Instituto Superior Miguel Torga

Perceção de Conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto

Coimbra, 2025

Perceção de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção

Perception of comfort in a Long-Term and Maintenance Unit

Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ramo de especialização de Terapias Familiares e Sistémicas a apresentar ao Instituto Superior Miguel Torga

Orientador: Professor Doutor Diamantino José Figueiredo dos Santos
Arguente: Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Presidente: Professora Doutora Joana Maria Aleluia Gomes Sequeira

Agradecimentos

Primeiramente quero dedicar esta dissertação a todos aqueles que me irei referir ao longo do texto, pois todos são importantes para mim.

O meu profundo agradecimento ao meu orientador Professor Doutor Diamantino Santos, por toda a paciência e pelos conselhos dados nesta jornada tão importante e decisiva da minha vida.

Não tenho palavras, mas desde já, só posso agradecer profundamente à minha mãe por me ter proporcionado este caminho brilhante, por ter acreditado em mim e nas minhas capacidades para atingir o meu grande sonho. Ao meu pai, o meu obrigado por ter me acompanhado nesta aventura e pelos conselhos dados quando me sentia perdida e pelo esforço feito durante estes 5 anos, em Portimão, Coimbra e Peso da Régua. Espero ser o orgulho dos meus pais no final desta etapa.

Obrigado por teres aparecido na minha vida, Steve meu amor, pois além da vida académica também me fizestes crescer pessoalmente. Demonstraste-me que sou mais forte do que aquilo que pensava. Se eu pudesse faria páginas e páginas desta dissertação, a descrever o quão és importante na minha vida. Agradeço a paciência por todas as vezes que estivemos a estudar ou quando me ajudavas com os trabalhos, eram momentos divertidos. O teu apoio e carinho serão sempre fundamentais. És o meu porto de abrigo hoje e para sempre! Eu amo-te!

Andreia, és outro grande pilar na minha vida! Conhecemo-nos na licenciatura, tivemos alguns percalços, mas a nossa amizade sobressaiu a tudo. Vivemos juntas durante 1 ano em Coimbra, experienciamos muitas aventuras e apoiamo-nos muito a nível académico/pessoal. És a minha melhor amiga, e sabes que podes sempre contar comigo para o que der e vier! Eu adoro-te!

Bernardo, Tiago, António, Cláudia e Maria José agradeço por me terem acompanhado e dado sempre aquela palavra quando me sentia mais em baixo. Tudo se tornou muito mais colorido com a vossa presença.

Aos meus avós que já partiram, também quero mostrar o meu sentimento de "muito obrigado" pois eu nunca irei esquecer de vocês. Eu sei que no céu, acompanham-me nesta jornada e com certeza, sentem muito orgulho em mim e de quem me tornei.

Resumo

Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia, sendo que, a variável *envelhecimento* apresenta uma conotação multifacetada, onde o conceito de conforto emerge como uma variável fundamental. O conceito de conforto, é perspetivado de uma forma multidimensional, idiossincrática e dinâmica, constituindo-se como conceito central nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, as quais procuram proporcionar cuidados ao nível social e de saúde, de forma a prevenir o agravamento de situações de total dependência e a promover a qualidade de vida.

Em função da centralidade concetual do conceito de conforto enquanto entidade pragmática nos cuidados aos utentes, este estudo tem por objetivo contribuir para a compreensão da relação entre as conceptualizações de conforto de profissionais, famílias e utentes idosos institucionalizados.

Este estudo apresenta uma metodologia qualitativa, com um design exploratório e tipologia transversal, baseado na *Grounded Theory*. Para tal, foi organizado um design baseado em grupos focais representativos, um de profissionais, três de utentes e um de familiares, sendo assim, a amostra constituída por 14 participantes.

Os resultados indicam que existe uma concetualização multifacetada de conforto, sobretudo baseadas em quatro critérios: a) subjetividade do conceito de conforto, b) a necessidade de participação ativa dos utentes, c) a qualidade dos cuidados e da interação por parte dos familiares e dos profissionais, e d) a importância dos recursos humanos, técnicos e ambientais. Para promover o conforto é necessário existir uma abordagem ética, responsiva e colaborativa através do conhecimento das experiências vividas por parte dos utentes, profissionais e familiares. O contexto institucional, a equipa multidisciplinar e o ambiente são fatores relevantes para a prestação de cuidados mais humanizados.

Palavras-Chave: Conforto, ULDM, equipa multidisciplinar, subjetividade, cuidado.

Abstract

Portugal is one of the most aging countries in the European Union, and the aging variable has a multifaceted connotation, where the concept of comfort emerges as a fundamental variable. The concept of comfort is perspectived in a multidimensional, idiosyncratic and dynamic way, constituting itself as a central concept in the Long Duration and Maintenance Units, which seek to provide care at the social and health level, to prevent the worsening of situations of total dependence and promote the quality of life.

Due to the conceptual centrality of the concept of comfort as a pragmatic entity in user care, this study aims to contribute to the understanding of the relationship between the conceptualizations of comfort of professionals, families and institutionalized elderly users.

This study presents a qualitative methodology, with an exploratory design and transversal typology, based on Grounded Theory. To this end, a design was organized based on representative focus groups, one of professionals, three of users and one of family members, thus, the sample consists of 14 participants.

The results indicate that there is a multifaceted concept of comfort, especially based on four criteria: a) subjectivity of the concept of comfort, b) the need for active participation of users, c) the quality of care and interaction by family members and professionals, and d) the importance of human, technical and environmental resources.

To promote comfort, it is necessary to have an ethical, responsive and collaborative approach through the knowledge of the experiences lived by users, professionals and family members. The institutional context, the multidisciplinary team and the environment are relevant factors for the provision of more humanized care.

Keywords: Comfort, ULDM, multidisciplinary team, subjectivity, care.

Índice de anexos

Anexo 1 - Quadro 1: Análise do *grupo focal* exploratório (1 profissional, 1 utente, 1 familiar) à questão exploratória 1.

Anexo 2 - Quadro 2: Análise do *grupo focal* exploratório (1 profissional, 1 utente, 1 familiar) à questão exploratória 2.

Anexo 3 - Quadro 3: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 1.

Anexo 4 - Quadro 4: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 1.

Anexo 5 – Quadro 5: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 1.

Anexo 6 - Quadro 6: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 2.

Anexo 7 - Quadro 7: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 2.

Anexo 8 - Quadro 8: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 2.

Anexo 9 - Quadro 9: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 3.

Anexo 10 - Quadro 10: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 3.

Anexo 11 - Quadro 11: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 3.

Anexo 12 - Quadro 12: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 4.

Anexo 13 - Quadro 13: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 4.

Anexo 14 - Quadro 14: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 4.

Anexo 15 - Quadro 15: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 5.

Anexo 16 - Quadro 16: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 5.

Anexo 17 - Quadro 17: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 5.

Anexo 18 - Quadro 18: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 1.

Anexo 19 - Quadro 19: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 2.

Anexo 20 - Quadro 20: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 3.

Anexo 21 - Quadro 21: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 4.

Anexo 22 - Quadro 22: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 5.

Anexo 23 - Quadro 23: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 1.

Anexo 24 - Quadro 24: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 2.

Anexo 25 - Quadro 25: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 3.

Anexo 26 - Quadro 26: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 4.

Anexo 27 - Quadro 27: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 5.

Anexo 28 – Parecer da Comissão de Ética do ISMT

Anexo 29 – Autorização da Instituição

Anexo 30 – Consentimento Informado ao participante

Lista de Acrónimos

CP – Casa do Povo

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UP – Úlceras de Pressão

Índice

Lista de Acrónimos 7

Introdução 9

Metodologia 13

Objetivos do estudo 13

Método 14

Amostra 14

Procedimentos 14

Método Qualitativo: *Grupo focal – Grounded Theory* 15

Resultados 16

Grupo focal exploratório 16

Grupo focal - Utentes 17

Grupo focal - Profissionais 21

Grupo focal - Familiares 25

Análise Global 27

Conclusão 29

Bibliografia 30

Introdução

Quando abordamos o tema envelhecimento, constatamos que este é um desafio multifacetado. O prolongamento da vida acarreta mudanças multidimensionais, agravadas aquando da vulnerabilidade acrescida em situações de doenças crónicas incapacitantes (Sousa, 2020), as quais implicam o especial cuidado com os objetivos de melhoria da qualidade de vida, do apoio familiar e dos cuidadores (Rodrigues, 2023).

Portugal é o segundo país mais envelhecido da União Europeia, apresentando um valor de 118,1 idosos por 100 jovens (Pordata, 2024), com uma esperança média de vida estimada de 80,8 anos (77,7 anos para os homens e 83,4 anos para as mulheres). Prevê-se que em 2050 a população portuguesa envelhecida, represente 2,5 idosos para cada jovem com idade inferior a 15 anos, e segundo o *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability* (2016), torna-se relevante que pensemos nas consequências que o envelhecimento pode trazer em termos de custos económicos, saúde, dependência e fragilidade (Feitor, Veiga, José, Silva, & Elias, 2020).

O aumento dos custos com o envelhecimento decorre naturalmente desta realidade comportar vulnerabilidades acrescidas, devido às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, naturais neste processo. Estas alterações conduzem a maiores necessidades nos cuidados de saúde, consistindo na realidade para muitos idosos por ser a institucionalização, motivada quer pelo nível de dependência, quer para o descanso dos cuidadores ou familiares (Martins, Santos, Barroso, & Bandeira, 2020). A institucionalização, implica para muitos idosos a diminuição da qualidade de vida, devido à vivência de um novo contexto com novas regras e rotinas, e/ou ao afastamento dos seus pertences e das pessoas significativas, contextos fundamentais para o seu bem-estar físico e psicológico (Martins, Santos, Barroso, & Bandeira, 2020).

Numa perspetiva ecológica e multissistémica do desenvolvimento do ser humano, é importante considerar a fase do ciclo de vida do/a idoso/a e o seu estado clínico, a sua rede familiar e social de suporte, de forma a intervir para a prevenção e alívio do sofrimento e do desconforto (Sousa, 2020). Para tentar dar resposta à necessidade do/a idoso/a e dos seus familiares/cuidadores, foi desenvolvida a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sobretudo com as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) (Feitor et al., 2020).

As ULDM são unidades de internamento que desempenham cuidados tanto ao nível do apoio social, como da saúde, procurando adiar o agravamento da situação de dependência, proporcionar conforto e qualidade de vida. Estas unidades têm um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, exceto quando o objetivo é a promoção do descanso do cuidador (Feitor et al., 2020). No entanto, decorrente do elevado número de idosos e da

complexidade da sua condição de fragilidade física e psicológica, estas unidades revelam-se insuficientes (Feitor et al., 2020).

Segundo o relatório *A Good Life in Old Age* (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE, 2013), existem indicadores que determinam a qualidade dos cuidados de longa duração e manutenção, sendo eles, a prevalência de úlceras de pressão (UP), de perda de peso involuntário, a incidência de depressão, de quedas e fraturas. Para a avaliação da qualidade nesta prestação de cuidados, países como o Canadá, Islândia, Coreia do Sul e Estados Unidos da América concentram-se nos aspetos mais clínicos do doente, ao passo que Inglaterra, Holanda e Suécia têm mais incidência nos resultados sociais atingidos e na qualidade de vida dos mesmos (Feitor et al., 2020). Por exemplo, na Holanda, a satisfação ao nível da comunicação, refeições, cuidados, privacidade e do suporte psicológico são aspetos relevantes na análise do doente, quando este apresenta capacidades cognitivas para tal, e/ou pelo cuidador responsável (Feitor et al., 2020).

Segundo o *Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality* da OCDE (2017), os idosos devem participar ativamente em todas as decisões da sua vida, assim como as ULDM devem partilhar com os utentes e famílias toda a informação relevante, envolvendo-os nas decisões que são tomadas. Nesta perspetiva, o conceito de conforto, é uma variável central para o presente e o futuro do cuidado humano nesta área e constitui um dos fundamentos da existência da rede de ULDM (Feitor et al., 2020).

Devido à centralidade do conceito de conforto do/a idoso/a e da sua família, Sousa (2020) salienta a necessidade de compreender a operacionalização deste conceito, através da análise das descrições dos diferentes intervenientes neste processo (Sousa, 2020). O conforto é um conceito multidimensional, idiossincrático e dinâmico, que apresenta uma elevada variabilidade conforme o contexto onde o utente se encontra (Nicolau, 2013).

Sousa (2020), refere que o conforto e o desconforto não podem ser interpretados simplesmente como estados antagónicos, mas como conceitos subjetivos, que extravasam a conceção linear do alívio do desconforto (Sousa, 2020). O conceito de conforto pode ser definido como um fenómeno positivo, imediato, multidimensional, e sentido como uma emoção consequente das experiências vividas, interligado à perceção de bem-estar físico e mental (Sousa, 2020).

Em relação ao sofrimento e ao desconforto, estes acabam sempre por ser apelos que os doentes fazem, enquanto o conforto é uma necessidade humana interventiva (Sousa, 2020). Numa análise ao conceito de desconforto, este demonstra que provém de um processo de doença grave ou de sofrimento e de possíveis intervenções feitas por profissionais de saúde em

que tenha deixado o doente insatisfeito/a (Sousa, 2020). Por outro lado, o conforto, varia em função de fatores como a cultura, o sexo, as eventualidades que suscitam a necessidade do conforto, o estado clínico, o conhecimento sobre a doença e as expetativas dos utentes (Sousa, 2020). A perceção de conforto muda consoante o contexto cultural da pessoa, especificidades individuais, familiares ou grupais, está relacionada com a saúde, o afeto, o toque, a conversação e a presença da família ou de amigos da sua rede de suporte, constituindo um componente fundamental para a qualidade de vida (Nicolau, 2013; Sousa, 2020).

O conforto do utente idoso/a deve ser viabilizado por cuidados de saúde permanentes, não perdendo de vista a individualidade, a dignidade e a fragilidade de cada um. É relevante para a promoção do conforto e do bem-estar a criação e a manutenção de contextos amigáveis, seguros e facilitadores (Sousa, 2020), que envolvam os cuidados familiares, relações interpessoais e do trabalho multidisciplinar das instituições (Nicolau, 2013).

Segundo Sousa (2020), sentir-se confortável, implica os doentes percecionarem uma melhoria do seu quadro clínico, a superação das dificuldades ou obstáculos e a adaptação às limitações que possuem. As situações de internamento e de doença impactam no/a idoso/a e na sua estrutura familiar, com implicações nos papéis, tarefas e funções de todos, constituindo uma crise situacional que desperta o medo, o desamparo e a insegurança (Sousa, 2020).

Em razão desta complexidade, existem diferentes formas de entender o conceito de conforto, que se podem traduzir em dificuldades na comunicação entre os diferentes atores do contexto da prestação dos cuidados e o/a utente, introduzindo dissonâncias e dificuldades na sua operacionalização. O ser humano é um construtor de significados, e ao refletirmos acerca da construção do significado de conforto, fazemo-lo através das palavras que comunicam a experiência humana, possibilitando a interação dialógica e a co construção do significado da ação humana (Gergen, 2001).

Segundo Coulter (1979), a mente de uma pessoa é vista como um mito social, ou seja, o conceito que tem sobre si mesmo é demovido da sua crença e transportado para o interior da esfera do discurso social. A cultura, o contexto social e a história do indivíduo são conceitos que têm um significado próprio e que permitem à pessoa compreender-se, ter um sentido de si, e de si em contexto (Gergen, 1985).

Tendo por base o paradigma da construção social, as abordagens narrativas da terapia familiar, demonstram que a linguagem e o contexto dialógico constituem um processo dinâmico, social e ativo, a partir do qual as relações germinam e são germinadas dos significados partilhados através da linguagem (Sequeira, 2023). É um processo dialético, pois

existem diversas transformações da linguagem ao significado, forma ou sentido (Sequeira, 2023).

As terapias narrativas demonstram centralidade das histórias e discursos na análise sobre a realidade, pelo que, contar, recontar e ouvir histórias abrange um leque de rituais que dão a possibilidade de discutir, emergir e adotar novos significados, constituindo-se a vida dos indivíduos como multi-histórica, percecionando a história de cada um (Sequeira, 2023). Neste sentido, as narrativas descrevem histórias sequenciais que ligam os acontecimentos e mostram diferentes perspetivas sobre o mundo e experiências vividas (Sequeira, 2023).

No âmbito da construção de significados, emerge nas últimas décadas um novo conceito associado ao idoso/a: o idadismo. Este conceito baseia-se no preconceito ou discriminação a um grupo etário (Palmore, 1999), presente no discurso quotidiano, e que pode ser percecionado a um nível institucional, interpessoal e pessoal (Leitão, 2024). Marques (2011), refere que as condutas idadistas em relação às pessoas idosas podem ser estereótipos, preconceitos e discriminação, os quais, segundo Barroso (2018), se encontram muito presentes na sociedade atual. Em Portugal, esta forma de discriminação tem uma maior prevalência nas pessoas idosas, registando 20,8% para indivíduos entre os 65-79 anos e 31,6% para indivíduos com ou mais de 80 anos (Leitão, 2024).

Numa perspetiva sistémica do envelhecimento, é preciso salientar que o/a idoso/a ocupa um lugar emaranhado nas estruturas familiares, preferindo permanecer nas suas aldeias ou na sua casa, mesmo que isso implique ficar longe da sua rede familiar (Sampaio, 2024). No entanto, devido às condições físicas e psicológicas dos idosos, a sua rede informal (companheiro/a, filhos, amigos ou vizinhos) diminui, sendo necessário procurar e recorrer a uma rede formal, ou seja, instituições público/privadas de apoio aos idosos (Cunha, Afonso, Duarte, & Oliveira, 2019).

Quando pensamos no papel dos idosos, estes tendem a ser concetualizados como já não tendo influência na vida familiar e como uma sobrecarga para os seus familiares (Passeira, 2008). Esta visão pessimista correlaciona a velhice com as variáveis, fragilidade, dependência, perda de capacidades tanto físicas como psicológicas e aproximação do fim de vida (Sampaio, 2024).

Já numa perspetiva sistémica do/a idoso/a no internamento, é necessário que esta perspetiva perceba o utente e o seu contexto interpessoal, no sentido em que, os sintomas que possa vir a desenvolver sejam observados como o resultado das suas inter-relações dentro do sistema em que está inserido, seja família, rede de apoio, profissionais e rede do contexto de internamento (Barbosa, G. C., 2018).

No entanto, os idosos carecem de reenquadramento familiar, com a finalidade de promover as relações de suporte, responder às fragilidades e necessidades de dependência, para potencializar a autonomia e os direitos dos mesmos (Passeira, 2008). É importante que as relações dos idosos passem pela confiança, segurança, conforto e bem-estar, sentimentos para os quais contribui uma forte coesão familiar (Sampaio, 2024).

Na perspetiva dos modelos familiares do/a idoso/a, a tipologia de família que mais se identifica nesta fase de vida é a família nuclear. A família possuí um papel fundamental na vertente afetiva e emocional do/a idoso/a (Netto, 2016), e constitui o pilar da sua rede de apoio (Sampaio, 2024). Apesar das mudanças significativas na estrutura familiar, esta mantém-se como o pilar de apoio para os mais idosos (Afonso, 2019; Sampaio, 2024; Sousa, 2020) e o cuidado a pessoas idosas dependentes acaba por trazer *stress* físico e emocional, apesar de ser benéfico para o/a idoso/a, nomeadamente, pela preservação da autonomia do/a idoso/a e as capacidades e competências cognitivas (Afonso, 2019).

No entanto, verifica-se que os laços sociais dos idosos acabam por ser estabelecidos com as instituições onde são colocados (Sampaio, 2024). É uma incógnita, perceber qual é o papel ou participação que a família pretende dedicar ao processo de envelhecimento do seu familiar idoso/a, porém devem o respeito pelos seus desejos, história de vida e pelas experiências vividas e atuais, preservando a autonomia e a independência, sem infantilização (Sampaio, 2024).

Metodologia

Objetivos do estudo

Este estudo tem por objetivo geral procurar compreender a relação entre as conceptualizações de conforto de profissionais, famílias e utentes idosos institucionalizados.

Neste sentido, desenvolvemos uma investigação que tem como objetivos específicos:

1. Analisar o conceito de conforto numa ULDM e questionar se diferentes concetualizações podem interferir na pragmática dos cuidados de conforto prestados aos utentes;
2. Identificar os indicadores de conforto em profissionais, utentes e familiares de idosos institucionalizados, com vista a facilitar a comunicação entre estes elementos e potenciar o conforto para os utentes.

Método

Este estudo apresenta uma metodologia qualitativa, com um design exploratório e tipologia transversal, baseado na *Grounded Theory*. Para tal, foi organizado um *design* baseado em *grupo focal* representativos, um de profissionais, três de utentes e um de familiares (Glaser & Strauss, 1999). Foram elaboradas 5 questões para o estudo, e foi efetuada a análise dos dados recolhidos presencialmente entre dezembro de 2024 e maio de 2025. A opção por *grupo focal*, prende-se com a necessidade de compreender perspetivas múltiplas e complementares acerca do conceito de conforto (Glaser & Strauss, 1999).

Os dados foram recolhidos numa ULDM, numa Casa do Povo da região norte e num ERPI da região sul do país.

Amostra

O processo de amostragem foi de conveniência, com a utilização de 3 grupos focais heterogéneos: três com utentes institucionalizados, outro com técnicos de uma ULDM, e ainda, outro com os familiares dos utentes da ULDM. Cada *grupo focal* teve entre 2 a 3 participantes, tal como recomendado como número mínimo de participantes por Glaser & Strauss (1999), sendo a amostra constituída por 14 participantes. Todos os participantes foram voluntários. Os critérios de inclusão decorreram da participação ativa nos contextos institucionais supramencionados: os profissionais tendo por base a diversificação profissional; os utentes, pela sua experiência de internamento (mais de 6 meses) e capacidades cognitivas; os familiares pela relevância afetiva para os utentes e presença efetiva em visitas. Os critérios de exclusão foram: utentes que não reúnam condições cognitivas e/ou físicas para compreender o estudo ou que não consigam verbalizar, profissionais sem contacto direto nos cuidados aos utentes e familiares que não realizem visitas regulares.

Procedimentos

O estudo teve a aprovação da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, cumprindo as normas de ética da Declaração de Helsínquia e da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Anexo 28). Foi formalizado um pedido de autorização de recolha de dados à instituição (Anexo 29). Todos os participantes do estudo preencheram o Consentimento Informado, esclarecendo a sua participação voluntária, anónima e confidencial (Anexo 30).

Foi realizado um *grupo focal* exploratório (um profissional, um utente e um familiar) para analisar a capacidade de compreensão das questões, dinâmica de grupos, pertinência de grupos específicos e adaptação da investigadora ao método.

Como estudo qualitativo, as respostas dos participantes foram gravadas exclusivamente em áudio, com autorização prévia dos participantes, transcritas e realizadas as respetivas análises categoriais por grupo focal, e para análise comparativa entre os três grupos.

Salientamos, que um *grupo focal* de utentes de um ERPI da região norte foi excluído, devido ao facto de ter sido exigido a presença da profissional de psicologia da instituição, impedindo desta forma que ficasse salvaguardado o necessário sigilo.

Método Qualitativo: Grupo focal – Grounded Theory

A análise qualitativa é uma abordagem que se foca em compreender os fenómenos complexos através da interpretação de dados como entrevistas, observações ou relatos. Uma das técnicas utilizadas para organizar e interpretar esses dados é a *Grounded Theory*, que é descrita como um modelo de metodologia qualitativa experimental que procura conhecer os fenómenos e desenvolver teorias a partir dos dados recolhidos, em vez de partir de hipótese prévias, ou seja, a teoria emerge dos dados de uma forma indutiva e não por modelos teóricos pré-estabelecidos (Glaser & Strauss, 1999).

A análise dos dados através da *Grounded Theory*, codifica as seguintes etapas: a) Recolha dos dados (entrevistas, observações); b) Criação de códigos (partes do discurso dos participantes que justifiquem a análise); c) Categoria emergente (relação entre conceitos de forma a destacar uma categoria); d) Meta categorias (estabelecimento de temas ou complementaridade de categorias emergidas); e) Categorização categórica (agrupamento de categorias com base nas categorias emergentes); f) Análise (examina todas as partes anteriormente mencionadas para interpretação dos dados fornecidos) (Glaser & Strauss, 1999).

A escolha da utilização de uma metodologia qualitativa – *Grounded Theory* deveu-se ao facto de durante o meu estágio numa ULDM a palavra conforto assumir um caracter central nas diferentes finalidades profissionais e interpessoais. No entanto, este é um conceito muito suscetível à subjetividade, existindo poucos estudos acerca da compreensão deste conceito, dos processos e interações que suscita, podendo por vezes desenvolverem-se dissonâncias pragmáticas que se repercutem negativa ou positivamente nos utentes.

Resultados

Grupo focal exploratório

O *grupo focal* exploratório permitiu explorar este método neste seu contexto específico sendo colocadas duas questões sobre a importância do conforto numa ULDM e sobre o conceito de conforto. Durante a realização desta técnica, a investigadora participou como observadora-participante (Profissional – animadora sociocultural, utente e familiar).

Foi também uma forma de colocar a observadora-participante num primeiro contexto com o ambiente devido à sua inexperiência com esta metodologia.

Questão 1: "Considera que nesta Unidade de Longa Duração e Manutenção o conforto dos utentes é importante? Porquê?"

Análise: A análise exploratória dos três participantes (profissional, utente e familiar) revela que o conforto dos utentes numa ULDM é fundamental e apresentam-no como uma variável multidimensional, que interliga três pontos importantes, sendo eles, o conforto ambiental, relacional e psicológico (Anexo 1).

Reflexão enquanto observadora-participante: Identifiquei que os participantes, tiveram facilidade em responder, apesar de respostas vagas, por vezes confusas a esta questão, salientando as condições de saúde física como prioritárias.

Questão 2: "O que entende por conforto para os doentes numa Unidade de Longa Duração e Manutenção?"

Análise: Segundo os participantes do pré-grupo, estes reconhecem a existência de conforto numa ULDM, com uma concetualização do conforto como uma variável multidimensional e interdependente. Este grupo mostra que o conforto não se restringe somente à ausência de dor física, mas inclui aspetos emocionais, sociais e relacionais que promovem o bem-estar holístico dos utentes (Anexo 2).

Reflexão enquanto observadora-participante: Nesta questão observei que a profissional embora tivesse uma postura mais retraída, os participantes familiar e utente demonstraram um à-vontade e adequado nível de abertura pessoal e de colaboração, com uma postura descontraída. Desta forma, como observadora-participante compreendi que o método exploratório dos grupos focais pode ser utilizado para esta investigação, e senti-me com confiança para a construção das questões a utilizar na investigação.

Grupo focal - Utentes

Questão 1: "Para si, o que significa a palavra conforto?"

Análise ULDM: É possível observar-se que o conforto é concetualizado para estas pessoas como uma experiência subjetiva, relacionado com o bem-estar pessoal obtido a partir de três fatores interligados, sendo eles a qualidade do relacionamento com os utentes, o afeto proporcionado aos utentes e a qualidade do tratamento físico que recebem (Anexo 3).

Análise CP: O conforto é visto como um conceito geral associado à autoperceção individual de bem-estar, envolvendo também a dimensão relacional e emocional traduzida pela interação como os outros (Anexo 4).

Análise ERPI: Os participantes-utentes evidenciam que o conceito de conforto é visto como a experiência subjetiva de bem-estar pessoal, para o qual contribuem a qualidade das relações interpessoais (Anexo 5).

Análise global do *grupo focal* de utentes à questão 1: Esta análise grupal revela que o conceito de conforto, para os participantes-utentes, possui um significado subjetivo e relacional, ou seja, está profundamente interligado com a autoperceção do bem-estar decorrente das experiências de cuidado afetivo, das relações interpessoais e do tratamento físico (clínico e estimulação psicomotora). O conforto é um visto como um conceito individualizado, no sentido em que é vivido de forma idiossincrática, com uma interligação entre a qualidade dos cuidados físicos, das relações humanas e do ambiente onde está a ser cuidado, isto é, esta perceção não é apenas de carácter físico, mas também emocional e relacional. Existem 3 dimensões que surgem perante os grupos analisados: a) a qualidade do relacionamento com os utentes, b) o afeto que lhes é proporcionado e c) a qualidade do tratamento físico recebido.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-utentes mostram alguma dificuldade na compreensão das perguntas estabelecidas, sendo necessário, frequentemente, reformular e reenquadrar as mesmas. Todos os participantes-utentes inicialmente apresentavam algum receio face à entrevista, o que poderá ter condicionado as suas respostas. O conceito de conforto foi sobretudo concetualizado para além do âmbito dos cuidados físicos, embora esta vertente tenha sido sentida pela investigadora como fundamental. Como é natural, os participantes-utentes sendo idosos, apresentam algumas alterações cognitivas, facto pelo qual poderão ter fornecido respostas mais vagas.

Questão 2: "Na sua opinião, o que é necessário para que um utente de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção se sinta confortável?"

Análise ULDM: O conforto não é visto de forma unidimensional, ou seja, existem fatores que segundo estes utentes interferem na sua perceção de conforto, sendo eles, a qualidade do tratamento proporcionado, a disponibilidade dos recursos humanos e materiais e a qualidade das relações entre os utentes e os profissionais (Anexo 6).

Análise CP: Os participantes-utentes referem que o conforto envolve dois fatores fundamentais, sendo eles, os ambientais e os sociais (Anexo 7).

Análise ERPI: Os participantes-utentes referem que o bem-estar não é apenas uma variante física, mas também emocional, relacional e ambiental, ou seja, parte de cuidado profissional afetivo/empático, manutenção das relações familiares/visitas e qualidade do contexto (Anexo 8).

Análise global do *grupo focal* de utentes à questão 2: O conforto numa ULDM é visto como uma variável multifatorial, ou seja, é interpretada pelos participantes-utentes como uma experiência subjetiva complexa onde resultam várias condições integradas, sendo elas, físicas, sociais, emocionais, ambientais e relacionais. O conforto não é somente vivido pelas ações técnicas, mas também depende das interações no ambiente, das relações sociais, isto é, da qualidade global dos cuidados que são proporcionados, em um sentido que remete para uma abordagem do utente de forma integral e centralizada na pessoa.

Reflexão enquanto observadora-participante: Foi possível observar-se que durante a entrevista, os participantes-utentes responderam além da questão proposta, sendo apenas aqui colocados para efeitos do estudo as respostas relativas à questão. Na sua generalidade, todos os participantes-utentes abordaram assuntos pessoais dos quais estavam ligados com o conceito de conforto, nomeadamente a vida antes e durante o internamento, que coloca em evidência a necessidade de espaços e tempo para poderem (re)contar as suas histórias.

Questão 3: "Acha que existem maneiras diferentes de entenderem o que é o conforto, entre os cuidadores, os familiares e os utentes? Por que razão?"

Análise ULDM: Os participantes-utentes referem dois aspetos complementares, as características pessoais, das famílias, utentes e profissionais e o esforço que cada qual concretiza para que o utente se sinta confortável.

Não parece existir por parte dos participantes-utentes que as diferentes formas de compreender o conforto se traduzam em mal-estar para o utente. Apenas o participante-utente ULDM 3 refere a disponibilidade de tempo da família para o utente (Anexo 9).

Análise CP: Os participantes-utentes expressam que o conforto decorre da dimensão social e da dimensão afetiva. Os participante-utentes CP1 e CP2 referem a importância das relações interpessoais estabelecidas nesta instituição. O participante-utente CP3 não expressa diferenças de entendimento entre os familiares, utentes e profissionais relativamente ao conceito de conforto.

A existência de diferentes experiências individuais relativamente a cada um dos cuidadores, família e utentes condiciona, naturalmente, a ideia de conforto e a preferência pela manutenção no contexto institucional (Anexo 10).

Análise ERPI: Os participantes-utentes salientam a definição de conforto poder ser diferente de pessoa para pessoa, não tendo uma designação concreta. Estes aspetos subjetivos podem influenciar o entendimento e a prática do conforto (Anexo 11).

Análise global do *grupo focal* de utentes à questão 3: Os participantes-utentes demonstram que o conforto é uma variável multidimensional, ou seja, é interpretado de diversas maneiras por diferentes pessoas, tendo em base as suas experiências anteriores. No entanto, estas diferentes concetualizações, não são causadoras de conflito ou de um sentimento de mal-estar. O conforto é percecionado como um esforço coletivo, no qual, os cuidadores, os familiares e os utentes contribuem ativamente e de forma diferente, mas complementar, para a construção de uma rede de cuidados e de relações. Saliente-se, a afetividade e as relações interpessoais como variáveis fundamentais para a concretização do conforto.

Reflexão enquanto observadora-participante: É possível observar-se que nesta questão, os participantes-utentes não responderam de forma precisa à questão colocada, o que hipotetizamos como decorrente de algumas dificuldades próprias do processo de envelhecimento, mas também por algum receio nesta questão face à fuga de informação devido a represálias futuras por parte dos elementos das instituições, o que é um sinal preocupante. Foi sobretudo salientado que os participantes-utentes demonstraram o seu contentamento face à sua instituição e contaram histórias em que para eles o conforto foi proporcionado. A família foi o grupo em que os participantes-utentes menos tocaram devido a experiências anteriormente vividas e os cuidadores o grupo mais mencionado quer positiva quer negativamente.

Questão 4: "Se para os profissionais existirem diferentes formas de entender o que é o conforto do utente, que dificuldades podem existir para o utente?"

Análise ULDM: Os participantes-utentes relevam as vicissitudes da vida pessoal dos profissionais e das famílias (disponibilidade de tempo) que determinam a qualidade de interação percebida pelo utente (Anexo 12).

Análise CP: Os participantes-utentes demonstram a importância do conforto acústico para o conforto dos utentes e a importância da capacidade crítica dos utentes para que o seu conforto pessoal seja respeitado e valorizado (Anexo 13).

Análise ERPI: Analisa-se que existe a necessidades de ouvir os utentes, tendo em consideração a sua comunicação, sem a qual, aumentará a frustração e desconforto aos utentes (Anexo 14).

Análise global do *grupo focal* de utentes à questão 4: Segundo os participantes-utentes, quando os profissionais têm maneiras diferentes de interpretar o que é o conforto do utente, surgem dificuldades na qualidade da interação, normalmente associadas à falta de tempo prestado e a falta de empatia, o que por sua vez, proporciona uma experiência negativa ao utente. O ambiente onde o utente está inserido, é visto como uma dimensão imprescindível para o bem-estar do mesmo. Para além disso, a opinião e o respeito pela vontade do utente, deve ser sempre considerada, avaliando as suas capacidades críticas e a sua participação ativa. A ausência da escuta ativa contribui para o desconforto e a desconfiança.

Reflexão enquanto observadora-participante: Através das entrevistas foi possível verificar que os participantes-utentes demonstram que a personalidade e a qualificação dos profissionais são vertentes importantes para a qualidade da prestação dos cuidados. No entanto, episódios relatados pelos participantes-utentes demonstraram que a dificuldade dos profissionais em lidar com acontecimentos internos ou externos acabam por conduzir a dificuldades de julgamento da sua parte, o que gera conflitos e desconforto. É referido pelos participantes que devido o "falar alto" dos profissionais conduz à sua perceção como "seres barulhentos um sentimento de mal-estar aos que estão à volta".

Questão 5: "Quais são as três intervenções realizadas que lhe trazem mais conforto? Por favor, coloque-as por ordem"

Análise ULDM: Os participantes-utentes demonstraram que existem áreas priorizáveis que podem determinar o conforto do utente, como, a novidade de interagir com novas pessoas,

a qualidade do tratamento físico e a sensibilidade dos profissionais no relacionamento interpessoal (Anexo 15).

Análise CPF: Os participantes-utentes destacam duas dimensões importantes relativamente às intervenções que proporcionam conforto, sendo elas, a relevância do cuidado na rotina da medicação e as atividades que procuram estimular tanto ao nível cognitivo como motor de forma a expressarem-se criativamente (Anexo 16).

Análise ERPI: Os participantes-utentes revelam que o conforto tem somente uma componente física, mas sobretudo emocional e social, interligada com a qualidade das relações interpessoais com os familiares, profissionais e outros utentes (Anexo 17).

Análise global do *grupo focal* de utentes à questão 5: Segundo os participantes-utentes as intervenções realizadas que mais proporcionam conforto, não se restringem somente ao alívio físico, mas envolvem diversas dimensões, como as relações interpessoais, a qualidade dos cuidados físicos e atividades que promovem estímulos cognitivos e motores. Os participantes-utentes valorizam o cuidado técnico através das intervenções anteriormente mencionadas, o que faz com que se estabeleça um maior vínculo emocional e o à-vontade para com os profissionais. A sensibilidade dos profissionais é imprescindível para que qualquer intervenção seja percebida como confortável.

Reflexão enquanto observadora-participante: Enquanto observadora consegui perceber que alguns participantes-utentes demonstravam interesse em participar em atividades sociais, enquanto outros preferiam estar mais reservados. Nesta linha, a maior parte não conseguiu enumerar três intervenções das quais o conforto tenha lhe sido mais impactado, e um dos participantes-utentes não conseguiu enumerar nenhuma atividade devido ao facto de a instituição onde foi recolhido o seu testemunho, proporcionar diversas atividades sobretudo ao nível dos trabalhos manuais. É possível verificar-se também que demonstrações de carinho e visitas têm um maior impacto para esta população.

Grupo focal - Profissionais

Questão 1: "Para si, o que significa a palavra conforto?"

Análise do *grupo focal* de profissionais à questão 1: É possível observar-se que o conforto é concetualizado de diferentes formas mais simplistas/reducionistas ou de formas mais holísticas pelo participantes-profissionais, sendo eles, os cuidados de saúde física necessários, as experiências subjetivas ligadas ao bem-estar e a experiência multidimensional, seja física, psicológica ou espiritual, psicossocial ou ambiental (Anexo 18). Segundo os

participantes-profissionais o conforto não possuí uma única definição, mas sim múltiplas definições que diferem entre as práticas e os conhecimentos dos profissionais. A forma como é compreendido varia entre o subjetivo e o objetivo, ou até mesmo entre o biológico e o espiritual, o que demonstra que é fundamental ter um olhar abrangente e ético sobre as diversas dimensões que o conforto possa ter. Os participantes-profissionais conceitualizam o conforto em três perspetivas, sendo elas, a perspetiva reducionista (ex. ausência de dor e higiene), a perspetiva subjetiva (ex. vivências pessoais) e a perspetiva holística (ex. conforto físico, psíquico, espiritual, social e ambiental).

Reflexão enquanto observadora-participante: As respostas dos participantes-profissionais basearam-se muito sobre a sua prática profissional, o que demonstrou na entrevista, a confiança sobre o que é o conforto dos utentes nessa perspetiva.

Questão 2: "Na sua opinião, o que é necessário para que um utente de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção se sinta confortável?"

Análise do *grupo focal* de profissionais à questão 2: Todos os participantes-profissionais referem que o conforto não é exclusivamente um fator físico, mas também emocional e ambiental, ou seja, está interligado aos cuidados materiais e aos cuidados psicológicos. O conforto é uma experiência subjetiva, e o PP2 (Fisioterapeuta) e o PP3 (Psicóloga) salientam a qualidade do ambiente onde se encontra o utente como elemento-chave para o conforto do utente (Anexo 19). O conforto numa ULDM, segundo os participantes-profissionais engloba não apenas a ausência de dor ou a prestação de cuidados físicos, mas também das experiências complexas e multidimensionais, decorrentes da subjetividade do paciente e do cuidador, que resultam de fatores relacionais e contextuais, tendo por base a humanização dos cuidados. No entanto, verifica-se que cada participante apresenta uma perspetiva diferente, mas complementar, o que salienta a dimensão subjetiva do cuidador e específica à sua formação/exercício profissional.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-profissionais demonstram ter uma perspetiva de conforto para o utente internado decorrente da especificidade da sua formação/exercício profissional, o que nos conduz a concluir que os profissionais tendem a apresentar uma perspetiva parcial específica, e a ausência de uma visão integradora e holística sobre o paciente.

Questão 3: "Acha que existem maneiras diferentes de entenderem o que é o conforto, entre os cuidadores, os familiares e os utentes? Por que razão?"

Análise do *grupo focal* de profissionais à questão 3: Os participantes-profissionais apontam para a multidimensionalidade do conceito de conforto, mas não diferenciam os diferentes agentes. Consideram assim, que cada um destes elementos que intervêm com o utente, apresentam uma experiência subjetiva do conceito de conforto e perante esta subjetividade, salientam a necessidade dos cuidados serem adaptados face às carências físicas ou emocionais de cada utente, com foco nas particularidades que existam (Anexo 20). Os participantes-profissionais revelam concetualizar o conforto é visto como uma variável multidimensional e subjetiva, é centralizada no utente, não salientando que possam existir diferenças entre cuidadores, familiares e utentes. Através desta análise emergem valores fundamentais, tais como, a subjetividade da experiência de conforto e a necessidade de personalização do cuidado, e a importância da escuta ativa, como valores básicos para uma prática profissional humanizada, consciente e ética.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-profissionais não respondem de forma integral à pergunta proposta. Relacionam mais os utentes e os familiares devido às experiências anteriormente vivenciadas e as fragilidades dos laços familiares que existem nestes utentes aquando da sua institucionalização. É possível observar que o conforto decorre das crenças pessoais dos cuidadores, derivadas das experiências subjetivas pessoais e que o conforto é focado nos cuidados a nível físico como psicológico.

Questão 4: "Se para os profissionais existirem diferentes formas de entender o que é o conforto do utente, que dificuldades podem existir para o utente?"

Análise do *grupo focal* de profissionais à questão 4: Os participantes-profissionais destacam a importância do utente como central na compreensão do conforto, atribuindo uma importância relativa aos outros intervenientes no contexto dos cuidados, no sentido em que a família não emerge como variável relevante e participativa na definição do conceito de conforto, os profissionais como alguém que tem que analisar e intervir nos cuidados de conforto ao utente, em especial de forma individualizada para cada utente, as dificuldades trazidas pelo rácio profissionais/utentes, que interfere negativamente nos cuidados de conforto e o facto de os profissionais terem diversas formas de entender o que é o conforto pode causar desafios na prática clínica (Anexo 21). Os participantes-profissionais referem que têm maneiras diferentes de interpretar o que é o conforto do utente, e decorrente desta realidade, podem emergir três grandes dificuldades para o utente: a) a dissonância face ao cuidado (diferentes

formas de entender o que é o conforto entre os profissionais); b) a incapacidade de atender ao conforto e ao cuidado do utente (devido à escassez de tempo ou falta de profissionais) e c) a exclusão da família como coparticipante ativa no proporcionar do conforto. Os participantes-profissionais salientam a existência de regras institucionais que restringem a concretização de uma abordagem completa e centrada no utente.

Reflexão enquanto observadora-participante: Foi possível verificar que os participantes-profissionais tiveram alguma dificuldade em abordar a questão da possível dissonância relativa ao conceito de conforto que possa existir entre os profissionais, familiares e utentes, preferindo colocar em evidência as dificuldades relativas aos recursos disponíveis e ao elevado número de utentes. PP1- Enfermeira; PP2 – Fisioterapeuta e PP3 – Psicóloga, salientam a necessidade de centralização dos cuidados na sua personalização, o que também pode decorrer das suas diferentes funções/experiências profissionais neste contexto. Os participantes-profissionais referem sublime-te que a vontade do utente deve ser respeitada desde que isso não comprometa o seu quadro clínico.

Questão 5: "Quais são as três intervenções realizadas que trazem mais conforto aos utentes? Por favor, coloque-as por ordem"

Análise do *grupo focal* de profissionais à questão 5: Os participantes-profissionais revelam que o conforto para o utente é visto como uma variável multidimensional, que deriva quer da existência de um contexto seguro e tranquilo, que reflita a sensibilidade dos profissionais, face as necessidades e condições específicas do utente. Todos estes fatores mostram que o cuidado centrado no utente deve ser ético e responsivo (Anexo 22). Segundo os participantes-profissionais as intervenções realizadas que mais proporcionam conforto, não se limitam somente a procedimentos isolados, mas a elementos relacionais e contextuais, no sentido em que, o conforto não está só nas ações em si, mas na qualidade relacional e técnica como são executadas, assim como na qualidade do ambiente em que ocorrem. Os participantes-profissionais salientam a importância de ter em consideração o conforto como variável multidimensionalidade, decorrente dos aspetos pessoais/individuais do utente, relacionais e ambientais.

Reflexão enquanto observadora-participante: Apesar dos participantes-profissionais não responderem de uma forma integral à pergunta proposta, é notório que existe ligações entre as várias áreas de prática de cuidados existentes numa ULDM. Enquanto observadora, apercebi-me que consoante as três respostas, é muito importante neste tipo de contexto existir uma equipa multidisciplinar coesa.

Grupo focal - Familiares

Questão 1: "Para si, o que significa a palavra conforto?"

Análise do *grupo focal* de familiares à questão 1: Segundo os participantes-familiares o conforto é uma experiência subjetiva positiva, que envolve, o estado emocional positivo do utente, as experiências positivas e o auxílio às necessidades ou cuidados pretendidos (Anexo 23). A análise das respostas dos participantes-familiares revela que o conceito de conforto, não é concetualizado de uma forma somente física, mas também emocional e relacional. Depende da perceção de cada pessoa, ou seja, é uma experiência subjetiva, sendo que referem que o cuidado prestado que proporcione uma experiência de bem-estar, satisfação das necessidades, sempre tendo em consideração a centralização do cuidado no utente, serão basilares para a sua concetualização de conforto.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-familiares expressaram alguma hesitação para a participação no estudo. Esta situação decorre de fatores como a idade avançada, mas sobretudo de algum receio que as suas respostas fossem divulgadas e causasse algum prejuízo ao seu familiar (mesmo depois de ter conhecimento e assinado o consentimento informado).

Questão 2: "Na sua opinião, o que é necessário para que um utente de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção se sinta confortável?"

Análise do *grupo focal* de familiares à questão 2: Analisa-se que os participantes-familiares consideram necessário que o utente tenha sobretudo os cuidados físicos necessários, mas também os psicológicos, isto é, não apenas do cuidado ao seu estado físico ou ausência de dor, mas também numa dimensão relacional cuidadora (Anexo 24). Para que exista conforto numa ULDM, os participantes-familiares realçam aspetos fundamentais como, a prestação dos cuidados físicos regulares, a importância do cuidado psicológico, a qualidade das relações interpessoais (entre o utente e o cuidador) e a centralização do cuidado no utente.

Reflexão enquanto observadora-participante: Enquanto observadora apercebi-me que os participantes-familiares direcionavam as respostas para a situação específica dos seus familiares-utentes.

Questão 3: "Acha que existem maneiras diferentes de entenderem o que é o conforto, entre os cuidadores, os familiares e os utentes? Por que razão?"

Análise do *grupo focal* de familiares à questão 3: Os participantes-familiares parecem expressar que não existem diferenças na perceção do que é o conforto, entre cuidadores,

familiares e utentes, salientando a necessidade de existirem profissionais com qualidade na prestação dos cuidados e do papel vigilante da família acerca desta qualidade (Anexo 25). Os participantes-familiares demonstram que entre os cuidadores, familiares e utentes existe uma ideia comum sobre o conceito de conforto. A experiência e qualidade dos cuidadores é também visto como uma variável significativa pois é através destes que o conforto é prestado. A família parece estabelecer um acompanhamento e monitorização constante das condições do seu familiar-utente.

Reflexão enquanto observadora-participante: É possível observar-se que os participantes-familiares, sentem confiança e credibilidade nos profissionais. Os participantes-familiares não respondem de forma integral à pergunta devido a fatores anteriormente mencionados.

Questão 4: "Se para os profissionais existirem diferentes formas de entender o que é o conforto do utente, que dificuldades podem existir para o utente?"

Análise do *grupo focal* de familiares à questão 4: Embora um dos participantes-familiares não responda à questão colocada os outros participantes-familiares salientam a importância da homogeneidade concetual sobre o conforto, em especial através do cumprimento das "regras", isto é, das técnicas e métodos para prestar os cuidados necessários para que o utente se sinta confortável (Anexo 26). Os participantes-familiares salientam que quando os profissionais têm maneiras diferentes de interpretar o que é o conforto do utente poderão existir dificuldades, pelo que a homogeneidade do conceito de conforto é necessária para garantir a qualidade dos cuidados. O cumprimento das regras e dos procedimentos a realizar são perspetivados como elementos essenciais para uma prestação de cuidados eficaz.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-familiares não conseguiram responder de uma forma clara à pergunta. Nesta questão em específico, a observadora sentiu que estes participantes recuaram e hesitaram devido à omissão de informações tanto por partes dos seus familiares como dos profissionais ou da instituição em si.

Questão 5: "Quais são as três intervenções realizadas que considera que trazem mais conforto ao seu familiar/utente? Por favor, coloque-as por ordem"

Análise do *grupo focal* de familiares à questão 5: Os participantes-familiares revelam que o conforto é visto como o resultado de ações simples, mas significativos, através do cuidado na comunicação com o utente, dos cuidados físicos básicos e mobilização sem que o

utente fique restrito à sua cama/quarto (Anexo 27). Segundo os participantes-familiares as intervenções realizadas descritas como proporcionadoras de conforto são: a) a escuta ativa, b) os cuidados físicos prestados, c) a interação cuidada com o utente, e d) o levante do utente.

Reflexão enquanto observadora-participante: Os participantes-familiares salientam a importância dos cuidados físicos ao utente, bem como uma comunicação respeitadora e cuidada.

Análise Global

Tendo em conta a análise realizada aos 3 *grupos focais* (utentes, profissionais e familiares) e articulando com a informação revista na introdução da dissertação, pode-se concluir que o conceito de conforto do utente idoso/a num contexto de internamento, é visto como uma variável multidimensional, relacional e subjetiva, devido às experiências adquiridas e dos modelos adotados pelo contexto do internamento, tal como evidenciado por Nicolau (2013) e Sousa (2020). Nomeadamente, segundo a OCDE (2017), o conforto é um conceito multidimensional, englobando várias dimensões, sejam elas, físicas, emocionais, sociais, psicológicas e espirituais (Feitor et al., 2020).

O *grupo focal – utentes* corrobora esta concetualização, evidenciando que o conforto é muito mais que a ausência de dor ou de cuidados físicos, valorizando a afetividade, o contexto/ambiente, a escuta ativa e os fatores relacionais. O *grupo focal – profissionais* assume diferentes perspetivas sobre a concetualização do conforto, o que traduz a complexidade e variabilidade individual, quer da especificidade das funções profissionais. Já o *grupo focal – familiares* vê o conceito de conforto como uma experiência que abrange a satisfação das necessidades físicas e psicológicas do familiar, a qualidade das relações intrapessoais e o respeito pela autonomia do/a idoso/a. De acordo com estas perspetivas, parece existir a necessidade de implementar uma abordagem integrada e personalizada no cuidado, indo ao encontro do que é defendido em países como a Holanda, Suécia e Inglaterra que valorizam o sentimento de bem-estar integral e a qualidade de vida (Feitor et al., 2020).

A subjetividade do conforto é um ponto-chave referido tanto na literatura como na análise dos *grupos focais*, devido às experiências de conforto vividas de forma idiossincrática (cultura, género, quadro clínico, expectativas), ou seja, é pedido por parte dos profissionais uma escuta ativa, respeito pela autonomia do utente e responsividade ética. De acordo com a análise do *grupo focal – utentes*, estes enaltecem a qualidade das relações interpessoais e afetivas dos profissionais. Já o *grupo focal – profissionais* apontam dificuldades, como a disponibilidade de tempo para o cuidado aos utentes, a ausência de empatia e as imposições institucionais que

parecem constranger uma abordagem mais humanizada. O *grupo focal – familiares* corrobora a necessidade de homogeneidade na concetualização do conforto, isto porque, divergências entre utentes e profissionais pode causar insegurança e desconforto para o/a idoso/a. Tal como os utentes, também Feitor, Veiga, José, Silva, & Elias (2020) referem a relevância da ausência de disponibilidade dos profissionais como um fator determinante para a perceção de conforto e bem-estar, ou seja, conceber os cuidados aos utentes nas suas necessidades físicas não é suficiente para a promoção do conforto (Feitor et al., 2020).

De acordo com Barbosa (2018), o utente e o contexto onde está inserido deve seguir uma perspetiva sistémica do/a idoso/a, isto porque, o resultado das intervenções parte muito das relações interpessoais estabelecidas, seja entre utente e família, utente e profissionais e família e profissionais (Barbosa, G. C., 2018). A análise realizada coloca em evidência que o *grupo focal – utentes* corrobora esta afirmação, o *grupo focal – profissionais* também, no entanto, devido à ausência de tempo e recursos onde apresentam limitações para a sua concretização, e por último o *grupo focal – familiares* expressa que a ULDM não transmite de forma eficaz as informações dos seus familiares.

Segundo Sousa (2020), a participação ativa dos utentes nas suas decisões clínicas é defendida e realçada devido à importância do respeito pela sua autonomia (Sousa, 2020). As análises obtidas dos *grupos focais utentes* e *profissionais* confirmam esta visão, sendo que o *grupo focal – utentes* valoriza a escuta ativa de ambas as partes, considera quando existe procura para decisões (quando existe possibilidade para tal) e desconforto quando não existe qualquer tipo de procura. O *grupo focal – profissionais* destaca a importância da personalização do cuidado, apesar da existência de barreiras institucionais que implicam a concretização do mesmo. Já o *grupo focal – familiares* evidencia o seu papel como coparticipante ativo, ou seja, monitoriza e acompanha o bem-estar do seu familiar-utente, apesar da exclusão que sente nas decisões que são implementadas. Seguindo esta perspetiva, este *grupo focal* coloca em evidência a relevância das ULDM partilharem tanto com os utentes como com as famílias, todas as informações relevantes do quadro clínico do seu familiar internado, e devem ser envolvidos em todas as decisões que possam ser realizadas (Feitor et al., 2020).

Quando abordamos a família numa perspetiva sistémica, esta tem um papel importante nas dimensões afetiva e emocional do/a idoso/a e por norma é o seu pilar na rede de apoio. Quando observamos as análises entre o *grupo focal – utentes* e o *grupo focal – familiares* podemos observar que não existe muitas relações estabelecidas, sendo evidente para o *grupo focal-utentes* que a família só consegue visitar de acordo com a disponibilidade de tempo que tem. Os maiores laços afetivos dos idosos acabam por ser estabelecidos entre os mesmos e os

profissionais, o que confirma com a análise feita no *grupo focal – utentes*, muitas vezes este sentimento advém dos cuidados de saúde prestados e da vigilância constante que fornece um sentimento de segurança e de apoio próximo. Este resultado evidencia-se também na literatura existente, porque o papel ou a participação familiar é algo inesperado, devido não só a famílias nucleares extensas, mas também ao facto de estas acabarem por ter uma tipologia emaranhada (Sampaio, 2024).

Ainda podemos concluir, segundo Cunha et al. (2019), que a rede informal nesta faixa etária acaba por "desaparecer" em relação a uma rede mais formal, devido a deteorização do seu estado de saúde e, como referido pelo *grupo focal-utentes*, pode-se evidenciar que a família, ou seja, a rede informal, não apresenta visitas regulares e privilegia os profissionais pelo cuidado contínuo.

Em suma, outro ponto entre a literatura e os dados obtidos nesta investigação afirmam a importância que o papel do contexto institucional e relacional tem para a promoção ou ocultação do conforto. O ambiente assume uma dimensão fundamental para o bem-estar, seja dos utentes como dos profissionais e familiares. Sousa (2020) destaca o ambiente como um espaço tranquilo e seguro para a existência do conforto, no entanto, os relatos segundo os *grupos focais* referem limitações do conforto devido a regras institucionais e falta de recursos que dificultam para a prática de um ambiente mais humanizado (Sousa, 2020).

Conclusão

A articulação entre a literatura e a análise qualitativa sustenta a concetualização do conforto no/a idoso/a institucionalizado como um meio relacional, multidimensional e centrado na subjetividade do utente. Para a promoção do conforto é necessário uma abordagem ética, responsiva e colaborativa, através do conhecimento e experiências anteriormente vividas por parte dos utentes, profissionais e familiares. O contexto institucional e o ambiente são fatores relevantes para a prestação de cuidados mais humanizados.

Barbosa, Afonso, Paul, & Yanguas (2020) salientam, que o envelhecimento da população enfrenta múltiplos desafios, no sentido em que, as situações de dependência aumentam e exigem cuidados redobrados por parte de profissionais competentes (Barbosa et al., 2020). Quando abordamos o cuidado centrado na pessoa é importante de ressaltar Carl Rogers (2003), autor que defendia a centralidade do cuidado na relação e na tomada de perspetiva do outro, afirmando que os profissionais desta área devem promover três pontos fundamentais: a) a aceitação incondicional, b) a empatia, e c) a autenticidade (Barbosa et al., 2020).

Este estudo apresenta como limitações a sua finalidade exploratória, uma amostra de conveniência e restrita a poucas unidades de internamento ao idoso/a, assim como uma participação ainda mais restrita dos profissionais e de familiares. Salientamos ainda, que como observadora-participante, emergiu em mim a perceção de que os familiares e os utentes compartilham o medo de participar num estudo que possa implicar consequências para o conforto do utente, o que salienta a necessidade de se realizarem mais estudos acerca desta temática, para que o conforto não assuste ninguém e se constitua como avaliador da qualidade dos cuidados prestados ao utente na sua perspetiva biopsicossocial.

Em termos futuros considera-se que deveriam existir estudos com uma amostragem mais abrangente, com a participação ativa de mais profissionais e familiares, com um maior número/diversidade de instituições de cuidado ao utente idoso/a, que contribuam para promover a articulação técnica e humana entre os diferentes interventores institucionais, relativamente à qualidade dos cuidados globais prestados ao utente idoso/a internado.

Bibliografia

Afonso, R. M. (2019). *Cuidados de idosos centenários na região da Beira Interior (Portugal), 2*, pp. 147-160.

Barbosa, G. C. (2018). Atuação do Psicólogo Hospitalar na Visão Sistémica de Mony Elkaim: As Contribuições e Desafios do Trabalho Realizado com Idosos Hospitalizados. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Mina, 3*, 293-308.

Barbosa, M. M., Afonso, R. M., Paul, C., & Yanguas, J. (2020). Conceptualização dos cuidados centrados na pessoa idosa: origens e rumos. *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento, 6*, 1-18.

Barroso, I. C. (2018). Idadismo . *Um estudo em cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso*, pp. 9-10.

Cunha, J. D., Afonso, R. M., Duarte, P. A., & Oliveira, J. M. (2019). Experiências de pessoas idosas institucionalizadas sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e perceção do estado de saúde. *Revista Kairós-Gerontologia, 22*, 69-92.

Feitor, S. A., Veiga, A. R., José, A., Silva, V. M., & Elias, M. d. (2020). Identificação de Indicadores de Resultado Relativos à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados pelas Unidades de Longa Duração e Manutenção: Um Contributo. Em A. Nogueira, N. Moura, & Z. Azeredo, *Cuidados Continuados e Continuidade nos Cuidados* (pp. 14-26). Porto: Medicabook.

Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2001). Grounded Theory. Em E. M. Fernades, & L. S. Almeida, *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Gergen, K. J. (1985). The restoration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology. *40*, pp. 266-275.

Gergen, K. J. (2001). *Social Construction In Context.* Sage.

Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* New York: 1st Edition.

Leitão, S. G. (2024). Envelhecimento e Idadismo: Um estudo com jovens e adultos mais velhos. *Escola Superior de Educação*, 9-14.

Martins, C., Santos, C., Barroso, J., & Bandeira, S. (2020). O Índice de Qualidade de Vida no idoso internado na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação da Fundação Fernando Pessoa. Em A. Nogueira, N. Moura, & Z. Azeredo, *Cuidados Continuados e Continuidade nos Cuidados* (pp. 27-35). Porto: Medicabook.

Nicolau, C. V. (2013). Mestrado em Cuidados Paliativos. *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospital*.

Passeira, C. S. (2008). O Contributo da Família para o Envelhecimento com Dignidade . *Abordagem Fenomenológica das Vivências dos Idosos no Contexto da Família*, pp. 19-25.

Pordata. (Agosto de 2024). Obtido de Pordata: https://www.pordata.pt/pt

Rodrigues, A. I. (2023). *Cuidados de Conforto: as Perceções dos Profissionais de Saúde.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.

Sampaio, S. M. (2024). A Importância da Família na Vida do Idoso Institucionalizado. *Universidade do Minho*, 1-16.

Sequeira, J. (2023). Terapia Familiar Narrativa. Em M. G. Pereira, & M. P. Miranda, *Manual de Terapia Familiar* (pp. 67-83). Lisboa: Pactor.

Sousa, P. P. (2020). *O Conforto da Pessoa Idosa.* Leya.

ANEXOS

Anexo 1

Quadro 1: Análise do *grupo focal* exploratório (1 profissional, 1 utente, 1 familiar) à questão exploratória 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PGULDM_P1: "Sim. Porque precisam de cuidados de saúde específicos que não conseguem ter em casa [...] e que aqui podem usufruir dos recursos"	Acesso aos cuidados de saúde específicos e aos recursos institucionais	*Qualidade do cuidado e do bem-estar integral*	As categorias existentes decorrem de uma avaliação positiva ao bem-estar físico, e dos cuidados específicos para o utente.	O conforto dos utentes nesta ULDM é percebido como existente e com um conceito multidimensional, nas vertentes técnicas, relacionais, e do bem-estar prestado.
PGULDM_U2: "Sim. Porque são bem tratados e têm bastante conforto"	Confirmação da promoção do conforto face às vulnerabilidades existentes e perceção positiva do atendimento humanizado			
PGULDM_F3: "Sim. [...] na condição que estão todos precisam do mínimo de conforto"				

Anexo 2

Quadro 2: Análise do *grupo focal* exploratório (1 profissional, 1 utente, 1 familiar) à questão exploratória 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PGULDM_P1: "Proporcionar uma boa higiene e tratamento das feridas"	Conforto vinculado a uma higiene adequada e ao tratamento físico	*Qualidade do tratamento físico*	As categorias existentes demonstram que o conceito de conforto decorre dos cuidados de saúde e de higiene, relações interpessoais harmoniosas, e na qualidade do espaço físico.	Os participantes do pré grupo expressam existir conforto na ULDM, o qual passa por um conjunto de variáveis interdependentes, baseados em: - Cuidados básicos de saúde; - estabelecimento de relações interpessoais de qualidade com o utente; - Condições ambientais asseguradas. Todas estas variáveis revelam que o conforto numa ULDM envolvem aspetos emocionais/ sociais e não somente a ausência da dor física.
PGULDM_U2: "Ninguém chateia ninguém e todos nos damos bem"	Relacionamento harmonioso entre as pessoas	*Qualidade das interações sociais*		
PGULDM_F3: "Ter boas instalações, exercícios de estimulação cognitiva, fisioterapia, uma boa alimentação e assistência"	Conforto como um cuidado multidisciplinar	*Conforto integral baseado nas instalações, estimulação cognitiva, alimentação e assistência*		

Anexo 3

Quadro 3: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PU_ULDM_1: "Conforto é uma palavra de que uma pessoa está bem, está bem confortável, que está sabe...bem estimada."	Sentir-se cuidada/estimada	*Qualidade da relação com os cuidadores*	A categoria *Sentir-se cuidada/estimada e Sentimento de bem-estar* parecem decorrer da conceptualização do conforto como uma perceção de bem-estar pessoal. Este discurso acaba por estar presente em todos os participantes.	É possível observar-se que o conforto é concetualizado para estas pessoas como uma experiência subjetiva, relacionado com o bem-estar pessoal obtido a partir de três fatores interligados: - Qualidade do relacionamento com os utentes; - Afeto proporcionado aos utentes; - Qualidade do tratamento físico que recebem.
PU_ULDM_3: "É estar bem"	Sentimento de bem-estar			
PU_ULDM_2: "Conforto... significa... o bem-estar pessoal, a forma como somos tratados e o carinho que nos dão. Isso é o máximo de conforto que a gente pode ter as instalações são também boas..."	Sentimento de bem-estar pessoal	*Qualidade das intervenções e recursos clínicos*	As categorias *Sentimento de bem-estar pessoal* parecem decorrer, da forma como os indivíduos são tratados e dos recursos que usufruem. Este discurso está presente em 2 dos 3 participantes.	

Anexo 4

Quadro 4: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUCP1: "Conforto é bem-estar[...]."	Sentimento de bem-estar	*Conforto como autoperceção de bem-estar geral*	A categoria *Sentimento de bem-estar* decorre da conceptualização do conforto como a autoperceção de bem-estar pessoal no sentido geral.	O conforto é visto como um conceito geral associado à autoperceção individual de bem-estar, envolvendo também a dimensão relacional e emocional traduzida pela interação como os outros.
PUCP2: "Conforto é [...] estarmos em convívio."	A importância da interação social e a presença de vínculos sociais	*Conforto como decorrente da expressão de afeto e interação interpessoal*	A categoria *A importância da interação social e a presença de vínculos sociais* e *afeto* decorre da relevância qualitativa das relações interpessoais estabelecidas.	
PUCP3: "Carinho e amor"	Afeto			

Anexo 5

Quadro 5: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUERPI_1: "[...] conforto é colocar a pessoa à vontade, sem a pressionar é sentir bem-estar." **PUERPI_2:** "Conforto é a pessoa sentir-se bem, onde está e sentir-se acarinhada."	Conforto como sentimento de bem-estar e de carinho	*Qualidade nas relações entre profissionais e utentes*	A categoria *Conforto como sentimento de bem-estar e de carinho* decorre da qualidade da interação entre os profissionais e utentes.	Os participantes evidenciam que o conceito de conforto é visto como a experiência subjetiva de bem-estar pessoal, para o qual contribuem a qualidade das relações interpessoais.

Anexo 6

Quadro 6: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PU_ULDM_1: "Sinto que me tratam bem, lá está até hoje graças de Deus, ninguém me tratou mal." **PU_ULDM_3:** "Que haja paz e conforto com toda a gente."	Ausência de experiências negativas e vivências de experiências positivas	*Qualidade relacional*	A categoria *Ausência de experiências negativas e vivências de experiências positivas* parece decorrer da qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e utentes.	O conforto não é visto de forma unidimensional, ou seja, existem vários fatores que segundo estes utentes interferem na sua perceção de conforto: - a qualidade do tratamento proporcionado; - a disponibilidade dos recursos humanos e materiais; - a qualidade das relações entre os utentes e os profissionais.
PU_ULDM_2: "A minha unidade precisava [...] de uma enfermeira...veterana, mais velha e no ginásio precisava de uma cama que há daqueles de empinar [...] fica ali por causa dos joelhos, [...] está a fazer carga só nas pernas [...]."	Necessidade de mais profissionais com experiência e materiais adequados às necessidades dos utentes	*Qualidade dos cuidados físicos do utente*	A categoria *Necessidade de mais profissionais com experiência e materiais adequados às necessidades dos utentes* parece decorrer de lacunas existentes do número e qualidade de profissionais e equipamentos.	

Anexo 7

Quadro 7: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUCP1: "Acho que o barulho porque de resto sinto-me bem, só o barulho é que me incomoda. [...] as empregadas [...] falam muito alto [...]"	O ruído da voz em tom alto como desconforto	*O conforto é condicionado pelo ruido das interações que os profissionais estabelecem*	A categoria *Ruído da voz em tom alto como desconforto* decorre de estilos de comunicação em tom elevado por parte dos profissionais.	Os participantes da CP referem que o conforto envolve 2 fatores fundamentais: - Ambientais (promover um ambiente calmo e tranquilo); - Sociais (estabelecimento de relações interpessoais e sociais empáticas).
PUCP2: "É darmos bem com todos."	Relacionamento harmonioso entre as pessoas	*Qualidade das interações sociais*	A categoria *Relacionamento harmonioso entre as pessoas* decorre da existência de relações interpessoais empáticas e da ausência de conflitos para a promoção do conforto.	
PUCP3: "Eu sinto-me confortável aqui também gosto muito de estar aqui."	Sem categorização	*Sem categorização*	Sem categorização	

Anexo 8

Quadro 8: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUERPI_1: "[...] é tratar bem do doente, de todo carinho e conforto fora a ter calma com o doente e paciência [...]"	Impacto do cuidado humanizado no conforto.	*Importância do papel dos cuidadores no cuidado relacional, e das visitas familiares*	A categoria *Impacto do cuidado humanizado no conforto* decorre das práticas dos profissionais que pela qualidade relacional proporcionam sentimentos de bem-estar.	Os participantes referem que o bem-estar não é apenas uma variante física, mas também emocional, relacional e ambiental, ou seja, parte de: - Cuidado profissional afetivo e empático; - Manutenção das relações familiares/visitas; - A qualidade do contexto.
PUERPI_2: "Ter as visitas dos familiares regularmente e estar bem de saúde e feliz com o espaço onde estão"	Presença das visitas familiares, bem-estar físico e satisfação com o espaço.		A categoria *Presença das visitas familiares, bem-estar físico e satisfação com o espaço* decorre da preservação dos laços familiares significativos, do estar saudável e do sentimento de acolhimento no contexto.	

Anexo 9

Quadro 9: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 3.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PU_ULDM_1: "Todos temos uma ideia uns mais ativos outros menos ativos, mas isso é da pessoa como se pode ser uma pessoa muito calma e uma outra pessoa mais ativa mais viva."	Diferenças individuais	*Características de temperamento*	Esta categoria decorre de especificidades relacionadas com o temperamento individual.	Os participantes-utentes referem 2 aspetos complementares: - As características pessoais, das famílias, utentes e profissionais; - O esforço que cada qual concretiza (incluindo o utente) para que o utente se sinta confortável. Não parece existir por parte dos participantes-utentes que as diferentes formas de compreender o conforto se traduzam em mal-estar para o utente. Apenas o PU_ULDM_3 refere a disponibilidade de tempo da família para o utente.
PU_ULDM_2: "Tudo fazem para que o doente tenha conforto."	Perceção de que os profissionais e familiares procuram satisfazer as necessidades do conforto do utente	*Qualidade da relação com os cuidadores e familiares*	Esta categoria decorre da efetividade da qualidade dos cuidados para o conforto do utente.	
PU_ULDM_3: "Será diferentes para eles. [...]os profissionais não tenho o que dizer, os familiares só também vêm quando podem."	Profissionais e famílias com disponibilidade diferentes. A família tem uma disponibilidade diferente, de acordo com as suas possibilidades.	*Existem possibilidades diferentes de corresponder às necessidades de conforto do utente (a família de acordo com a sua disponibilidade)*	Esta categoria emergente decorre dos papéis e funções que familiares e profissionais, diferenciadamente, desempenham relativamente ao conforto do utente.	

Anexo 10

Quadro 10: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo face à questão 3.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUCP1: "[...] Quando está em casa não... não me faz companhia, ela está metida no quarto dela no computador, e eu estou metida na salinha entretida a trabalhar [...] de maneira que conforto lá não tenho, aqui tenho, as pessoas pronto, conversam e gosto de estar aqui." **PUCP2:** "É porque a gente une-se uns dos outros, é que somos como sejamos uma família."	Manutenção de laços afetivos e sentimento de pertença nas relações sociais	*Dimensão afetiva e social na interação entre as pessoas da CPF*	A categoria *Manutenção de laços afetivos e sentimento de pertença nas relações sociais* decorre do estabelecimento e manutenção de relações interpessoais significativas entre os utentes.	Os participantes da CP expressam que o conforto decorre: - da dimensão social (interação e companhia que travam o isolamento e promovem o bem-estar); - da dimensão afetiva (relações interpessoais empáticas); O PUCP1 e 2 referem a importância das relações interpessoais estabelecidas nesta instituição. O PUCP3 não expressa diferenças de entendimento entre os familiares, utentes e profissionais relativamente ao conceito de conforto. A existência de diferentes experiências individuais relativamente a cada um dos cuidadores, família e utentes condiciona, naturalmente, a ideia de conforto e a preferência pela manutenção no contexto institucional.
PUCP3: "Tudo igual."	Inexistência de diferenças concetuais entre cuidadores, familiares e utentes	*Uniformidade entre cuidadores, familiares e utentes relativamente ao conceito de conforto*	A categoria *Inexistência de diferenças concetuais entre cuidadores, familiares e utentes* parece decorrer da igualdade de pensamento em relação à maneira de ver o conforto entre os grupos apresentados (cuidadores, familiares e utentes).	

Anexo 11

Quadro 11: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 3.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUERPI_1: "[...] os profissionais entendem melhorar alguns utentes do que outros [...] devido muito a personalidade que possuem [...]"	Diferenças individuais relacionadas com a personalidade	*Características de personalidade e subjetividade do conceito*	Esta categoria decorre de especificidades relacionadas com a personalidade dos profissionais.	Os participantes salientam a definição de conforto poder ser diferente de pessoa para pessoa (cuidadores, utentes ou familiares), não tendo uma designação concreta. Estes aspetos subjetivos podem influenciar o entendimento e a prática do conforto.
PUERPI_2: "Por todos nós entendemos um conceito de forma diferente."	Conforto como conceito subjetivo		A categoria *Conforto como conceito subjetivo* decorre da referência ao conceito de conforto como inerente a cada pessoa.	

Anexo 12

Quadro 12: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM à questão 4.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PU_ULDM_1: "Às vezes não vai bem-dispostos, às vezes não é deles, às vezes é a convivência que às vezes também tem em casa e depois já não vem bem-disposto [...]."	Aspetos de cada cuidador relacionados com a sua vida pessoal	*Ambiente familiar/social do cuidador impacta na qualidade da relação com os utentes*	Esta categoria emergente decorre da perceção que o estado do humor do cuidador decorre da qualidade da sua vida pessoal.	Os utentes relevam as vicissitudes da vida pessoal dos profissionais e das famílias (disponibilidade de tempo) que determinam a qualidade de interação percebida pelo utente.
PU_ULDM_2: "[...]os profissionais é gente nova, mas tem já pronto um...[...], mas é como eu digo falta uma mandante mais velha."	Imaturidade dos profissionais e necessidade de coordenação por um profissional experiente	*Necessidade de supervisão profissional*	Esta categoria decorre da perceção de falta de uma orientação técnica por parte de profissionais mais experientes na área. Na supervisão dos profissionais mais novos.	
PU_ULDM_3: "[...]às vezes eles acham que nós nos portamos mal."	Análise do profissional por vezes pode infantilizar o idoso	*Qualidade da interação profissional/utente*	Esta categoria decorre de uma atitude idadista por parte dos profissionais.	

Anexo 13

Quadro 13: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 4.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUCP1: "Não porque eu também podem estar a fazer barulho [...] Não sei se elas percebem ou se não, não digo nada [...]"	Dificuldade dos profissionais em compreender o impacto do volume da expressão oral no conforto do utente	*Dificuldades de perceção dos profissionais relativamente ao ruido ambiental*	A categoria *Dificuldade dos profissionais em compreender o impacto do volume da expressão oral no conforto do utente* decorre da importância da sensibilidade dos profissionais relativamente ao ruido no conforto dos utentes.	Os PUCP demonstram a importância: - do conforto acústico para o conforto dos utentes - a importância da capacidade critica dos utentes para que o seu conforto pessoal seja respeitado e valorizado.
PUCP2: "A gente também temos olhos na cara e para a gente ratificar e ver [...]" **PUCP3:** "Apoiada."	O utente como capaz de análise critica acerca da qualidade dos cuidados	*Utente como avaliador*	A categoria *O utente como capaz de análise critica acerca da qualidade dos cuidados* decorre da sua participação no contexto.	

Anexo 14

Quadro 14: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI face à questão 4.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUERPI_1: "[...] os utentes sentir-se mal compreendidos [...]" **PUERPI_2:** "Expressarem aquilo que sentem por medo de serem julgados [...]"	Sentimento de incompreensão e de julgamento que pode inibir o utente de comunicar o que pensa/sente	*Necessidade de uma comunicação por parte dos profissionais.*	A categoria *Sentimento de incompreensão e de julgamento que pode inibir o utente de comunicar o que pensa/sente* decorre de dificuldades na capacidade profissional de ouvir o utente nas suas necessidades ou preocupações.	Analisa-se que existe a necessidades de ouvir os utentes, tendo em consideração a sua comunicação, sem a qual, aumentará a frustração e desconforto aos utentes.

Anexo 15

Quadro 15: Análise de conteúdo dos utentes de uma ULDM face à questão 5.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PU_ULDM_1: "Eu não mudaria nada... podia mudar caras e vem algumas novas"	Interação com novas pessoas	*Novidade nas relações interpessoais*	Esta categoria decorre da necessidade de trazer novas relações interpessoais que poderão ser relevantes para o conforto do utente.	Os participantes-utentes demonstraram que existem áreas priorizáveis que podem determinar o conforto do utente: a) A novidade de interagir com novas pessoas; b) Qualidade do tratamento físico e a sensibilidade dos profissionais no relacionamento interpessoal.
PU_ULDM_2: "A mim, uma delas é quando me sai bem a fisioterapia [...]Quando peço alguma coisa sou bem atendido e essas coisas é que fazem o conforto das pessoas e o bem-estar."	Qualidade do tratamento físico e satisfação das necessidades percebidas com empatia	*Qualidade do tratamento físico e empatia*	Esta categoria decorre da qualidade do atendimento prestado, quer do tratamento físico, quer da resposta às necessidades percebidas de forma empática.	
PU_ULDM_3: "Na unidade não sei."	Sem categorização	*Sem categorização*	Sem categorização	

Anexo 16

Quadro 16: Análise de conteúdo dos utentes de uma Casa do Povo à questão 5.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PCP1: "[...] fiz uma rendinha à volta de um pano [...] não foi porque ela me pediu eu vi que ela estava interessada [...]" **PCP3:** "Pintar."	Participação em atividades para as quais está motivada e atividades lúdicas que proporcionem o conforto e o bem-estar	*Necessidade de ir ao encontro das motivações individuais dos utentes*	A categoria *Participação em atividades para as quais está motivada,* decorre da importância que a utente atribui ao facto de existirem intervenções de carácter lúdico/estimulante de interesse pessoal.	Os PUCP destacam 2 dimensões importantes relativamente às intervenções que proporcionam conforto, sendo elas: - A relevância do cuidado na rotina da medicação; - As atividades que procuram estimular tanto ao nível cognitivo como motor de forma a expressarem-se criativamente (experiências subjetivas ou emocionais).
PCP2: "Olhe são horas são…de…dão-me a medicação [...] e se a gente precisar de alguma coisa elas são sempre as ordens [...]."	Cuidado ao nível da rotina por parte da medicação e disponibilidade dos profissionais para com os utentes	*Conforto associado à segurança os cuidados e disponibilidade dos profissionais*	A categoria *Cuidado ao nível da rotina por parte da medicação e disponibilidade dos profissionais para com os utentes* decorre perceção da segurança e disponibilidade sentida pelos utentes.	

Anexo 17

Quadro 17: Análise de conteúdo dos utentes de um ERPI à questão 5.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PUERPI_1: "[...] sentir-me compreendida e ouvida, gostar de conversar, sentir carinho e afeto.	Intervenções relacionadas com a empatia e afeto	*Intervenções relacionadas com a manutenção dos vínculos familiares, atividades de estimulação cognitiva e social*	A categoria *Intervenções relacionadas com a empatia e afeto* decorre da necessidade do utente sentir-se ouvido/a, de ter interação social e afeto.	Os participantes revelam que o conforto tem somente uma componente física, mas sobretudo emocional e social, interligada com a qualidade das relações interpessoais com os familiares, profissionais e outros utentes.
PUERPI_2: "Visitas [...] dos meus filhos, atividades [...] lúdicas, conversas com os profissionais de saúde.	Visitas familiares e atividades de carácter lúdico/interação social com os profissionais de saúde		A categoria *Visitas familiares e atividades de carácter lúdico/ interação social com os profissionais de saúde* decorre da manutenção das interações familiares e atividades que promovem a estimulação cognitiva e social.	

Anexo 18

Quadro 18: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PP1_Enfermeira: "Conforto é [...] o bem-estar em si, digamos...é a pessoa estar feliz, estar contente e sentir-se bem na situação onde está[...]"	Perceção subjetiva de bem-estar baseada em emoções como felicidade e tranquilidade	*Perceção de bem-estar*	As categorias *Perceção subjetiva de bem-estar baseada em emoções como felicidade e tranquilidade* e *Conforto como decorrente do auxílio prestado ao utente e promoção da perceção de bem-estar para este* decorrem de os profissionais considerarem a perceção de bem-estar do utente com determinante na conceptualização de conforto.	É possível observar-se que o conforto é concetualizado de diferentes formas mais simplistas/reducionistas ou de formas mais holísticas pelo participantes-profissionais: - Ter os cuidados de saúde física necessários; - Experiências subjetivas ligadas ao bem-estar; - Experiência multidimensional, seja física, psico-espiritual, psicossocial ou ambiental.
PP2_Fisioterapeuta: "Então conforto é.…ajudar o utente naquilo que ele mais precisa [...] é promover uma sensação de bem-estar ao doente."	Conforto como decorrente do auxílio prestado ao utente e promoção da perceção de bem-estar para este			
PP3_Psicóloga: "[...] conforto físico [...] deve-se, pelo menos ao fato de ele não ter dores fisicamente, temos o conforto num contexto psico-espiritual [...] e temos que ter sempre em conta a religião de cada um [...] temos um conforto psicossocial em que a presença de um familiar, de um amigo [...] é muito importante, [...] podemos falar num conforto também a nível ambiental [...] ter um ambiente calmo, tranquilo...confortável [...]"	Conforto como resposta a necessidades biopsicossociais do utente	*Conforto como conceito multidimensional: físico, psicológico, espiritual*	Esta categoria engloba as várias dimensões de vida do utente.	

Anexo 19

Quadro 19: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PP1_Enfermeira: "Para além da parte física, ou seja...de ter um bom colchão, uma boa cama, é preciso também...parte de cremes, que ajudam na parte do conforto [...] o conforto também parte um bocado da nossa atenção para com eles, ou seja, a conversa...os pequenos miminhos que podemos dar [...]"	Conforto do utente como tratamento físico e interação humana	*Conforto físico e relacional*	Esta categoria decorre de que o conforto não está somente restrito aos fatores físicos, mas também engloba questões relacionadas com a interação com o utente.	Todos os participantes-profissionais referem que o conforto não é exclusivamente um fator físico, mas também emocional e ambiental: - Está interligado aos cuidados materiais (cremes e alívio da dor) e aos cuidados psicológicos (conversas e pequenas ações praticadas); - É uma experiência subjetiva; - O PP2_Fisioterapeuta e o PP3_Psicóloga salientam a qualidade do ambiente onde se encontra o utente como elemento-chave para o conforto do utente.
PP2_Fisioterapeuta: "Olhe se for um utente que esteja com dor, acho que o que é preciso é.…que fique sem dor [...], o conforto é o doente sentir-se bem, aconchegado com sensação de bem-estar, é sentir-se acolhido num ambiente familiar e que seja agradável e confortável para ele." **PP3_Psicóloga:** "[...] tem que ter a sensação de bem-estar [...] tem que estar num ambiente relaxado [...] com medidas de conforto [...]"	Conforto como bem-estar físico e psicológico num ambiente familiar	*Conforto como uma experiência multidimensional*	A categoria *Conforto como bem-estar físico e psicológico num ambiente familiar* parece decorrer da ideia de que o conforto não advém só da ausência de dor, mas do envolvimento que existe num ambiente tranquilo e adaptado às condições ou necessidades do utente tanto ao nível físico como psicológico.	

Anexo 20

Quadro 20: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 3.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PP1_Enfermeira: "[...]Acho que a palavra conforto também depende muito da pessoa que a vê, não é? Ou como uma pessoa pensa [...]"	Conforto como conceito subjetivo	*Conforto como uma experiência subjetiva e individual*	A categoria *Conforto como conceito subjetivo* decorre da referência do PP1 à subjetividade do conceito.	Os participantes-profissionais apontam para a multidimensionalidade do conceito de conforto, mas não diferenciam os diferentes agentes (utentes, cuidadores e familiares). Consideram assim, que cada um destes elementos que intervêm com o utente: - apresentam uma experiência subjetiva do conceito de conforto; - perante esta subjetividade, salientam a necessidade dos cuidados serem adaptados face às carências físicas ou emocionais de cada utente, com foco nas particularidades que existam.
PP2_Fisioterapeuta: "[...] vai depender muito do tipo de cuidados de cada utente, porque há utentes que tem necessidades mais específicas do que outros. Por exemplo, se for um doente que esteja com uma dor muito forte, o foco [...] vai ser diminuir a dor [...] doentes com labilidade emocional, [...] vai ser sobretudo ouvir o doente, conversar com ele [...]"	Diferenciação das necessidades especificas de cada utente num determinado momento	*Corresponder às necessidades especificas de cada utente no momento*	Esta categoria decorre das necessidades especificas de cada utente, sendo o conforto concetualizado como as intervenções físicas ou psicológicas, adaptadas à prioridade do utente num determinado momento.	
PP3_Psicóloga: "[...] cada...um de nós, seres humanos temos personalidades e entendimento diferente quer das coisas, quer do sentimento das emoções que sentimos, e que vivemos. [...]"	Singularidade humana e experiência emocional	*O conforto é vivenciado de forma única de indivíduo para indivíduo*	A categoria *Singularidade humana e experiência emocional* parece decorrer da personalidade e da forma como cada pessoa compreende e sente as emoções.	

Anexo 21

Quadro 21: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 4.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PP1_Enfermeira: "[...]a falta mesmo de tempo, acho que todos os profissionais de saúde vão dizer a mesma situação, temos pouco tempo para a quantidade de pessoas que temos para as necessidades que elas apresentam"	Dificuldades ao nível do tempo dos profissionais para prestar os cuidados de conforto ao utente.	*Características estruturais que dificultam o conforto ao utente: número de profissionais, e dificuldades de organização*	A categoria *Dificuldades ao nível do tempo dos profissionais para prestar os cuidados de conforto ao utente* decorre dos problemas estruturais relacionadas com a relação entre o número de utentes e os profissionais disponíveis.	Os participantes-profissionais destacam a importância do utente como central na compreensão do conforto, atribuindo uma importância relativa aos outros intervenientes no contexto dos cuidados: - a família não emerge como variável relevante e participativa na definição do conceito de conforto; - os profissionais como alguém que tem que analisar e intervir nos cuidados de conforto ao utente, em especial de forma individualizada para cada utente; - As dificuldades trazidas pelo rácio profissionais/utentes, que interfere negativamente nos cuidados de conforto; - O facto de os profissionais terem diversas formas de entender o que é o conforto pode causar desafios na prática clínica.
PP2_Fisioterapeuta: "O profissional tem que perceber acima de tudo, quais são as necessidades específicas de cada utente e, percebendo isso vai ser mais fácil, depois adequar...as intervenções para ter para cada doente [...]"	Profissional como alguém que tem que diagnosticar as necessidades de conforto do utente	*Foco no profissional como alguém que tem que analisar e compreender os cuidados específico para a promoção do conforto*	A categoria *Profissional como alguém que tem que diagnosticar as necessidades de conforto do utente* decorre da competência que cada profissional tem que possuir para interpretar as necessidades do utente e desta forma ajustar as intervenções especificas.	
PP3_Psicóloga: "[...]Portanto, entre cada profissional, tem que ser tido sempre em conta o que é um confortável para o doente […] o importante é sempre avaliarmos a vontade do doente [...]"	Centralização nas necessidades do utente, sem ter em consideração questões sistémicas que possam estar envolvidas	*Centralidade do utente, independentemente de outras variáveis participantes*	A categoria *Centralização nas necessidades do utente, sem ter em consideração questões sistémicas que possam estar envolvidas* parece negligenciar outras variáveis que recursivamente intervêm na vida dos utentes.	

Anexo 22

Quadro 22: Análise de conteúdo dos profissionais de uma ULDM à questão 5.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PP1_Enfermeira: "[...] a parte psicológica [...] porque uma pessoa se está bem psicologicamente acaba por vir o seguinte [...]"	Bem-estar psicológico	*Bem-estar psicológico como fundamento basilar para o conforto*	Esta categoria decorre através da perspetiva deste participante que refere o bem-estar psicológico do utente como uma dimensão fundamental para o conforto.	Os participantes-profissionais revelam que o conforto para o utente é visto como uma variável multidimensional, que deriva quer da existência de um contexto seguro e tranquilo, que reflita a sensibilidade dos profissionais, face as necessidades e condições específicas do utente. Todos estes fatores mostram que o cuidado centrado no utente deve ser ético e responsivo.
PP2_Fisioterapeuta: "[...] se for um utente com dor, acho que...a prioridade é aliviar a dor [...]se for, um utente com uma labilidade emocional é escutá-lo, ouvi-lo [...]"	Ajustamento das intervenções face às necessidades dos utentes	*Capacidade de corresponder às necessidades identificadas no utente para promover o conforto*	A categoria *Ajustamento das intervenções face às necessidades dos utentes* decorre da capacidade dos profissionais em identificar as situações de desconforto e providenciar as intervenções necessárias para o utente, seja ao nível da dor física ou do sofrimento emocional.	
PP3_Psicóloga: "Proporcionar o ambiente tranquilo [...] enquanto psicólogos escutar atentamente, quer tal a linguagem verbal, quer a não verbal [...] uma das coisas importantes é escutar atentamente o utente, proporcionar-lhes a vontade dele desde que não crie, regre...regressão do estado clínico, [...] Um terceiro é promover conforto e comodidade [...]"	Contexto seguro e tranquilo, capacidade de ouvir o utente, e promover o conforto de acordo com o estado clínico.	*Um contexto sensível á vontade e necessidades do utente*	A categoria *contexto seguro e tranquilo, capacidade de ouvir o utente, e promover o conforto de acordo com o estado clínico,* reflete a importância do contexto cuidador dirigido ao utente, tendo em consideração a sua especificidade e necessidades clínicas.	

Anexo 23

Quadro 23: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 1.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PF1: "Conforto...acredito que é estar tudo bem, porque está tudo agradável [...]."	Sentimento de bem-estar	*Conforto como a perceção subjetiva de bem-estar e segurança*	A categoria *Sentimento de bem-estar* e *Ausência de experiências negativas e sensação de satisfação completa das necessidades* decorre da conceptualização subjetiva do conforto, traduzida num bem-estar ou ausência de acontecimentos negativos.	Segundo os participantes-familiares o conforto é uma experiência subjetiva positiva, que envolve: - Estado emocional positivo do utente; - Experiências positivas; - Auxílio às necessidades ou cuidados pretendidos.
PF2: "A palavra conforto...significa [...] tudo o que a pessoa precisa [...] o conforto é tudo de bom, não há nada de mau [...]"	Ausência de experiências negativas e sensação de satisfação completa das necessidades			
PF3: "Conforto é [...] estar bem [...] e quando [...] precisa ser assistido [...]."	O conforto concetualizado como sensação de bem-estar e segurança através dos cuidados de saúde prestados		A categoria *O conforto concetualizado como sensação de bem-estar e segurança através dos cuidados de saúde prestados* decorre quer da perceção de bem-estar quer da perceção da assistência em caso de necessidade.	

Anexo 24

Quadro 24: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 2.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PF1: "É porque as pessoas [...] tratam tudo bem do pessoal." **PF2:** "[...] terem um cuidado de não sofrer, de não estar com dores e terem carinho e banhinhos [...]"	Qualidade do tratamento proporcionado pelos profissionais a nível físico e psicológico	*Qualidade das relações, cuidados dos profissionais e satisfação das necessidades do utente*	A categoria *Qualidade do tratamento proporcionado pelos profissionais* a nível físico e psicológico decorre da necessidade dos utentes terem cuidados físicos e psicológicos de acordo com as suas necessidades.	Analisa-se que os familiares consideram necessário que o utente tenha sobretudo os cuidados físicos necessários, mas também os psicológicos, isto é, não apenas do cuidado ao seu estado físico ou ausência de dor, mas também numa dimensão relacional cuidadora.
PF3: "[...] vê-lo com aquilo que precisa."	Satisfação das necessidades pessoais do utente		A categoria *Satisfação das necessidades pessoais do utente* decorre da perceção da satisfação das necessidades do utente por parte do familiar.	

Anexo 25

Quadro 25: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 3.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PF1: "Não acho diferença nenhuma [...] O que a gente quer é que corra tudo bem e que esteja tudo normal [...]."	Inexistência de diferenças concetuais entre cuidadores, familiares e utentes	*Sem diferentes concetualizações*	A categoria *Inexistência de diferenças concetuais entre cuidadores, familiares e utentes* decorre da homogeneidade de concetualizações.	Os participantes familiares parecem expressar que não existem diferenças na perceção do que é o conforto, entre cuidadores, familiares e utentes, salientando a necessidade de existirem profissionais com qualidade na prestação dos cuidados e do papel vigilante da família acerca desta qualidade.
PF2: "Mas os cuidadores forem bons, terem carinho e.…faz sempre diferença da família [...]."	Relevância sobretudo à importância da qualidade dos cuidadores e da presença da família	*Conforto como qualidade dos cuidadores e família*	A categoria *Relevância sobretudo à importância da qualidade dos cuidadores e da presença da família* decorre de profissionais com afeto nos cuidados e da presença da família na vida dos utentes.	
PF3: "Atão, se eu não o vir confortavelmente tenho de ir e fazer e explicar, qual é o ponto de vista em que ele.	Familiares como elementos atentos ao conforto do utente e que intercedem por este	*Família como avaliadora da qualidade dos cuidados*	A categoria *Familiares como elementos atentos ao conforto do utente e que intercedem por este* decorre da capacidade interventiva dos familiares em prol do conforto ao utente.	

Anexo 26

Quadro 26: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 4.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PF1: "[...]parece que dificuldades creio eu que ele agora está normal, mas de vez em quanto que tem dores e assim [...]"	Existirão dificuldades (inespecíficas)	*Existirão dificuldades (inespecíficas), pelo que os profissionais devem seguir regras delineadas*	As categorias *Existirão dificuldades (inespecíficas)* e *Regras institucionais vistas como garante do compromisso com o conforto do utente* decorrem do reconhecimento da necessidade de uniformização do conceito de conforto e do cumprimento das regras dos cuidados de conforto por parte dos profissionais.	Embora um dos participantes não responda à questão colocada os outros participantes salientam a importância da homogeneidade concetual sobre o conforto, em especial através do cumprimentos das "regras", isto é, das técnicas e métodos para prestar os cuidados necessários para que o utente se sinta confortável.
PF3: "[...]os profissionais por que há regras, há maneiras de eles terem de ceder a essas regras.	Regras institucionais vistas como garante do compromisso com o conforto do utente			
PF2: "[...]o conforto isso é tudo de bom, o que eles precisam."	Sem categorização	*Sem categorização*	Sem categorização	

Anexo 27

Quadro 27: Análise de conteúdo dos familiares de uma ULDM à questão 5.

Códigos	Categorias emergentes	Meta categorias	Caracterização categórica	Análise
PF1: "[...] é a comunicação."	Centralidade da comunicação como forma de promoção ao conforto	*Dimensão relacional do conforto*	A categoria *Centralidade da comunicação como forma de promoção ao conforto* decorre da importância da comunicação como o utente tem um papel fundamental nas relações.	Os participantes familiares revelam que o conforto é visto como o resultado de ações simples, mas significativos: - Cuidado na comunicação com o utente; - Cuidados físicos básicos; - Mobilização sem que o utente fique restrito à sua cama/quarto.
PF2: "[...]Banho [...] carinho/amor e.…boas palavras, terem muita paciência para eles [...]"	Conforto decorrente do cuidado físico e do cuidado na relação	*Conforto como cuidados físicos e humanização*	As categorias *Conforto como decorrente do cuidado físico e do cuidado na relação* e *Mobilização do utente* decorre do conforto como humanização dos cuidados prestados ao utente e que o levante seja visto como uma prática promotora de conforto e bem-estar.	
PF3: "[...]tirarem da cama [...]	Mobilização do utente			

INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P18-25

Projeto de Investigação: "Perceção de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção"

Investigador: Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto (Estudante de Mestrado em Terapias Familiares e Sistémicas, Instituto Superior Miguel Torga)

Orientador: Professor Doutor Diamantino José Figueiredo dos Santos (Instituto Superior Miguel Torga)

Entidade Parceira: [redacted]

Data de Entrada: 26 de dezembro de 2024

Data de Apreciação: 24 de fevereiro de 2025

Fundamentação do parecer:

O projeto de investigação intitulado "Perceção de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção", submetido por Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto, sob a orientação do Professor Doutor Diamantino Santos, tem como objetivo compreender diferentes perceções do conceito de conforto em contexto institucional, nomeadamente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção.

Trata-se de um estudo qualitativo com base metodológica na Grounded Theory, recorrendo a grupos focais com utentes, profissionais e familiares, organizados por amostragem de conveniência. Os dados serão recolhidos presencialmente e analisados de forma categorial. A participação é voluntária, confidencial e não envolve riscos significativos, sendo assegurados o anonimato e o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, após análise do protocolo e documentos anexos, emite parecer positivo quanto à realização deste estudo.

Coimbra, 24 de fevereiro de 2025

Pela Comissão de Ética,

Luís Cunha, PhD
(Comissão de Ética)

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
telf. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt

Pedido de Consentimento Informado à Unidade de Cuidados Continuados Integrados [redacted]

Este estudo, no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica no Ramo de Terapias Familiares e Sistémicas, do 2º ano e 2º Ciclo no Instituto Superior Miguel Torga, tem como objetivo contribuir para a compreensão da relação entre diferentes concetualizações de conforto dos profissionais, famílias e utentes de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, através de um procedimento exploratório de natureza qualitativa, com três grupos focais utilizando a Grounded Theory. Será aplicada anteriormente à versão final 2 questões para afunilamento do estudo. Este procedimento passará por 5 perguntas aos participantes através de uma entrevista que será gravada, privilegiando sempre a confidencialidade, o anonimato e a respetiva destruição dos arquivos guardados no final do estudo.

Para a participação, será recolhido um grupo de utentes, familiares e profissionais que se encontre nesta Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção.

Reforço ainda que o estudo *A perceção de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção* será sempre supervisionada pelo Professor Doutor Diamantino Santos. Em anexo irá o meu plano de dissertação mais detalhado sobre o estudo.

A investigadora: Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto Nº12517, contacto: 937573207, julianapinto14@gmail.com

Peso da Régua, 13 / 12 / 2024

Assinatura do investigador responsável: Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto

Consentimento da Instituição:

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora. Enquanto Unidade de Cuidados Continuados Integrados [redacted] Unidade de Longa Duração e Manutenção aceito a participação deste estudo e consinto os dados para serem utilizados de acordo com as informações que são disponibilizadas.

Sim [x] Não [ ]

Peso da Régua, 13 / 12 / 2024

Nome completo: Ana Lucia da Cruz Veloso Fraga

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Título do estudo/projeto: *Perceção de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção*

Informação ao/à participante: O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **Instituto Superior Miguel Torga (ISMT).**

Este estudo não é financiado e mereceu a aprovação da Comissão de Ética do ISMT. Tem por objetivo contribuir para compreender o conceito de conforto numa Unidade de Longa Duração e Manutenção. O procedimento experimental será feito em dois momentos, individualmente e com três grupos focais (um de profissionais, um de utentes e um de familiares).

Os investigadores são responsáveis pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (de acordo com o art.º 6.º, n.º 1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados - RGPD).

Se optar por participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento. Além de voluntária, a participação é também **confidencial**.

Os seus dados pessoais serão conservados pela investigadora e pelo seu orientador científico apenas durante o tempo estritamente necessário à conclusão da dissertação de mestrado.

O estudo tem como investigador responsável Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto, email julianapinto14@gmail.com, que poderá contactar.

Investigador responsável:

Juliana Cristina Lopes Saavedra Pinto, mestranda no ISMT, N.º aluna 12517, contacto: 937573207.

_____ , ____ /____ /_____

Assinatura do investigador responsável: _____

Consentimento do/a participante:

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas.

Sim ☐ Não ☐

_____, ____ /____ /_____

Nome completo: _____

Assinatura: _____

DOCUMENTO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA QUEM CONSENTE