguimos entender que os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos que responderam à escala apresentam características como autoconfiança, independência, determinação, domínio, desembaraço e perseverança e são estas que o auxiliam diretamente na sua prática profissional, promovendo uma adaptação saudável e uma diminuição do impacto face a situações de *stress*. No que respeita à segunda escala, os profissionais apresentam características como o equilíbrio, a flexibilidade e a adaptação igualmente fundamentais na sua prática profissional em Cuidados Paliativos, mas também ao longo do seu percurso de vida pessoal.

Por último, para melhor entender as características de resiliência que predominam nos profissionais de saúde inquiridos, vamos discutir cada fator que constitui a Escala de Resiliência: perseverança, autoconfiança, serenidade, sentido de vida e autossuficiência. Os profissionais que apresentam os níveis de resiliência mais elevados apresentam também elevado sentido de perseverança, ou seja, manifestam persistência apesar das adversidades ou desencorajamento, apresentam vontade de continuar a reconstruir a própria vida com foco na evolução. Por outro lado, os profissionais que estão neste nível apresentam ainda altos níveis de autoconfiança, ou sejam, confiam em si mesmos e nas suas capacidades, dependem de si mesmos e sabem reconhecer os seus pontos fortes e as suas limitações. Contudo, estes profissionais, mesmo apresentando níveis de resiliência mais elevados, no fator serenidade e sentido de vida manifestam valores mais baixos relativamente aos restantes fatores. Isto pode ficar a dever-se ao facto de serem expostos a inúmeras situações difíceis e stressantes frequentemente (Silva et al., 2015). Ou seja, mesmo que detenham outras características de resiliência, esta exposição contínua conduz a uma dificuldade em equilibrar a sua própria vida e as suas experiências bem como o abalo na perceção do propósito da vida e de que o valor da

mesma depende de si e das suas contribuições. No último fator medido pela escala – autossuficiência, estes profissionais voltam a apresentar níveis elevados mostrando terem a percepção de que cada pessoa tem um percurso de vida único, e existem momentos em que as experiências podem ser partilhadas e outros em que as vivências devem ser feitas sozinho, enaltecendo a sua individualidade.

Já foi possível constatar que existem quatro profissionais de saúde que apresentam nível de resiliência baixa. Contudo, colocamos em cima da mesma a conclusão de uma má interpretação da escala, mesmo contendo esta toda a informação de atribuição de valores. O que sustenta esta nossa ideia conclusiva é o cruzamento da informação dada através das respostas ao questionário com os valores obtidos na escala. Não existem indícios de diminutos valores nas suas respostas, pelo contrário, as suas respostas sugerem elevados níveis de resiliência e capacidade de adaptação.

5.3 Discussão integrada dos resultados

Depois de termos discutido, de forma isolada, os dados qualitativos e os dados quantitativos e tendo ainda bem presente a sua representatividade e significância na presente investigação, vamos agora tentar compreender de que forma o cruzamento destes dados contribui para a relevância do estudo destas temáticas e da própria investigação. Para isso mesmo, tendo como base os discursos selecionados na análise de conteúdo, iremos procurar indícios, explícitos ou implícitos, dos fatores e ou características analisadas na Escala de Resiliência de Wagnild e Young. Caso existam, serão também identificados itens que, dentro do respetivo fator, seja evidente nos discursos dos profissionais. Para uma melhor organização e compreensão, a discussão será feita por fatores e ou característica identificada. A operacionalização do conceito de cada fator corresponde ao significado atribuído pelos autores originais da escala, sendo igualmente apresentada na sequência da discussão para melhor entendimento.

No que respeita ao fator perseverança que nos indica o ato de persistir apesar das adversidades ou desencorajamento, vontade continuar a reconstruir a sua vida mantendo-se em constante evolução foram identificados discursos que nos sugerem esta mesma definição. Por exemplo, com o discurso *“não sei se foi mais pelo meu feitio que fui conseguindo gerir as coisas, talvez pela experiência”* denota-se um empenho na necessidade de gerir as situações difíceis vivenciadas, identificando características da sua personalidade e a sua experiência como recursos que auxiliam a manutenção da perseverança. Outro discurso em que foi evidenciado este fator é *“tento manter este plano diário que me ajuda a absorver o que se passou no dia de trabalho e que me ajuda a recarregar energias para a família”*, aqui também entendemos uma evidência de perseverança, em que o profissional planeia o seu quotidiano de forma a conseguir lidar com as experiências difíceis vivenciadas no ambiente de trabalho e conseguir ter energia e disponibilidade para a sua família, mostrando vontade de se manter em constante evolução. No discurso *“poder ter atividades criativas e de lazer com a minha família e amigos (...) ajude-me a manter a minha saúde mental e física”* conseguimos também identificar o fator perseverança, pois mais uma vez, o profissional em questão procura fazer a manutenção das vivências profissionais, tem vontade de fazer esta evolução e consegue fazê-la de forma adaptativa e resiliente.

Ainda relativamente ao fator perseverança, temos o discurso *“as mudanças profissionais que procurei fazer com sempre com vista no objetivo máximo dos Cuidados Paliativos”* explanado no item 2 – *“eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objetivos”*. Aqui facilmente entendemos que o profissional de saúde construiu o seu percurso profissional sempre com vista a atingir o objetivo maior – pertencer área dos Cuidados Paliativos. O item 9 – *“sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo”* pode ser concretizado no seguinte discurso *“estamos ali com o doente a fazer a avaliação mas ao mesmo tempo estamos a pensar que já temos mais não sei quantos doentes lá fora à espera (...) eu acho que nos pode influenciar em termos da prática no dia-a-dia”*. Através desta associação conseguimos entender que este profissional sente alguma dificuldade em responder a todas as tarefas que tem com a devida atenção, indicado por uma pontuação baixa neste item, indicando também *stress*.

Abordamos agora o fator autoconfiança e conseguimos entender que é o fator que mais é evidenciado pelos profissionais de saúde nos seus discursos. No discurso *“o eu achar que tenho paciência para os outros, mostrar disponibilidade e a minha forma de relacionar ajuda*

a minha prática”, conseguimos identificar uma crença e um reconhecimento das suas capacidades que auxiliam o profissional na sua prática. Outro discurso “*o conhecimento mantém-me na certeza e confiança de que quero manter esta prática e que não vou abandonar esta forma de viver e de cuidar (...) gosto de me sentir assim e gosto de saber que posso fazer a diferença na vida de alguém*”, este profissional evidencia que confia em si próprio, mostra-se independente e confiante naquilo que pode conseguir alcançar. O próximo discurso é um claro exemplo do fator autoconfiança “*o saber e o estar seguro de que é aqui que devo estar ajuda-me a ter confiança em mim e no que faço*”. Os discursos “*fui descobrindo que tinha estas capacidades de fazer melhor no pior do doente*”, “*o saber é fonte de confiança e de força*” e “*o ser rigorosa no meu trabalho e desempenhar as minhas funções de forma mais efetiva e aplicada ajuda-me a ter confiança*” mostram esta crença em si mesmos e nas suas capacidades, reconhecem as suas capacidades e as suas fragilidades para uma melhor adaptação e gestão das emoções e das vivências.

Ainda relativamente a este fator, o item 17 – “A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis” consegue ser facilmente identificado no discurso seguinte: “*o saber e o estar seguro de que é aqui que devo estar ajuda-me a ter confiança em mim e no que faço e isso ajuda-me*”. Este profissional refere que a confiança que tem em si e no facto de saber que está no sítio certo, onde deveria estar, fá-lo ter confiança naquilo que faz, ou seja, no desempenho das suas funções.

O terceiro fator é a serenidade, e é este que pouco se evidencia nos discursos dos profissionais. O que vai ao encontro da discussão dos resultados quantitativos, uma vez que percebemos ser este o fator com níveis mais baixos na soma dos resultados da escala. Foi identificado um discurso onde podemos facilmente captar a essência deste fator “*ter um porto seguro, estar a constituir família dá-me segurança e tranquilidade para dar conta das demandas intensas que a prática paliativista me proporciona*”. Embora seja o único exemplo de discurso explana bem o significado deste fator no que respeita às características de resiliência, pois o profissional explana um equilíbrio da própria vida e das experiências. Ainda no que diz respeito ao fator serenidade, temos o item 12 – “Vivo um dia de cada vez” que pode ser entendido no seguinte discurso de um dos profissionais inquiridos: “*tento manter um plano diário que me ajuda a absorver o que se passou no dia de trabalho e que me ajuda a recarregar energias*”. Aqui entendemos que o profissional construiu, por si e para si, um plano que coloca

em prática todos os dias de forma a assimilar e guardar o dia vivido e ganhar energias para o dia seguinte.

O fator sentido de vida também foi identificado num número reduzido de discursos, contudo, quando o foi, apresentou-se de uma forma em que os profissionais enunciaram de forma objetiva a percepção que tem da vida e do seu propósito. O discurso *“faço a diferença e isso é que me motiva”*, revela uma fonte de motivação, de continuação na vida do profissional, apresentando um ideal pelo qual vive. O discurso *“na prática, na vivência, as experiências das perdas deram até mais sentido à vida e ao meu propósito pessoal e profissional”* explana claramente o significado deste fator, o profissional encontra na sua prática profissional em Cuidados Paliativos uma fonte de sentido de vida que o direciona, percebendo as suas contribuições para que isso aconteça. No discurso *“o facto de ter começado a trabalhar nesta área tem melhorado significativamente o sentido de missão relativamente às famílias”* entendemos esta percepção do sentido de vida e a percepção na necessidade de contribuir para que este ganhe ainda mais significado. Ainda relativamente ao fator – sentido de vida -, o item 21 – *“A minha vida tem sentido”*, pode ser revisto no seguinte discurso: *“na prática, a vivência, a experiência das perdas deram mais sentido à minha vida e ao meu propósito pessoal e profissional”*. Este profissional indica que, as vivências que o rodeiam no seu ambiente de trabalho lhe proporcionam sentido para a sua vida, funcionando como um norte que segue, quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

O quinto fator – autossuficiência -, foi identificado na dimensão IV que permite identificar e compreender as estratégias que promovem uma gestão das emoções difíceis. Ressalvam-se as estratégias pessoais que falam muito acerca desta autossuficiência, passível de compreensão no seguinte discurso: *“de manhã, antes de vir trabalhar, vou sempre correr e fazer exercício, quando saio do trabalho faço o mesmo. Tento manter este plano diário que me ajuda a absorver o que se passou no dia”*. Mais uma vez conseguimos verificar que os profissionais apresentam características de resiliência sobretudo ao nível da manifestação de recursos internos e externos que lhe permitam encarar experiências de forma individualizada, sendo autossuficiente. Como já vimos através da discussão dos resultados anteriores, é fundamental o apoio e a percepção da rede de apoio para os profissionais, mas conseguimos ver também aqui que os existem competências individuais que tornam o indivíduo capaz de gerir as suas próprias emoções e adaptar-se de forma saudável.

Através desta discussão conseguimos entender a coerência de respostas dos profissionais de saúde, quer na escala, quer no questionário, uma vez que verificamos os mesmos valores nos mesmos fatores ou características identificadas.

6 Limitações do Estudo

Algumas das limitações reveladas ao longo da presente investigação prendem-se com o baixo número de participantes, uma vez que com uma amostra mais significativa se obteriam resultados mais significativos e expressivos, bem como uma maior validade externa da investigação. O facto de procurarmos apenas psicólogos, médicos e enfermeiros, tornou-se mais difícil de conseguir um número elevado de profissionais, uma vez que, já é difícil de conseguir que estes profissionais dispensem tempo para as entrevistas.

Poder-se-ão também ter verificado algumas variações na qualidade das respostas ao questionário devido ao facto de terem sido usados dois métodos diferentes (digital e presencial).

7 Implicações para a Prática e para a Investigação Futura

No que respeita às contribuições, a presente investigação permitiu desviar o foco dos Cuidados Paliativos centrados nos elementos externos influenciadores da prática, e centrar-se nos fatores internos dos próprios profissionais. Esta situação revela a importância do autoconhecimento e da compreensão por parte dos profissionais da origem das suas dificuldades, limitações e pontos fortes. Esta investigação foca ainda com grande importância o papel que os percursos de vida que cada um carrega na forma como nos relacionamentos e nos damos em relação, e como os elementos deste mesmo percurso condicionam ou moldam condutas que muitas vezes não são entendidas. Uma vez que as profissões estudadas – médico ou médica, psicólogo ou psicóloga e enfermeiro ou enfermeira -, não foram aqui aprofundadas,

torna-se interessante uma investigação futura que se debruce sobre o percurso de vida de cada um destes profissionais dentro das suas áreas de atuação de forma a entender as diferenças nas suas práticas profissionais em Cuidados Paliativos, derivadas à sua formação. Outra recomendação futura passa pelo facto de expandir a população alvo de estudo, procurar profissionais ligados à área dos Cuidados Paliativos, mas sem ser restrito apenas às profissões centrais. Seria interessante de igual modo tentar compreender se as estratégias de gestão de situações difíceis ligadas à prática profissional são as mesmas, tendo em conta se os profissionais forem do género masculino ou feminino.

8 Conclusão

Muitos dos estudos realizados sobre Cuidados Paliativos e Resiliência surgem associados a situações de *stress* e síndrome de *Burnout* em contexto de trabalho. As estratégias de *coping* e resiliência surgem estudadas como resposta face a estas situações para que os profissionais de saúde se consigam adaptar e reinventar. Contudo, existem outros elementos que influenciam igualmente a adaptação dos profissionais bem como o seu desempenho profissional. É aqui que a presente investigação inova, olha os Cuidados Paliativos e a capacidade de Resiliência através do Percurso de Vida. Isto significa que, existem elementos e fatores do percurso de vida de cada profissional que podem influenciar a forma como estes lidam com as situações vivenciadas no seu ambiente de trabalho bem como a sua capacidade de adaptação.

O que pretendíamos com a presente investigação era verificar se existem elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos que estejam relacionados com a sua capacidade de resiliência, com eventual impacto na prática profissional. Relembramos que a operacionalização do construto percurso de vida engloba o percurso pessoal e profissional. Os resultados mostram-nos que de facto existem estes elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde como é o caso das experiências vivenciadas em serviços anteriores aos Cuidados Paliativos, da necessidade ou oportunidade, do contacto com casos terminais e ainda do profissionalismo, tendo sido estes três os elementos mais referenciados

pelos profissionais de saúde inquiridos. Contudo, foram ainda mencionados elementos do percurso de vida como a disponibilidade para o outro, formação académica, insatisfação com os cuidados disponíveis, vocação, formação especializada, vivências familiares e características e competências. Posteriormente foi, também possível verificar que estes mesmos elementos estão relacionados com a capacidade de resiliência destes profissionais, tendo sido capazes de identificar se estes funcionavam como condicionantes, facilitadores, desafiantes ou ainda que não tinham qualquer influência percebida com impacto na sua prática.

De um modo geral, entendemos que os profissionais conseguem olhar para os elementos que referem de uma forma positiva, vendo-os como facilitadores da sua prática profissional em Cuidados Paliativos. De uma forma mais particular, o elemento “experiências de serviços anteriores” foi classificado como um elemento facilitador da prática profissional dos profissionais. O elemento “necessidade ou oportunidade” foi identificado como um elemento neutro, ou seja, que não tinha influência sobre a forma como os profissionais desempenhavam a sua prática. Já o elemento “contacto com casos terminais” foi identificado como facilitador, como desafiante e como sem influência. O elemento “profissionalismo” foi classificado como facilitador e como desafiante. O elemento “disponibilidade para o outro” apresenta-se como facilitador segundo os profissionais. O elemento “formação académica” também se revela como facilitador da prática profissional. O elemento “insatisfação com os cuidados disponíveis” foi classificado como facilitador e desafiante. O elemento “vocação” foi classificado como facilitador da prática profissional. O elemento “formação especializada” funciona como um elemento desafiante e facilitador segundo os profissionais inquiridos. O elemento “vivências familiares” funciona como um elemento facilitador e como um elemento problemático. E finalmente, o elemento “características e competências” foi identificado como um elemento facilitador da prática dos profissionais.

Todos estes elementos e os seus impactos na prática profissional estão relacionados com a capacidade de resiliência dos profissionais de saúde inquiridos. Os profissionais identificam estratégias que utilizam como recursos à gestão e adaptação das situações difíceis vivenciadas no seu contexto de trabalho. Estas estratégias denunciam por si só características de resiliência que os levam a uma reconstrução contínua da sua vida, não só pessoal, como profissional.

Por sua vez, os profissionais conseguem ainda identificar os elementos promotores da resiliência que tem origem na sua prática profissional como o “autoconhecimento”, as “características de personalidade”, as “crenças de autoeficácia”, os “eventos familiares”, os “eventos organizacionais”, a “experiência pessoal”, a “experiência profissional” e ainda a “formação especializada”.

De uma forma geral, verificámos que existem elementos do percurso de vida dos profissionais de saúde que influenciam a sua capacidade de resiliência, funcionando como fatores de proteção ou fatores de risco. Consequentemente, e segundo o seu impacto, estes tiveram influência na escolha dos Cuidados Paliativos como área de prestação de cuidados. Uma vez que estes tiveram impacto na sua tomada de decisão, como vimos, tiveram também influência na forma como desempenham o seu serviço, de forma mais ou menos adaptativa.

Contudo, existem em paralelo, elementos na prática profissional que promovem a capacidade de resiliência dos profissionais e que os fazem dar novo significado às experiências que vivenciam e, posteriormente, desenvolverem estratégias cada vez mais adaptativas que promovem a diminuição dos sintomas de exaustão e aumenta o bem-estar profissional com claro impacto na esfera pessoal.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga, Portugal: Psiquilíbrios.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar traumatismos*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Antunes, M. I., & Moeda, A. (2005). Ao encontro da morte - O impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21, 353-357. doi:10.32385/rpmgf.v21i4.10156
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: Valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 668-674. doi:10.1590/s0080-62342007000400018
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 626-632. doi:10.1590/S0080-62342012000300014
- Back, A. L., Steinhauer, K. E., Kamal, A. H., & Jackson, V. A. (2016). Building resilience for palliative care clinicians: An approach to burnout prevention based on individual skills and workplace factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52, 284-291. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.02.002
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. doi:10.1207/s15326985ep2802_3
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 487-532). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro de Bioética.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- Bauman, Z. (2005). *Identidade: Entrevista a Benedetto Vecchi* (C. A. Medeiros, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Obra original publicada em 2004)
- Beckwith, M., Bliuc, A.-M., & Best, D. (2016). What the recovery movement tells us about prefigurative politics. *Journal of Social and Political Psychology*, 4(1), 238-251

- Cefai, C., Cavioni, V., Bartolo, P., Simoes, C., Miljevic-Ridicki, R., Bouilet, D., ... Eriksson, C. (2015). Social inclusion and social justice: A resilience curriculum for early years and elementary schools in Europe. *Journal for Multicultural Education*, 9, 122-139. doi:10.1108/JME-01-2015-0002
- Claix-Simons, C. (2006). A exaustão profissional dos enfermeiros em instituições. In M. Delbrouck (Ed.), *Síndrome de exaustão (Burnout)* (pp. 169-176). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Clarke, A., & Ross, H. (2006). Influences on nurse`s communications with older people at the end of life: Perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International Journal of Older People Nursing*, 1, 34-43. doi:10.1111/j.1748-3743.2006.00006.x
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Costa, A., & Othero, M. (Coords.). (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: El sentido de la resiliencia* (G. González-Zafra, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Granica. (Obra original publicada en 1998)
- Dantas, M. A., Brito, D. V. C., Rodrigues, P. B., & Maciente, T. S. (2010). Avaliação de estresse em policiais militares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 66-77. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp>
- Dewey, J. (2010). *Arte como experiência* (V. Ribeiro, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1934)
- Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale® de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80. Recuperado de <http://www.cadernosdesaude.org>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2012). A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 669-678. doi:10.1016/j.psychsport.2012.04.007
- Fontes, A. P., & Azzi, R. G. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: Apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 105-114. doi:10.1590/S0103-166X2012000100012

- França, T. L. B., Lacerda Oliveira, A., Lima, L., Melo, J., & Silva, R. (2014). Síndrome de burnout: Características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Journal of Nursing UFPE online*, 8, 3539-3546. doi:10.5205/1981-8963-v8i10a10087p3539-3546-2014
- Galli, N., & Vealey, R. S. (2008). “Bouncing back” from adversity: Athletes’ experiences of resilience. *The Sport Psychologist*, 22, 316-335. doi:10.1123/tsp.22.3.316
- Giddens, J., Brady, D., Brown, P., Wright, M., Smith, D., & Harris, J. (2008). A new curriculum for a new era of nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 29, 200-204. Retrieved from <https://journals.lww.com/neonline/pages/default.aspx>
- Guajardo, E. S. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Liberabit*, 11, 91-101. Recuperado de <http://revistaliberabit.com/es/>
- Gorostidi, X. Z., Egilegor, X. H., Erice, M. J. A., Iturriotz, M. J. U., Garate, I. E., Lasa, M. B., & Cascante, X. S. (2007). Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. *Nurse Educator Today*, 27, 777-787. doi:10.1016/j.nedt.2006.10.017
- Holland, J. M., Currier, J. M. & Neimeyer, R. A. (2014). Validation of the Integration of Stressful Life Experiences Scale – Short Form in a bereaved sample. *Death Studies*, 38, 234-238. doi:10.1080/07481187.2013.829369.
- International Association for Hospice & Palliative Care. (2008). *Palliative care definition* [website]. Retrieved from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- Kumpfer, K. L. (2002). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz, & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179-224). New York, NY: Kluwer Academic.
- Laranjeira, C. A. S. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 327-332. doi:10.1590/s0102-37722007000300012
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lloyd-Williams, M. (Ed.). (2008). *Psychosocial issues in palliative care* (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Manzano-García, G., & Ayala Calvo, J. C. (2013). Psychometric properties of Connor-Davidson Resilience Scale in a Spanish sample of entrepreneurs. *Psicothema*, 25, 245-251. doi:10.7334/psicothema2012.183

- Mesquita-Pires, C. (2016). A investigação-ação como suporte ao desenvolvimento profissional docente. *EduSer*, 2(2), 66-83. Recuperado de <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/index>
- Monteiro, A. C., & Mourão, L. (2016). Resiliência e justiça organizacional como antecedentes da percepção de desenvolvimento profissional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 111-121. doi:10.1590/0102-37722016012402111121
- Neto, I. (2010). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed., pp. 1-22). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro de Bioética
- Nóvoa, A. (2007). Os professores: Um “novo” objecto da investigação educacional?. In A. Nóvoa (Org.), *Vidas de professores* (pp. 11-17). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Oliveira, D. F., & Ferreira, M. C. (2016). O impacto das percepções de justiça organizacional e da resiliência sobre o engajamento no trabalho. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33, 747-755. doi:10.1590/1982-02752016000400017
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Porto, Portugal: Livipsic.
- Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J., & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11, 152-168. doi:10.1080/14779757.2011.648099
- Pereira, I. B., & Queirós, C. (2016). Coping em trabalhadores e estudantes: Análise fatorial exploratória do Coping Inventory for Stressful Situations. *International Journal on Working Conditions*, 11, 68-88. Recuperado de <http://ricot.com.pt/PT/jornal.php>
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18, 317-326. doi:10.1177/0969733011398092
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: Ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da Saúde*, 29, 491-509. Recuperado de <http://www.revistamundodasaude.com.br>
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75. doi:10.1590/S1413-73722004000100009
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.; J. M. Marques, M. A. Mendes, & M. Carvalho, Trad.). Lisboa, Portugal: Gradiva. (Obra original publicada em 1995)

- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*, 403-412. doi:10.1590/S1413-73722005000300008
- Ralha-Simões, H. (2017). *Resiliência e desenvolvimento pessoal: Novas ideias para compreender a adversidade*. Lisboa, Portugal: Papa-Letras.
- Ribeiro, M. C. O., & Sani, A. I. (2009). Risco, protecção e resiliência em situações de violência. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 6*, 400-407.
- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como protecção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica, 37*, 245-253. doi:10.1590/s0100-55022013000200012
- Rutter, M. (2003). Commentary: Nature-nurture interplay in emotional disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 934-944. doi:10.1111/1469-7610.00178
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience – clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*, 474-487. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J.-P., Duarte, M. E., Guichard, J., ... & van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior, 75*, 239-250. doi:10.1016/j.jvb.2009.04.004
- Savickas, M. L., & Porfeli, E. J. (2012). Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of Vocational Behavior, 80*, 661-673. doi:10.1016/j.jvb.2012.01.011
- Silva, J. L. L., Soares, R. S., Costa, F. S., Ramos, D. S., Lima, F. B., & Teixeira, L. R. (2015). Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 27*, 125-133. doi:10.5935/0103-507x.20150023
- Silva, N. J. R., & Neto, H. (2018). Nível de stresse, exaustão profissional e coping em profissionais de enfermagem num serviço de cuidados paliativos em situações agudas. *International Journal on Working Conditions, 15*, 96-112. Recuperado de <http://tricot.com.pt/PT/jornal.php?subop=0&search=undefined&language=PT>
- Silveira, A. A. (2013). *Escala de adaptabilidade de carreira: Evidências de validade e fidedignidade em uma amostra de universitários brasileiros* (Dissertação de mestrado,

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil). Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/95379>
- Super, D. E., & Jordaan, J. P. (1973). Career development theory. *British Journal of Guidance and Counselling, 1*(1), 3-16. doi:10.1080/03069887308259333
- Super, D. E., Osborne, W. L., Walsh, D. J., Brown, S. D., & Niles, S. G. (1992). Developmental career assessment and counseling: The C-DAC model. *Journal of Counseling & Development, 71*, 74-80. doi:10.1002/j.1556-6676.1992.tb02175.x
- Swensen, S., Kabcenell, A., & Shanafelt, T. (2016). Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. *Journal of Healthcare Management, 61*, 105-127. doi:10.1097/00115514-201603000-00008
- Tuckman, B. W. (1994). *Manual de investigação em educação* (4ª ed.; A. R. Lopes, Trad.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.; J. N. Almeida, Trad.). Lisboa, Portugal: Climepsi. (Obra original publicada em 1995)
- Ungar, M., Liebenberg, L., Dudding, P., Armstrong, M., & van de Vijver, F. J. R. (2013). Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child Abuse & Neglect, 37*, 150-159. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.007
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178. Retrieved from <https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm>
- Werner, E. E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Focal Point, 19*(1), 11-14. Retrieved from <https://www.pathwaysrtc.pdx.edu/focal-point>
- Werner, E. E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: McGraw-Hill.
- World Health Organization. (2010). *Definition of palliative care* [website]. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, 8*(número especial), 75-84. doi:10.1590/s1413-73722003000300010
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo, SP: Cortez.

Anexos

Anexo I – Questões que compõem o questionário

1. Qual o fator do seu percurso de vida que mais teve influência na decisão em se tornar profissional de Cuidados Paliativos? Comente de forma breve;
2. Como é que esse fator influencia a sua prática profissional? Comente;
3. Quão útil ou problemático este fator tem sido na sua prática profissional?;
4. Quais as estratégias que utiliza perante o impacto emocional face a situações difíceis vividas no contexto de trabalho?;
5. Existem outros fatores que tenham contribuído para a escolha da sua profissão? Comente;
6. Quais os eventos do seu percurso de vida que dificultaram e ou dificultam a sua prática profissional?;
7. Quais os eventos do seu percurso de vida que lhe facilitaram e ou facilitam a sua prática profissional?.

Anexo II – Escala de Resiliência de Wagnild e Young adaptada por Felgueiras, Festas e Viera (2010)

RS

Circule o número que indica o quanto concorda ou discorda com cada frase.

	Discordo						Concordo
1.		Quando faço planos	levo-os até ao fim.				
	1	2	3	4	5	6	7
2.		Eu normalmente acabo por conseguir	alcançar os meus objetivos.				
	1	2	3	4	5	6	7
3.		Sou capaz de depender de mim próprio	mais do que de qualquer outra pessoa.				
	1	2	3	4	5	6	7
4.		Manter-me interessado nas atividades	do dia-a-dia é importante para mim.				
	1	2	3	4	5	6	7
5.		Posso estar por conta própria	se for preciso.				
	1	2	3	4	5	6	7
6.		Sinto-me orgulhoso por ter alcançado	objetivos na minha vida.				
	1	2	3	4	5	6	7

7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.
- 1 2 3 4 5 6 7
8. Sou amigo de mim próprio.
- 1 2 3 4 5 6 7
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.
- 1 2 3 4 5 6 7
10. Sou determinado.
- 1 2 3 4 5 6 7
11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.
- 1 2 3 4 5 6 7
12. Vivo um dia de cada vez.
- 1 2 3 4 5 6 7
13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.
- 1 2 3 4 5 6 7
14. Tenho autodisciplina.
- 1 2 3 4 5 6 7
15. Mantenho-me interessado nas coisas.
- 1 2 3 4 5 6 7

16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.
- 1 2 3 4 5 6 7
17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.
- 1 2 3 4 5 6 7
18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.
- 1 2 3 4 5 6 7
19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.
- 1 2 3 4 5 6 7
20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.
- 1 2 3 4 5 6 7
21. A minha vida tem sentido.
- 1 2 3 4 5 6 7
22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.
- 1 2 3 4 5 6 7
23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.
- 1 2 3 4 5 6 7
24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.
- 1 2 3 4 5 6 7

25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.

1 2 3 4 5 6 7

Anexo III – Exemplos de entrevistas referentes ao questionário

Legenda: (exemplo) Q1 – R.: - Questão 1 – Resposta

Psicólogo

Q1 - R.: Bem, consigo identificar um fator que teve mais peso mas depois também existiram outros que tiveram o seu peso. Desde a minha formação de base que me orientei sempre para a parte da geriatria, dos processos de envelhecimento e do envelhecimento bem-sucedido. Comecei a fazer vários cursos e pós-graduações que me ajudavam a aprimorar cada vez mais a minha profissão neste sentido, ao mesmo tempo e associado a estas temáticas que me seduziam, chamava-me á atenção a forma como as pessoas, sobretudo os idosos, encaravam o final de vida, muitas vezes já com doenças crónicas e não regressivas, também próprias do final de vida, claro mas puxava-te a necessidade de compreender como viam a morte e como viam o final de vida, por isso comecei a procurar formas de saber mais sobre o assunto e deparei-me com os cuidados paliativos. Fui formar-me nesta área, fui aprender mais sobre o assunto, dotar-me de métodos de comunicação e de atuação enquanto psicólogo junto de pessoas em fase final de vida e foi muito interessante, senti que era este o terreno onde deveria atuar, em conjugação com a minha formação anterior, de geriatria, assim, poderia fazer mais e conseguir atuar mais e melhor, de forma mais expansiva e ajudar quem sofre no final de vida.

Q2 - R.: Influencia na forma como eu lido com o sofrimento dos outros e na forma como o “trabalho” com o outro, as formações que fiz permitiram o aprofundar de estratégias e formas de abordagem para com o utente e com a família que sofre. Ajudou-me também ao nível do conhecer-me a mim próprio quando confrontado com situações de morte, finitude e doença crónica e degenerativa. Quando mais me conheço nos outros mais os posso ajudar e saber compreendê-los, o ver e observar as pessoas mais velhas, que já viveram tanto e tudo, e que agora estão na fase final, à espera que tudo acabe, e por vezes com sofrimento associado, fazia-me sempre procurar formas de ser mais efetivo no que fazia e na forma como o fazia, foi assim, neste sentido.

Q3 -R.: A formação tem sido útil, claro, como já disse, ajuda-me a saber o que fazer e o que dizer quando parece que as palavras já não têm força e não fazem a diferença. Por vezes, e por mais que tenha experiência e formação, há sempre casos que tem mais impacto emocional na pessoa que sou, pois por vezes assemelham-se a situações já vividas na minha vida, nada de

paliativos mas doenças que são semelhantes, atitudes, e o típico “e se fosse comigo?” mas como já referi o autoconhecimento ajuda e muito a lidar com o impacto e ajuda a focarmo-nos no trabalho que temos de desempenhar, porque o outro precisa de ajuda.

Q4 - R.: Mais uma vez, o autoconhecimento é fundamental, conhecer-me e saber como as coisas que afetam, fiz psicoterapia nesse sentido, ainda quando andava de formação em formação, e ajudou-me imenso a refletir sobre mim mesmo e sobre a forma como os outros me afetam. Posso contar com colegas e com a minha equipa de trabalho quando sou assolado por uma situação que me é mais próxima ou me afeta mais. A minha família e amigos também são um pilar importante para mim e funcionam como uma rede de suporte que tenho sempre para mim, para quando preciso, faço desporto, saio com os meus amigos, tiro férias, aproveito os momentos que tenho livres e sobretudo gosto do que faço.

Q5 - R.: Acho que para além daqueles que já enunciei não, a nível pessoal, tive perdas e situações de morte e doença mas que, felizmente não arrastaram para paliativos, como disse há momentos em que doentes me fazem recordar de certos momentos mas como os consigo integrar na minha história não influenciam nem alteram a forma como desempenho a minha função.

Q6 e Q7 - R.: Acho que posso começar logo pela família, a minha família sempre foi muito exigente comigo e com os meus irmãos, sempre me criou como aquela pessoa que nunca está satisfeito com o que sabe, e por isso é que ando sempre a querer saber mais e fazer sempre melhor por aqueles que eu sigo, pelos meus pacientes, sou perfeccionista no que faço, se faço tem de ter impacto positivo e eu tenho de saber que fica bem feito e que não poderia ter feito de outra forma. Esta situação também me pode dificultar nesta área uma vez que existem sempre momentos surpresa e que não controlamos, são esses que me fazem sentir mais impotente, contudo, consigo refletir sobre a origem desses mesmos sentimentos e consigo integrá-los na minha vida. A minha formação foi importante como já referi, facilita e muito. A minha família, a família que eu construí facilita muito a minha prática, de forma indireta claro, mas como funciona como fonte de apoio e está à minha espera quando acabo o trabalho aqui, acaba por facilitar o que vivo e o que faço aqui. A minha equipa de trabalho também me ajuda a elaborar as questões mais difíceis e me facilita o trabalho... a nível pessoal acho que não consigo ou não me lembro de mais nada, assim, acho que é isto.

Médica

Q1 – R.: O facto de trabalhar com doentes oncológicos com doença avançada e querer aprender a melhorar o controlo dos sintomas que surgiam nessa fase levou-me a fazer formações teóricas e praticas nessa área. Após isto deu-se a coincidência de chumbar no exame para a Ordem dos Médicos de Oncologia Médica o que também impediu o continuar a trabalhar na área de Oncologia. Ao mesmo tempo o trabalho em Cuidados Paliativos era mais recompensador, por isso, foquei a minha atenção nesta área que depois percebi ter sido quase criada para mim, para a minha vocação. Ajudar os outros da forma mais eficaz possível move-me muito.

Q2 – R.: O trabalho em Cuidados Paliativos continua a ser recompensador. Continuo a trabalhar com doentes com doença oncológica como gostava mas agora de uma forma mais aprofundada, mais cuidada e técnica. Mas ao mesmo tempo mais humana que me permite estar lá para o outro que sofre, o outro que depende de mim e que precisa que eu esteja presente acalme as dores que o estejam a afligir. O facto de achar que tenho competências para estar nesta área ajuda-me muito no desempenho da minha função e no acreditar que consigo fazer a diferença.

Q3 – R.: Neste momento esse conjunto de situações não influencia a minha prática ou a maneira como estou na profissão mas já influenciou quando chumbei como referi lá mais a cima. Nessa fase duvidei que conseguisse e meti em causa as minhas capacidades. Contudo, penso que não afetou a forma como eu desempenava as minhas funções no terreno, pelo menos que eu consiga reconhecer.

Q4 – R.: O que me ajuda é a partilha das dificuldades em equipa, a toma de decisões difíceis partilhadas. É importante ter sempre comigo alguém da minha área quando é possível que me apoie nas decisões que tenho que tomar e que me auxilie no pensamento do que pode ser ou não o mais correto para o paciente. Fora do trabalho é o poder ter actividades criativas e de lazer com a minha família e amigos. Somos todos muito ligados ao desporto e isso ajuda-me a manter a minha saúde mental e física.

Q5 – R.: O querer trabalhar com pessoas. Sempre soube que era isso que queria, desde o meu secundário, não me via a interagir com mais nenhum tipo de agentes. São as pessoas que me estimulam a ser melhor e a querer fazer melhor, estou a falar não só dos meus pacientes mas

também daqueles que me rodeiam e gostam de mim. Mas o ajudar os que precisam de mim, visto que tenho uma formação, é muito gratificante para mim.

Q6 – R.: O ter que ter estado separada da minha família durante 3 anos (de Évora para Lisboa) para assumir o meu atual posto de trabalho. A minha cabeça pode estar mais lá do que aqui, com os pacientes. As saudades apertam e a cabeça foge para lá, tenho de me esforçar para me concentrar no momento ali com o paciente que precisa mais de mim do que a minha família, graças a Deus.

Q7 – R.: O ter aprendido e ter prazer numa atividade criativa. Os Cuidados Paliativos para mim são uma atividade criativa no sentido de que, como temos pacientes tão diferentes, cada um de nós tem de encontrar formas e estratégias de lidar com esse mesmo paciente de forma a consolar e aliviar o sofrimento. Em equipa estamos sempre a pensar e a construir formas de abordagem e de alívio do sofrimento, com coisas praticas e originais que ajudam o paciente a lidar com a sua doença e a sua finitude.

Enfermeira

Q1 – R.: Houve dois casos mas houve um mais importante com uma miúda de 26 anos, eu trabalhava na medicina porque eu decidi, porque eu já tinha um percurso anteriormente aos paliativos, primeiro fiz a especialidade de oncologia e quando fui para oncologia ainda não havia mestrado em paliativos, tive muitas dificuldades em lidar com estes doentes que sofrem e em saber o que lhes dizer nestas situações criticas mais às vezes do que fazer é o que dizer e nessa altura. Isto passa-se em 1997, talvez, por aí, eu tenho uma rapariga de 26 anos, internada no meu serviço com exatamente a mesma idade que eu tinha, é uma rapariga com uma neoplasia no ovário e realmente a situação era complicada porque para já, ninguém lhe tinha transmitido o que é que se passava, uma pessoa com um nível e estatuto social baixo e intelectual baixo também, com seis ou sete filhos e varias gravidezes que não foram a termo e que levava esta situação com grande ligeireza até que a sintomatologia a começou a incomodar, ela até nos transmitia com uma ar feliz que as pessoas até me perguntam se eu estou grávida outra vez e ela lidava com aquilo com uma serenidade, isto afetava-nos a nós para já, a nós que já sabíamos o diagnóstico e ela que nem sonhava. Só que entretanto ela começou a ir ao serviço e para além do diagnóstico já estar feito íamos, foi-se construindo a relação porque esta doente nem sequer

chegou a fazer quimioterapia nem nada. Até que chega ao ponto de chegar em fase terminal, e aí a situação é complicada, porque vimos que há sofrimento, há dor, a pessoa não tem vontade de estar connosco e nós...eu lembro-me de lhe estará a prestar cuidados e ter vontade de dizer qualquer coisa agradável e disse qualquer coisa que não fazia sentido nenhum e senti-me num ridículo tremendo e já tinha acontecido com outras doentes não saber o que fazer ou dizer, e então optei por, se calhar tenho de pesquisar e especializar-me. Fiz a especialidade em oncologia, especializei nesta área, em Beja, pouco tempo depois, surge o mestrado em Cuidados Paliativos. Então faço parte do primeiro mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa que foi interessante, abriu-nos muitas portas, muita orientação mas que também o que teve mais peso para mim ainda, antes do primeiro impacto e do mestrado um curso quase que intensivo de paliativos que a UCCI do IPO do Porto estava a fazer e aí, nessa altura, já eles só aceitavam enfermeiras e médicos para que depois pudessem ir para o local fazer algum trabalho. Já houve um encaminhamento em oncologia pela especialidade, depois fui fazer este curso que era o que havia na altura no Porto, e depois então a oportunidade de se fazer o mestrado, pronto. Foi assim, progressivo e muito importante para mim como profissional mas também como pessoa, como pessoa porque é assim, nós podemos dar ensinamentos daquilo que também aprendemos em termos de comunicação, nós desenvolvemos muitas competências em termos de comunicação e em termos de relação e depois do resto que vem, do que é atuar em paliativos, e sentir-me satisfeita porque aquelas pessoas, apesar de ir morrer, nós podemos ter uma interferência nesse percurso de forma que possa ser uma morte o mais serena possível. E isso é capaz de ser a base que nos alivia o stress, é saber que aqui, hospital de dia, acompanhamos os doentes durante um período muito longo, particularmente porque grande parte deles, nem todos, começam com quimioterapia ou começam com adjuvante e há progressão da doença e passam para paliativos e já não há possibilidade de reverter o diagnóstico, mesmo quando às vezes acontece. O que acontece aqui é que nós temos a vantagem e a desvantagem de conhecer durante muito tempo os doentes e enquanto o doente pode vir aqui, porque uma lacuna que temos é não termos assistência ao domicílio, acompanhamos estes doentes, depositam em nós confiança. Apesar de uma equipa pequena o nosso método de trabalho é bom, e podemos procurar apoio e conforto nos colegas mas noto que nos mais novos, que chegam aqui, tem mais dificuldade em lidar com o sofrimento dos pacientes, por isso o que me fez a mim estar neste percurso é saber que, fiz uma série de passos, construí uma série de aprendizagens para que estas pessoas pudessem viver o melhor possível com o meu contributo.

Q2 – R.: Facilita. O facto de ter investido nesta área, de ter feito formação nesta área facilita que o meu trabalho seja menos stressante, como é óbvio que nós não somos indiferentes a estes doentes e particularmente por essa questão, são doentes que estão aqui durante quatro anos, cinco anos, seis anos, outros nem tanto, infelizmente mas cria-se um laço, um relacionamento, um afeto em que conseguimos ajudar a que eles vivam o melhor possível. A situação que referi ter vivido com aquela rapariga da minha idade, foi o fator que me levou a querer ter e fazer mais formação nesta área, impulsionou as minhas aprendizagens para que fossem sempre melhor a fazer o meu trabalho e para que pudesse sempre ajudar mais e melhor estes doentes, dotei-me de capacidades para capacitar os outros a morrer melhor e a viver os últimos dias com mais vida.

Q3 – R.: Há uma questão que é assim, às vezes é difícil nós parramos o que estamos a fazer aqui e o que levamos para casa, pronto, a verdade é que existem algumas particularidades que nos preocupam, porque no fundo aquilo que me deixa tranquila apesar do desfecho, eu costumo às vezes dizer que apesar de trabalharmos em situação terminal ou em situação de doença avançada a maior parte das vezes ia satisfeita para casa, digo ia, e ainda vou porque eu sou a enfermeira chefe e não estou tão próxima dos doentes, conheço os todos mas não estou num papel tão próxima, num impacto direto mas estou o quão possível direto, digo por vezes, que saio daqui mais chateado com os papeis do que com as situações que se passam aqui. Mas é verdade porque o sentimento de reconhecimento do nosso trabalho também nos ajuda a lidar com isto. E depois é assim, tentar passar o melhor possível com a família em casa e outro tipo de atividades e tentarmos sempre aliviar.

Q4 e Q5 – R.: Felizmente nunca tive nenhuma perda na família relacionada com paliativos ou com um impacto muito grande na minha vida e as que aconteceram já estava eu em formação nessa altura. O que aconteceu foi mesmo essa situação dessa doente que foi o culminar de várias passagens por Unidade. Porque atualmente existem as unidades para onde os doentes são encaminhados para os vários tipos de apoio mas há vinte anos atrás os doentes ficavam meses internados e então é difícil a gente esquecer os casos mais complicados ou mais críticos e aqueles casos todos juntamente com aquela moça que tinha a minha idade na altura foi o que me fez ir à procura de mais conhecimento.

Q6 e Q7 – R.: Na minha prática em paliativos a nível pessoal de vida não me lembro de nada que tenha impacto na minha prática, sempre consegui gerir muito bem as coisas que me foram acontecendo e não há nada que me marque ao ponto de interferir com algumas das minhas funções aqui. Contudo, gostava de investir mais na minha formação, gostava de poder ficar com um doente só para mim, entre aspas, ou seja, que eu podia acompanhar de forma mais aprofundada mas depois há sempre tantas solicitações de tudo o resto que passa ser difícil e também acho que o meu contributo passa por colegas profissionais que são muito bons naquilo que fazem e que dão o melhor deles como eu para estes doentes e para as suas famílias