



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
CENTRO REGIONAL DE BRAGA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**O NÍVEL DE FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS  
NAS INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE CELORICO DE BASTO**

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Teresa Paula Fernandes Pinto Ferreira

Orientadora: Professora Doutora Alexandra Patrícia Lopes Esteves

Coorientadora: Professora Doutora Maria Marta Lobo de Araújo

Outubro de 2014

***“Vivo na esperança de um gesto”***

*Vivo na esperança de um gesto*

*Que hás-de fazer.*

*Gesto, claro, é maneira de dizer,*

*Pois o que importa é o resto*

*Que esse gesto tem de ter.*

*Tem que ter sinceridade*

*Sem parecer premeditado;*

*E tem que ser convincente,*

*Mas de maneira diferente*

*Do discurso preparado.*

*Sem me alargar, não resisto*

*À tentação de dizer*

*Que o gesto não é só isto...*

*Quando tu, em confusão,*

*Sabendo que estou à espera,*

*Me mostras que só hesitas*

*Por não saber começar,*

*Que tentações de falar!*

*Porque enfim, como adivinhas,*

*Esse gesto eu sei qual é,*

*Mas se o disser, já não é...*

*Reinaldo Ferreira*

## **RESUMO**

---

Objeto central do estudo.

Este estudo teve como objetivo analisar os níveis de formação dos cuidadores formais das instituições de Celorico de Basto. O estudo é de natureza quantitativa e na sua realização recorreu a uma amostra não probabilística ou intencional com cento e três cuidadores formais, especificamente auxiliares de ação direta, que trabalham nas Estruturas Residenciais para Idosos e nos Serviços de Apoio Domiciliário de oito Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Celorico de Basto. Foi utilizado como instrumento o inquérito por Questionário e uma Pesquisa Documental. No percurso integral deste investimento académico procurou-se explorar e descrever a realidade profissional dos cuidadores deste concelho do interior do distrito de Braga, e da interpretação dos principais resultados sobressai uma insofismável realidade em que a formação profissional é determinante e crucial para o desenvolvimento de todas as competências funcionais e outras capacidades de recorte laboral, sendo necessário aumentar os seus níveis de formação dos cuidadores na área dos idosos. Os resultados obtidos convocam ainda a atenção para a importância dos níveis de formação dos cuidadores formais das instituições de Celorico de Basto estudadas, revelando-se não adequados e suficientes na atuação no quotidiano dos idosos. Por fim, foram mencionadas as limitações do estudo e as implicações dos resultados no aumento da qualidade dos serviços prestados aos idosos e em investigações futuras.

## **ABSTRACT**

---

Main subject of the study.

This study aimed to analyze the levels of training for formal caregivers of Celorico de Basto institutions. The study is quantitative in nature and in its realization appealed to a specifically aids or intentional non-probabilistic sample of one hundred and three formal caregivers' direct action, working in Residential Structures and Services for Seniors Home Support eight private institutions of Solidarity the social Celorico de Basto. The survey questionnaire and Documentary Research was used as an instrument. The full path of this academic investment sought to explore and describe the reality of professional caregivers this inland county district braga, and interpretation of the main results stands one undeniable reality that vocational training is critical and crucial for the development of all functional skills and other capacities of labor clipping and need to up their levels of training for caregivers of the elderly in the area. The results still summon attention to the importance of training levels of formal caregivers institutions Celorico de Basto studied, revealing whether they are adequate and sufficient performance in the daily lives of the elderly. Finally, the study's limitations and implications of results in increasing the quality of services provided to seniors and future research were mentioned.

## **AGRADECIMENTOS**

---

No decorrer desta minha experiência académica, foram muitas as pessoas que se revelaram uma forte fonte de apoio, ajuda e compreensão. A todas elas expresso, desde já, a minha enorme gratidão.

Em especial, quero agradecer ao meu marido, aos meus filhos e às minhas amigas Ângela e Carla, ao amigo José Manuel Sá, cuja paciência e compreensão fizeram com que se tornassem no pilar mais importante durante este percurso. A vocês manifesto toda a minha admiração e profunda gratidão, e dedico todo o meu trabalho e dedicação, porque me incentivaram a embarcar nesta aventura, me encorajaram e me fizeram acreditar que era possível. Com o vosso apoio, consegui superar todos os obstáculos e crescer como pessoa.

A minha maior gratidão vai para a minha orientadora, Professora Doutora Alexandra Esteves, e para a coorientadora, Professora Doutora Maria Marta Lobo de Araújo, por me terem ajudado a trilhar este caminho e concedido um apoio bem superior ao que alguma vez poderia ter imaginado. Pela sua paciência, apoio e disponibilidade, a minha gratidão perdurará até à eternidade.

À Universidade Católica e a todos os docentes que me auxiliaram e permitiram a partilha e construção de conhecimento, o meu muito obrigada.

# ÍNDICE

---

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO</b>	<b>4</b>
1. Envelhecimento biológico	5
2. Envelhecimento psicológico	6
3. Envelhecimento social	7
4. Tipos de envelhecimento	8
5. Dados epidemiológicos	9
<b>CAPÍTULO II - POLÍTICAS SOCIAIS DE APOIO À TERCEIRA IDADE</b>	<b>11</b>
1. Políticas sociais na terceira idade	12
2. O apoio aos idosos: breve perspetiva histórica	18
<b>CAPÍTULO III – RESPOSTAS SOCIAIS NA TERCEIRA IDADE</b>	<b>21</b>
1. Centros de dia	22
2. Estruturas residenciais para pessoas idosas	23
3. Serviços de apoio domiciliário	25
4. Respostas sociais existentes no concelho de Celorico de Basto	27
<b>CAPÍTULO IV – EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS</b>	<b>30</b>
1. Cuidadores formais	31
2. Tipos de educação e formação profissional dos cuidadores formais	32
3. Dificuldades ao nível de educação e formação dos cuidadores formais	34
<b>PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	<b>35</b>
<b>CAPÍTULO I – METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
1. Desenho do estudo	37
1.1. Objetivos de estudo	37
2. População e amostra	37
2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	38
3. Instrumentos	41
3.1. Inquérito por questionário	41
4. Procedimentos de recolha e análise dos dados	41
4.1. Recolha de dados	41
4.2. Análise de dados	42
<b>CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>43</b>
1. Estruturas e recursos de apoio à população idosa em Celorico de Basto	44
2. Formação dos cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social - concelho de Celorico de Basto	50

3. Formação dos cuidadores formais e o seu grau de preparação para trabalharem com a população idosa.	53
4. População idosa das respostas sociais de Celorico de Basto	65
<b>CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>68</b>
1. Estruturas e recursos de apoio à população idosa em Celorico de Basto	69
2. A formação dos cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Celorico de Basto	70
3. Formação dos cuidadores formais e o seu grau de preparação para trabalharem com a população idosa.	71
4. População idosa das respostas sociais de Celorico de Basto	73
5. Limitações do estudo	74
<b>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE QUADROS

---

QUADRO 1. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA POR SEXO (N=103)	38
QUADRO 2. ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA POR IDADE (N=98)	38
QUADRO 3. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL (N=103)	39
QUADRO 4. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELO NÍVEL E ÁREA DE ESCOLARIDADE (N=103)	40
QUADRO 5. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DE CELORICO DE BASTO DE APOIO À POPULAÇÃO IDOSA (N=95)	44
QUADRO 6. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR TIPO DE VÍNCULO DE TRABALHO (N=100)	45
QUADRO 7. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR RENDIMENTO LÍQUIDO MENSAL (N=103)	46
QUADRO 8. SATISFAÇÃO DA AMOSTRA COM O RENDIMENTO LÍQUIDO MENSAL (N=97)	46
QUADRO 9. TIPO DE TURNOS DA AMOSTRA (N=101)	47
QUADRO 10. NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DA AMOSTRA (N=103)	47
QUADRO 11. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ANOS DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO (N=103)	47
QUADRO 12. TRABALHO COMO MEIO PARA UM TRABALHO MELHOR (N=95)	48
QUADRO 13. TRABALHO COMO FORMA DE GANHAR A VIDA (N=90)	48
QUADRO 14. PRESENTE TRABALHO COMO ÚNICA OPORTUNIDADE DE EMPREGO (N=97)	49
QUADRO 15. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE IDOSOS QUE CUIDAM EM SIMULTÂNEO	49
QUADRO 16. EXISTÊNCIA DE OUTROS CUIDADORES (N=93)	49

QUADRO 17. NÚMERO DE HORAS DE FORMAÇÃO DA AMOSTRA (N=82)	50
QUADRO 18. ÁREAS DE FORMAÇÃO FREQUENTADAS (N=103)	51
QUADRO 19. ENTIDADES ORGANIZADORAS DA FORMAÇÃO	52
QUADRO 20. IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES TEREM MAIS MOMENTOS DE REFLEXÃO E PARTILHA EM GRUPO SOBRE OS CUIDADOS COM IDOSOS	53
QUADRO 21. INTERESSE E RELEVÂNCIA DAS FORMAÇÕES FREQUENTADAS (N=86)	54
QUADRO 22. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DAS FORMAÇÕES NO TRABALHO COM IDOSOS (N=85)	54
QUADRO 23. AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS TEÓRICOS DAS FORMAÇÕES (N=83)	55
QUADRO 24. AVALIAÇÃO SOBRE A RELEVÂNCIA DAS FORMAÇÕES PARA OS SABERES PRÁTICOS E PROFISSIONAIS DOS CUIDADORES FORMAIS (N=83)	55
QUADRO 25. IMPORTÂNCIA DE MAIS HABILITAÇÕES NA ÁREA DE TRABALHO (N=86)	56
QUADRO 26. IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES DOS CUIDADORES PARA LIDAREM COM OS IDOSOS (N=87)	56
QUADRO 27. IMPORTÂNCIA DAS FORMAÇÕES PARA FACILITAREM O TRABALHO COM OS IDOSOS (N=84)	57
QUADRO 28. IRRELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO NOS CURSOS DE FORMAÇÃO (N=85)	57
QUADRO 29. ÁREAS DE FORMAÇÃO QUE CONSIDERAM NECESSÁRIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO TRABALHO COM IDOSOS (N=55)	58
QUADRO 30. NECESSIDADE DE MAIS FORMAÇÃO (N=55)	59
QUADRO 31. PREPARAÇÃO PARA CUIDAR DE IDOSOS (N=92)	59
QUADRO 32. PARTICIPAÇÃO NO PLANO ANUAL DE ATIVIDADES DA INSTITUIÇÃO	59
QUADRO 33. PARTICIPAÇÃO DA AMOSTRA NO PLANO DESENVOLVIMENTAL INDIVIDUAL DO UTENTE (N=88)	60

QUADRO 34. RAZÕES DA PARTICIPAÇÃO OU NÃO PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS (N=20)	60
QUADRO 35. RAZÕES PARA NÃO PARTICIPAREM NOS GRUPOS DE TRABALHO (N=9)	60
QUADRO 36. FORMAÇÃO ADEQUADA À POPULAÇÃO IDOSA	61
QUADRO 37. CUIDADOS ONDE A AMOSTRA SENTE MAIS DIFICULDADES NO CUIDADO A IDOSOS (N=48)	61
QUADRO 38. AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA COMO CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES (N=68)	62
QUADRO 39. COMPARAÇÃO DOS CUIDADORES AO NÍVEL DA SAÚDE FÍSICA E MENTAL COM PESSOAS DA MESMA FAIXA ETÁRIA E SEXO (N=86)	62
QUADRO 40. EXISTÊNCIA DE CONSEQUÊNCIAS AO NÍVEL PESSOAL DOS CUIDADOS AOS IDOSOS (N=91)	63
QUADRO 41. TIPO DE CONSEQUÊNCIAS A NÍVEL PESSOAL (N=28)	63
QUADRO 42. EXISTÊNCIA DE ACONTECIMENTOS DE VIDA MARCANTES NOS ÚLTIMOS 6 MESES (N=93)	64
QUADRO 43. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE NO TRABALHO DOS CUIDADORES (N=18)	64
QUADRO 44. DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS POR CUIDADORES DAS INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE CELORICO DE BASTO	65
QUADRO 45. DISTRIBUIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS DE CELORICO DE BASTO	65
QUADRO 46. DISTRIBUIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO DE CELORICO DE BASTO	66

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

---

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA IDADE POR CATEGORIAS (N=98)	39
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR RESPOSTAS SOCIAIS (N=103)	45
GRÁFICO 3. FORMAÇÃO DOS SUJEITOS NA ÁREA DOS CUIDADOS AOS IDOSOS	50

## **INTRODUÇÃO**

---

A Gerontologia é uma área multidisciplinar que estuda as mudanças características do envelhecimento e dos seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais (Caldas, 2006).

O fenómeno do envelhecimento demográfico e populacional tem vindo a verificar-se um pouco por todo o mundo, começando a revelar-se também nos países em vias de desenvolvimento. Deste modo, as alterações ao nível do desempenho cognitivo, afetivo e social, implicam que os idosos e as suas famílias tentem adaptar-se a uma nova realidade, sendo que, perante este desafio, muitas famílias não conseguem satisfazer as necessidades básicas destas pessoas, recorrendo, então, às respostas sociais de apoio à terceira idade (Castro, 2011; Gonçalves, 2012).

Os cuidadores têm ocupado um espaço significativo no apoio aos idosos, pelo que a sua preparação e formação tornam-se necessárias para lidarem com situações de desamparo em que muitos idosos se encontram atualmente. Neste sentido, é importante que o cuidar seja uma ação que se baseie no respeito pelo sofrimento, pela singularidade, pelos valores e pela dignidade das pessoas que estão a ser cuidadas. Além disso, o cuidador, no desempenho das suas funções, deve ser dedicado, empenhado, criativo e envolver-se nesta relação de mutualidade com o idoso que está a ser cuidado e não apenas direcionar-se para a satisfação das necessidades básicas (Saraiva, 2011; Santos, 2011).

A formação dos cuidadores formais é indispensável tanto para quem cuida como para os próprios idosos, pois constituem uma população cada vez mais numerosa, exigente, escolarizada e esclarecida sobre os seus direitos (Santos, 2003).

Atualmente, são poucos os problemas que têm merecido tanta atenção do ser humano como os problemas do envelhecimento e das implicações que lhes estão subjacentes. Contudo, os estudos sobre a formação dos cuidadores formais de idosos no nosso país são bastante escassos e assumem-se com uma temática de particular relevância para os gerontólogos explorarem.

De acordo com os dados recolhidos do Programa de Desenvolvimento Rural de Basto (sd), o concelho de Celorico de Basto tem profissionais com mão de obra pouco qualificada, sendo limitados pelas necessidades económicas e sociais do concelho, o que pode ser explicado pela desvalorização da formação por parte das entidades empregadoras e pela própria população. Neste sentido e perante esta realidade com inúmeras carências ao nível da formação, como por exemplo, ao nível dos cuidadores de idosos, surge a necessidade de

educar e formar os cuidadores para o trabalho com idosos, especificamente nas respostas sociais de Centro de Dia, Estruturas Residenciais para Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário. Deste modo, afigura-se pertinente explorar esta realidade, tendo presente a seguinte questão “Será que a formação dos cuidadores formais (ajudantes de ação direta) é adequada às tarefas e responsabilidades que lhes estão atribuídas?”.

O presente estudo tem como principal objetivo conhecer os níveis de formação dos cuidadores formais que trabalham nas Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Celorico de Basto, tentando-se, assim, conhecer o seu grau de preparação para o desempenho de funções junto da população idosa.

Outro dos objetivos da presente investigação é fazer com que os resultados alcançados possam ser úteis para a sociedade atual, nomeadamente na implementação de estratégias de intervenção mais eficazes ao nível da formação dos cuidadores formais e, consequentemente, do aumento da qualidade dos serviços prestados à população idosa.

Ao nível de estrutura, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte apresentamos uma revisão da literatura, que se subdivide em quatro capítulos dedicados ao processo de envelhecimento, às políticas sociais de apoio à terceira idade, às respostas sociais desta faixa etária e à educação e formação dos cuidadores formais. Na segunda parte, procedemos à exposição da investigação empírica realizada, que inclui os aspetos metodológicos, a apresentação dos resultados, a discussão, as limitações do estudo e, finalmente, a conclusão da investigação e as implicações para o futuro.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento é um processo que ocorre durante a vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. Trata-se de um processo inevitável e irreversível e que provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais (Fonseca, 2004; Santos, 2003). Neste contexto, assiste-se a um duplo envelhecimento das sociedades contemporâneas, pela existência de um maior número de idosos e pela redução do número de jovens. Em termos demográficos, as sociedades modernas apresentam uma elevada esperança média de vida e uma baixa taxa de natalidade (Santos, 2003).

## **1. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO**

O envelhecimento biológico é um processo com efeitos visíveis, com alterações fisiológicas, com transformações contínuas e variáveis a que todos os seres vivos são sujeitos.

Este tipo de envelhecimento caracteriza-se por ocorrer ao nível dos tecidos, que perdem alguma flexibilidade, ao nível do funcionamento dos órgãos e da capacidade de reprodução das células, na danificação do código genético que conduz à produção de enzimas prejudiciais ao organismo e ao nível dos sistemas que reduzem a sua qualidade e agilidade nas funções que desempenham (Fonseca, 2004; Andrade, 2009). Além disso, o envelhecimento biológico passa também por alterações a outros níveis: paladar, olfato, visão, audição, alterações do sono, alterações da temperatura, peso, metabolismo, redução de oxigénio no cérebro por circulação cerebral insuficiente, problemas digestivos, atrofia muscular, perda de cabelo, secura da pele e aumento da pigmentação, perda de neurónios do sistema nervoso central, alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade (Agostinho, 2004; Andrade, 2009). Aqui destacam-se os défices sensoriais de natureza auditiva e visual, que são considerados algumas das causas mais importantes para o declínio geral das capacidades dos idosos.

Para Andrade (2009), o processo de envelhecimento biológico vai-se desenvolvendo normalmente e não significa que seja sinal de que a pessoa está doente. Porém, os indivíduos passam a ter uma maior tendência para o aparecimento de enfermidades e incapacidades.

De acordo com Fonseca (2004), a investigação nesta área refere que o envelhecimento biológico está associado à senescência, e a compreensão deste processo pode ser muito importante para a prevenção e tratamento de problemas associados à idade, tais como, na degeneração de tecidos, no aparecimento de doenças crónicas e no aparecimento de demências (e.g. Alzheimer). Deste modo, numa vertente biológica, com o aumento da idade cronológica há uma maior vulnerabilidade para adoecer e uma maior probabilidade de morrer.

Relativamente ao cérebro de uma pessoa idosa, ao longo do envelhecimento ocorrem mudanças ao nível neurobiológico, neurofisiológico, neuroquímico, estrutural, sendo que do ponto de vista morfológico, o cérebro do idoso diferencia-se do cérebro de uma pessoa jovem (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Existem algumas teorias biológicas relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente as seguintes: teoria imunitária que defende que o processo de envelhecimento ocorre quando há uma degradação gradual do sistema imunitário; teoria genética que refere que o envelhecimento é um processo programado geneticamente, resultado de uma deterioração da informação genética; teoria do erro na síntese proteica, onde a rutura na cadeia do ADN ou as mudanças de posição dos compostos químicos alteram a informação genética, o que impede as células de produzirem as proteínas fundamentais para a sobrevivência; teoria neuro endócrina, onde a longevidade é regulada pelo sistema endócrino, e a diminuição e as falhas na regulação deste sistema desencadeiam o envelhecimento humano (Hayflick, 1985; Rattan, 2006; *cit in* Ferreira, 2011).

Para Maciel (2010), o envelhecimento ocorre através da junção de vários fatores, destacando que este processo está sempre associado à individualidade biológica de cada pessoa.

## **2. ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO**

O processo de envelhecimento de acordo com uma perspetiva psicológica depende das características e especificidades de cada indivíduo. Este tipo de envelhecimento está relacionado com a capacidade do indivíduo de se autorregular perante as mudanças de natureza ambiental, incluindo sentimentos, cognições, motivações, inteligência e autoestima (Fonseca, 2004).

No processo de envelhecimento, a adaptação é um ponto fundamental para a saúde mental dos idosos, pois, com o avançar da idade, a relação entre as perdas e os ganhos desequilibram-se, sendo as perdas mais significativas do que os ganhos, levando a que muitas vezes o idoso se sinta mais vulnerável (Andrade, 2009).

O declínio das capacidades cognitivas é uma das mudanças associadas ao envelhecimento, nomeadamente, ao nível de perdas de memória, do raciocínio abstrato, de resolução de problemas e aprendizagem de tarefas novas (Fonseca, 2004; Andrade, 2009).

Ao longo do envelhecimento, a presença de doenças crónicas leva muitas vezes ao aparecimento de perturbações mentais. Além disso, os idosos são frequentemente desvalorizados, sentindo-se inúteis para a sociedade, o que aumenta a probabilidade de

ficarem doentes. Por outro lado, a integração social deveria passar por encarar o envelhecimento como um processo natural, onde se deve começar pelos cuidadores que tratam das pessoas idosas que dependem dos seus serviços para sobreviver. Os cuidadores deverão estimular as pessoas idosas em todas as suas capacidades, de forma a torná-las mais autónomas (Andrade, 2009).

As demências são uma das perturbações mais presentes no processo de envelhecimento e acarretam consequências psicológicas e sociais bastante significativas, entre elas, a diminuição progressiva das funções cognitivas e as repercussões sociofamiliares (Andrade, 2009)

### **3. ENVELHECIMENTO SOCIAL**

O envelhecimento social está associado aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para esta faixa etária, sendo o envelhecimento definido como um percurso do ciclo de vida estabelecido por uma sociedade (Agostinho, 2004; Fonseca, 2004).

O interesse científico o envelhecimento como uma questão social começou a surgir com as sociedades modernas e industrializadas e remonta ao início do século XIX (Ferreira, 2011). Nesta altura, criaram-se novas instituições: asilos, hospitais, lares e universidades da terceira idade (Agostinho, 2004).

Esta visão social do envelhecimento foca-se na explicação e compreensão das dificuldades e nas estratégias de adaptação a uma nova etapa do ciclo de vida do ser humano, nas mudanças das relações e dos papéis sociais, nas perdas e ganhos associados à idade e também nas relações dos idosos consigo próprios, com os outros e com as estruturas sociais (Ferreira, 2011).

Com a chegada da reforma, o indivíduo retira-se da sua atividade profissional e conseqüentemente está sujeito à desvalorização do seu estatuto social, estabelecendo-se com este acontecimento de vida a sua entrada oficial na velhice. Contudo, atualmente, tem-se vindo a assistir a algumas mudanças, pois apesar de ainda não terem a idade para a reforma, muitas pessoas reformam-se mais cedo devido à situação económica que as rodeia (e.g. desemprego), tornando-se mais complicado o limite de quem é ou não idoso (Andrade, 2009).

Tendo em conta o anteriormente enunciado, verifica-se que devido a alterações sociais e económicas, o papel do idoso foi-se modificando ao longo do tempo. A transmissão de valores deixou de ser feita oralmente e de geração em geração, retirando aos mais velhos a relevância da sabedoria acumulada ao longo da vida; na família o idoso perdeu o papel importante que anteriormente exercia. Com a chegada da reforma, o idoso sente-se inútil,

vazio e marginalizado. Porém, não podemos esquecer que cada idoso envelhece de forma diferente e que as mudanças inerentes a este processo são vivenciadas de acordo com a sua capacidade de adaptação ao ambiente (Agostinho, 2004; Andrade, 2009).

#### 4. TIPOS DE ENVELHECIMENTO

Ao longo do estudo desta temática, verifica-se que existe a necessidade de distinguir vários padrões de envelhecimento que estabeleçam características significativas para distinguir este processo.

Busse, em 1969, começou por distinguir dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento primário e secundário. Mais tarde, Birre e Schroots, em 1996, acrescentaram um terceiro tipo de envelhecimento: o envelhecimento terciário. Estes autores caracterizaram os diferentes tipos de envelhecimento da seguinte forma: o envelhecimento primário refere-se às mudanças intrínsecas e irreversíveis do processo de envelhecimento e que correspondem ao conceito tradicional de envelhecimento e que ocorre naturalmente com a idade; o envelhecimento secundário diz respeito às mudanças causadas pelas doenças associadas à idade, que podem ser reversíveis ou prevenidas; o envelhecimento terciário refere-se às mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice, ou seja, de um envelhecimento rápido e acentuado, que ocorre num dado momento e que precede imediatamente a morte (*cit in* Amado, 2008). Por outro lado, constata-se que o envelhecimento primário passa também a ser designado por envelhecimento normal ou saudável (mudanças universais e intrínsecas relacionadas com a idade e que não implicam a ocorrência de doenças) e o envelhecimento secundário como envelhecimento patológico (implica a existência de mudanças resultantes de doenças) (Amado, 2008; Fonseca, 2004).

Há investigadores que também destacam o conceito de envelhecimento ótimo, que é designado por envelhecimento bem-sucedido, que envolve um conjunto de estratégias preventivas e compensatórias que procuram minimizar os efeitos do envelhecimento, isto é, o processo de envelhecer bem. Contudo, apesar do envelhecimento bem-sucedido ser utilizado por diversos autores, não existe uma definição consensual sobre este conceito (Ferreira, 2011).

Pesquisas efetuadas nos Estados Unidos referem que para o envelhecimento ser bem-sucedido é necessário um funcionamento físico e cognitivo ótimo, a ausência de incapacidades e doenças, o envolvimento nas relações próximas com os outros e a participação em atividades produtivas. Rowe e Kahn (1997; *cit in* Ferreira, 2011). Baltes e Baltes (1990; *cit in* Ferreira, 2011) consideram que o envelhecimento bem-sucedido é a

capacidade de o indivíduo se adaptar positivamente às mudanças relacionadas com a idade, através de mecanismos de adaptação e de estratégias de  *coping*  ajustadas. Por outro lado, Fernández Ballesteros (2011) refere que para ocorrer um envelhecimento bem-sucedido é necessário que este seja visto como um fenómeno complexo, sujeito a uma variabilidade interindividual. No decorrer da vida, os indivíduos manifestam uma elevada capacidade de aprendizagem e mudança positiva, conseguindo otimizar as suas capacidades biológicas, comportamentais e sociais, ao mesmo tempo que compensam os seus défices e perdas. Além disso, de acordo com esta perspetiva, o fim da vida ocorre quando o indivíduo deixa de conseguir equilibrar positivamente os défices e as perdas através dos processos de compensação.

Soeiro (2010) considera que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que se envelheça com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, sendo este um desafio à responsabilidade individual e coletiva.

## **5. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS**

O envelhecimento da população é uma realidade dos países desenvolvidos, sendo um desafio social e económico para toda a comunidade (Carvalho, 2012).

Em Portugal, à semelhança de vários países, verifica-se um acentuado envelhecimento demográfico, destacando-se por ser um dos países do mundo onde a população idosa tem mais peso (Lopes & Lemos, 2012). Em 2050, Portugal será um dos países da Europa com maior percentagem de população idosa e com menor percentagem de população ativa (Carrilho & Patrício, 2005;  *cit in*  Carvalho, 2012). Cerca de 19% da população portuguesa pertence ao grupo etário dos mais idosos que têm 65 ou mais anos de idade, sendo que o índice de envelhecimento é de 129, o que indica que por cada 100 jovens há 129 idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012; Lopes & Lemos, 2012).

Os censos de 2011 referem que cerca de um terço dos idosos encontra-se na região do Norte e depois nas regiões do Centro e em Lisboa. Na região do Norte, existem 3 689 682 habitantes, salientando-se que desde 2011 a percentagem de jovens recuou para 17,5%, e a população idosa aumentou de 14% para 17,1%, sendo que o índice de envelhecimento em 2001 era de 80 e em 2011 subiu para 113 (INE, 2012; INE, 2011).

Relativamente ao número de idosos que vive sozinho, verifica-se que na última década esta realidade aumentou 29%, constatando-se que o número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos registou um crescimento idêntico de 28%. Por outro lado, os idosos com 65

ou mais anos que vivem com pessoas da mesma idade aumentou para 27,5%, sendo que o maior aumento foi na região Norte do país (INE, 2011).

No que se refere a esta população dependente, também se constata que em Portugal a dependência tem vindo a aumentar, evidenciando-se que o índice registado em 2012 era de 29,4 (INE, 2013).

No concelho de Celorico de Basto, os censos de 2011 indicam que existem 20 098 residentes, e 3 823 têm 65 ou mais anos (INE, 2012), ou seja, trata-se de um concelho caracterizado por uma população envelhecida tal como outros concelhos do interior, destacando-se ainda as características de ruralidade baseadas, essencialmente, na agricultura de família e subsistência.

## **CAPÍTULO II - POLÍTICAS SOCIAIS DE APOIO À TERCEIRA IDADE**

## 1. POLÍTICAS SOCIAIS NA TERCEIRA IDADE

As políticas sociais de apoio às pessoas podem variar de contexto para contexto, consoante os desafios e riscos inerentes à realidade social em que estão inseridas, sendo uma garantia por parte dos governos, para que as pessoas tenham direitos sociais, nomeadamente, o direito a um rendimento mínimo, à nutrição, saúde, segurança, educação e habitação (Lima, 2013).

Com a evolução tecnológica e científica no domínio da saúde, a esperança média de vida aumentou, repercutindo-se este fenómeno num aumento considerável da população com idade superior aos 65 anos. Esta situação conduz inevitavelmente a uma reorganização dos sistemas político, económico, social e também jurídico.

O Estado de Bem - Estar teve as suas origens no século XIX, na sequência do surgimento da questão social. No entanto, o seu apogeu ocorreu entre 1945 e 1975. É neste período que o Estado assume um papel regulador da economia e da sociedade e se constituiu no principal financiador do bem-estar social. Com a emergência da questão social, assiste-se ao acréscimo e à diversificação dos problemas sociais e à consciencialização destes por parte da sociedade. Assiste-se à polarização da sociedade – os que têm e os que não têm-, surgem as desigualdades e a necessidade de intervenção do Estado para minimizar as tensões. O assistente social assume o papel de mediador entre os Estado e a população desfavorecida. O Estado deve ser o pilar central da regulação, financiamento e fiscalização do Estado de Bem - Estar Social. O Estado de Bem - Estar envolve assim a responsabilização do Estado no sentido de garantir o bem-estar dos cidadãos. Este modelo de Estado desenvolveu-se nos países centrais, alargando-se também à Alemanha, França, Grécia, Espanha e Portugal. Cada país seguiu um modelo diferente, tendo em conta a sua história e as suas particularidades.

Segundo Esping-Andersen (1991), o *Welfare State* veio trazer mais segurança no emprego e ganhos na justiça e nos direitos sociais. Existem três tipos de *Welfare State*: o liberal, que limita o acesso das políticas sociais aos realmente pobres; o conservador, que é um meio-termo e tem em conta os diferentes estatutos sociais; e o social-democrata, que é o mais abrangente.

Para Montagut (2000), existe diferença entre conceitos de política social e bem-estar, com o objetivo de uma maior compreensão dos fenómenos sociais. O bem-estar de um país deve corresponder a uma determinada política social. Não há Estado de bem-estar sem as suas políticas sociais. Contudo, existem governos que planificam políticas sociais e não são identificados como Estados de bem-estar.

Nas décadas de 50 a 70 do século passado, numa altura em que nos outros países já existia o Estado – Providência, em Portugal, um país pobre, com falta de recurso para implementar esse modelo, começou a desenvolver-se numa época de recessão económica marcado pelas difíceis condições externas e pelas reestruturações internas.

Nos anos 80 e 90, deu-se um agravamento das condições económicas e sociais devido à precariedade do emprego e à elevada taxa de desemprego. Verifica-se uma crise no quase Estado Providência, isto porque, segundo Boaventura Sousa Santos (1974-1988), nunca existiu Estado Providência em Portugal. Este nunca atingiu a plenitude que se verificou nos outros países. A desvalorização dos direitos sociais adquiridos por consequência da remercadorização também fez parte do agravamento das condições económicas e sociais do país.

Do ponto de vista das políticas sociais e económicas, o período pós 25 de Abril é muito confuso e heterogéneo, sendo marcado por uma conjuntura de recessão económica. Vivia-se um Estado paralelo, no qual as políticas verbalizadas não correspondiam às praticadas, tornando mais evidente pela recessão económica provocada pela crise petrolífera a nível mundial e a instabilidade laboral da maioria dos trabalhadores.

Com a integração na CEE, em 1986, Portugal passa a defender uma política de diálogo e concertação social. Sofre condicionalismos internos em medidas de flexibilidade dos mercados, de trabalho, novas formas de proteção social, reduções orçamentais.

O Estado Providência Português apresenta algumas especificidades, tendo sido criado mais por razões políticas do que resultante do pacto social. Estava desfasado do tempo em que foi criado face aos outros países desenvolvidos. Despendia montantes muito baixos com proteção social em relação aos restantes países, o que traduz o atraso de desenvolvimento, a fraca industrialização e um mercado de trabalho com particularidades muito próprias.

Na vigência do Estado Novo Corporativo, antes do 25 de abril de 1974, as políticas sociais eram escassas- O primeiro marco histórico ocorreu em 1974, com a instauração do regime democrático. A Revolução de abril de 1974 e o fim da Guerra Colonial em África marcaram esta época, designadamente na evolução demográfica e nas alterações na estrutura familiar (Louro, 2009; Segurança Social, 2014).

A Constituição de 1976, no artigo 64º, afirma que a saúde é um direito dos cidadãos e que deveria ser garantido com a criação de um Serviço Nacional de Saúde, de forma a garantir a todos o acesso gratuito a cuidados de saúde. Neste sentido, em 1979, foi aprovada a Lei do Serviço Nacional de Saúde. Mais tarde, no ano de 1984, foi criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Em 1986, Portugal aderiu à Comunidade Económica Europeia.

Nessa altura, o país começou a sofrer mudanças profundas em vários setores da sociedade. Um novo ciclo político foi inaugurado depois de 2002, devido a uma forte atividade legislativa na área da saúde. Mais tarde, é apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que se caracteriza por ser um instrumento que define orientações estratégicas com o objetivo de sustentar política, técnica e financeiramente uma vontade nacional, tendo como valores a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade. Além disso, defendia a ideia da autonomia do cidadão e da humanização dos cuidados de saúde. Neste sentido, o desenvolvimento económico e social promoveu o aparecimento de novas respostas para tentar ultrapassar as necessidades e a procura do bem-estar e dignidade do ser humano (Louro, 2009).

As políticas sociais de apoio às pessoas na terceira idade têm uma história recente em Portugal. No ano de 1971, emergiu o serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos inserido na Direção Geral da Assistência Social. Este serviço avançou com a criação de um departamento que tinha como objetivo promover o estudo e encontrar soluções para resolver os problemas da população idosa. Deste modo, as alterações que surgiram ao nível da política social e também ao nível do contexto social, refletem o alargamento da rede de instituições de acolhimento na terceira idade (Lima, 2013).

Com a Constituição de 1976, o Sistema de Segurança Social (artigo 63º) passa a assegurar a proteção de todos os cidadãos na velhice, explicitando-se, pela primeira vez, a obrigatoriedade de definição de uma política referente à população idosa. O artigo 72º, desta mesma Constituição, reconhece aos idosos o direito ao bem-estar económico, social e cultural, a fim de contrariar situações de isolamento ou marginalização social. Reconheceu-se desta forma, a nível legal, a necessidade e a importância da participação dos idosos na vida ativa da comunidade, no sentido de lhes proporcionar a oportunidade de realização pessoal. Para assegurar o direito ao bem-estar económico, a nova Constituição de 1976 instituiu o direito a uma pensão social, que viria a ser a primeira prestação social pecuniária de natureza não contributiva, concretizando-se, através de uma prestação pecuniária mensal, vitalícia, de montante fixo, com direito a 13º e 14º mês (Segurança Social, 2013).

As pensões são uma das primeiras medidas de proteção social e que se baseiam em transferências financeiras que estão inseridas no regime contributivo, podendo ser designadas por pensões de velhice, de sobrevivência, de invalidez e de viuvez. Existem também outras políticas, tais como a isenção das taxas moderadoras, a redução dos custos de medicamentos e o rendimento mínimo (Lima, 2013).

Relativamente aos princípios da Constituição de 1976, o mais importante associado à velhice era o da universalidade do direito à segurança social, na medida em que se passou a contemplar os indivíduos que nunca tinham contribuído para o sistema, através da atribuição da pensão social. Quanto aos seus objetivos, os mais pertinentes em relação à terceira idade foram a proteção perante a precariedade económica, relacionada com a doença e a velhice, e a proteção social no âmbito da Ação Social que visava a proteção de grupos particularmente marginalizados, como era o caso dos idosos. A nova redação do artigo 63, da Constituição de 1976, dada pela revisão de 1982, acresce a este enunciado que incumbe ao Estado a criação “ (...) de uma política de terceira idade” (Segurança Social, 2013).

Na década de 80, a Lei da Segurança Social n.º 28 publicada em 14 de agosto de 1984, na secção III, artigo 33º, n.º 2, consagra “especial proteção (...), no âmbito da ação social, “aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente (...) aos (...) idosos.” Procedeu-se, na mesma década, à revisão do processo de formação e cálculo das pensões de invalidez e velhice do regime geral, em termos favoráveis aos beneficiários. Deste modo, alargou-se o suplemento de pensão a grandes inválidos, a todos os pensionistas de invalidez ou velhice com incapacidade total e permanente para todo e qualquer tipo de trabalho que não possam dispensar a assistência constante de terceira pessoa (Segurança Social, 2013).

Em 1988, foi criada a Comissão Nacional para a Terceira Idade (CNPTI), com o objetivo de dinamizar, promover e coordenar o estudo e a elaboração de propostas conducentes a definição de uma política global, coerente e adequada às necessidades dos idosos (Segurança Social, 2013).

O decreto-lei n.º 329/93 de 25 de setembro veio regular a proteção da velhice dentro do regime geral, tendo por objetivo proteger o beneficiário na terceira idade e substituir as redistribuições do mercado, ou seja, garantir a proteção dos indivíduos vinculados ao mercado de trabalho, bem como as suas famílias (Segurança Social, 2013).

Alguns estudiosos da área das políticas sociais consideram que as políticas sociais de velhice são um conjunto de interações públicas ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade, sendo constituídas por diversos autores, grupos sociais, agentes políticos, poderes centrais, correntes de ideias, crenças, representações e formas de organização (Fernandes, 1997).

Martin e Lopes (2008; cit in Martin, Duarte, Póvoa & Duarte, 2009) referem que em Portugal as políticas sociais para a terceira idade são baseadas num modelo assistencialista e postas em prática através de protocolos com Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), caracterizando-se em grande parte por se centralizarem a nível nacional através do

Instituto da Segurança Social, sendo que mais recentemente temos vindo a assistir a uma descentralização dos programas ao nível social, desenvolvendo-se mais a nível local. Deste modo, Martin, Duarte, Póvoa e Duarte (2009) consideram que é importante que seja realizada uma avaliação das necessidades da população idosa e que se trabalhe no sentido de ser promovidas estratégias de intervenção que assentem em três eixos interligados, designadamente o eixo social, organizacional e tecnológico.

Para Soeiro (2010), as políticas que permitam uma aproximação das pessoas idosas e desenvolvam a sua autonomia e independência com o objetivo de atender às necessidades das famílias e dos seus idosos, possibilitam a minimização de custos, evitam dependências e a humanização de cuidados. Assim, as políticas sociais que mobilizam respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa representam um enorme desafio e responsabilidade.

Atualmente, apesar dos esforços realizados e da evolução das políticas sociais, a crise do Estado Providência e a crise financeira de Portugal, mostram que é cada vez mais complicado assegurar as respostas que os cidadãos necessitam. Esta situação está associada a fatores demográficos e económicos, tais como a pobreza, o desemprego e a exclusão social. Apesar da proteção social existente, estas têm algumas limitações estruturais decorrentes das regras do mercado (Soeiro, 2010). Assim, apesar da importância dos apoios sociais que existem atualmente, poderão deixar de ser uma orientação importante nas futuras gerações de idosos, pois podem correr o risco de não acompanharem as exigências desta população que se encontra cada vez mais informada.

Com a evolução económica e social, associada às alterações da estrutura familiar, a gestão pública da velhice começou por passar por instituições tradicionais, como as Santas Casas de Misericórdia, com o objetivo de prevenir a dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade. Neste sentido, as políticas sociais desencadearam a criação de várias instituições e respostas de apoio aos idosos, cada uma com as suas características particulares.

Ferreira (2011) destaca que, independentemente do tipo de respostas em que o idoso está inserido, é importante o papel do cuidador com conhecimentos profissionais e humanos.

Em Portugal desenvolveu-se uma rede de Serviços e Equipamentos Sociais dirigidos aos idosos, com objetivos e estratégias diferenciadas conforme as necessidades específicas da população.

As respostas sociais e programas disponíveis para este grupo de pessoas têm por objetivo, tanto quanto possível, a promoção de condições de autonomia e bem-estar,

favorecendo a sua permanência no domicílio e no seu meio familiar e social e privilegiando a sua inserção social e comunitária.

Apesar do esforço e de todo o trabalho que se tem feito, existem ainda algumas lacunas no que diz respeito aos direitos das pessoas idosas na área da Segurança Social, de forma a garantir os recursos suficientes para uma boa qualidade de vida. Pelo seu estado, maioritariamente debilitado, a população idosa não possui forças para “lutar” por aquilo a que tem direito – recursos económicos que proporcionem o bem-estar social. Assim, cabe-nos a nós, não só como profissionais de saúde mas como cidadãos de Portugal, defender o direito à Segurança Social destes cidadãos mais carenciados, e que no passado deram o seu contributo para a sociedade de hoje.

Portugal apresenta um nível baixo de pensões de reforma e simultaneamente um cálculo de pensões favorável. Este facto deve-se essencialmente aos seguintes fatores:

- Desenvolvimento tardio da Segurança Social em Portugal, o que impediu que os atuais reformados tivessem carreiras mais longas e consequentemente pensões mais elevadas;
- Baixo valor do Salário Mínimo Nacional;
- Existência de fenómenos de fuga à Segurança Social e de declarações de remunerações;
- Existência de descontos sobre as remunerações de baixo valor;
- Pensões mínimas de baixo valor.

Assim, a maioria dos reformados vive com pensões mínimas muito baixas, em que o valor destas representa, em raros casos, pouco mais que o Salário Mínimo Nacional, o que faz de Portugal o país onde o baixo nível de pensões torna uma parte considerável da população idosa mais vulnerável à pobreza.

Do meu ponto de vista, o idoso não é um ser fraco, incapacitado, isolado ou senil. Estas imagens são negativas e deprimentes, insistindo em estereótipos que geram a exclusão social. A idade apenas constitui uma inviabilidade do ponto de vista biológico, é necessário um esforço no sentido de se promover a formação a todos os agentes educativos.

Assim sendo, as políticas sociais são políticas desenvolvidas pelo Estado para proteção e concretização dos direitos sociais dos cidadãos. Durante séculos, a proteção social provinha da família, de forma informal. Contudo, a partir da Revolução Industrial, e em Portugal na década de 70, começam a surgir medidas sociais, em resposta às alterações sociais que se foram registando. A necessidade de combater alguns problemas sociais e de proporcionar um nível mínimo de qualidade de vida a cada cidadão foi exigindo a implementação de políticas

sociais capazes de promover a qualidade de vida dos cidadãos que não o conseguem por eles próprios, minimizando também as desigualdades sociais.

Torna-se imperativo e urgente implementar uma política de informação que habilite todos os cidadãos a defenderem as suas prerrogativas e a acederem aos seus benefícios, que torne as instituições e o Estado transparente ao nível dos objetivos e das estratégias e solidifique uma consciência social de partilha.

Notória é também a menor exigência da sociedade face aos direitos dos idosos comparativamente aos menores, verificando-se constantes aperfeiçoamentos na atual e cada vez mais completa legislação desta área.

Falar dos direitos é pois um imperativo neste contexto e é essencial para garantir um envelhecimento integrado mais feliz e harmonioso, encarando as pessoas idosas no contexto da sociedade em que vivem, sem esquecer uma potencial vulnerabilidade acrescida.

## **2. O APOIO AOS IDOSOS: BREVE PERSPETIVA HISTÓRICA**

Durante muito tempo, na Civilização Ocidental, agrícola e rural, os idosos que se encontravam em situação de dependência contavam com o apoio dos familiares, amigos e vizinhos, em suma, das pessoas com as quais mantinham relações de amizade e de parentesco. No mundo rural, onde a terra era a base da economia doméstica, desenvolviam-se estratégias para garantir o amparo na velhice. Nalgumas regiões da Europa, celebravam-se contratos escritos que regulavam a reforma dos pais, fixando as contrapartidas intergeracionais: os pais cediam as casas, campos, montes, animais e árvores e reservavam para si o direito de habitação sem arrendamento e o uso de pequenas hortas e quintais.

Em Portugal, a concessão de dotes de casamento, por exemplo, entre as suas contrapartidas tinha, por vezes, a obrigatoriedade de assegurar apoio na velhice (Esteves, 2010). No entanto, nem todos os idosos tinham a possibilidade de garantir esse amparo, sobretudo quando as suas vidas eram marcadas pelo espectro da solidão e da exclusão social. No caso português, ao longo da idade moderna, os mais carenciados, entre os quais se encontravam os mais idosos, apesar da esperança média de vida ser mais reduzida, eram apoiados por particulares e por instituições de assistência, dada a inexistência de um Estado com capacidade para intervir socialmente em todo o território. Desde a sua criação no século XV, por iniciativa régia, as Misericórdias assumem um importante papel neste setor, designadamente no auxílio que prestavam aos idosos.

Entre outras formas de caridade, os idosos ingressavam nos hospitais gerais, administrados pelas Santas Casas, que também foram criando estruturas destinadas a apoiá-los. Pela sua avançada idade, pela vida marcada pela dureza do trabalho e por carências de natureza diversa, os mais velhos estavam entre os acolhidos nos hospitais e os que beneficiavam das suas esmolas. Marta Lobo de Araújo refere que, desde o século XVII, a Santa Casa de Vila Viçosa prestava auxílio, através da doação de roupa e alimento, aos idosos (Araújo, 2012). A mesma autora refere ainda que o Hospital de Fora, da vila de Ponte de Lima, inicialmente destinado a peregrinos, passa na centúria de seiscentos para as mãos da Misericórdia local e foi destinada a acolher idosos. (Araújo, 2006).

Certamente, outras instituições, como conventos, recolhimentos, confrarias, ordens terceiras, prestavam ajuda a este segmento da população, que, pela sua fragilidade física e anímica, não conseguia garantir o seu sustento e, por conseguinte, facilmente caía na pobreza e na miséria. No entanto, a ajuda prestada pelas duas últimas instituições referenciadas era dirigida, sobretudo, aos seus irmãos.

Todavia, será sobretudo a partir do século XIX, na sequência das transformações associadas à industrialização, que transformam a velhice num problema social, que as misericórdias intensificam a sua ação assistencialista, criando hospitais para velhos. Temos como exemplo a Santa Casa do Porto (Barreira, 2002). Entretanto, as transformações políticas que se fizeram sentir no país conduziram a novas formas de encarar a pobreza, que se traduziram na criação de instituições para acolher os verdadeiros pobres. Referimo-nos aos asilos de mendicidade, que recebiam pobres de diferentes idades, bem como à legislação que, procurando distinguir os verdadeiros dos falsos pobres, considerava a idade um fator que convergia para a mendicidade e não para a vagabundagem, que passa a ser perseguida. O Código Administrativo de 1836 (Código Administrativo Portuguez, 1838, pp. 34-35) atribuía à junta de paróquia e ao regedor a organização da lista de pessoas que podia viver da beneficência pública, na qual se incluíam as crianças e os idosos. O primeiro asilo de mendicidade abriu portas em 1836, na cidade de Lisboa. Nos anos seguintes, instituições idênticas nascem por todo o país, acolhendo pobres de várias idades. Vão surgindo igualmente instituições voltadas para idosos, asilos para velhos desamparados, resultantes da iniciativa filantrópica e privada, designadamente de homens que, tendo angariado fortuna, ansiavam pelo reconhecimento social que procuravam obter através de concessão de verbas avultadas para a criação de equipamentos sociais: asilos de infância desvalida, escolas, misericórdias, hospitais, lactários e asilos para velhos entrevados.

No caso das medidas que se destinavam a garantir a segurança da velhice, só em finais do século XIX, inícios do século XX, se começa a tomar precauções sobre esta matéria em Portugal. A situação era particularmente preocupante entre os membros da classe operária, que não dispunham de património e tinham grandes dificuldades na obtenção de apoio. Para resolver a situação e perante a inoperância da Monarquia Constitucional, são criadas associações mutualistas que protegiam os seus associados de um conjunto de riscos, garantindo segurança na velhice, e associações operárias, que não tinham o dinamismo de outras congéneres europeias, devido à fragilidade do nosso tecido industrial. Será necessário esperar pelo século XX, mais propriamente pela revolução de 25 de abril de 1974, para que o Estado português assumira preocupações providencialistas e desenvolva políticas sociais específicas destinadas à pessoa idosa. Será preciso ainda recordar a assistência informal, muito difícil de ser estudada, por quase nunca ter deixado fontes.

### **CAPÍTULO III – RESPOSTAS SOCIAIS NA TERCEIRA IDADE**

---

O envelhecimento da população implica um grande desafio para as políticas sociais atuais, sendo essencial que se criem soluções para responder às necessidades desta população. Deste modo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social podem ser entidades responsáveis por organizar e gerir um conjunto de equipamentos e serviços que abrangem as diversas circunstâncias da vida das pessoas idosas, sendo encarregados pelos mecanismos de respostas de apoio à comunidade (Bordalo & Cruz, 2010).

Em Portugal, as respostas sociais podem dividir-se em dois tipos de redes de suporte distintas: as redes de apoio informal, que incluem a família, os amigos e os vizinhos dos idosos, e as redes de apoio formal, que abarcam os serviços da segurança social e de poder local, tais como os Centros de Dia, as Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas, os Serviços de Apoio Domiciliário e os Centros de Convívio (Soares & Fialho, 2011).

De acordo com o Instituto da Segurança Social (2013), existem sete tipos de respostas sociais que variam de acordo com o grau de autonomia do idoso, nomeadamente: Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite, Residência, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. No presente capítulo, iremos centrar-nos nas respostas sociais de apoio formal, mais especificamente nos Centros de Dia, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Serviços de Apoio Domiciliário, pois são as três respostas mais estruturadas e mais procuradas pela população idosa.

## **1. CENTROS DE DIA**

No âmbito das variadas respostas sociais, destacam-se os Centros de Dia como uma das modalidades mais importantes de suporte à população idosa, que contribuem para a manutenção destas pessoas no seu contexto sociofamiliar.

De acordo com a denominação atribuída pelo Instituto de Segurança Social ([ISS], 2013), os Centros de Dia são serviços prestados em equipamentos de apoio a idosos, tendo prioridade nesta resposta social as pessoas a partir dos 65 anos que necessitem deste serviço.

Os Centros de Dia são estabelecimentos que ajudam e prestam serviços às pessoas idosas no seu meio social e familiar, através do desenvolvimento de atividades socioculturais e recreativas e que funcionam durante o dia. A implementação deste serviço tem os seguintes objetivos: atender às necessidades dos idosos; estabilizar ou retardar as consequências degradantes do processo de envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações pessoais e entre as diferentes gerações; permitir que os idosos continuem a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo a institucionalização e prevenir situações

de dependência no sentido de promover a autonomia (Bordalo & Cruz, 2010; ISS, 2013; Lima, 2013).

A legislação aplicável aos Centros de Dia é a seguinte: Protocolo de Cooperação 2013 – 2014 celebrado entre o Ministério da Solidariedade Emprego Segurança Social, a União das Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que define o modelo de regulamento das comparticipações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que está relacionada com a interpretação da Circular n.º 3, de 97/05/02 (modelo de regulamento das comparticipações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS); Decreto-lei n.º 33/2014 de 4 de março; Decreto Lei n.º 64/2007, de 14 de março, republicado pelo Decreto – lei n.º 99/2011 de 28 de setembro; Despacho Normativo 75/92 de 20 de maio; g) Guião Técnico de Centro de Dia, de dezembro de 1996, da Ex – Direção Geral de Ação Social.

De acordo com Soares e Fialho (2011), durante o ano de 2009, cerca de 247 800 utentes usufruíam de serviços das respostas sociais para idosos, sendo que em terceiro lugar se encontravam os centros de dia.

Relativamente às comparticipações para os utentes que estão nos centros de dia, o valor é cerca de 105,88 euros mensais (ISS, 2013).

## **2. ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS**

Com o envelhecimento populacional, as famílias têm cada vez mais a necessidade de colocar os seus familiares mais velhos nas estruturas residenciais, com o objetivo de garantirem melhores cuidados para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desta população.

As estruturas residências são uma das respostas sociais destinadas a pessoas idosas ou outras pessoas que tenham perdido ou estejam em risco de perder a independência e a autonomia (Bordalo & Cruz, 2010; Lima, 2013).

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são estabelecimentos de alojamento coletivo, temporários ou permanentes, para pessoas idosas a partir dos 65 anos ou em situações de maior risco, que, por opção própria, ou por falta de retaguarda social, pretendem a sua integração numa Estrutura Residencial. Nestes serviços são desenvolvidas atividades de apoio social e aplicados cuidados de saúde e enfermagem. As estruturas

residenciais assentam nos seguintes objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial dos idosos; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições para preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (ISS, 2008; ISS, 2013).

A legislação aplicável às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas é a seguinte: Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; Protocolo de Cooperação 2013 – 2014 celebrado entre o Ministério da Solidariedade Emprego Segurança Social, a União das Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que define o modelo de regulamento das participações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que está relacionada com a interpretação da Circular n.º 3, de 97/05/02 (modelo de regulamento das participações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS); Decreto-lei n.º 33/2014 de 4 de março; Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, republicado pelo Decreto –Lei n.º 99/2011 de 28 de setembro; Despacho Normativo 75/92 de 20 de maio.

Durante o ano de 2009, dos 247800 utentes que usufruíam de serviços sociais para idosos, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas eram a segunda resposta mais procurada para colmatar as necessidades dos idosos em situação de dependência (Soares & Fialho, 2011).

A entrada numa Estrutura Residência para Pessoas Idosas, onde o idoso passa 24 horas diárias, pode ser também designada pela institucionalização, sendo que esta mudança na vida das pessoas é por norma um momento complexo e difícil. A pessoa idosa necessita de se adaptar a um novo ambiente, com novas regras, rotinas e onde poderá ter que partilhar o mesmo espaço com pessoas desconhecidas, o que pode criar algumas situações de angústia e revolta. Contudo, esta institucionalização também tem aspetos positivos, visto que há idosos que anteriormente viviam isolados e sem os cuidados básicos. Nas estruturas residenciais, os idosos podem sentir-se mais acompanhados, mais ativos e mais felizes do que quando se encontravam sozinhos nas suas casas (Ferreira, 2012).

Relativamente à organização e gestão das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, é fundamental que os profissionais e colaboradores trabalhem no sentido de estabelecerem um ambiente acolhedor, humanizado, personalizado e que proporcionem aos idosos um

sentimento de satisfação, de acordo com os seus desejos e interesses (Ferreira, 2012; ISS, 2008).

No que se refere às comparticipações financeiras para cada utente nos ERPI, é recebida, mensalmente, uma comparticipação de 358,55 euros (Ministério da Solidariedade e Emprego e Segurança Social, União das Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e União das Mutualidades Portuguesas, 2014).

### **3. SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Outra resposta social destinada às pessoas idosas é o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

O Serviço de Apoio Domiciliário é um serviço prioritário para pessoas idosas, com deficiência ou em situação de dependência. Nestes serviços, existe uma equipa que presta cuidados e serviços individualizados a famílias e ou pessoas no domicílio quando, por motivo de impedimento, ou seja, em situações de dependência física ou psíquica, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básica e/ou a realização das atividades de vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito (Bordalo & Cruz, 2010; ISS, 2013; Lima, 2013).

Os Serviços de Apoio Domiciliário baseiam-se nos seguintes objetivos: garantir a qualidade de vida das pessoas e das famílias; contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar; garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes; reforçar as competências e as capacidades das famílias e de outros cuidadores; facilitar o acesso a serviços da comunidade; evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida; prevenir situações de dependência e promover a autonomia.

Os Serviços de Apoio Domiciliário rege-se pelos seguintes normativos: Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, que altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, regulado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, que define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos estabelecimentos de apoio social; Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, que estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, e revoga o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro que aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos Serviços de Apoio Domiciliário; Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril, que define as condições de exercício e o regime de proteção social da atividade que, no âmbito da ação social realizada pela Segurança

Social ou por outras entidades, é desenvolvida por ajudantes familiares; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que define o modelo de regulamento das participações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14 da Ex - Direção Geral da Ação Social, que é uma interpretação da Circular n.º 3, de 97/05/02 (Modelo de Regulamento das Participações dos utentes e dos seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS); Decreto-lei n.º 33/2014 de 4 de março; Despacho Normativo 75/92 de 20 de maio.

Tendo em conta o estipulado pelo Protocolo de Colaboração entre o Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social, a União das Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas (2014), os SAD devem reunir algumas condições para que estes serviços possam ser assegurados. Devem garantir, no mínimo, quatro dos seguintes serviços: higiene pessoal; higiene habitacional; alimentação; tratamento de roupas; serviço de teleassistência; serviço de animação/socialização. Além destes serviços, os SAD também podem realizar serviços pontuais, como por exemplo, o acompanhamento a consultas e reparações no domicílio.

Existe uma percentagem de participação financeira a atribuir nos acordos de cooperação face ao valor dos SAD definido, por ano, em sede de Protocolo de Cooperação (Anexo I). A percentagem de participação depende do número de serviços que são prestados ao utente (ISS, 2013a).

No que se refere às participações financeiras para cada utente, nos SAD recebe-se uma participação de 243,78 euros mensais (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, União das Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e União das Mutualidades Portuguesas, 2014).

De acordo com Soares e Fialho (2011), dos 247800 utentes que foram identificados, em 2009, como utilizadores das respostas sociais, constata-se que os serviços de apoio ao domicílio eram os serviços mais utilizados por esta população.

Com a implementação deste tipo de atividades no domicílio, previne-se o isolamento e a exclusão social. Contudo, evita-se a institucionalização dos idosos em estruturas residenciais. Em contrapartida, estes serviços tornam-se por vezes escassos, com pouca diversidade e limitam-se a atividades mais restritas, tais como, a alimentação e a higiene pessoal. Além disso, o reduzido horário semanal e os défices em termos formativos dos recursos humanos são algumas das limitações destes serviços (Gil, 2009).

#### **4. RESPOSTAS SOCIAIS EXISTENTES NO CONCELHO DE CELORICO DE BASTO**

O concelho de Celorico de Basto integra a região do Tâmega e situa-se no distrito de Braga. É limitado a norte pelo município de Cabeceiras de Bastos, a leste pelo de Mondim de Basto, a sul pelo de Amarante, a sudoeste pelo de Felgueiras e a oeste pelo de Fafe (Rede Social, 2013).

A presente caracterização concelho de Celorico de Basto foi obtida através de uma pesquisa documental e dos arquivos do Instituto da Segurança Social de Braga.

Celorico de Basto tem cerca de 20.098 habitantes e é constituído pelas seguintes 15 freguesias: Agilde, Arnoia, Borba da Montanha, União das freguesias de Britelo, Gémeos, Ourilhe, União das freguesias de Caçarilhe e Infesta, União das freguesias de Canedo de Basto e Corgo, União das freguesias de Carvalho e Basto (Sta. Tecla), Codessoso, Fervença Moreira do Castelo, Rego, Ribas, S. Clemente de Basto, Vale de Bouro, União das freguesias Veade, Gagos e Molares, sendo que a sede do concelho é a freguesia de Britelo. Seis destas freguesias são classificadas como áreas essencialmente rurais: Rego, Caçarilhe, Ourilhe, Infesta, Basto (S.ta Tecla) e Codessoso (INE, 2012; Rede Social, 2013).

No ano de 2011, em Celorico de Basto, através dos Censos, foram apurados 168 nascimentos e uma taxa de natalidade, por comparação com Portugal e o norte do país, de 8,6%. Em contrapartida e direcionando-nos para a população idosa, os mesmos Censos mostram que em 2011 viviam neste concelho cerca de 3.823 pessoas com 65 ou mais anos de idade, sendo de destacar o Índice de Envelhecimento de 125,2 e o Índice de Dependência de Idosos de 29 (INE, 2012).

No que se refere à enumeração das respostas sociais existentes nas freguesias do concelho de Celorico de Bastos, constata-se que existem nove Instituições responsáveis pela implementação das várias respostas sociais neste concelho: Associação de Solidariedade Social de Basto (Creche, Centro Comunitário, ATL, SAD, Centro de Atividades Ocupacionais, Lar Residencial e Residência Autónoma), Associação da Estrela da Amizade (SAD), Associação Social S. Maria de Borba da Montanha (SAD), Casa do Povo de Fervença, Centro Comunitário da Mota (Creche, SAD, ERPI), Centro Paróquia S. Bartolomeu do Rego (SAD), Centro Social e Paroquial de Molares (ERPI, SAD, Atividades de Tempos Livres), Associação de Solidariedade de Santo André de Codessoso (ERPI, SAD) Santa Casa da Misericórdia de S. Bento de Arnoia (ERPI, SAD, Creche, Pré-escolar) e o Centro Social Paroquial do Divino Salvador (ERPI, SAD).

Entre as instituições que existem em Celorico de Basto, verifica-se que há cinco Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, nove Instituições com Serviço de Apoio ao Domicílio e não existem Instituições com a resposta de Centro de Dia.

Relativamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, estas respostas estão presentes nas seguintes Instituições: Casa do Povo de Fervença, Centro Comunitário da Mota com acordo de cooperação celebrado com o Centro Distrital de Braga para 36 utentes; Centro Social e Paroquial de Molares, com acordo para 15 utentes; Associação de Solidariedade de Santo André de Codessoso, com acordo de cooperação a abranger 15 utentes; Santa Casa da Misericórdia de S. Bento de Arnoia, com acordo para 59 utentes e o Centro Social Paroquial Divino Salvador, com acordo de cooperação para 55 utentes. Deste modo, constata-se que em Celorico de Basto existem 180 utentes abrangidos pelos acordos de cooperação protocolados no âmbito da resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.

No que se refere à resposta de Serviço de Apoio Domiciliário, verifica-se que todas as IPSS existentes neste concelho desenvolvem e dinamizam as atividades e serviços inerentes ao funcionamento desta resposta social: Associação de Solidariedade Social de Basto, com 30 utentes abrangidos pela cooperação; Associação da Estrela da Amizade, celebração efetivada para 20 utentes; Associação Social S. Maria de Borba da Montanha tem celebrado acordo para 41 utentes; Casa do Povo de Fervença Centro Comunitário da Mota, a abranger 30 utentes em cooperação; Centro Paróquia S. Bartolomeu do Rego com 45 utentes em acordo de cooperação; Centro Social e Paroquial de Molares, com celebração de acordo para 50 utentes; Associação de Solidariedade de Santo André de Codessoso, com acordo a abranger apenas 10 utentes; Santa Casa da Misericórdia de S. Bento de Arnoia, com 14 utentes abrangidos por acordo de cooperação e o Centro Social Paroquial do Divino Salvador a desenvolver atividade social, dando resposta a 16 utentes ao abrigo do acordo de cooperação. Assim, verifica-se que os SAD são os serviços mais prevalentes no concelho de Celorico de Basto, tendo no total 294 utentes abrangidos pelos acordos de cooperação celebrados com a Segurança Social.

Importa ainda referir que, apesar da existência de nove Instituições Particulares de Solidariedade Social a desenvolver atuação na área da 3ª Idade, apenas foi possível proceder à aplicação de questionários a oito Instituições, por motivos alheios à nossa vontade.

No concelho de Celorico de Basto, estas respostas sociais abrangem no total cerca de 508 beneficiários pertencentes à população idosa. Contudo, verifica-se que não existe no concelho a resposta de Centro de Dia, modalidade também destinada ao apoio da população idosa.

Tendo em conta os elementos caracterizadores, considera-se que as respostas sociais existentes não são ainda suficientes face às necessidades sentidas pela população. De acordo

com os dados dos Censos de 2011, apurou-se que 3.823 pessoas tinham mais de 65 anos de idade, pelo que tendo em conta que apenas 508 usufruíam dos serviços e cuidados prestados pelas instituições, considera-se que os equipamentos sociais não garantem ainda uma total cobertura face às carências evidenciadas. Acresce ainda referir que, apesar de não ter sido comprovada e analisada estatisticamente a existência ou não de lista de espera para admissão de novos utentes, um dos constrangimentos sentidos pelas instituições, de acordo com a informação verbalmente recolhida, prende-se com o facto de não poder ser dada resposta à totalidade dos pedidos. As capacidades instaladas nos equipamentos sociais, bem como o número de utentes abrangidos pelos acordos de cooperação celebrados com a Segurança Social, são fatores que condicionam a operacionalidade dos serviços e a sua intervenção.

## **CAPÍTULO IV – EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS**

## 1. CUIDADORES FORMAIS

Com o aumento progressivo da população idosa e com as alterações das estruturas familiares, o apoio formal tornou-se uma necessidade social devido à indisponibilidade e à diminuição de cuidadores informais. Deste modo, os cuidadores têm ocupado um espaço significativo no apoio ao idoso fragilizado ou dependente, pelo que a preparação de pessoas para a prestação de cuidados torna-se necessária face à situação de desamparo em que se encontram os idosos atualmente.

Para Boff (2003), cuidar é mais que um ato, é uma atitude, que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Existem dois tipos de cuidadores de pessoas idosas: os cuidadores informais e os cuidadores formais. Os cuidadores informais são pessoas que prestam cuidados aos idosos num ambiente familiar ou informal e sem remuneração, sendo o caso da família, dos vizinhos ou dos amigos. Por outro lado, os cuidadores formais são profissionais, que auferem um vencimento, contratados através de respostas sociais direcionadas para os idosos, tais como os Serviços de Apoio Domiciliário ou as Estruturas Residenciais Para Idosos (Ferreira, 2012; Sousa, 2006). No entanto, segundo o Instituto para o Desenvolvimento Social ([IDS], 2002), o cuidador informal é uma pessoa que presta cuidados a outra com base na solidariedade, como voluntário, movido por um sentimento pessoal, como, por exemplo, a amizade, ou com um vínculo de parentesco, sem esperar contrapartidas. O cuidador formal é a pessoa contratada para prestar cuidados a outra, tendo como base uma relação profissional e qualificada com o utente, comprometendo-se a conceder cuidados específicos e auferindo uma recompensa monetária pelas suas funções.

Dentro do grupo dos cuidados formais encontram-se os serviços da Segurança Social, nomeadamente, os Serviços de Apoio Domiciliário, as Estruturas Residenciais Para Idosos e os Centros de Dia (Andrade, 2009).

Um dos aspetos essenciais no sucesso da atividade dos cuidadores formais passa pela qualidade dos serviços prestados aos idosos, acompanhada pelo conhecimento e pelas capacidades necessárias para responder às necessidades desta população, no sentido de desempenharem o seu papel com competência e sensibilidade (Carvalho, 2012).

Segundo Ferreira (2012), os cuidadores formais de idosos são, sobretudo, do sexo feminino, o que pode ser explicado por fatores de natureza histórica, cultural e afetiva. Contudo, esta tendência está a mudar e parece começar a assistir-se ao aumento de cuidadores do sexo masculino.

## **2. TIPOS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS CUIDADORES FORMAIS**

A formação profissional é uma estratégia importante para a gestão das entidades empregadoras, existindo uma relação direta entre a formação e o desempenho profissional dos trabalhadores.

A formação pode influenciar a qualidade dos serviços prestados pelos cuidadores formais, pois desenvolvem as competências pessoais e profissionais destas pessoas no sentido de resolverem de forma mais eficaz os problemas que acompanham o quotidiano dos idosos. Além disso, através da formação adequada pode promover-se a motivação, a participação e o bem-estar psicológico destes profissionais e conseqüentemente dos idosos (Carvalho, 2012).

De acordo com Glaister e Blair (2008), os cuidadores formais, especificamente os ajudantes de ação direta, em geral, estão mal preparados para cuidarem de pessoas idosas. Na perspectiva destes autores, a formação profissional destes cuidadores não tem acompanhado o ritmo das mudanças que ocorreram ao nível do envelhecimento, pelo que os seus conhecimentos sobre este processo natural do ciclo de vida são insuficientes. Além disso, é importante destacar que no estudo realizado por Carvalho (2012), que se focou na análise das perceções dos ajudantes de ação direta sobre a formação profissional e o impacto desta na prestação de cuidados a idosos dependentes, se concluiu que os ajudantes de ação direta sentem necessidade de terem mais formação na área das demências, da depressão e da agressividade. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo realizado, pois corroboram a ideia de que os profissionais de ação direta sentem necessidade de mais formação nesta área.

Em Portugal, de acordo com o artigo 130º da revisão do Código do Trabalho, Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, que se refere à formação profissional, os objetivos são proporcionar a qualificação inicial de jovens que vão entrar no mercado de trabalho, fornecendo-lhes uma formação contínua, estipulando que a entidade empregadora deve assegurar no mínimo 35 horas anuais de formação contínua certificada. Segundo Santos (2001; *cit in* Carvalho, 2012), suspeita-se que poucos ajudantes de ação direta tenham algum tipo de formação profissional, sendo que a formação existente é dispersa e desarticulada.

Num estudo realizado por Carvalho (2012) sobre as perceções dos cuidadores de ação direta, concluiu-se que estes profissionais consideram a formação profissional uma necessidade, sendo que apenas 50% dos participantes dos estudos frequentaram algum tipo de formação profissional. Neste sentido, suspeita-se que esta situação possa estar relacionada com vários fatores, tais como a falta de oportunidades para as frequentar, a fraca sensibilidade dos empregadores e a escassez da oferta formativa. Além disso, verifica-se que o fraco investimento ao nível da formação tem como consequências custos incalculáveis para as organizações e para a qualidade dos serviços prestados (e.g. afetam bem-estar psicológicos dos idosos e dos cuidadores).

De acordo com Lerner, Resnick, Galik e Russ (2010), nos Estados Unidos da América (EUA), cerca 90% dos cuidados a idosos são prestados por auxiliares de ação direta, sendo uma das profissões que requer um nível de escolaridade mais baixo. Por outro lado, num estudo realizado por Smith, Kerse e Parsons (2005) sobre o impacto da educação nos cuidados aos idosos, destaca-se que esta população é cuidada por profissionais sem as qualificações profissionais mínimas, salientando-se que desenvolvem os seus conhecimentos a partir da experiência e da observação de outros colegas de trabalho.

Em Portugal, os estudos indicam que os auxiliares de ação médica iniciam a sua carreira como profissionais sem qualquer formação específica que os habilite a lidar com idosos (Carvalho, 2012).

De acordo com estudos referidos por Ferreira (2012), o nível de escolaridade dos cuidadores é um aspeto que necessita de ser explorado.

Segundo os dados do Programa de Desenvolvimento Rural de Basto (sd), a região de Basto, que inclui o concelho de Celorico de Basto, apresenta uma mão de obra pouco qualificada, com um baixo nível de habilitações académicas e de qualificação profissional, sendo insuficiente para satisfazer as necessidades económicas e sociais desta região. Esta situação pode ser explicada por inúmeros fatores, nomeadamente a desvalorização da educação e da qualificação, quer pelas famílias, quer pelas empresas. Perante esta realidade com inúmeras carências ao nível da formação, nomeadamente ao nível dos cuidadores de idosos, surge a necessidade de formar os cuidadores para o desempenho dessa função, especificamente nas respostas sociais de Centro de Dia, Lar Residencial e Serviço de Apoio ao Domicílio. Deste modo, afigura-se pertinente explorar esta realidade, no sentido de averiguar se a formação dos cuidadores formais é adequada às tarefas e às responsabilidades que lhes estão atribuídas.

### **3. DIFICULDADES AO NÍVEL DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS**

A formação é indispensável, tanto para quem cuida dos idosos, como para os próprios idosos e para as suas famílias, pois garante, à partida, um trabalho qualificado e contribui para combater os estigmas que a sociedade e até o próprio idoso insistem em associar à velhice (Santos, 2003). Considera-se a formação dos cuidadores da pessoa idosa como sendo fundamental para uma boa prática nos cuidados prestados, pois os idosos são atualmente uma população exigente, escolarizada e com uma diversidade de patologias.

Os cuidados formais das estruturas residenciais para idosos são frequentemente assegurados por profissionais pouco escolarizados e sem qualquer formação na área. Deste modo, a falta de preparação pode prejudicar o desempenho das tarefas que lhes estão atribuídas, aumentar a desmotivação e diminuir a qualidade dos serviços prestados, o que poderá levar ao abandono do posto de trabalho nas instituições (Carvalho, 2012). Carvalho salienta a necessidade de se explorar esta área no sentido de avaliar o impacto da formação nos auxiliares de ação direta, destacando a importância de se focarem em temáticas relacionadas com a mobilização de doentes. A este propósito, Ferreira (2012) refere que a aquisição de competências e conhecimentos são uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados aos idosos, sendo pertinente focarem-se em programas de formação que integrem a transmissão de conhecimentos ao nível do suporte emocional e do *stress* e sobrecarga emocional de quem cuida.

Segundo o referido pela literatura, o nível de escolaridade e a formação dos cuidadores formais podem ter consequências no tipo de cuidados prestados aos idosos, nomeadamente, na toma de medicação, na assistência médica, na capacidade de compreender e perceber orientações clínicas, entre outras situações (Ferreira, 2012).

No estudo realizado por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) sobre a identificação das competências, necessidades e dificuldades na prestação formal de cuidados a pessoas com demência, constata-se que grande parte dos cuidadores formais não têm formação específica para cuidar de idosos que padecem dessa patologia; sente dificuldades ao nível da comunicação e da interação com os idosos com as alterações comportamentais; queixa-se da falta de tempo, da acumulação de tarefas, da inexistência de recursos disponíveis para um atendimento individualizado e das limitações no planeamento de atividades e na interação com os familiares. Nesse estudo, os investigadores concluíram que é necessário desenvolver e aplicar programas formativos que destaquem conteúdos relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos idosos e com o bem-estar emocional dos próprios cuidadores.

## **PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

## **CAPÍTULO I – METODOLOGIA**

---

## **1. DESENHO DO ESTUDO**

Para alcançar a execução dos objetivos do presente estudo, desenvolvemos uma metodologia de natureza quantitativa. Este tipo de estudo caracteriza-se por predizer e explicar fenómenos (Almeida & Freire, 2007). No presente trabalho, focámo-nos num âmbito mais descritivo e exploratório da realidade dos cuidadores de Celorico de Basto, visto que os conhecimentos sobre a temática deste projeto são escassos.

### **1.1. Objetivos de estudo**

O presente estudo teve como principal propósito conhecer o nível de qualificação dos indivíduos que, no concelho de Celorico de Basto, meio marcadamente rural, trabalham com pessoas idosas. Nesse sentido, pretendemos conhecer o seu grau de preparação para o desenvolvimento de um conjunto de competências que são exigidas, atualmente. O cumprimento do principal propósito deste trabalho leva-nos, em termos teóricos, à necessidade de aprofundar um conjunto de objetivos gerais, tais como: analisar criticamente a evolução das políticas sociais direcionadas à pessoa idosa em Portugal; caracterizar a população idosa de Cabeceiras de Basto; explorar a formação dos cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Celorico de Basto; conhecer as estruturas e os recursos de apoio à população idosa no concelho de Celorico de Basto.

Num âmbito mais específico, temos ainda em vista os seguintes objetivos: conhecer os idosos que procuram as valências de apoio social à terceira idade; explorar os níveis de formação dos cuidadores formais e o seu grau de preparação para trabalharem com a população idosa; analisar a formação dos cuidadores formais das Instituições Particulares de Solidariedade Social no concelho de Celorico de Basto; utilizar os resultados obtidos para a implementação de estratégias mais eficazes no tratamento adequado dos idosos.

## **2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população deste estudo é constituída por 103 cuidadores formais, isto é, auxiliares de ação direta que trabalhavam em oito Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Celorico de Basto, nomeadamente, nas valências de Estruturas Residenciais para Idosos, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário.

Recorremos a uma amostra não probabilística ou intencional, selecionada de acordo com determinados critérios de inclusão:

1. Cuidadores formais (ajudantes de ação direta) que trabalham com idosos das instituições de Celorico de Basto;

2. Cuidadores formais que exercem cuidados diários a idosos há mais de três meses;
3. Desenvolvimento intelectual normal.

## 2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

As principais características sociodemográficas da amostra descrevem-se em seguida.

*Quadro 1. Análise descritiva da amostra por sexo (N=103)*

Sexo	Frequência (N)	Percentagem (%)
Feminino	100	97
Masculino	3	3
Total	103	100

A amostra é constituída por 103 participantes, sendo 100 (97%) do sexo feminino e três (3%) do sexo masculino.

De seguida, apresenta-se no quadro 2 a análise descritiva da amostra por idade.

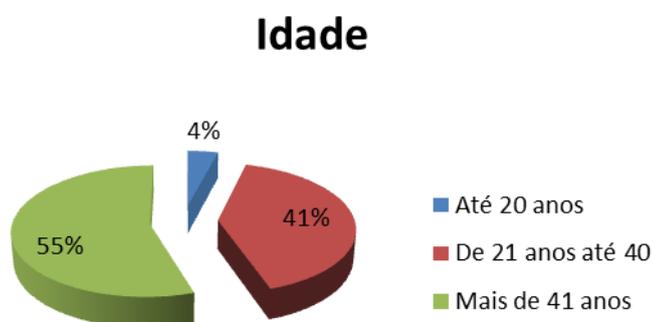
*Quadro 2. Análise descritiva da amostra por idade (N=98)*

Idade	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
	98	41,69	11,45	18	61

A idade dos participantes varia entre os 18 e os 61 anos, com uma média de 41 anos e 7 meses (D.P. 11,45).

A distribuição da idade por classes de idades e percentagem encontra-se no gráfico 1.

**Gráfico 1. Distribuição da idade por categorias (N=98)**



Nesta amostra, a maioria dos sujeitos (55%) têm mais de 41 anos, sendo que 40% têm entre 21 e 40 anos e apenas 4% têm menos de 20 anos.

Relativamente ao estado civil, os dados encontram-se no quadro 3.

**Quadro 3. Distribuição da amostra por estado civil (N=103)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Solteiro(a)	20	19.4
Casado(a)/União de Facto	69	67.0
Viúvo(a)	6	5.8
Divorciado(a)/Separado(a)	8	7.8
Total	103	100.0

Nesta amostra, a maioria dos sujeitos são casados ou em união de facto 67% (N=69). 19.4% (N=20) são solteiros, 7.8% (N=8) são divorciados/separados e, por fim, 5.8% (N=6) são viúvos.

Relativamente à escolaridade, as suas características encontram-se expostas no quadro 4.

**Quadro 4. Distribuição da amostra pelo nível e área de escolaridade (N=103)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino primário	13	12.6
Ensino preparatório	37	35.9
Ensino secundário	39	37.9
Ensino politécnico/médio	3	2.9
Frequência universitária	1	1.0
Licenciatura	8	7.8
Pós-graduação	1	1.0
Mestrado	1	1.0
Doutoramento	0	0
<b>Áreas de Ensino Superior</b>		
Não possui licenciatura	94	91.3
Serviço social	2	1.9
Ensino básico - Primeiro ciclo	2	1.9
Enfermagem	1	1.0
Dietética	1	1.0
Psicologia	1	1.0
Educação social	1	1.0
Contabilidade	1	1.0

Nesta amostra, 37.9 % (N=39) dos sujeitos têm o ensino secundário, 35.9 % (N=37) têm o ensino preparatório e 12.6% (N=13) têm o ensino primário. No seu conjunto, estas três categorias representam 86.4% da amostra, sendo seguidas pelos sujeitos que têm licenciaturas - 7.8% (N=8), os que têm ensino politécnico/médio - 2.9% (N=3) e por fim, as categorias frequência universitária, pós-graduação e mestrado que representam 1% (N=1) cada.

No que diz respeito aos sujeitos da amostra que frequentaram o ensino superior, encontramos as seguintes áreas: Serviço Social (N=2; 1,9%), Ensino Básico – Primeiro Ciclo (N=2; 1,9%), seguindo-se Enfermagem, Dietética, Psicologia, Educação Social e Contabilidade, que representam cada 1% da amostra (N=1).

### **3. INSTRUMENTOS**

#### **3.1 Inquérito por questionário**

As técnicas de recolha de dados podem diversificar-se no tempo e de acordo com as condições existentes no espaço, nomeadamente, a altura ideal e propícia para começar este processo (Almeida & Freire, 2007).

A seleção dos instrumentos para a recolha de dados é fundamental para que sejam atingidos os objetivos da investigação, permitindo a verificação de hipóteses ou a exploração de novos dados.

Com o intuito de atingir os objetivos pretendidos, considerámos pertinente utilizar como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário, pois permite realizar uma interrogação sistemática de um conjunto de cuidadores representativos da população de Celorico de Basto, com o objetivo de proceder a inferências e generalizações.

Este instrumento foi construído propositadamente para o presente estudo e é constituído por várias questões sobre os factos e as opiniões dos cuidadores formais. Foi dirigido aos profissionais que lidam com a pessoa idosa, no sentido de conhecer a sua formação e a adequação da mesma às tarefas que desempenham (ANEXO 1).

Realizámos ainda pesquisa documental, no sentido de aferir através das fontes documentais a aposta efetuada na formação e para fazer o próprio enquadramento da instituição e conhecer numérica e qualitativamente os seus públicos. Este levantamento foi feito nos arquivos das próprias instituições, mediante autorização prévia.

### **4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS**

#### **4.1 Recolha de dados**

O processo de recolha de dados decorreu entre novembro de 2013 e fevereiro de 2014. Antes da recolha ser efetuada, foi enviado um consentimento informado (Anexo II) às instituições onde iria decorrer a investigação. Os questionários foram enviados por correio eletrónico às instituições que ficaram responsáveis por distribuir pelos colaboradores que estavam aptos e cumpriam os critérios de inclusão. Os questionários foram devolvidos pessoalmente e através de correio.

#### **4.2 Análise de dados**

Os dados, depois de recolhidos, foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (Statistical Package for Social Sciences- versão 20).

Numa primeira fase foram analisados os dados relativos à caracterização da amostra através de quadros e obtidos a partir de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências.

Posteriormente, procedeu-se à exploração das variáveis. Para tal, realizou-se Crosstabs e associações de Qui-Quadrado. Esta última foi excluída deste relatório, devido ao número diminuto de casos nas categorias das variáveis, o que torna impossível a validação dessas análises de forma estatisticamente significativa.

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

A seguinte apresentação de resultados baseia-se nos objetivos que orientaram o presente estudo, de modo a que tenha implicações práticas no trabalho com idosos.

### 1. ESTRUTURAS E RECURSOS DE APOIO À POPULAÇÃO IDOSA EM CELORICO DE BASTO

Tendo em conta a recolha de dados efetuada, verifica-se, através do quadro 5, que os sujeitos da amostra se encontram distribuídos por várias instituições com respostas de apoio à população idosa de Celorico de Basto.

**Quadro 5. Distribuição da amostra pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social de Celorico de Basto de apoio à população idosa (N=95)**

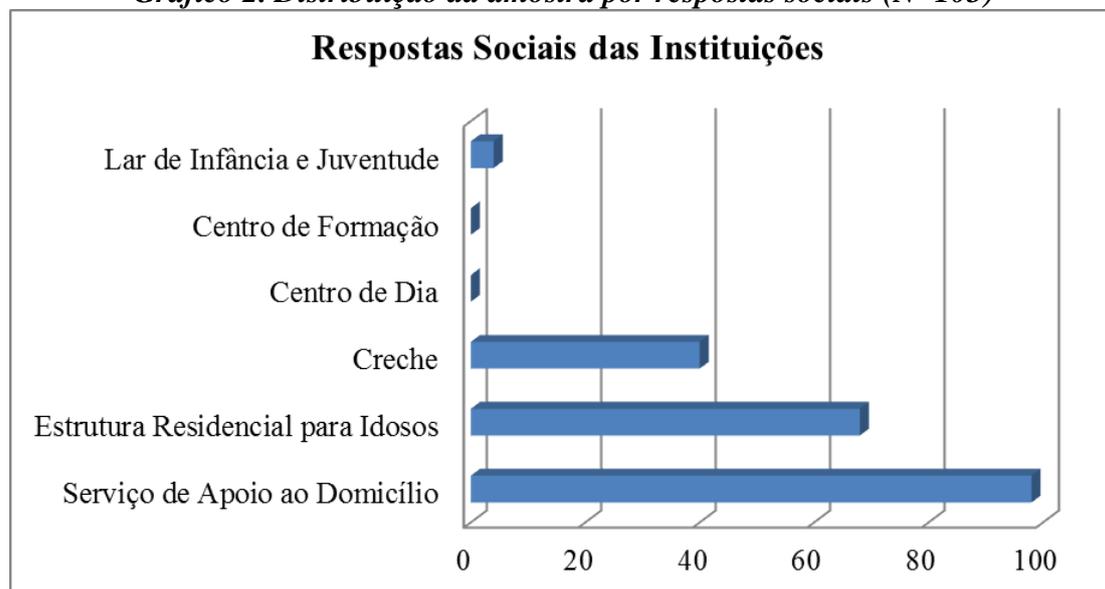
Nome da Instituição	Frequência (N)	Percentagem (%)
Centro Social e Paroquial de Molaes	20	21.1
Associação Social Santa Maria de Borba	5	5.3
Casa do povo de Fervença Centro Comunitário da Mota	15	15.8
Associação Solidariedade Santo André Codessoso	14	14.7
Associação Estrela da Amizade	3	3.2
Associação de Solidariedade Social de Basto	11	11.6
Santa Casa da Misericórdia de São Bento da Arnoia	17	17.9
Centro Social e Paroquial S. Bartolomeu do Rêgo	10	10.5
Total	95	100.0

Através da análise do quadro 5, verificamos que 21.1% (N=20) dos sujeitos da amostra trabalham no Centro Social e Paroquial de Molaes, 17.9% (N=17) na Santa Casa da Misericórdia de São Bento da Arnoia, 15.8% (N=15) trabalham no Centro Comunitário Bento XVI, 14.7% (N=14) na Associação Solidariedade Santo André Cardoso, 11.6% (N=11) na Associação de Solidariedade Social de Basto, 10.5% (N=10) no Centro Social e Paroquial S. Bartolomeu do Rêgo, 5.3% (N=5) na Associação Social Santa Maria da Borda e, por fim, 3.2% (N=3) na Associação Estrela da Amizade.

Dos 103 sujeitos que participaram no estudo, constatamos que o gráfico 2 nos indica que eles trabalham em instituições de Celorico de Basto com várias respostas sociais,

especificamente em Serviços de Apoio ao Domicílio, Estruturas Residenciais para Idosos, Creches e Lares de Infância e Juventude.

**Gráfico 2. Distribuição da amostra por respostas sociais (N=103)**



Podemos verificar que as instituições onde os sujeitos trabalham possuem diversas valências, nomeadamente Serviço de Apoio ao Domicílio, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Lar de Infância e Juventude. Apenas não se verifica a valência de Centro de Formação e Centros de Dia em nenhum dos casos. Assim sendo, verificamos que 98 sujeitos referiram que trabalhavam numa instituição com a valência de Serviço de Apoio ao Domicílio, 68 trabalhavam numa Instituição que tem a valência Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Por outro lado, 40 sujeitos referem que o seu local de trabalho tem uma valência de Creche e quatro indicam que a instituição onde exercem funções tem Lar de Infância e Juventude.

Relativamente ao tipo de vínculo de trabalho dos sujeitos que participaram no estudo, os dados são apresentados no quadro 6.

**Quadro 6. Distribuição da amostra por tipo de vínculo de trabalho (N=100)**

Tipo de vínculo de trabalho	Frequência (N)	Percentagem (%)
Contrato de trabalho a tempo certo	39	39.0
Contrato de trabalho a tempo incerto	46	46.0
Contrato por conta própria/Recibos verdes	1	1.0
Estágio profissional	4	4.0
Outra situação (Efetivo)	10	10.0
Total	100	100.0

Verificamos que 46 (46%) sujeitos da amostra estão em situação de contrato de trabalho a tempo incerto, 39 (39%) encontram-se com contrato de trabalho a tempo incerto, sendo que existem dez (10%) que se encontram noutra situação, nomeadamente, na condição de efetivos. Por outro lado, a frequentar estágios profissionais existem quatro (4%) sujeitos e apenas um (1%) que se encontra em situação de contrato por conta própria ou recibos verdes.

Os dados referentes ao rendimento mensal auferido pelos sujeitos são apresentados no quadro 7.

**Quadro 7. Distribuição da amostra por rendimento líquido mensal (N=103)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Menos de 250 euros	3	3
De 250 a 500 euros	55	54
De 500 a 1000 euros	45	43
Total	103	100

A maioria da amostra (54%, N=55) tem um rendimento líquido mensal que varia entre 250 e 500 euros, 45% (N=43) auferem um rendimento de 500 a 1000 euros e 3% (N=3) obtêm um rendimento de menos de 250 euros.

No que se refere à satisfação com o rendimento mensal, através do quadro 8 constata-se que cerca de 70% dos sujeitos estavam satisfeitos com o salário. A percentagem de pessoas que estavam insatisfeitas com o rendimento mensal é de 27%.

**Quadro 8. Satisfação da amostra com o rendimento líquido mensal (N=97)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	70	72.2
Não	27	27.8
Total	97	100

Relativamente ao tipo de turnos da amostra, podemos analisar o quadro 9.

**Quadro 9. Tipo de turnos da amostra (N=101)**

	Turno de trabalho diurno		Turno de trabalho noturno		Turno de trabalho rotativo		Turno de fim de semana e feriados	
	Frequência (N)	Percentagem (%)	Frequência (N)	Percentagem (%)	Frequência (N)	Percentagem (%)	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	68	67.3	3	3.0	35	34.7	29	28.7
Não	33	32.7	98	97.0	66	65.3	72	71.3
Total	101	100.0	101	100.0	101	100.0	101	100.0

A maioria dos sujeitos da amostra 67.3% (N=68) trabalha no turno diurno, 34.7 % (N=35) encontra-se a trabalhar em turnos rotativos, 28.7% (N=29) no turno de fim de semana e feriados e apenas 3% (N=3) no turno de trabalho noturno.

Segue-se o quadro 10 representativo do número de horas de trabalho da amostra.

**Quadro 10. Número de horas de trabalho da amostra (N=103)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Menos de 20 horas semanais	1	1.0
De 35 a 40 horas semanais	100	97.1
Mais de 20 horas semanais	2	1.9
Total	103	100.0

A grande maioria dos sujeitos 97.1% (N=100) trabalha de 35 a 40 horas semanais, sendo que apenas 1.9% (N=2) trabalha mais de 20 horas semanais e 1% (N=1) trabalha menos de 20 horas por semana.

Relativamente ao número anos de trabalho na instituição de apoio à população idosa, os dados são enunciados no quadro 11.

**Quadro 11. Distribuição da amostra por anos de trabalho na instituição (N=103)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Menos de 6 meses	9	8.7
De 6 meses a 1 ano	11	10.7
De 1 ano a 2 anos	18	17.5
De 2 anos a 3 anos	5	4.9
Mais de 3 anos	60	58.3
Total	103	100.0

A maioria dos sujeitos da amostra 58.3% (N=60) trabalha na instituição há mais de três anos, 17.5% (N=18) trabalha desde dum ano a dois anos e 10.7% (N=11) desde entre seis meses e um ano. Por fim, cerca de 8.7% (N=9) dos sujeitos trabalham na instituição há menos de 6 meses.

No que se refere à opinião dos participantes sobre ao facto do trabalho atual com idosos ser um meio para conseguirem um trabalho melhor, podemos observar os resultados no quadro 12.

**Quadro 12. Trabalho como meio para um trabalho melhor (N=95)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	19	20.0
Não	76	80.0
Total	95	100.0

A maioria da amostra (80%; N=76) considera que este trabalho não é apenas um meio para conseguir um trabalho melhor.

De seguida, faz-se referência no quadro 13 à opinião dos participantes sobre o trabalho como uma forma de ganhar a vida.

**Quadro 13. Trabalho como forma de ganhar a vida (N=90)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	19	21.1
Não	71	78.9
Total	90	100.0

Cerca de 78.9% (N=71) dos sujeitos da amostra não consideram o presente trabalho apenas como uma forma de ganhar a vida. Em contrapartida, 21.1% concorda que o trabalho com idosos é apenas uma forma de ganhar dinheiro.

Relativamente à oportunidade de trabalho, constata-se, no quadro 14, que cerca de 73.2% (N=71) refere que o presente trabalho não foi o único trabalho que conseguiu arranjar, sendo que 26.8% (N=26) da amostra considera que o trabalho como auxiliar foi o único trabalho que conseguiu.

**Quadro 14. Presente trabalho como única oportunidade de emprego (N=97)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	26	26.8
Não	71	73.2
Total	97	100.0

No que se refere à população idosa, no quadro 15 mostra o número de idosos que os sujeitos que participaram no estudo cuidam em simultâneo.

**Quadro 15. Distribuição da amostra em relação ao número de idosos que cuidam em simultâneo**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Menos de 10	36	43.4
De 10 a 20	6	7.2
De 20 a 30	9	10.8
Mais de 30	32	38.6
Total	83	100.0

Nesta amostra, 43.4% (N=36) dos sujeitos cuidam de menos de dez idosos em simultâneo, 38.6% (N=32) cuidam de mais de 30 e 10.8% (N=9) cuidam ao mesmo tempo de 20 a 30 idosos. Por fim, 7.2% (N=6) dos sujeitos cuidam de dez a vinte idosos em simultâneo.

No quadro 16, verifica-se a existência de outros cuidadores, além dos auxiliares de ação direta, nas instituições de Celorico de Basto.

**Quadro 16. Existência de outros cuidadores (N=93)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	90	96.8
Não	3	3.2
Total	93	100.0

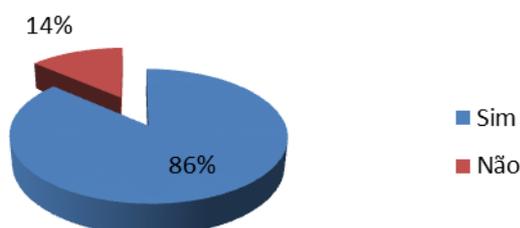
A maioria da amostra 96.8% (N=90) refere existirem outros cuidadores para além de si próprios nas instituições, sendo que 3.2% (N=3) assinalaram que não existem mais cuidadores e que apenas são eles que cuidam dos idosos.

## 2. FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL - CONCELHO DE CELORICO DE BASTO

Tendo em conta os dados recolhidos junto da amostra, pode constatar-se no gráfico 3 a percentagem de sujeitos que tem formação na área dos idosos.

*Gráfico 3. Formação dos sujeitos na área dos cuidados aos idosos*

### Frequentou formação na área de cuidados a idosos



A maioria dos sujeitos desta amostra 86.5% (N=83) frequentou formações na área de cuidados a idosos, sendo que cerca de 14% (N= 30) nunca frequentou formações nesta área. O número de horas frequentadas é apresentado no quadro 17.

*Quadro 17. Número de horas de formação da amostra (N=82)*

	Frequência (N)	Percentagem (%)
De 0 a 10 horas	4	4.9
De 10 a 20 horas	8	9.8
De 20 a 50 horas	40	48.8
De 50 a 100 horas	11	13.4
De 100 a 200 horas	1	1.2
Mais de 200 horas	18	22.0
Total	82	100.0

A maioria da amostra 48.8% (N=40) tem entre 20 e 50 horas de formação, 22% (N=18) teve mais de 200 horas de formação, 13.4% (N=11) teve entre 50 e 100 horas de formação, 9.8% (N=8) teve entre 10 e 20 horas de formação, 4.9% teve de 0 a 10 horas de formação e, por fim, 1,2% (N=1) teve entre 100 e 200 horas de formação.

Os conteúdos ou temáticas das ações de formação que os sujeitos frequentaram são apresentados no quadro 18.

**Quadro 18. Áreas de formação frequentadas (N=103)**

	Frequência (N)
Higiene e segurança na alimentação	20
Gerontologia diferenciada à enfermagem	1
Geriatria	20
Primeiros socorros	25
Demências na 3ª idade	2
Curso de educação e formação de adultos	1
Prestação de cuidados a utentes idosos	15
Estudo de patologias	2
Cuidados de higiene e segurança no trabalho	9
Animação	13
Gestão de qualidade	1
Idosos dependentes ou acamados	4
Cuidados ao domicílio	4
Psicologia do idoso	1
Cozinha	2
Informática	7
Saúde	2
Envelhecimento ativo	1
Cuidados práticos ao idoso	9
Ética profissional e ética ao cuidado dos idosos	9

Na amostra selecionada, verifica-se que 25 sujeitos frequentaram cursos de primeiros socorros, vinte os cursos de higiene e segurança na alimentação, vinte cursos de geriatria e vinte frequentaram cursos de prestação de cuidados a utentes idosos.

Relativamente aos cursos de animação, treze sujeitos frequentaram este curso, nove frequentaram o curso de cuidados de higiene e segurança no trabalho, a curso de cuidados práticos ao idoso e de ética profissional e ética nos cuidados aos idosos. Por outro lado, os cursos de informática foram frequentados por sete sujeitos, os cursos de cuidados ao domicílio e de idosos dependentes ou acamados foram frequentados por quatro.

Os cursos de cozinha, demências, estudos de patologias e saúde foram frequentados por dois sujeitos da amostra. Os cursos de gerontologia diferenciada à enfermagem, o curso de

educação e formação de adultos, o curso de gestão de qualidade, de psicologia do idoso e do envelhecimento ativo, foram frequentados por apenas um dos sujeitos da amostra.

**Quadro 19. Entidades organizadoras da formação**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Qualidade de Basto	26	39.4%
F3P Braga	1	1.5%
Esfosol Lamego	1	1.5%
Câmara Municipal de Celorico de Basto	3	4.5%
Colégio S. Gonçalo – Amarante	1	1.5%
Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências de Saúde	1	1.5%
Centro Comunitário Bento XVI	3	4.5%
Associação Empresarial Fafe, Cabeceiras e Celorico de Basto	3	4.5%
Associação de Solidariedade Social de Basto	17	25.8%
Escola Superior de Saúde - Instituto de Bragança	1	1.5%
Clínica de Psicologia de Vila do Conde	1	1.5%
Célula 2000	1	1.5%
VianaSoft	7	10.6%
Centro Empresarial de Celorico de Basto	1	1.5%
Centro Social e Paroquial Divino Salvador de Ribas	1	1.5%
Santa Casa da Misericórdia de São Bento da Arnoia	1	1.5%
Sinesconsult	1	1.5%
Centro Social e Paroquial de S. Bartolomeu do Rêgo	9	13.6%
Servirege	3	4.5%

De acordo com o quadro 19, 26 indivíduos obtiveram a sua formação na empresa Qualidade de Basto, 17 na Associação de Solidariedade de Basto; nove no Centro Social e Paroquial de S. Bartolomeu do Rêgo, sete na empresa VianaSoft, três na Câmara Municipal de Celorico de Basto, bem como na Associação Empresarial Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto, no Centro Comunitário Bento XVI e na Servirege. Por fim, em simultâneo com um sujeito a frequentar a entidade, surgem a F3p Braga, Esfosol Lamego, o Colégio de São Gonçalo, a Universidade de Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, a empresa Célula 2000, a Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, a Clínica de Psicologia de Vila do Conde, o Centro Empresarial de Celorico de Basto, o Centro Social e Paroquial Divino Salvador de Ribas, a Santa Casa da Misericórdia de São Bento da Arnoia e a Sinesconsulte.

***Quadro 20. Importância das instituições terem mais momentos de reflexão e partilha em grupo sobre os cuidados com idosos***

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	37	43.0
Concordo bastante	40	46.5
Nem concordo nem discordo	9	10.5
Total	86	100.0

Relativamente à afirmação “Considero importante a instituição ter mais momentos de reflexão e partilha em grupo sobre os cuidados aos idosos”, o quadro 20 mostra que a grande maioria dos sujeitos da amostra concorda com ela, sendo que 46.5% (N=40) concordam bastante e 43% (N=37) concordam em absoluto.

**3. FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS E O SEU GRAU DE PREPARAÇÃO PARA TRABALHAREM COM A POPULAÇÃO IDOSA.**

De acordo com os dados recolhidos sobre as formações frequentadas pelos sujeitos que compõem a amostra, podemos analisar, no quadro 21, o interesse e a relevância dessas formações.

**Quadro 21. Interesse e relevância das formações frequentadas (N=86)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	60	69.8
Concordo bastante	23	26.7
Nem concordo nem discordo	3	3.5
Total	86	100.0

Como podemos observar no quadro 21, a grande maioria dos sujeitos da amostra (69.8%; N=60) concorda em absoluto com o interesse e a relevância das formações que frequentaram ao nível de cuidados com idosos, 26.7% (N=23) referiram que concordam bastante com o interesse e a relevância das formações para o seu trabalho com idosos, sendo que 3.5% (N=3) dos sujeitos não têm opinião, isto é, nem concordam, nem discordam.

No quadro 22 pode verificar-se avaliação que os sujeitos da amostra fazem sobre os conhecimentos que adquiriram nas formações e que colocaram em prática no trabalho com a população idosa.

**Quadro 22. Avaliação dos conhecimentos das formações no trabalho com idosos (N=85)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	47	55.3
Concordo bastante	34	40.0
Nem concordo nem Discordo	3	3.5
Discordo	1	1.2
Total	85	100.0

A maioria dos sujeitos da amostra (55.3%, N=47) concorda em absoluto que os conhecimentos adquiridos na formação serviram para colocarem em prática no trabalho com os idosos, enquanto 40% (N=34) concorda bastante e 3.5% (N=3) não tem opinião formada sobre o assunto, isto é, nem concordam, nem discordam. Por outro lado, apenas 1.2% (N=1) considera que os conhecimentos adquiridos na formação não serviram para o trabalho prático com a população idosa, ou seja, discorda.

No quadro 23, encontra-se a avaliação os sujeitos sobre se os conhecimentos adquiridos nas formações são sobretudo teóricos.

**Quadro 23. Avaliação dos conhecimentos teóricos das formações (N=83)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	10	12.0
Concordo bastante	15	18.1
Nem concordo nem discordo	5	6.0
Discordo em parte	38	45.8
Discordo em absoluto	15	18.1
Total	83	100.0

Dos sujeitos questionados, cerca de 45.8% (N=38) discordam em parte com a afirmação de que os saberes que interessam nas formações são sobretudo teóricos, 18.1% (N=15) discordam em absoluto, 6.0% (N=5) não concordam, nem discordam, enquanto 18.1% (N=15) concordam bastante com a ideia de que os saberes que interessam nas formações são sobretudo teóricos e 12% (N=10) concordam em absoluto.

A avaliação sobre a relevância das formações para os saberes práticos e profissionais dos cuidadores formais aparece no quadro 24.

**Quadro 24. Avaliação sobre a relevância das formações para os saberes práticos e profissionais dos cuidadores formais (N=83)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	10	12.0
Concordo bastante	6	7.2
Nem concordo nem discordo	6	7.2
Discordo em parte	17	20.5
Discordo em absoluto	44	53.0
Total	83	100.0

A maioria da amostra (53%;N=44) discorda em absoluto da ideia de que a formação é pouco relevante para os saberes práticos e profissionais dos cuidadores formais, 20.5% (N=17) discorda em parte, 12% (N=10) concorda em absoluto, 7.2% (N=6) concorda bastante e 7.2% (N=6) não concorda, nem discorda.

No que se refere à importância que os sujeitos da amostra atribuem a mais habilitações na área de trabalho, os resultados surgem no quadro 25.

**Quadro 25. Importância de mais habilitações na área de trabalho (N=86)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	34	39.5
Concordo bastante	28	32.6
Nem concordo nem discordo	14	16.3
Discordo em parte	3	3.5
Discordo em absoluto	7	8.1
Total	86	100.0

Dos sujeitos da amostra, 39.5% (N=34) referem que concordam em absoluto com a importância de ter mais habilitações na área em que trabalham, 32.6% (N=28) também concordam bastante com esta ideia, 16.3% (N=14) não concordam, nem discordam, 8.1% (N=7) discordam em absoluto e, por fim, 3.5% (N=3) discordam em parte da necessidade de mais habilitações.

No quadro 26 apresenta-se a opinião dos sujeitos da amostra relativamente à oportunidade da formação para o desenvolvimento das capacidades dos cuidadores para lidarem com os utentes.

**Quadro 26. Importância da formação para o desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidarem com os idosos (N=87)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	63	72.4
Concordo bastante	21	24.1
Nem concordo nem discordo	2	2.3
Discordo em parte	1	1.1
Total	87	100.0

A grande maioria dos elementos da amostra concorda com a ideia de que a formação é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidarem melhor com os idosos, 72.4% (N=63) concordam em absoluto com esta ideia, 24.1% (N=21) concordam bastante, 2.3% (N=2) não concorda, nem discorda e 1.1% (N=1) discordam da importância da formação.

Relativamente à importância das formações realizadas facilitarem o trabalho com idosos, a opinião da amostra está no quadro 27.

**Quadro 27. Importância das formações para facilitarem o trabalho com os idosos (N=84)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	45	53.6
Concordo bastante	30	35.7
Nem concordo nem discordo	6	7.1
Discordo em parte	2	2.4
Discordo em absoluto	1	1.2
Total	84	100.0

A maioria da amostra concorda que as formações realizadas facilitam o trabalho com os idosos, sendo que 53.6% (N=45) concordam em absoluto e 35.7% (N=30) concordam bastante, 7.1% (N=6) não têm opinião, 2.4% (N=2) discordam em parte desta ideia e 1.2% (N=1) discordam em absoluto.

No que se refere à irrelevância que os indivíduos da amostra atribuem aos cursos de formação, encontramos os resultados no quadro 28.

**Quadro 28. Irrelevância da participação nos cursos de formação (N=85)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Concordo em absoluto	18	21.2
Concordo bastante	9	10.6
Nem concordo nem discordo	1	1.2
Discordo em parte	8	9.4
Discordo em absoluto	49	57.6
Total	85	100.0

A maioria dos sujeitos da amostra 57.6% (N=49) discorda em absoluto da afirmação “É irrelevante participar em cursos de formação”, 9.4% (N=8) discorda em parte, 21.2% (N=18) concorda em absoluto, 10.6% (N=9) concorda bastante e 1.2% (N=1) nem concorda, nem discorda.

No que refere às áreas de formação que os sujeitos consideram importante frequentar para melhorar a qualidade do trabalho com os idosos, as opiniões aparecem no quadro 29.

**Quadro 29. Áreas de formação que consideram necessárias para melhorar a qualidade do trabalho com idosos (N=55)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Higiene dos idosos acamados	3	5.5
Gestão de qualidade	1	1.8
Prestação de cuidados gerais a idosos	5	9.1
Animação de idosos	2	3.6
Primeiros socorros	14	25.5
Ação e serviço social	1	1.8
Cozinha	3	5.5
Área emocional/comportamental/atitudinal	2	3.6
Administração terapêutica	1	1.8
Técnicas de mobilização aos idosos acamados e não acamados	2	3.6
Geriatría	3	5.5
Cuidados ao nível da saúde/doenças/patologias	4	7.3
Área centro de dia e domicílio	3	5.5
Não necessito de mais formação	11	20.0
Total	55	100.0

Como podemos verificar no quadro 29, os sujeitos da amostra sentem mais necessidade de formação nas seguintes áreas: Primeiros socorros (25.5%; N=14); Prestação de cuidados gerais a idosos (9.1%; N=5); Cuidados ao nível da saúde/doenças/patologias (7.3%; N=4); Higiene dos idosos acamados (5.5%; N=3); Cozinha (5.5%; N=3); Geriatría (5.5%; N=3); Área centro de dia e domicílio (5.5%; N=3); Animação a idosos (3.6%; N=2); Área emocional/comportamental/atitudinal (3.6%; N=2); Técnicas de mobilização aos idosos acamados e não acamados (3.6%; N=2); Gestão de qualidade (2.9%; N=1); Ação e serviço social (2.9%; N=1) e Administração terapêutica (2.9%; N=1).

Quando questionados sobre a necessidade de terem mais formação, os resultados são os constantes do quadro 30.

**Quadro 30. Necessidade de mais formação (N=55)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Necessito de mais formação	44	80.0
Não necessito de mais formação	11	20.0
Total	55	100.0

Cerca de 80% (N=44) da amostra considera que necessita de mais formação, enquanto 20% (N=11) considera ter a formação suficiente.

Relativamente à preparação que a amostra tem para prestar cuidados à população idosa, podemos analisar o quadro 31.

**Quadro 31. Preparação para cuidar de idosos (N=92)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Muito preparado	22	23.9
Bastante preparado	40	43.5
Mais ou menos preparado	30	32.6
Total	92	100.0

Da amostra, cerca de 43.5% (N=40) dos sujeitos sentem-se bastante preparados para cuidarem de idosos, 23.9% (N=23) sentem-se muito preparados e 32.6% (30) mais ou menos preparados.

**Quadro 32. Participação no plano anual de atividades da instituição**

Participação do Plano Anual de Atividades da Instituição		
	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	33	38.4
Não	53	61.6
Total	86	100.0

De acordo com o quadro 32, a maioria dos sujeitos 61.6% (N=53) não participa no Plano Anual de Atividades da Instituição.

No que se refere à sua participação nos grupos de trabalho sobre o plano desenvolvimental de cada utente, podemos observar o quadro 33.

**Quadro 33. Participação da amostra no plano desenvolvimental individual do utente**

(N=88)

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	38	43.2
Não	50	56.8
Total	88	100.0

A maioria da amostra, isto é, 56.8% (N=50) não participa do plano desenvolvimental individual do utente e 43.2% (N=38) colabora na realização deste plano.

No que se refere às razões de participação neste tipo de funções relacionados com grupos de trabalho, os resultados aparecem no quadro 34.

**Quadro 34. Razões da participação ou não participação dos grupos (N=20)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Faz parte das minhas tarefas	5	25.0
Participação nos processos dos utentes	10	50.0
Melhorar a qualidade no trabalho com o idoso	5	25.0
Total	20	100.0

Da amostra que respondeu a esta questão, cerca de 50% (N=10) dos inquiridos revelaram que tal deve-se à sua participação nos processos dos utentes, 25% (N=5) refere fazer parte das tarefas e os restantes 25% (N=5) mencionam que participam porque melhora a qualidade do trabalho com o idoso.

As razões que levam os indivíduos da amostra a não colaborarem nos grupos de trabalho são as mencionadas no quadro 35.

**Quadro 35. Razões para não participarem nos grupos de trabalho (N=9)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Não faz parte das tarefas	2	22.2
O turno de trabalho não permite a participação	2	22.2
Não ter as qualificações necessárias	5	55.6
Total	9	100.0

Cerca de 55.6% (N=5) dos sujeitos da amostra referem que a razão da não participação nos grupos de trabalho prende-se com a ausência das qualificações necessárias, 22.2% (N=2) referem que não faz parte das tarefas, enquanto 22.2% (N=2) alega que o turno de trabalho não permite a participação nestes grupos.

**Quadro 36. Formação adequada à população idosa**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	86	91.5
Não	8	8.5
Total	94	100.0

A grande maioria dos sujeitos da amostra considera ter a formação adequada à população que cuida (91.5%; N=86). No quadro 24, surgem os cuidados que têm mais dificuldade em executar.

**Quadro 37. Cuidados onde a amostra sente mais dificuldades no cuidado a idosos (N=48)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Situações que envolvam sangue	2	4.2
Primeiros socorros/Situações de emergência	12	25.0
Situação de banho	1	2.1
Situação de vômitos	1	2.1
Situação de quedas	1	2.1
Higiene em acamados	1	2.1
Preparação de alimentos	1	2.1
Administração da medicação	1	2.1
Cuidados informais de saúde	1	2.1
Mobilização dos idosos	1	2.1
Não sinto dificuldades	26	54.2
Total	48	100.0

Os sujeitos da amostra destacaram as seguintes áreas em que sentem mais dificuldade: Primeiros socorros (25%; N=12) Situações que envolvam sangue (4.2%; N=2); Situações de banho (2.1%; N=1); Situação de vômitos (2.1%; N=1); Situação de quedas (2.1%; N=1); Higiene em acamados (2.1%; N=1); Preparação de alimentos (2.1%; N=1); Administração de

medicação (2.1%; N=1); Cuidados informais de saúde (2.1%; N=1) Mobilização de idosos (2.1%; N=1). Importa destacar o facto de cerca de 54.2% (N=48) da amostra referir que não sente dificuldades na prestação de cuidados à população idosa.

No que se refere à avaliação da amostra sobre a sua experiência como cuidadores de idosos dependentes, o quadro 38 dá-nos os resultados.

**Quadro 38. Avaliação da experiência como cuidadores de idosos dependentes (N=68)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Muito difícil	2	2.9
Difícil, mas gratificante	6	8.8
Gratificante/Forma de aprendizagem/Desenvolvimento pessoal	21	30.9
Experiência positiva	37	54.4
Momentos bons e menos bons	1	1.5
Tomada de consciência social sobre as problemáticas dos idosos	1	1.5
Total	68	100.0

A maioria dos elementos inquiridos, 54.4% (N=37) dos sujeitos, considera a experiência como cuidador de um idoso dependente como uma experiência positiva, 30.9% (N=21) considera a experiência gratificante ou uma forma de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal, 8.8% (N=6) consideram difícil, mas gratificante, 2.9% (N=2) acham a experiência muito difícil, 1.5% (N=1) consideram ter bons momentos e momentos menos bons e, por fim, 1.5% (N=1) julga que esta experiência permitiu uma tomada de consciência social sobre as problemáticas dos idosos.

Relativamente à opinião que os indivíduos da amostra têm sobre o seu estado de saúde física e mental, quando comparado com o das outras pessoas com a mesma idade e sexo, podemos observar o quadro 39.

**Quadro 39. Comparação dos cuidadores ao nível da saúde física e mental com pessoas da mesma faixa etária e sexo (N=86)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Mais problemas ao nível da saúde física	9	10.5
Mais problemas ao nível da saúde mental	2	2.3
Bem-estar físico e mental	74	86.0
Alguns dias bem, outros dias mal	1	1.2
Total	86	100.0

A grande maioria dos sujeitos da amostra sente-se muito bem e capaz física e mentalmente (86%; N=74), cerca de 10.5% (N=9) possui mais problemas ao nível da saúde física, 2.3% (N=2) sente mais problemas ao nível da saúde mental e, por fim, 1.2% (N=1) está alguns dias bem, outros dias mal.

No que se refere às consequências que o cuidar de idosos tem na vida pessoal dos cuidadores, podemos analisar os quadros 40 e 41.

**Quadro 40. Existência de consequências ao nível pessoal dos cuidados aos idosos (N=91)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	28	30.8
Não	63	69.2
Total	91	100.0

Da amostra selecionada, conclui-se que grande parte dos indivíduos referiu que os cuidados aos idosos não têm consequências a nível pessoal (69.2%; N=63), mas cerca de 30.8% (N=28) considera que estes cuidados tiveram implicações a nível pessoal. Essas consequências, que podem ser de vária ordem, são apresentadas no quadro 41.

**Quadro 41. Tipo de consequências a nível pessoal (N=28)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
<i>Burnout</i> /Cansaço psicológico e físico	2	7.1
Desenvolvimento pessoal/Aprendizagem	18	64.3
Tomada de consciência social relativa às problemáticas dos idosos	3	10.7
Problemas físicos	1	3.6
Transportar problemas laborais para casa	1	3.6
Realização Pessoal	3	10.7
Total	28	100.0

Ao nível das consequências positivas destacamos: o desenvolvimento pessoal/aprendizagem (64.3%; N=18), a realização pessoal (10.7%;N=3) e a tomada de consciência social relativamente às problemáticas dos idosos (10.7%;N=3). No entanto, alguns sujeitos da amostra indicam consequências negativas, nomeadamente: *burnout*/cansaço

psicológico e físico (7.1%; N=2), problemas físicos (3.6%;N=1) e transportar problemas do trabalho para casa (3.6%; N=1).

Sobre a existência de acontecimentos de vida marcantes nos últimos seis meses, podemos observar o quadro 42.

**Quadro 42. Existência de acontecimentos de vida marcantes nos últimos 6 meses (N=93)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	23	24.7
Não	70	75.3
Total	93	100.0

A maioria dos sujeitos da amostra não teve nenhum acontecimento de vida marcante nos últimos seis meses (75.3%; N=70), sendo que 24.7% (N=23) teve um acontecimento de vida marcante que ocorreu no último meio ano.

Por outro lado, os sujeitos da amostra referem algumas estratégias para melhorar o trabalho como cuidadores, que são mencionadas no quadro 43.

**Quadro 43. Estratégias de intervenção para melhorar a qualidade no trabalho dos cuidadores (N=18)**

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Formação em diversas áreas sobre idosos	5	27.8
Formação básica e aprofundada em Primeiros socorros	2	11.1
Necessidade de contratar mais funcionários na instituição	3	16.7
Necessidade de ter mais disponibilidade para estar com os idosos	6	33.3
Melhorar o trabalho em equipa	2	11.1

Os sujeitos da amostra sugeriram as seguintes estratégias de intervenção para uma melhor qualidade no trabalho como cuidador: necessidade de terem mais disponibilidade para estar com os idosos (33.3%, N=6); formação em diversas áreas sobre idosos (27.8%, N=5); necessidade de contratar mais funcionários na instituição (16.7%; N=3); formação básica e aprofundada em primeiros socorros (11.1%; N=2) e melhorar o trabalho de equipa (11.1%; N=2).

#### 4. POPULAÇÃO IDOSA DAS RESPOSTAS SOCIAIS DE CELORICO DE BASTO

O quadro 44 faz referência ao número de idosos que são de responsabilidade de cada profissional das instituições do concelho de Celorico de Basto onde foi recolhida a amostra.

**Quadro 44. Distribuição de idosos por cuidadores das instituições do concelho de Celorico de Basto**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Número de idosos dependentes	55	1	54	24.87	20.60
Número de idosos autónomos	53	3	65	13.06	9.87

O número de idosos dependentes que cada profissional tem ao seu cuidado que varia entre um e 54 idosos, registando-se uma média de 24.87 (D.P.= 20.60), enquanto o número dos idosos autónomos varia entre três e 65, sendo que a média é de 13.06 (D.P.= 9.87).

Após pesquisa documental através do Instituto da Segurança Social, pode analisar-se, nos quadros 45 e 46, os dados relativos à população idosa que se encontra nas instituições de Celorico de Basto, designadamente nas respostas sociais de Estruturas Residenciais para Idosos e nos Serviços de Apoio Domiciliário.

**Quadro 45. Distribuição e caracterização da população idosa nas Estruturas Residenciais para Idosos de Celorico de Basto**

Identificação da instituição	Resposta social	Acordo de cooperação com SS	Número de utentes a frequentar	Complemento de 2.º grau
Centro Social Paroquial de Molares	ERPI	15	24	15
Centro Social Paroquial do Divino Salvador		55	55	24
Santa Casa da Misericórdia de S. Bento de Arnoia		59	59	26
Casa do Povo de Fervença Centro Comunitário da Moita		36	52	30
Associação de Solidariedade Santo André de Codessoso		15	24	4
Total			214	81

Fonte: Dados retirados do SIF SAP Sistema de Informação Financeira da Segurança Social relativo ao mês de agosto de 2014

**Quadro 46. Distribuição e caracterização da população idosa nos Serviços de Apoio Domiciliário de Celorico de Basto**

Identificação da instituição	Resposta social	Acordo de cooperação com SS	Número de utentes a frequentar	Complemento de 2º grau
Centro Social Paróquia S. Bartolomeu do Rego	SAD	45	45	13
Centro Social Paroquial de Molares		50	56	2
Centro Social Paroquial do Divino Salvador		16	22	0
Santa Casa da Misericórdia de S. Bento der Arnoia		18	18	0
Associação Social Santa Maria de Borba da Montanha		41	41	0
Associação Estrela da Amizade		20	20	0
Associação de Solidariedade Social de Basto		30	37	28
Casa do Povo de Fervença Centro Comunitário da Moita		30	30	13
Associação de Solidariedade Santo André de Codesso		10	25	0
Total			<b>294</b>	<b>56</b>

Fonte: Dados retirados do SIF SAP Sistema de Informação Financeira da Segurança Social relativo ao mês de agosto de 2014

Relativamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, constata-se que existem cerca de 214 idosos que têm o apoio desta resposta, sendo cerca de 81 idosos dependentes com o complemento de 2º grau. Por outro lado, os Serviços de Apoio Domiciliário prestam cuidados a 294 idosos, dos quais 56 são dependentes com o acesso ao complemento de 2º grau.

A variação superior registada entre o número de utentes abrangidos pelos acordos de cooperação e o número de utentes a frequentar deve-se ao facto de o equipamento social ter

capacidade superior devidamente reconhecida por parecer técnico emitido pelo Gabinete de Apoio Técnico. De referir ainda que a indisponibilidade de cabimentação orçamental inviabilizou a celebração dos acordos de cooperação até ao limite da sua real capacidade.

### **CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados, integrando de forma crítica os dados obtidos com o conhecimento científico desenvolvido na revisão da literatura e as respostas dadas aos questionários. Fazemos também algumas considerações que resultam da nossa experiência profissional com as respostas sociais de apoio aos idosos.

A presente discussão baseia-se nos objetivos que orientaram o presente estudo, de modo a que nos permita encontrar respostas com implicações teóricas e práticas junto da população idosa.

### **1. ESTRUTURAS E RECURSOS DE APOIO À POPULAÇÃO IDOSA EM CELORICO DE BASTO**

Relativamente aos recursos de apoio à população idosa em Celorico de Basto, os resultados confirmam o indicado na revisão da literatura, nomeadamente a designação das instituições com serviços de apoio à população idosa, verificando-se que existe uma maior percentagem de sujeitos que trabalham em instituições com a valência de Serviço de Apoio Domiciliário, seguindo-se as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Além disso, constata-se que não existem Centros de Dia neste concelho, tal como foi referido na parte inicial deste trabalho.

Dos resultados analisados, constata-se que grande parte da amostra está a laborar com um contrato de trabalho a termo incerto e que a maioria recebe um rendimento líquido mensal que varia entre 250 a 500 euros. Porém, a maioria dos sujeitos mostra-se satisfeita com o salário que recebe. No mesmo sentido, vão os resultados relativos aos turnos e ao número de horas semanais que os indivíduos da amostra trabalham, sendo em maioria no turno diurno entre 35 e 40 horas semanais.

Cerca de 58.3% da amostra trabalha nas instituições há mais de 3 anos e cerca de 43.4% cuidam de menos de 10 idosos em simultâneo, à semelhança de 38.6% que cuidam de mais de 30 idosos, notando-se alguma discrepância. Neste sentido, cerca de 96.8% dos indivíduos da amostra refere que nas instituições onde trabalham existem outros cuidadores, além deles próprios.

Grande parte da amostra considera que o trabalho como cuidadores de idosos não é apenas um meio para conseguir outro tipo de trabalho, nem o único trabalho que conseguiram arranjar, tal como não considera estas funções de cuidadores como uma forma de apenas ganharem dinheiro.

## **2. A FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS DAS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL DO CONCELHO DE CELORICO DE BASTO**

No que se refere à formação dos cuidadores formais, a maioria dos sujeitos da amostra tem o ensino secundário, seguindo-se o ensino preparatório e o ensino primário, que constituem grande parte da amostra. Associado a esta realidade, nota-se que grande parte dos sujeitos desta amostra frequentou formações na área de cuidados a idosos, sendo que cerca de 14% (N= 30) nunca frequentou formações nesta área. Neste sentido, estes resultados não corroboram o que foi enunciado por Smith, Kerse e Parsons (2005) que destacam que a população idosa é cuidada por profissionais sem qualificações profissionais mínimas, destacando-se que não desempenham as suas funções com base na experiência prática e da observação de outros colegas. Além disso, verifica-se que, em Portugal, os estudos indicam que os cuidadores iniciam a sua carreira como profissionais sem qualquer formação na área que os habilite a lidar com idosos (Carvalho, 2012). Do mesmo modo, os dados do Programa de Desenvolvimento Rural de Basto (sd) sobre esta região apresenta uma mão de obra pouco qualificada, um baixo nível de habilitações académicas e de qualificação profissional, sendo limitados para as necessidades económicas e sociais desta região.

A maioria dos sujeitos da amostra considera que a participação em cursos de formação é relevante, sendo que estes resultados vão de encontro aos dados do estudo realizado por Carvalho (2012), sobre as perceções dos cuidadores de ação direta, onde se concluiu que estes profissionais consideram a formação profissional importante.

Cerca de 69.2 % da amostra refere que a profissão de cuidadores de idosos não tem consequências a nível pessoal. Em contrapartida, cerca de 30.8% considera que estes cuidados aos idosos têm implicações na sua vida pessoal. Deste modo, os resultados indicam que os indivíduos referem a existência de consequências positivas e negativos dos cuidados aos idosos, entre elas, destaca-se como positivo o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem, a realização pessoal e a tomada de consciência social relativamente às problemáticas dos idosos. As consequências negativas estão direcionadas para o *burnout* e/ou cansaço psicológico e físico, problemas físicos e o transporte de problemas do trabalho para casa.

Relativamente ao bem-estar atual dos sujeitos da amostra, a grande maioria sente-se bem física e mentalmente, destacando-se uma pequena minoria de sujeitos que refere ter alguns problemas de saúde físico e mentais.

Tendo em conta os resultados encontrados, verifica-se que estes dados corroboram as sugestões de Ferreira (2012) para a implementação de programas de formação que se foquem no suporte emocional e no *stress* e sobrecarga emocional dos cuidadores deve ser tido em atenção, isto é, os sujeitos da amostra destacam como uma consequência negativa do cuidado a idosos o *burnout* e o cansaço físico e psicológico.

No que se refere ao número de horas de formação que os indivíduos da amostra frequentaram, verifica-se que a maioria frequentou entre 20 a 50 horas de formação (48.8%), seguindo-se 22% dos indivíduos que frequentaram mais de 200 horas de formação. Deste modo, de acordo com o artigo 130º da revisão do Código do Trabalho, Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, que se refere à formação profissional, estipulando que a entidade empregadora deve assegurar no mínimo 35 horas anuais de formação contínua certificada, os resultados encontrados poderão colocar-nos algumas dúvidas e ser objeto de reflexão, pois tendo em conta que a maioria da amostra já trabalha nas instituições há mais de três anos, deveriam ter no mínimo 95 horas de formação, o que nos pode levar a supor que os cuidadores que trabalham nas instituições de Celorico de Basto não tem o número adequado de formação profissional.

### **3. FORMAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS E O SEU GRAU DE PREPARAÇÃO PARA TRABALHAREM COM A POPULAÇÃO IDOSA.**

Os resultados encontrados indicam-nos que uma grande parte da amostra considera que as ações de formação já frequentadas sobre a temática dos idosos tiveram uma grande relevância e interesse ao nível dos cuidados que desempenham junto desta população, tendo ainda demonstrado que os conhecimentos adquiridos são uma mais valia para poderem desenvolver e aplicar outras metodologias que visam melhorar a qualidade do serviços e cuidados prestados. É ainda evidenciado que a formação contínua é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de determinadas competências e práticas fundamentais para corresponder às necessidades e expectativas dos idosos.

Deste modo, é importante destacar que cerca de metade dos sujeitos também considera que a frequência de formações só é relevante para os saberes práticos e profissionais dos cuidadores formais. Estes resultados vão de encontro ao referido por Carvalho (2012), quando faz referência a um estudo realizado com cuidadores e que concluiu que estes consideram a formação profissional uma necessidade importante.

A análise dos resultados indica que a maioria dos sujeitos concorda com a importância de ter mais habilitações na área em que trabalha e também sente a necessidade de frequentar

mais formações na área dos idosos. Estes resultados estão de acordo com o referido por Carvalho (2012), pois sublinha que os cuidadores formais de idosos dependentes referem que sentem necessidade de formação nesta área. No entanto, constata-se que a grande maioria dos sujeitos, apesar de considerarem que sente necessidade de mais formação, menciona nos resultados que tem uma formação adequada e preparação para cuidar da população idosa, o que não vai totalmente de acordo com o referido anteriormente, sendo que também não corrobora ideia referida por Glaister e Blair (2008), que consideram que os cuidadores formais estão mal preparados para cuidarem de pessoas idosos.

No que se refere às áreas de formação, os que constituíram amostra consideram ter mais necessidade de formação, ao nível dos primeiros socorros, cuidados gerais a idosos e ao nível da saúde, doenças e patologias. Estes resultados não vão no sentido das áreas de formação que Carvalho (2012) refere, dado que os cuidadores formais sentem mais necessidade de formação na área das demências, depressão e agressividade. Nesse sentido vão os estudos apresentados por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) que referem que grande parte dos cuidadores formais não tem formação específica para cuidar de idosos com demências, salientando que sente dificuldades ao nível da comunicação e interação com os idosos, com as alterações comportamentais, com a falta de tempo e acumulação de tarefas, a falta de recursos disponíveis para um atendimento individualizado, limitações no planeamento de atividades e na interação com os familiares. Por outro lado, a literatura também menciona que o nível de formação dos cuidadores e as necessidades de formação podem ter consequências no tipo de cuidados prestados, nomeadamente ao nível da saúde.

Apesar dos resultados encontrados indicarem que a maioria da amostra considera a ocupação de cuidador de idosos dependentes, positiva e gratificante, fazem referência a possíveis estratégias que visem melhorar a qualidade do trabalho com esta população. Deste modo, mencionaram como sugestões para estratégias de intervenção, a necessidade de mais formação direcionada para as diversas áreas do trabalho com idosos e para o aprofundamento de conhecimentos sobre os cuidados de primeiros socorros. Tendo em conta a literatura, estes resultados confirmam o referido por Ferreira (2012), que destaca que a aquisição de competências e conhecimentos são uma mais-valia para aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos. Além disso, os sujeitos da amostra sugeriram ainda como estratégias de intervenção a necessidade de terem mais tempo para estarem com os idosos; a necessidade de contratarem mais colaboradores para as instituições e a promoção de estratégias para promover o trabalho em equipa. Estes dados são um pouco opostos aos referidos por Ferreira (2012), quando sugere que é pertinente desenvolver programas de formação, que tenham

como objetivo a transmissão de conhecimentos ao nível do suporte emocional, *stress* e sobrecarga emocional dos cuidadores.

#### **4. POPULAÇÃO IDOSA DAS RESPOSTAS SOCIAIS DE CELORICO DE BASTO**

No que se refere ao número de idosos dependentes e autónomos que estão nas respostas sociais das instituições de Celorico de Basto, constata-se que há mais idosos dependentes a cargo de profissionais do que idosos autónomos. Além disso, verifica-se que existe um maior número de idosos a ter apoio dos Serviços de Apoio Domiciliário do que os idosos que se encontram a ter cuidados nas Estruturas Residenciais para Idosos. Deste modo, 147 idosos que estão nas Estruturas Residenciais para Idosos e nos Serviços de Apoio Domiciliário são idosos mais dependentes. Os resultados parecem confirmar o aumento que se tem vindo a constatar do índice de dependência de idosos, referido pelo INE (2012).

No que se refere ao número de idosos dependentes e autónomos que estão nas respostas sociais das instituições de Celorico de Basto, constata-se que há mais idosos dependentes a cargo de profissionais do que idosos autónomos.

Esta realidade reflete um princípio de causalidade difícil de contrariar em determinados contextos sociais, particularmente naqueles que evidenciam características de ruralidade como acontece neste concelho do Baixo Minho. De facto, por força dos movimentos descendentes do interior para o litoral e do campo para a cidade de determinadas franjas da população, particularmente das pessoas mais novas, procurando uma alternativa efetiva à falta de emprego nestes territórios, o desenraizamento e o conseqüente desmembramento das estruturas familiares contribui, incontornavelmente, para o isolamento da pessoa idosa. Este é um facto na geografia social dos contextos do interior; o idoso envelhece mais só e a solidão acelera as próprias conseqüências do envelhecimento

Deste conjunto de circunstâncias sociológicas, a que devemos, obviamente, associar os inevitáveis determinismos biológicos, resulta a convicção de que a integração da pessoa idosa em estruturas de apoio assume, nos dias de hoje, uma especial importância na resposta às suas necessidades, tanto do ponto de vista da saúde pessoal (perda de autonomia) como do seu próprio bem estar integral (prevenção do isolamento).

Outra realidade colocada a descoberto com este estudo dá conta que existe um maior número de idosos a ter apoio no âmbito da prestação de cuidados dos Serviços de Apoio Domiciliário do que aqueles que se encontram integrados nas Estruturas Residenciais para Idosos.

Observando de perto as características da população alvo do contexto geográfico estudado, constata-se com relativa facilidade que do total dos 508 idosos integrados nas

Estruturas Residenciais para Idosos, e aqueles que beneficiam da atuação dos Serviços de Apoio Domiciliário são idosos dependentes de apoio em diferentes domínios da sua vida quotidiana.

Os resultados alcançados parecem confirmar o aumento, que se tem vindo a constatar, do índice de dependência de idosos referido pelo INE (2012).

## **5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O presente estudo suporta algumas limitações metodológicas que devem ser apontadas e consideradas para uma melhor interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, torna-se necessário tecer um comentário sobre a dimensão da amostra e o tipo de seleção. A amostra do presente estudo foi direcionada para o concelho de Celorico de Basto, o que poderá ter contribuído para uma limitação ao nível dos resultados obtidos, interferindo na representatividade da amostra e implicando que os resultados não possam ser generalizados a todos cuidadores formais da população idosa a nível regional ou nacional. Logo seria pertinente a realização de um estudo numa área geográfica mais alargada. Além disso, é importante destacar que o facto deste concelho não ter Centros de Dia pode alterar os resultados encontrados. Mais ainda, devido à escassez do tempo e obstáculos incontroláveis, não foi possível recolher a amostra em uma das instituições de Celorico de Basto, o que poderia ter enriquecido os nossos resultados.

Uma outra limitação é o facto de a amostra não ser homogénea ao nível do sexo e da idade, sendo maioritariamente constituída por sujeitos do sexo feminino.

Este estudo padece também de limitações inerentes aos instrumentos de avaliação utilizados. Relativamente às respostas dos participantes, estas podem não ser exatas devido a problemas de desajustabilidade social que não foram controlados e ao facto de conhecerem a investigadora como sendo técnica de acompanhamento das respostas sociais do Instituto da Segurança Social de Braga (Almeida & Freire, 2003). Além disso, verifica-se que o número de respostas aos itens do questionário foram variando, o que demonstrou que os sujeitos não responderam a todos os itens de igual forma e que as questões de resposta aberta são as que eles respondem menos. Mais ainda, nota-se uma maior incidência de falta de respostas às questões que se encontram no final do questionário.

Em relação às análises estatísticas efetuadas, as associações Qui-Quadrado foram excluídas devido ao pequeno número de casos nas categorias das variáveis, o que contribuiu para a impossibilidade de validar estas análises de modo a serem estatisticamente significativas.

Em suma, apesar das limitações do estudo, este reveste-se de algum carácter pioneiro na região de Celorico de Basto, visto que são escassos os estudos nesta área.

Acreditamos que a passagem de mais tempo no terreno a acompanhar a prática destes profissionais, através da observação e a utilização de mais instrumentos de avaliação, além da utilização de uma abordagem mais qualitativa, poderia ter contribuído para alcançarmos conclusões mais sólidas relativamente à análise da formação dos cuidadores formais.

Mais do que oferecer respostas, este estudo permite colocar questões para investigações futuras e implementar estratégias de intervenção que assentem na formação mais prática dos cuidadores formais de idosos.

## **CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS**

O envelhecimento é um fenómeno universal, coletivo, peculiar e diferenciado de pessoa para pessoa, ocorrendo desde o nascimento até à morte, ao qual estão associadas mudanças físicas, psicológicas e sociais (Andrade, 2009).

Portugal está cada vez mais envelhecido e isso acarreta mudanças demográficas e alterações nas necessidades da população. Deste modo, as famílias recorrem com mais frequência ao auxílio dos cuidados comunitários e sociais que visem promover o apoio e o bem-estar dos idosos.

De acordo com Paúl (1997), a realidade a que temos vindo a assistir tem-se traduzido num número cada vez maior de idosos a receberem cuidados e a solicitá-los.

Perante a realidade presente, impõe-se a necessidade de as instituições garantirem profissionais com competências e formação específicas que proporcionem uma melhor qualidade de vida à população idosa (Ferreira, 2012). Neste sentido, os cuidadores formais têm vindo a ocupar um espaço significativo no apoio ao idoso fragilizado ou dependente, pelo que a preparação e a formação destas pessoas tornam-se realmente necessárias face à situação de desamparo em que, atualmente, se encontram os idosos.

Os idosos procuram nos cuidadores não apenas o amparo na componente física, mas também o suporte relacional. Trata-se de uma população isolada ao nível dos afetos, cujo apoio é prestado sobretudo pelas instituições de apoio social. Neste sentido, torna-se necessário um maior nível de formação dos cuidadores de ação direta, sendo que esta formação deve ser permanente, planeada com base em alicerces seguros, sendo uma das maiores responsabilidades do gerontólogo (Santos, 2003).

Na atualidade e devido à complexidade do tema abordado, existe uma grande necessidade de investigar os níveis de formação dos cuidadores formais das instituições de Celorico de Basto. Assim, importa apurar se o tipo de formação que estes cuidadores possuem é suficiente e adequado para que o trabalho junto da população idosa seja feito com qualidade e com respeito.

Após a análise e discussão dos resultados obtidos, verifica-se que a maioria dos cuidadores formais da amostra selecionada tem o ensino básico e secundário e já frequentaram formações na área dos cuidados a idosos, sendo pequena a percentagem de cuidadores que nunca frequentou qualquer formação sobre idosos.

Os resultados apontam ainda para a importância que os cuidadores atribuíram à formação, considerando que é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de capacidades profissionais. Além disso, verifica-se que grande parte da amostra tem apenas entre 20 e 50

horas de formação na área. Deste modo, é importante continuar a refletir sobre a prática correta das políticas sociais ao nível da formação nas instituições de apoio à terceira idade.

Relativamente à opinião dos cuidadores que participaram no estudo sobre a necessidade de terem melhores habilitações e formação na área em que trabalham, constatou-se que consideram de enorme relevância o nível de habilitações dos cuidadores, destacando-se a necessidade que sentem de frequentarem mais formações sobre envelhecimento. No entanto, é interessante observar-se que, apesar dos cuidadores referirem que consideram necessário aumentar os níveis de formação, declaram que a formação que têm é adequada e suficiente para desempenharem devidamente as suas funções na instituição a que estão vinculados. Perante estes resultados, torna-se importante refletir sobre estas duas ideias, o que nos leva a supor que, apesar de considerarem que estão preparados para lidarem com os idosos que têm nas Estruturas Residenciais para Idosos e nos Serviços de Apoio Domiciliário de Celorico de Basto, estes cuidadores possivelmente dão grande importância à aquisição de conhecimentos atualizados de forma a adaptarem-se às necessidades dos idosos. Por outro lado, esta convergência de opiniões poderá ser o espelho de uma das limitações deste estudo, que está relacionada com o facto de a investigadora estar ligada ao Instituto da Segurança Social, o que pode interferir na interpretação dos resultados.

No que se refere à experiência de cuidador de idosos dependentes, os resultados indicam que os cuidadores formais das instituições de Celorico de Basto consideram esta experiência bastante gratificante e positiva.

Sintetizando, os principais resultados exploratórios da amostra mostram que os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, têm em média 41 anos de idade, são casados ou a viverem em união de facto e na sua maioria frequentaram o ensino básico e secundário.

Mais do que oferecer respostas, este estudo permite colocar questões para investigações futuras, sugerir a implementação de estratégias de intervenção que assentem em formações mais práticas direcionadas para a promoção de conhecimentos mais aprofundados sobre cuidados de primeiros socorros, alertar para a necessidade das instituições contratarem mais recursos humanos e desse modo possibilitarem aos cuidadores mais tempo para estarem com os idosos e prestarem um serviço com mais qualidade.

Os dados do estudo e as pesquisas documentais realizadas revelam-nos a inexistência de Centros de Dia no concelho de Celorico de Basto, o que nos parece ser uma lacuna que importa colmatar nesta região.

Perante os dados obtidos, ainda que limitados, parece-nos importante continuar a explorar os níveis de formação dos cuidadores formais e testar a sua relação com o bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Além disso, seria uma mais valia realizar um estudo que abrangesse os cuidadores formais que são contratados pelas próprias famílias para tratarem dos idosos no seu domicílio, ou seja, os cuidadores que são exteriores à família e que não estão vinculados a nenhuma instituição. Por outro lado, seria relevante o desenvolvimento de estudos sobre cuidadores com um carácter longitudinal, que nos permitissem uma melhor compreensão sobre a forma como os cuidadores lidam na prática com os diferentes idosos nas várias respostas sociais, analisando as possíveis diferenças entre os cuidadores com níveis de formais distintos. Mais ainda, seria pertinente realizar-se um estudo para analisar o tipo de formação adequado para trabalhar como cuidador nas diferentes respostas sociais.

Depois de um conhecimento mais aprofundado sobre a realidade dos níveis de formação dos cuidadores formais, parece-nos adequado sugerir que as instituições apostem na educação e na formação dos seus cuidadores, tendo em vista o aumento da qualidade dos serviços prestados por estes profissionais. Concordamos com a perspetiva de Carvalho (2012) quando refere que a falta de formação pode afetar a qualidade do desempenho dos serviços prestados pelos cuidadores. Acrescentamos que a falta de formação pode aumentar a desmotivação dos profissionais, a diminuição da qualidade dos serviços, o conseqüente desgaste emocional, o aparecimento de problemas de saúde ou até o abandono do posto de trabalho nas instituições.

Consideramos que, após a realização do presente estudo, conseguimos atingir os nossos objetivos como profissionais e como seres humanos, além de termos tido a oportunidade de refletirmos sobre o modo de atuação e de intervenção na área social e laboral. As conclusões que emergem deste trabalho poderão ser uma mais valia na procura de novas respostas e estratégias de atuação nesta área, podendo ser no futuro geradoras de mudança de paradigma institucional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

Agostinho, P. (2004). Perspetiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36.

Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (3ª Edição). Braga: Psiquilíbrios.

Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos socioculturalmente muito e pouco diferenciados*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Andrade, F. (2009). *O cuidador informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Apelles, C. (1996). *Segurança Social – Setor Privado e Empresarial do Estado, Manual Prático*. (6ª Edição). Lisboa: Editora Rei dos Livros.

Araújo, M. M. L. de, (2006). *Os hospitais de Ponte de Lima da era pré-industrial*. In *Atas do Seminário Internacional Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios*, (pp. 481-492). Braga: Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais.

Araújo, M. M. L. (2012). *A proteção aos aposentados na Misericórdia de Vila Viçosa (século XIX)*. In C. Santos (coord.), *Família, Espaço e Património (187-199)*. Porto: CITCEM.

Araújo, M. M. L. & Esteves, A. (coord.). (2010). *Tomar Estado: Dotes e Casamentos (séculos XVI-XIX)*, Braga: CITCEM.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.

Barreto, A. (2000). *A situação Social em Portugal, 1960-1999, Lisboa*. Lisboa: Instituto Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Boff, L. (2003). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.

Bordalo, F. & Cruz, M. (2010). *Gestão de IPSS*. Braga: Célula 2000.

Caldas, C. P. (2006). Introdução à gerontologia. In: Veras, R.; Lourenço, R. (Ed.). *Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspetiva interdisciplinária*, (pp. 18-21). Rio de Janeiro: UNATI UERJ.

Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de Ação Direta: Perceções sobre formação profissional e impacto da formação na prestação de cuidados a idosos dependentes internados*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva*. Tese de Mestrado, Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Portugal.

Código Administrativo Português. (1838). Lisboa: Imprensa Nacional.

Esping - Andersen, G. (1991), “*As três economias políticas do Welfare State*”. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 24, 85-116.

Esteves, A. (2013). Entre a pobreza e a marginalidade: mendigos e vagabundos no Alto Minho de oitocentos. *Interconexões-Revista de Ciências Sociais*, 1 (1), 115-133.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30.

Ferreira, M. (2011). *A qualidade da experiência subjetiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Bragança*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

- Fonseca A. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário – ofertas e custos no mercado privado*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, 18, 1-18. Acedido em fevereiro, 2, 2014, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>.
- Hespanha, P. et al. (2000). *Entre o estado e o mercado. As fragilidades das instituições de proteção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- Instituto da Segurança Social. (2008). *Gestão da qualidade das respostas sociais: Estrutura residencial para idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto da Segurança Social. (2013a). *Guia prático: Apoios sociais - idosos*. Acedido em fevereiro 2, 2014, em <http://www.seg-social.pt>.
- Instituto da Segurança Social. (2013b). *Protocolo de Cooperação 2013-2014 – Serviço de Apoio Domiciliário: Orientação Técnica*. Lisboa: Instituto Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Censos 2011: Resultados pré-definitivos. *Revista Destaque - Informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional Estatística, I.P.
- Instituto Nacional Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos - Região Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto para o Desenvolvimento Social [I.D.S.] (2002). *Prevenção da violência institucional, perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Lisboa: I.D.S.
- Lerner N. B., Resnick B., Galik, E., & Russ, K. G. (2010). Advanced nursing assistant education program. *J Contin Educ Nurs*, 13, 1-7.

- Lima, M. (2013). *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de Vila Verde. Braga*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal.
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 13-31.
- Louro, M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Portugal.
- Maciel, U. (2010). *O Relacionamento interpessoal na terceira idade: contributos para a qualidade de vida*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, União das Misericórdias Portuguesas, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade & União das Mutualidades Portuguesas. (2004). *Protocolo colaboração entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a União das Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas 2013-2014*. mutualismo.azurewebsites, acessado fevereiro 5, 2014, em <http://mutualismo.azurewebsites.net/Content/UMP/Protocolo%20no%20C3%A2mbito%20Economia%20Social%20Com%20IPSS.pdf>.
- Marques, F. (1997). *Evolução e problemas da segurança social em Portugal no pós 25 de Abril*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Martin, J., Duarte, V., Póvoa, V., & Duarte, N. (2009). *Perfil de Necessidades e Qualidade de Vida das Pessoas em Processo de Envelhecimento do Concelho de Guimarães QoL 55+*. Porto: UNIFAI
- Montagut, T. (2000). *Politica Social, Una Introduccin*, (pp. 17-27). Barcelona: Editorial Ariel.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

- Rede Social. (2010). Carta Social de Celorico de Bastos. Acedido em fevereiro 11, 2014, em [http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS\\_enviados/903/Cartas%20Sociais/Carta\\_Social\\_Celorico.pdf](http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados/903/Cartas%20Sociais/Carta_Social_Celorico.pdf).
- Rocha, J. A. O. (2010). *Gestão do Processo Político e Políticas Públicas*. Lisboa: Escolar Editora.
- Santos, F., Andrade, V., & Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14, 3-10.
- Santos, S. (2003). Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Textos Envelhecimento*, 6 (2). Acedido em fevereiro 20, 2014, em <http://www.unati.uerj.br/tse/index.php>.
- Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia de Coimbra, Portugal.
- Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference? *Journal of the New Zealand Medical Association*, 118 (1214), 1-13.
- Soares, M., & Fialho, J. (2011). *Novos empregos e competências nos domínios da saúde e serviços sociais no contexto do envelhecimento demográfico: Relatório final*. Lisboa: Serga.
- Soeiro, M. (2010). *Envelhecimento português, desafios contemporâneos - Políticas e programas sociais (estudo de caso)*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Sousa, L. (2004). O Recurso aos Apoios Formais: A Família, o Idoso e os Cuidado(res) Formais, in Sousa, L. et al., *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice (95-141)*. Porto: Âmbar

## **ANEXOS**

---

Anexo I. Comparticipação financeira dos acordos de cooperação nos SAD

<b>Serviços Prestados</b>	<b>N.º de Serviços Indispensáveis</b>	<b>Dias úteis</b>	<b>Dias úteis + sáb.</b>	<b>Dias úteis + sáb. e dom.</b>
	2	85%	100%	110%
<b>Serviços Indispensáveis</b>	3	90%	110%	125%
	4	100%	130%	145%
	<b>Serviços Indispensáveis extra ou serviços pontuais*</b>			
<b>Majoração</b>	5	105%	135%	150%
<b>Majoração</b>	6	110%	135%	150%

## Anexo II. Consentimento Informado

Designação do estudo: **“O nível de formação dos cuidadores formais de idosos nas instituições do concelho de Celorico de Basto”**.

O presente estudo tem como objetivo principal conhecer o nível de qualificação dos cuidadores formais que trabalham com idosos nas instituições de solidariedade social do concelho de Celorico de Basto. Com o intuito de atingir esse objetivo a colaboração de todos os cuidadores formais é fundamental. Para isso consideramos pertinente utilizar como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário. Este inquérito é constituído por 27 questões e o preenchimento é efetuado pelo próprio. Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais. Os dados de identificação solicitados servem apenas para efeito de interpretação das outras respostas.

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo no trabalho efetuado na instituição. Os dados serão confidenciais e a minha assinatura não afeta os meus direitos legais.

Por isso, consinto que colaborar no preenchimento dos Instrumentos propostos pelo investigador.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

O investigador responsável: \_\_\_\_\_

### Anexo III – Inquérito por Questionário

1 - Sexo:      Masculino     Feminino

2 - Idade: \_\_\_\_ anos

3 – Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado/União de Facto (a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a) / Separado(a)
- União de facto

4 – Escolaridade:

- Não sabe ler e escrever
- Ensino Primário
- Ensino Preparatório
- Ensino Secundário
- Curso politécnico/médio  Qual? \_\_\_\_\_
- Frequência Universitária
- Licenciatura  Qual? \_\_\_\_\_
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra.  Qual? \_\_\_\_\_

5- Qual o nome da instituição em que trabalha? \_\_\_\_\_

6- Quais as valências que esta instituição abrange?

- Centro de dia
- Serviço de Apoio ao Domicílio
- Lar residencial
- Creche
- Lar de Infância e Juventude
- Centro de Formação

7 – Qual o seu vínculo de trabalho?

- Contrato de trabalho a termo certo
- Contrato de trabalho a termo incerto
- Contrato por conta própria/Recibos verdes

- Estágio profissional
- Estágio curricular
- Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

8 - Qual é o rendimento líquido mensal?

- Menos de 250 euros
- De 250 a 500 euros
- De 500 a 1000 euros
- De 1000 a 2500 euros

9- Está satisfeito(a) com o seu rendimento?

- Sim
- Não

Se respondeu Não, justifique porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10- Trabalha nesta instituição há quantos anos?

- Menos de 6 meses
- De 6 meses a 1 ano
- De 1 ano a 2 anos
- De 2 anos a 3 anos
- Mais de 3 anos

11- Por favor indique os cargos/funções que já desempenhou nesta instituição?

- Auxiliar de limpeza
- Animadora sócio cultural
- Auxiliar de ação direta
- Auxiliares de educação
- Cargos técnicos

12 – Cuida de quantos idosos em simultâneo?

- Menos de 10
- De 10 a 20
- De 20 a 30
- Mais de 30

a) Número de Idosos Dependentes? \_\_\_\_\_

b) Número de Idosos Autónomos? \_\_\_\_\_

13- Qual o turno em que trabalha?

- Diurno
- Noturno
- Rotativo
- fins de semana e feriados

14- Horas de trabalho?

- Menos de 20 horas semanais
- De 35 a 40 horas semanais
- Mais de 20 horas semanais

15 - Existe outro cuidador para além de si?

- Sim
- Não

16- Indique, por favor, se participa nos grupos de trabalho para a elaboração dos seguintes documentos desta instituição:

- Plano desenvolvimento individual do utente? Sim  Não
- Plano anual de atividades da instituição? Sim  Não

a) Indique a razão da sua participação ou não participação nesses grupos de trabalho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17- Já frequentou alguma formação na área de cuidados a idosos?

- Sim
- Não

a) – Se sim, que tipo de curso?

- Informativo (e.g. cedência de informações gerais)
- Emocional (e.g. partilha de sentimentos)
- Instrumental (e.g. ações práticas)
- Outro. Especificar \_\_\_\_\_

b) – Quantas horas de formação?

- De 0 a 10 horas
- De 10 a 20 horas
- De 20 a 50 horas

- De 50 a 100 horas
- De 100 a 200 horas
- Mais de 200 horas

c)– Quais os conteúdos/temáticas das formações que frequentou?

---



---



---

d) - Quem foi a entidade organizadora?

---



---



---

18- Por favor, indique a sua opinião acerca das seguintes afirmações relativas às sobre a formação (marque apenas um X em cada linha).

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo em parte	Discordo em absoluto
<b>1. As formações que frequentei foram interessantes e relevantes para o meu trabalho.</b>					
<b>2. Os conhecimentos que aprendi na teoria das formações consegui pôr em prática no trabalho com idosos.</b>					
<b>3. Os saberes que interessam nas formações são sobretudo os teóricos.</b>					
<b>4. A formação é pouco relevante para a afirmação dos saberes práticos e profissionais dos cuidadores formais.</b>					
<b>5. Considero importante ter mais habilitações na área que trabalho.</b>					
<b>6. É irrelevante participar em Cursos de formação.</b>					
<b>7. A formação é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidar melhor com os utentes.</b>					

<b>8. Considero importante a instituição ter mais momentos de reflexão e partilha em grupo sobre os cuidados aos idosos.</b>					
<b>9. As formações realizadas tem facilitado o trabalho com os idosos.</b>					

19- Em que áreas julga pertinente ou sente que necessita de formação para melhorar a qualidade do seu trabalho?

---



---

20 - Em que medida se sente ou não preparado(a) para prestar cuidados a esta pessoa (ou seja: sente que tem os conhecimentos e as capacidades necessárias para cuidar)?

- Muito preparado(a)
- Bastante preparado(a)
- Mais ou menos preparado(a)
- Pouco preparado(a)
- Muito pouco preparado(a)

21- Concorda com as seguintes afirmações acerca do seu trabalho:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>1. Considera que as funções que desempenha no seu trabalho estão abaixo das suas capacidades?</b>		
<b>2. O presente trabalho é apenas um meio para conseguir um trabalho melhor?</b>		
<b>3. É apenas uma forma de ganhar a vida?</b>		
<b>4. Foi o único trabalho que conseguiu arranjar ?</b>		
<b>5. Considera que tem a formação adequada à população idosa que cuida?</b>		

22 - Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?

---



---

23 – O facto de cuidar destas pessoas teve consequências na sua vida pessoal?

- Sim
- Não

(Se sim) Quais? \_\_\_\_\_

24 - Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como se acha em termos de saúde física e mental?

---

---

25 - Houve algum acontecimento marcante na sua vida nos últimos seis meses?

- Sim
- Não

26 – Genericamente falando, o que tem sido a sua experiência como cuidador de um idoso dependente?

---

---

27- Sugere alguma estratégia importante de intervenção para uma melhor qualidade no trabalho como cuidador(a)?

---

---

Terminou o preenchimento deste inquérito.

Muito Obrigada pela Colaboração!

---

Anexo IV. Outros Resultados do estudo

Quadro 47. Preparação para cuidar de idosos e Formação adequada

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Considera que tem a formação adequada à população idosa que cuida? Crosstabulation</b>					
			Considera que tem a formação adequada à população idosa que cuida?		Total
			Sim	Não	
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	19	1	20
		% within row	95.0%	5.0%	100.0%
		% within column	24.4%	12.5%	23.3%
		% of Total	22.1%	1.2%	23.3%
	Bastante preparado	Coun	36	2	38
		% within row	94.7%	5.3%	100.0%
		% within column	46.2%	25.0%	44.2%
		% of Total	41.9%	2.3%	44.2%
	Mais ou Menos Preparado	Count	23	5	28
		% within row	82.1%	17.9%	100.0%
		% within column	29.5%	62.5%	32.6%
		% of Total	26.7%	5.8%	32.6%
Total	Count	78	8	86	
	% within row	90.7%	9.3%	100.0%	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	90.7%	9.3%	100.0%	

Ao analisarmos o quadro verificamos que dos vinte sujeitos que se sentem muito preparados, dezanove consideram ter a formação adequada à população idosa que cuidam (95%). Dos 38 que se sentem bastante preparados, 36 consideram ter a formação adequada à população idosa que cuidam (94.7%) e dos 28 que estão mais ou menos preparados, 23 consideram ter a formação adequada à população idosa que cuidam (82.1%)

Dos 78 sujeitos que consideram ter a formação adequada, 46.% (N=36) sentem-se bastante preparados, 29.5% (N=23) mais ou menos preparados e 24.4% (N=19) muito preparados. Enquanto dos 8 sujeitos da amostra que não consideram ter uma formação

adequada 65% (N=5) sentem-se mais ou menos preparados, 25% (N=2) sentem-se bastante preparados e 12.5% (N=1) sentem-se muito preparados.

Dos 86 sujeitos da amostra, 19 (22.1%) consideram ter formação adequada para trabalhar com a população idosa e sentem-se muito preparados; 36 (46.2%) consideram ter a formação adequada e sentem-se bastante preparados e 23 sujeitos consideram ter a formação adequada e sentem-se mais ou menos preparados (26.7%).

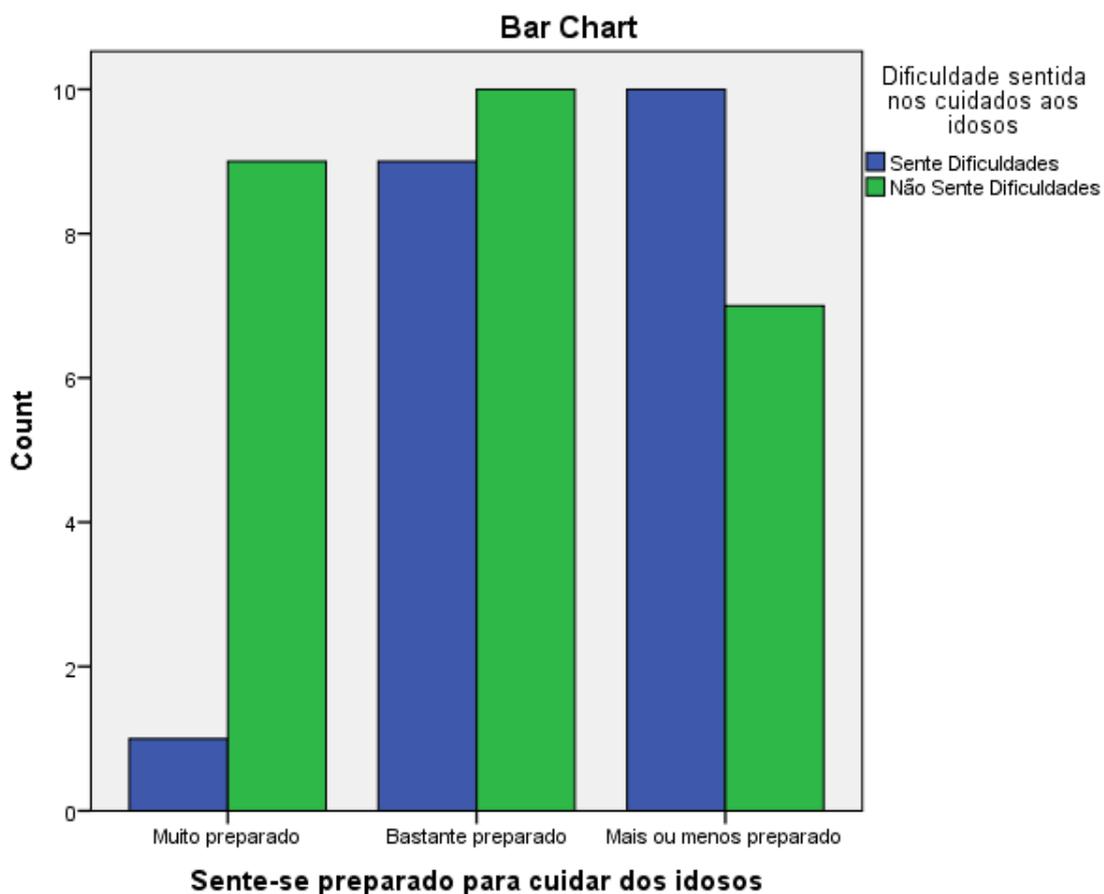
Quadro 48. Sente-se preparado para cuidar de idosos e dificuldades sentidas nos cuidados aos idosos

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Dificuldade sentida nos cuidados aos idosos</b>					
<b>Crosstabulation</b>					
			Dificuldade sentida nos cuidados aos idosos		Total
			Sente Dificuldades	Não Sente Dificuldades	
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	1	9	10
		% within row	10.0%	90.0%	100.0%
		% within column	5.0%	34.6%	21.7%
		% of Total	2.2%	19.6%	21.7%
	Bastante preparado	Count	9	10	19
		% within row	47.4%	52.6%	100.0%
		% within column	45.0%	38.5%	41.3%
		% of Total	19.6%	21.7%	41.3%
	Mais ou menos preparado	Count	10	7	17
		% within row	58.8%	41.2%	100.0%
		% within column	50.0%	26.9%	37.0%
		% of Total	21.7%	15.2%	37.0%
Total		Count	20	26	46
		% within row	43.5%	56.5%	100.0%
		% within column	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	43.5%	56.5%	100.0%

Dos dez sujeitos que se sentem muito preparados, 90% (N=1) não sente dificuldades nos cuidados ao idoso, dos dezanove que se sentem bastante preparados, 52.6% (N=9) não sentem dificuldades e, por fim, dos dezassete que se sentem mais ou menos preparados 41.2% (N=10) não sente dificuldades.

Ao observarmos os sujeitos que sentem dificuldade (N=20) verificamos que a maior percentagem pertence ao grupo dos mais ou menos preparados com 50% (N=10), seguidos dos bastante preparados com 45% (N=9) e, em último, surgem os muito preparados com apenas 5% (N=1). Ao analisarmos os sujeitos que referem não sentir dificuldades (N=26), averiguamos que 38.5% sentem-se bastante preparados, 34.6% (N=10) muito preparados e 26.9% (N=9) mais ou menos preparados (N=7).

Gráfico 4. Preparação para Cuidar dos Idosos e Dificuldade Sentida nos Cuidados aos Idosos



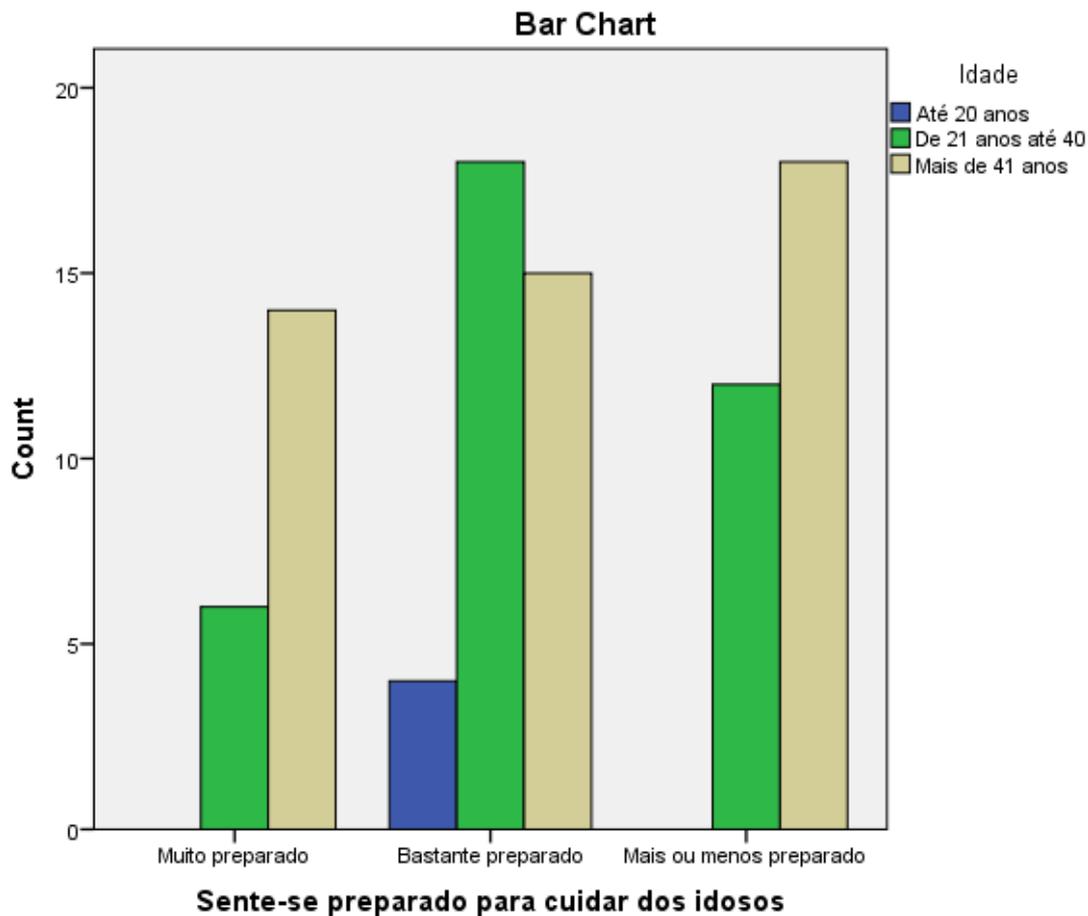
Quadro 49. Sente-se preparado para cuidar dos idosos e Idade em Classes

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Idade Crosstabulation</b>						
		Idade				Total
		Até 20 anos	De 21 anos até 40	Mais de 41 anos		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	0	6	14	20
		% within row	0.0%	30.0%	70.0%	100.0%
		% within column	0.0%	16.7%	29.8%	23.0%
		% of Total	0.0%	6.9%	16.1%	23.0%
	Bastante preparado	Count	4	18	15	37
		% within row	10.8%	48.6%	40.5%	100.0%
		% within column	100.0%	50.0%	31.9%	42.5%
		% of Total	4.6%	20.7%	17.2%	42.5%
	Mais ou menos preparado	Count	0	12	18	30
		% within row	0.0%	40.0%	60.0%	100.0%
		% within column	0.0%	33.3%	38.3%	34.5%
		% of Total	0.0%	13.8%	20.7%	34.5%
Total		Count	4	36	47	87
		% within row	4.6%	41.4%	54.0%	100.0%
		% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	4.6%	41.4%	54.0%	100.0%

Dos vinte sujeitos que se sentem muito preparados, a maioria tem mais de 41 anos (70%; N=14). Dos 37 que se sentem bastante preparados têm a sua maior percentagem dos 21 anos aos 40 (48.6%; N=18) e dos 30 que sentem mais ou menos preparados têm na sua maioria mais de 41 anos (60%, N=18).

Ao analisarmos o quadro verificamos igualmente que dos quatro sujeitos que têm até aos vinte anos, 100% sente-se bastante preparado. Dos 36 sujeitos que tem entre os 21 aos 40 averigua-se que 50% (N=18) dos sujeitos sentem-se bastante preparados, 33.3% (N=12) sente-se mais ou menos preparado e 16.7% (N=6) sente-se muito preparado. Dos 47 sujeitos que têm mais de 41 anos, 38.3% (N=18) sentem-se mais ou menos preparados, 31.9% (N=15) sente-se bastante preparado e 29.8% (N=14) sente-se muito preparado.

Gráfico 5. Preparação para Cuidar de Idosos e a Idade



Quadro 50. Preparação para Cuidar dos Idosos e Estado Civil

Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Estado Civil Crosstabulation							
		Estado Civil				Total	
		Solteiro	Casado/União de Facto	Viuvo	Divorciado/Separado		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	4	15	2	1	22
		% within row	18.2%	68.2%	9.1%	4,5%	100,0%
		% within column	23.5%	24.2%	33.3%	14,3%	23,9%
		% of	4.3%	16.3%	2.2%	1,1%	23,9%

		Total					
	Bastante preparado	Count	10	26	2	2	40
		% within row	25.0%	65.0%	5.0%	5.0%	100.0%
		% within column	58.8%	41.9%	33.3%	28.6%	43.5%
		% of Total	10.9%	28.3%	2.2%	2.2%	43.5%
		Count	3	21	2	4	30
	Mais ou menos preparado	% within row	10.0%	70.0%	6.7%	13.3%	100.0%
		% within column	17.6%	33.9%	33.3%	57.1%	32.6%
		% of Total	3.3%	22.8%	2.2%	4.3%	32.6%
		Count	17	62	6	7	92
		% within row	18.5%	67.4%	6.5%	7.6%	100.0%
Total	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	18.5%	67.4%	6.5%	7.6%	100.0%	

Ao analisarmos o quadro verificamos que dos 22 sujeitos que se sentem muito preparados, 68.2% (N=15) encontram-se casados ou em situação de união de facto. Dos 40 que se sentem bastante preparados, 65% (N=26) também são casados e dos 30 que se sentem mais ou menos preparados, a maioria é igualmente casada (70%, N=21).

Ao analisarmos os sujeitos que são solteiros (N=17) verificamos que 58.8% (N=10) sente-se bastante preparados, 23.5% (N=4) sentem-se muito preparados, e 17.6% (N=2) Mais ou menos preparados. Já em relação aos 62 sujeitos Casados/União de Facto, 41.9% (N=26)

sentem-se bastante preparados, 33.9% (N=21) mais ou menos preparados e 24.2% (N=15) muito preparados. Os seis sujeitos viúvos distribuem-se da mesma forma (33.3%; N=2) nas três categorias e dos sete sujeitos divorciados/separados 57.1% (N=4) sentem-se mais ou menos preparados, 26.6% (N=2) sentem-se bastante preparados e 14.3% (N=1) sentem-se muito preparados.

Quadro 51. Preparação para Cuidar de Idosos e Escolaridade

<b>Escolaridade * Sente-se preparado para cuidar dos idosos Crosstabulation</b>						
		Sente-se preparado para cuidar dos idosos			Total	
		Muito preparado	Bastante preparado	Mais ou menos preparado		
Escolaridade	Ensino Primário	Count	7	1	4	12
		% within row	58.3%	8.3%	33.3%	100.0%
		% within column	31.8%	2.5%	13.3%	13.0%
		% of Total	7.6%	1.1%	4.3%	13.0%
	Ensino Preparatório	Count	7	13	13	33
		% within row	21.2%	39.4%	39.4%	100.0%
		% within column	31.8%	32.5%	43.3%	35.9%
		% of Total	7.6%	14.1%	14.1%	35.9%
	Ensino Secundário	Count	5	18	11	34
		% within row	14.7%	52.9%	32.4%	100.0%
		% within column	22.7%	45.0%	36.7%	37.0%
		% of Total	5.4%	19.6%	12.0%	37.0%
	Ensino Politécnico/Médi	Count	1	2	0	3
		% within row	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
		% within column	4.5%	5.0%	0.0%	3.3%
		% of Total	1.1%	2.2%	0.0%	3.3%
	Frequência Universitária	Count	0	1	0	1
		% within row	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within column	0.0%	2.5%	0.0%	1.1%

		% of Total	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%
	Licenciatura	Count	2	3	2	7
		% within row	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
		% within column	9.1%	7.5%	6.7%	7.6%
		% of Total	2.2%	3.3%	2.2%	7.6%
	Pós-Graduação	Count	0	1	0	1
		% within row	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within column	0.0%	2.5%	0.0%	1.1%
		% of Total	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%
	Mestrado	Count	0	1	0	1
		% within row	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within column	0.0%	2.5%	0.0%	1.1%
		% of Total	0.0%	1.1%	0.0%	1.1%
Total	Count	22	40	30	92	
	% within row	23.9%	43.5%	32.6%	100.0%	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	23.9%	43.5%	32.6%	100.0%	

Ao analisarmos o quadro verificamos que dos doze sujeitos da amostra com ensino primário 58.3% (N=7) sentem-se muito preparados, 33.3% (N=4) mais ou menos preparados e 8.3% (N=1) bastante preparados.

Dos 33 sujeitos que detêm ensino preparatório 39.4% (N=13) sentem-se bastante preparado e mais ou menos preparados e 21.2% (N=7) sentem-se muito preparados.

Dos 34 sujeitos com ensino secundário, 52.9% (N=18) bastante preparados, 32.4% (N=11) mais ou menos preparados e 14.7% (N=5) muito preparados.

Dos três sujeitos que possuem ensino politécnico/médio, 66.7% (N=2) sentem-se bastante preparados e 33.9% (N=1) sentem-se muito preparados. Já um sujeito que detém frequência universitária sente-se bastante preparados (100%). Dos sete que possuem licenciatura, 42.9% (N=3) sentem-se bastante preparados e 28.6% (N=2) sentem-se muito preparados e mais ou menos preparados.

No que diz respeito aos sujeitos que possuem pós graduação (N=1) e mestrado (N=1), ambos sentem-se bastante preparados (100%).

Quadro 52. Sente-se preparado para cuidar dos idosos e anos de trabalho na Instituição

<b>Anos de trabalho na Instituição * Sente-se preparado para cuidar dos idosos</b>						
<b>Crosstabulation</b>						
			Sente-se preparado para cuidar dos idosos			Total
			Muito preparado	Bastante preparado	Mais ou Menos preparado	
Anos de trabalho na Instituição	Menos de 6 meses	Count	1	6	1	8
		% within row	12.5%	75.0%	12.5%	100.0%
		% within column	4.5%	15.0%	3.3%	8.7%
		% of Total	1.1%	6.5%	1.1%	8.7%
	De 6 meses a 1 ano	Count	1	3	6	10
		% within row	10.0%	30.0%	60.0%	100.0%
		% within column	4.5%	7.5%	20.0%	10.9%
		% of Total	1.1%	3.3%	6.5%	10.9%
	De 1 ano a 2 anos	Count	2	9	5	16
		% within row	12.5%	56.2%	31.2%	100.0%
		% within column	9.1%	22.5%	16.7%	17.4%
		% of Total	2.2%	9.8%	5.4%	17.4%
	De 2 anos a 3 anos	Count	0	2	3	5
		% within row	0.0%	40.0%	60.0%	100.0%
		% within column	0.0%	5.0%	10.0%	5.4%
		% of Total	0.0%	2.2%	3.3%	5.4%
	Mais de 3 anos	Count	18	20	15	53
		% within row	34.0%	37.7%	28.3%	100.0%
		% within column	81.8%	50.0%	50.0%	57.6%
		% of Total	19.6%	21.7%	16.3%	57.6%

Total	Count	22	40	30	92
	% within row	23.9%	43.5%	32.6%	100.0%
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	23.9%	43.5%	32.6%	100.0%

No quadro podemos observar que dos 22 sujeitos que se sente muito preparados, 81.8% (N=18) trabalham há mais de 3 anos na Instituição, dos 40 sujeitos que se sentem bastante preparados e dos 30 sujeitos que se sentem mais ou menos preparados, 50% estão na instituição há mais de 3 anos (N=20; N=15, respetivamente).

Quadro 53. Preparação e Formação na área de Idosos

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos Crosstabulation</b>					
			Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos		Total
			Sim	Não	
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	18	2	20
		% within row	90.0%	10.0%	100.0%
		% within column	23.1%	20.0%	22.7%
		% of Total	20.5%	2.3%	22.7%
	Bastante preparado	Count	37	2	39
		% within row	94.9%	5.1%	100.0%
		% within column	47.4%	20.0%	44.3%
		% of Total	42.0%	2.3%	44.3%
	Mais ou menos preparado	Count	23	6	29
		% within row	79.3%	20.7%	100.0%
		% within column	29.5%	60.0%	33.0%
		% of Total	26.1%	6.8%	33.0%
Total	Count	78	10	88	
	% within row	88.6%	11.4%	100.0%	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	88.6%	11.4%	100.0%	

Ao analisarmos o quadro verificamos que dos vinte sujeitos que se sentem muito preparados, 90% (N=18) já frequentaram formação na área dos cuidados a idosos. Dos 39 sujeitos que se sentem bastante preparados, 94.7% (N=37) já frequentaram formação na área dos cuidados a idosos, também dos 29 sujeitos mais ou menos preparados, a maioria já frequentou formação nesta área (79.3%, N=23).

Dos 78 que frequentaram formação 47% (N=37) sentem-se bastante preparado, 29.5% (N=23) mais ou menos preparado e 23.1% (N=18) muito preparado, enquanto que dos dez sujeitos que não frequentaram formação, 60% (N=6) sente-se mais ou Menos preparado e 20% (N=2) sentem-se bastante preparado e igualmente muito preparado.

Quadro 54. Preparação para Cuidar de Idosos e as Habilitações na Área de Trabalho

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Considero importante ter mais habilitações na área que trabalho. Crosstabulation</b>								
		Considero importante ter mais habilitações na área que trabalho.					Total	
		Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Discordo, nem concordo, nem	Discordo em Parte	Discordo em Absoluto		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	11	5	2	0	0	18
		% within row	61,1 %	27,8 %	11,1%	0,0%	0,0%	100,0 %
		% within column	33,3 %	18,5 %	15,4%	0,0%	0,0%	22,2%
		% of Total	13,6 %	6,2%	2,5%	0,0%	0,0%	22,2%
	Bastante preparado	Count	14	14	7	1	2	38
		% within row	36,8 %	36,8 %	18,4%	2,6%	5,3%	100,0 %
		% within column	42,4 %	51,9 %	53,8%	100,0 %	28,6%	46,9%
		% of Total	17,3 %	17,3 %	8,6%	1,2%	2,5%	46,9%
	Mais ou menos preparado	Count	8	8	4	0	5	25
		% within row	32,0 %	32,0 %	16,0%	0,0%	20,0%	100,0 %
		% within	24,2	29,6	30,8%	0,0%	71,4%	30,9%

		column	%	%				
		% of Total	9,9%	9,9%	4,9%	0,0%	6,2%	30,9%
Total		Count	33	27	13	1	7	81
		% within row	40,7%	33,3%	16,0%	1,2%	8,6%	100,0%
		% within column	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,7%	33,3%	16,0%	1,2%	8,6%	100,0%

A maioria dos dezoito sujeitos que se sentem muito preparados concordam em absoluto com a importância de ter mais habilitações na área de trabalho (61%, N=11).

Dos 38 sujeitos que se sentem bastante preparados, a maioria concorda com a afirmação, sendo 36.8% (N=14) concorda em absoluto e 36.8 (N=14) concorda bastante. Do mesmo modo dos 25 sujeitos dos mais ou menos preparados, a maioria concorda com a afirmação com 32% (N=8) nas categorias de concorda em absoluto e com o mesmo valor em concorda bastante.

Podemos verificar que a maioria dos sujeitos que concordam em absoluto concordam bastante, os que nem concordam, nem discordam e os que discordam em parte com a afirmação, tem maiores percentagens na categoria bastante preparados. Deste modo, dos 33 sujeitos que concordam em absoluto, 42.4% (N=14) sentem-se bastante preparados. Dos 27 sujeitos que concordam bastante, 51.9% (N=14) encontram-se nessa categoria. Da mesma forma, dos treze sujeitos que nem concordam, nem discordam, 53.8% (N=7) sentem-se bastante preparados e 100% (N=1) dos sujeitos que discorda em parte assinalou esta mesma categoria.

Já dos sete sujeitos que discordam em absoluto, 71.4% (N=5) sentem-se mais ou menos preparados.

Quadro 55. Preparação e a Formação como uma Boa Oportunidade para o Desenvolvimento de Capacidades dos Cuidadores para Lidar Melhor com os Utentes

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * A formação é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidar melhor com os utentes.</b>		
<b>Crosstabulation</b>		
	A formação é uma boa oportunidade para o desenvolvimento de capacidades dos cuidadores para lidar melhor com os	Total

		utentes.					
		Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Discordo, nem concordo, nem	Discordo em Parte		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	15	2	0	1	18
		% within row	83.3%	11.1%	0.0%	5.6%	100.0%
		% within column	25.4%	10.5%	0.0%	100.0%	22.2%
		% of Total	18.5%	2.5%	0.0%	1.2%	22.2%
	Bastante preparado	Count	22	15	1	0	38
		% within row	57.9%	39.5%	2.6%	0.0%	100.0%
		% within column	37.3%	78.9%	50.0%	0.0%	46.9%
		% of Total	27.2%	18.5%	1.2%	0.0%	46.9%
	menos preparado	Count	22	2	1	0	25
		% within row	88.0%	8.0%	4.0%	0.0%	100.0%
		% within column	37.3%	10.5%	50.0%	0.0%	30.9%
		% of Total	27.2%	2.5%	1.2%	0.0%	30.9%
Total	Count	59	19	2	1	81	
	% within row	72.8%	23.5%	2.5%	1.2%	100.0%	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	72.8%	23.5%	2.5%	1.2%	100.0%	

A maioria dos sujeitos muito preparados, bastante preparados e mais ou menos preparados, concordam em absoluto que a formação é uma oportunidade para o desenvolvimento de capacidades dos cuidados para lidar melhor com os utentes. Deste modo, dos dezoito sujeitos que consideram estar muito preparados, 83.3% (N=15) concordam com a afirmação. Dos 38 sujeitos bastante preparados, 57.9% (N=22) concordam com a afirmação, bem como a maioria dos 25 sujeitos mais ou menos preparados (88.0%, N=22).

Quadro 56. Preparação para Cuidar de Idosos e a Importância de Mais Momentos de Reflexão e Partilha em Grupo sobre os Cuidados aos Idosos

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * Considero importante a instituição ter mais momentos de reflexão e partilha em grupo sobre os cuidados aos idosos. Crosstabulation</b>		
	Considero importante a instituição ter mais momentos de reflexão e partilha em grupo	Total

		sobre os cuidados aos idosos.				
		Absoluto Concordo em	Bastante Concordo	Nem concordo, nem		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	11	7	0	18
		% within row	61.1%	38.9%	0.0%	100.0%
		% within column	30.6%	19.4%	0.0%	22.2%
		% of Total	13.6%	8.6%	0.0%	22.2%
	Bastante preparado	Count	11	24	3	38
		% within row	28.9%	63.2%	7.9%	100.0%
		% within column	30.6%	66.7%	33.3%	46.9%
		% of Total	13.6%	29.6%	3.7%	46.9%
	Mais ou menos	Count	14	5	6	25
		% within row	56.0%	20.0%	24.0%	100.0%
		% within column	38.9%	13.9%	66.7%	30.9%
		% of Total	17.3%	6.2%	7.4%	30.9%
	Total	Count	36	36	9	81
% within row		44.4%	44.4%	11.1%	100.0%	
% within column		100.0%	100.0%	100.0%	100,0%	
% of Total		44.4%	44.4%	11.1%	100,0%	

Dos dezoito sujeitos que se sentem muito preparados, 61.1% (N=11) concordam em absoluto com a afirmação, e dos 25 sujeitos mais ou menos preparados, 56% (N=14) concordam em absoluto que a instituição deve ter mais momentos de partilha e reflexão em grupo. Dos 38 sujeitos que assinalaram sentirem-se bastante preparados, 62.2% (N=24) concordam bastante com a afirmação.

Quadro 57. Preparação para Cuidar dos Idosos e a Formação como Facilitador do Trabalho com Idosos

<b>Sente-se preparado para cuidar dos idosos * As formações realizadas têm facilitado o trabalho com os idosos. Crosstabulation</b>							
		As formações realizadas têm facilitado o trabalho com os idosos.				Total	
		Concordo em Absoluto	Concordo Bastante	Nem concordo, nem	Discordo em Parte		
Sente-se preparado para cuidar dos idosos	Muito preparado	Count	14	3	0	1	18
		% within row	77.8%	16.7%	0.0%	5.6%	100.0%
		% within column	31.8%	11.1%	0.0%	50.0%	23.1%
		% of Total	17.9%	3.8%	0.0%	1.3%	23.1%
	Bastante preparado	Count	17	18	2	1	38
		% within row	44.7%	47.4%	5.3%	2.6%	100.0%
		% within column	38.6%	66.7%	40.0%	50.0%	48.7%
		% of Total	21.8%	23.1%	2.6%	1.3%	48.7%
	Mais ou menos preparado	Count	13	6	3	0	22
		% within row	59.1%	27.3%	13.6%	0.0%	100.0%
		% within column	29.5%	22.2%	60.0%	0.0%	28.2%
		% of Total	16.7%	7.7%	3.8%	0.0%	28.2%
	Total		Count	44	27	5	2
		% within	56.4%	34.6%	6.4%	2.6%	100.0%

	row					
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	56.4%	34.6%	6.4%	2.6%	100.0%

Dos dezoito sujeitos que se sentem muito preparados e dos 22 sujeitos que se sentem mais ou menos preparados, a maioria concorda em absoluto (77.8%; N=17; 59.1%; N=13, respetivamente) que as formações têm facilitado o trabalho com os idosos. Dos 38 sujeitos que assinalaram sentirem-se bastante preparados, 47.4% (N=18) concorda bastante com a afirmação.

Quadro 58. Frequentou Formação na Área de Cuidados a Idosos e Necessidade de Mais Formação

<b>Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos * Sente necessidade de mais formação? Crosstabulation</b>					
		Sente necessidade de mais formação?		Total	
		Necessito de mais formação	Não necessito de mais formação		
Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos	Sim	Count	39	10	49
		% within row	79.6%	20.4%	100.0%
		% within column	90.7%	90.9%	90.7%
		% of Total	72.2%	18.5%	90.7%
	Não	Count	4	1	5
		% within row	80.0%	20.0%	100.0%
		% within column	9.3%	9.1%	9.3%
		% of Total	7.4%	1.9%	9.3%
Total		Count	43	11	54
		% within row	79.6%	20.4%	100.0%
		% within column	100.0%	100.0%	100.0%

	% of Total	79.6%	20.4%	100.0 %
--	------------	-------	-------	------------

A maioria dos 49 sujeitos que frequentaram formação, bem como dos cinco que não frequentaram formação sentem necessidade de ter mais formação (76.6%, N=39; 80%, N=4. respetivamente).

Quadro59. Frequentou Formação na Área de Cuidados a Idosos e Dificuldade Sentidas

<b>Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos * Dificuldade sentida nos cuidados aos idosos Crosstabulation</b>					
		Dificuldade sentida nos cuidados aos idosos			Total
		Sente Dificuldades	Não Sente Dificuldades		
Frequentou Formação na área de cuidados a Idosos	Sim	Count	17	23	40
		% within row	42.5%	57.5%	100.0 %
		% within column	77.3%	92.0%	85.1%
		% of Total	36.2%	48.9%	85.1%
	Não	Count	5	2	7
		% within row	71.4%	28.6%	100.0 %
		% within column	22.7%	8.0%	14.9%
		% of Total	10.6%	4.3%	14.9%
Total	Count	22	25	47	
	% within row	46.8%	53.2%	100.0 %	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0 %	
	% of Total	46.8%	53.2%	100,0 %	

Dos 40 sujeitos da amostra que frequentaram formação na área de cuidados a idosos 57.5% (N=23) não sentem dificuldades, enquanto dos sete sujeitos que não frequentaram formação na área dos cuidados aos idosos, 71.4% (N=5) referem sentir dificuldades.

Quadro 60. Idade e Necessidade de Mais Formação

<b>Idade * Sente necessidade de mais formação? Crosstabulation</b>					
		Sente necessidade de mais formação?			Total
		Necessito de mais formação		Não necessito de mais formação	
Idade	Até 20 anos	Count	1	0	1
		% within row	100.0%	0.0%	100.0%
		% within column	2.4%	0.0%	1.9%
		% of Total	1.9%	0.0%	1.9%
	De 21 anos até 40	Count	19	2	21
		% within row	90.5%	9.5%	100.0%
		% within column	46.3%	18.2%	40.4%
		% of Total	36.5%	3.8%	40.4%
	Mais de 41 anos	Count	21	9	30
		% within row	70.0%	30.0%	100.0%
		% within column	51.2%	81.8%	57.7%
		% of Total	40.4%	17.3%	57.7%
Total	Count	41	11	52	
	% within Idade	78.8%	21.2%	100.0%	
	% within column	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	78.8%	21.2%	100.0%	

Em todas as classes etárias os sujeitos do estudo sentem necessidade de ter mais formação, mais concretamente 100% (N=1) até aos 20 anos, 90.5% (N=19) dos 21 aos 40 e 70% (N=21) acima dos 41 anos.