



Ajudantes de Ação Direta: Necessidades em Contexto Institucional



Autor: Maria Ana Felix Machado Infante

Orientador: Professora Doutora Paula Campos Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Sociologia das Organizações e do Trabalho

Lisboa

2016

VALORIZAMOS PESSOAS¹



Agradecimentos

À Dra. Anália Torres que desde o início incentivou a concretização deste projeto.

À professora Dra. Paula Campos Pinto, pela sua orientação, pela mais-valia das suas sugestões que me deu ao longo do ano.

Aos Ajudantes de Ação Direta do Lar Sagrada Família da Santa Casa da Misericórdia da Amadora pela participação neste estudo, pois sem eles a investigação não seria possível.

A todas as Ajudantes de Ação Direta da Santa Casa da Misericórdia da Amadora que fazem um trabalho exemplar, que todos os dias, transformam a vida dos idosos em sorrisos.

À minha mãe pelo apoio, e ao meu pai pelo muito que significa para mim.

À Teresa Neto por toda amizade e cumplicidade nas várias fases desta caminhada...

À Helena Teles das “noites pretas das fitas verdes” pela sua disponibilidade inegável.



“SE AMANHÃ O QUE EU SONHEI
NÃO FOR BEM AQUILO,
EU TIRO UM ARCO-ÍRIS DA CARTOLA,
E REFAÇO. COLO, PINTO E BORDO,
PORQUE A FORÇA DE DENTRO É MAIOR,
MAIOR QUE TODO MAL QUE EXISTE NO MUNDO,
MAIOR QUE TODOS OS VENTOS CONTRÁRIOS,
É MAIOR PORQUE É DO BEM,
E NISSO, SIM, ACREDITO ATÉ O FIM.”

CAIO FERNANDO ABREU



LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD-Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD-Atividades da Vida Diária

CADI-Avaliação do cuidador de dificuldade Índice

CEB-Complementar do Ensino Básico

CNIS-Confederação Nacional das Instituições/Misericórdias

ERPI-Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

EU-União Europeia

LSF-Lar Sagrada Família

IEFP-Instituto de Emprego e Formação Profissional

IPSSS-Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS-Organização Mundial de Saúde

UMP-União das Mutualidades Portuguesas

UM-União das Misericórdias

SCMA-Santa Casa da Misericórdia da Amadora



RESUMO

O aumento da esperança de vida, as grandes e inerentes dependências ao nível da saúde do idoso e as alterações recentes na estrutura familiar, leva a que as famílias procurem respostas de apoio para acolher e cuidar dos seus idosos, o que leva à necessidade, cada vez maior, de profissionais com uma formação pessoal e profissional que garanta maior rigor e competência no trabalho executado.

O presente trabalho centra-se no papel das ajudantes de ação direta em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. A tarefa das ajudantes de ação direta, que se denomina de cuidadores formais, exige um esforço físico e mental e, como tal, acarreta dificuldades. A falta de capacitação, de conhecimentos e de experiência profissional, podem muitas vezes levar à insegurança, desorganização, atitudes inadequadas face aos idosos, e provocar algum desgaste ao cuidador. Torna-se muito importante que as ajudantes de ação direta, para além de competências humanas, detenham competências técnicas.

Neste estudo optou-se por uma investigação qualitativa através da realização de entrevistas semi-dirigidas a quinze Ajudantes de Ação Direta que prestam serviço na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) da Santa Casa da Misericórdia da Amadora.

Os dados recolhidos, revelam que se trata de um grupo com baixos níveis de escolaridade e fracas qualificações profissionais. Contudo, valorizam os conhecimentos e competências adquiridas no local de trabalho, e consideram traduzir-se numa mais-valia no seu dia-a-dia, apostando em ter mais formação não só ao nível de competências técnicas, mas também adquirir conhecimento teórico sobre os vários tipos de demência, para saber melhor lidar com o idoso. O desconhecimento acerca das várias demências provoca sentimentos negativos ao nível do *stress* e frustração. No que se refere aos aspetos positivos os entrevistados manifestaram gosto que têm por desempenharem as funções inerente ao ato de cuidar dos idosos. Manifestando que esta profissão confere uma realização ao nível pessoal e até mesmo identitária.

Palavras-chave

Idoso, Ajudantes de Ação Direta, Género Feminino, Cuidadores Formais, Necessidades e Competências



ABSTRACT

The increase in life expectancy, inherent to the current level of health in the old age, along with the new changes in family structures, leads the families to seek support answers in order to welcome and care for their elderly. This is a reality that leads to the need bet on professionals with a specific personal and professional training, associated with a greater rigor and competence in the work performed. This paper focuses on the role of direct action helpers in the context of Residential Structures for Elderly. The task of direct action helpers, the so called formal caregivers, requires a physical and mental effort and, as such, entails difficulties. The lack of training, knowledge and experience, can often lead to insecurity, disorganization, inadequate attitudes to the elderly and cause wear and tear to the caregiver. It is very important that the direct action helpers maximize their technical skills, as well as their human skills.

It was chosen a qualitative research by conducting semi-structured interviews with 15 Direct Action Helpers who serve in *Santa Casa da Misericórdia da Amadora* ERPI (Residential Structure for Older People).

The data collected show that it is a group with low levels of education and low professional qualifications. However, value the knowledge and skills acquired in the workplace and consider translate into added value in their day-to-day, betting on having more training not only in terms of technical skills, but also acquire theoretical knowledge about the various types of dementia, to know better deal with the elderly. The lack of knowledge about the various dementias causes negative feelings to the level of stress and frustration. With regard to the positive aspects of the respondents expressed like that have to carry out the duties inherent in the act of caring for the elderly. Stating that this profession gives it an achievement on a personal level and even identity.

Key Words:

Elderly, Direct Action Helpers, Female Gender, Formal Caregivers, Needs and Skills



Índice

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - ENVELHECER NA SOCIEDADE PORTUGUESA.....	14
1.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal	14
1.2. Envelhecimento na perspetiva individual	17
CAPÍTULO II - CUIDADORES E CUIDADOS.....	19
2.1. O Cuidar Institucional: As Instituições Particulares de Solidariedade Social	19
2.2. Cuidar: Dimensões de um conceito	20
Cuidadores informais	21
Cuidadores formais	22
2.3. A Feminização da Profissão	24
2.4. A Função de Ajudante de Ação Direta nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	30
CAPÍTULO III - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	33
3.1. Definição das Questões de Pesquisa e Objetivos.....	33
3.2. Seleção e caracterização da amostra	34
3.3. Opção metodológica: entrevista	34
3.4. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados:	37



CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	39
4.1. Caracterização da Instituição	39
4.2. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.....	40
4.3. Resultados	43
4.3.1. Conhecimentos e competências adquiridas	43
4.3.2. Motivação na escolha da profissão de Ajudante de Ação Direta	44
4.3.3. Experiência no da profissão da profissão.....	46
4.3.4. Opinião dos entrevistados face à formação.....	47
4.3.5. Aspectos Positivos e Negativos da Experiência Profissional.....	48
4.3.6. Técnicas e Atividades utilizadas para o exercício da função de Ajudante de Ação Direta .	53
4.3.7. Reconhecimento na Profissão.....	55
CONCLUSÕES FINAIS	57
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	64
Anexo A: Questionário de Caracterização Sociodemográfica.....	65
Anexo B: Consentimento Informado.....	68
Anexo C: Tabela Relativa à Formação e à Trajetória Profissional	69



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Grupos Funcionais entre os anos de 1950 e 2011 (%)	14
Tabela 2: Índice de Envelhecimento Demográfico entre os anos de 1950 a 2011.....	15
Tabela 3: Índice de Envelhecimento Demográfico nas zonas Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, R.A. Açores e R.A. Madeira entre os anos de 1950 a 2011	16

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Diagnóstico de responsabilidades do trabalho do cuidar, por sexo.....	25
Quadro 2: Diagnóstico das situações de acesso e progressão das mulheres no mercado de trabalho	26
Quadro 3: Plano de Tratamento dos Dados	37
Quadro 4: Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistado.....	41



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Competências do Cuidador	23
Figura 2: Capacitação dos Cuidadores	24
Figura 3: Complexo do Lar Sagrada Família	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População residente em Portugal (n.º), por sexo e grupo etário 2001-2011	27
Gráfico 3: Nível de escolaridade da população com 15 e mais anos (%) por sexo e grupo etário	28



INTRODUÇÃO

A escolha desta temática Ajudantes de Ação Direta: Necessidades em contexto Institucional prende-se com a necessidade, que julgo existir, de conhecer as necessidades e melhorar as competências das Ajudantes de Ação Direta, que são as pessoas que cuidam dos idosos nas Estruturas Residenciais para Idosos.

Dado que a taxa de envelhecimento, cada vez maior, com respostas estatais insuficientes e com respostas privadas sujeitas a todo o tipo de regulamentações, é necessário perceber quais as necessidades do cuidador para uma melhor resposta dos seus cuidados aos idosos.

Como refere Brito (2002), o processo de prestação de cuidados é uma realidade complexa e dinâmica do ponto de vista das necessidades, de quem os presta e de quem os recebe.

O envelhecimento, diz respeito a todos nós. Pode-se dizer que nos interessa um pouco mais, a cada dia que passa nas nossas vidas” (Fontaine, 1999, p. 12), enquanto indivíduos. Espera-se, assim, obter um conhecimento mais profundo e objetivo acerca dos idosos, que nos vai ajudar a construir uma intervenção multidisciplinar mais adequada.

Este trabalho incide no papel que as ajudantes de ação direta em estruturas residenciais para idosos desenvolvem no ato de cuidar dos idosos. Este ato de cuidar é fundamentalmente desempenhado por elementos do sexo feminino. Segundo Amendola *et al.* (2008), o papel do cuidador é historicamente determinado e socialmente atribuído à mulher. Considera-se natural que as mulheres cuidem de pessoas, uma vez que o ato de cuidar está inscrito socialmente no papel de mãe e, assim, o cuidar dos idosos, é mais uma das atribuições da mulher na esfera doméstica (Caldas, 2003).

No entanto, Braum e Marcus (1985) alertam que cuidar de idosos requer uma seleção criteriosa de recursos humanos por parte das instituições, para garantir qualidade de vida



aos idosos e um menor desgaste para quem presta o cuidado, tendo em conta que cada vez mais se verifica um aumento de utentes com Alzheimer e outros tipos de demências, a quem a família já não consegue prestar cuidados.

Também segundo Morano e Bravo (2002), melhorar o conhecimento e aceitação da doença pelos cuidadores, ampliar o seu repertório de estratégias de gestão de *stress* e melhorar a expressão de ideias e emoções, vai promover aos utentes uma melhoria dos cuidados prestados. Torna-se, assim, necessário que a prestação deste tipo de serviço seja acompanhada das qualificações e competências que permitam a estas profissionais desempenharem o seu trabalho e serem valorizados e reconhecidos pelos utentes, empregadores e sociedade em geral.

Esta profissão requer, cada vez mais, um sistema de qualidade e uma abordagem de procedimentos que sejam definidos, especializados e ajustados, para proporcionar um serviço de qualidade.

Estas exigências não são compatíveis com um recrutamento baseado apenas no género, como tem sido a prática.

Importa, desta forma, compreender as necessidades dos cuidadores formais, procurando identificar os fatores que estes profissionais necessitam para melhor cuidar, tendo em conta as características individuais e as patologias inerentes a cada utente.

A minha responsabilidade profissional, como Diretora Técnica pela supervisão, gestão e recrutamento de pessoal numa IPSSs, impele-me a abordar este tema, tendo em conta as necessidades de quem é cuidado e de quem cuida. Pretende-se com este estudo obter resultados que possam vir a ser aplicados nesta área. Assim, procurar-se-á compreender quais as atuais necessidades deste grupo e que desafios se levantam a estas profissionais, olhando a realidade como um todo formado de partes, onde o cuidar e ser cuidado se entrecruzam na valorização da vida humana em todas as etapas.

Após um levantamento da realidade, procurou-se encontrar respostas que permitam otimizar o desempenho da função de Ajudante de Ação Direta e que valorizem esta classe profissional.



Neste sentido, os resultados desta investigação vão ajudar à definição de critérios mínimos de ingresso na profissão, bem como de um sistema de progresso, avaliação e formação permanente.

Em termos de estrutura, o presente trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro Capítulo é sobre Envelhecer na Sociedade Portuguesa. Pretende-se, nesta parte do trabalho realizar um enquadramento teórico sobre o Envelhecimento Demográfico em Portugal e o Envelhecimento na Perspetiva Individual, partindo-se daqui para o Conceito de Cuidadores, estabelecendo uma ligação com a função de Ajudantes de Ação Direta. O segundo Capítulo é sobre os Cuidadores e Cuidados. O terceiro Capítulo aborda a Metodologia de Investigação. Nesta fase serão explicitadas as questões da pesquisa e os objetivos do estudo e justificadas as opções metodológicas da investigação. Seguidamente são apresentadas as técnicas de recolha de dados e os procedimentos utilizados ao longo deste estudo. O quarto Capítulo assenta na caracterização dos entrevistados e na análise e discussão dos resultados.

Por fim, apresentam-se as principais conclusões do trabalho realizado e, efetua-se uma análise a algumas limitações verificadas ao longo da investigação, assim como, algumas considerações e recomendações para eventuais estudos a realizar no futuro.



CAPÍTULO I - ENVELHECER NA SOCIEDADE PORTUGUESA

1.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal

À semelhança de outros países europeus, Portugal apresenta particularmente desde a década de 70 do século XX, um aumento progressivo do número de indivíduos com idade avançada (65 anos ou mais), a par da diminuição do número de indivíduos jovens (entre os 0 e os 14 anos) e em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos):

Tabela 1: Grupos Funcionais entre os anos de 1950 e 2011 (%)

	65+	15-64	14-0
Ano 1950	07.0%	63.5%	29.9%
Ano 1960	08.0%	62.9%	29.2%
Ano 1970	09.7%	61,9%	28.5%
Ano 1981	11.4%	63.0%	25.5%
Ano 1991	13.6%	66.4%	20.0%
Ano 2001	16.4%	67.7%	16.0%
Ano 2011	19.0%	66.1%	14.9%

Fonte: INE, Recenseamentos da População Portuguesa

De acordo com os dados dos Censos de 2011, a proporção de indivíduos com 65 anos de idade ou mais, passou de 7% em 1950 para 19% em 2011, registando um crescimento de cerca de 12 pontos percentuais. Considerando os mesmos valores, passa-se de 7 para 19 indivíduos com 65 anos de idade ou mais por cada 100 habitantes. Já a proporção de jovens entre os 0 e os 14 anos de idade passou de 29.9% em 1950 para 14.9% em 2011, registando um decréscimo de cerca de 15 pontos percentuais. Assim, o número de jovens entre os 0 e os 14 anos de idade decresceu de 30 para 15 por cada 100 habitantes. Por outro lado, a



proporção da população em idade ativa, entre os 15 e os 64 anos de idade, regista várias flutuações, passando de 63.5% em 1950 para 61.9% em 1970, o que representa uma diminuição de cerca de 1.6 valores percentuais. De seguida, entre 1981 e 2001, apresenta um movimento contrário, aumentando cerca de 4.7 valores percentuais, tendência que se inverte novamente em 2011, com um retrocesso de 1.6 valores percentuais, tal como se pode observar na tabela (1). Consequentemente, o índice de envelhecimento demográfico, medida que exprime a relação entre o número de idosos e o número de jovens, acentua os valores anteriormente constatados e o crescente predomínio da população idosa sobre a população jovem.

Apresenta-se uma evolução positiva ininterrupta entre os anos de 1950 e 2011, correspondendo atualmente a 127.8, ou seja, existem 128 idosos para cada 100 jovens

Tabela 2:

Tabela 2: Índice de Envelhecimento Demográfico entre os anos de 1950 a 2011

Ano 1950	Ano 1960	Ano 1970	Ano 1981	Ano 1991	Ano 2001	Ano 2011
23.7	27.3	34.0	44.9	68.1	102.2	127.8

Fonte: INE, Recenseamentos da População Portuguesa

Ainda relativamente ao índice de envelhecimento demográfico, importa destacar as discrepâncias observáveis nas várias zonas do país.

Tal como se refere a tabela (3) abaixo indicada as zonas Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são aquelas com valores mais elevados: 163.4, 117.3, 178 e 131, respetivamente.

Por outro lado, a zona Norte, a Região Autónoma dos Açores e a Região Autónoma da Madeira apresentam os valores mais baixos: 113.3 pontos, 73.3 pontos e 90.7 pontos respetivamente:



Tabela 3: Índice de Envelhecimento Demográfico nas zonas Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, R.A. Açores e R.A. Madeira entre os anos de 1950 a 2011

	Ano 1950	Ano 1960	Ano 1970	Ano 1981	Ano 1991	Ano 2001	Ano 2011
Norte	19.1	20.2	24.2	33.9	51,7	79,8	113.3
Centro	26.6	32.0	42.9	57.9	87.0	129.6	163.4
Lisboa	30.9	37.0	37.4	41.4	68.1	103.5	117.3
Alentejo	23.9	32.6	51.9	72.9	106.6	162.7	178
Algarve	33.6	44.7	66.1	75.2	96.9	127.5	131
R.A. A Açores	21.9	20.2	26.7	38.0	47.2	60.5	73.3
R.A. Madeira	16.6	18.2	22.5	34.0	47.4	71.6	90.7

Fonte: INE, Recenseamentos da População Portuguesa

As discrepâncias encontradas entre as várias zonas e regiões exprimem diferenças e assimetrias que se devem, não só às características e especificidades de cada região, como também a uma multiplicidade de fatores sobre os quais se procura refletir e compreender.

Como é referido por Moreira e Rodrigues (2004), o fenómeno da industrialização terá sido um dos principais responsáveis por estas alterações. Com efeito, tendo desenvolvido uma nova geografia de recursos através da fixação privilegiada de unidades industriais em determinadas áreas e a mobilização de mão-de-obra para as mesmas, para responder às solicitações dos agentes económicos e sociais, a industrialização terá levado a uma repartição geográfica diferenciada e dicotómica, entre áreas mais atrativas e áreas mais repulsivas, a nível económico e social (Moreira e Rodrigues, 2004). Assim, podem se constatar volumes significativos de emigração e/ou migrações para áreas mais ricas e desenvolvidas como os centros urbanos, existindo razões para que os concelhos com indivíduos mais jovens e em idade ativa se situem nas Áreas Metropolitanas da Grande Lisboa e Grande Porto (Moreira e Rodrigues, 2004). De acordo com os mesmos autores, ao longo dos últimos 100 anos, existe um contínuo aumento da concentração populacional em torno da Áreas Metropolitanas da Grande Lisboa e Grande Porto (Moreira e Rodrigues, 2004).



Por outro lado, o migrante tipo jovem, quando se transfere provoca, desde logo, um rejuvenescimento na área de fixação e, ao invés, o envelhecimento dos locais de onde provém. Desta forma, pode afirmar-se que a sua mudança implica benefícios ao nível da fecundidade para os locais de chegada e custos nos locais de saída (Moreira e Rodrigues, 2004).

A diminuição das taxas, de fecundidade e natalidade, contribui em grande parte para o “agrisalhamento” da população. Estas últimas terão inclusivamente diminuído para valores totais abaixo do nível de reposição (média de 2.1 crianças por mulher) (Serafim, 2007).

Assim, o aumento da esperança de vida, os fluxos migratórios e a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade são fatores determinantes no envelhecimento demográfico da população portuguesa. Previsões conhecidas, para o ano de 2050, confirmam o referido fenómeno de envelhecimento, com igual evidência tanto no topo como na base da pirâmide populacional. De acordo com as mesmas previsões, para o ano de 2050, espera-se que o índice de envelhecimento demográfico equivalha a 190 pontos, ou seja, 190 idosos para cada 100 jovens (Serafim, 2007).

Consensualmente, pode assim afirmar-se que o envelhecimento demográfico da população portuguesa é uma realidade, mas também uma tendência a médio e longo prazo. Como resposta, é da máxima importância proporcionar as melhores condições aos nossos idosos, fazendo com que se sintam bem, ativos e valorizados no meio em que estão inseridos. Uma vida mais longa deve ser sempre acompanhada de cuidados de saúde, segurança e participação e reconhecimento social.

1.2. Envelhecimento na perspetiva individual

Temos vindo a abordar o envelhecimento na perspetiva populacional ou demográfica. Mas o envelhecimento é também um processo individual. Nesta ótica, o envelhecimento pode ser encarado como “um processo natural e contínuo que se inicia muito cedo, ou seja, no momento da conceção, acompanhando o desenvolvimento do indivíduo até ao fim da sua vida. Precisa de ser entendido de uma forma abrangente, dado comportar aspetos individuais e coletivos, isto é, genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, bem como psicológicos, sociológicos e económicos” (Quaresma, 1999, p. 4.2).



Maria de Lourdes Quaresma acrescenta ainda que o envelhecimento é também um processo diferencial, heterogéneo e contextual (1999, p. 4.3).

O envelhecimento é diferencial quanto ao género, pois não é igual envelhecer no masculino ou no feminino, quanto à história familiar e profissional, quanto ao nível de escolaridade e quanto ao contexto rural e urbano (Quaresma, 1999, p. 4.3).

É heterogéneo, uma vez que duas pessoas com o mesmo sexo, a mesma profissão, o mesmo grupo de idade e o mesmo nível socioeconómico, não vivenciam o envelhecimento da mesma forma, não há um modelo de envelhecimento, ou seja, cada pessoa vivencia o seu envelhecimento de uma forma singular (Quaresma, 1999).

Maria de Lourdes Quaresma acrescenta que o envelhecimento está intimamente associado ao desenvolvimento económico, social e cultural, embora a OMS (Organização Mundial de Saúde), estipule atualmente a idade de 65 anos como limite caracterizador da velhice (Oliveira, 2005:10).

Se, por um lado, os progressos tecnológicos, da medicina, e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, também é certo que o envelhecimento se associa ao aumento das doenças crónicas e ao surgimento de dependência na vida diária.

Com efeito, estima-se que “existam 70 mil doentes com doença de Alzheimer e que 20% a 30% das pessoas com mais de 60 anos tenham défice cognitivo sem demência” (Sequeira, 2010, p. 153). Estes dados levam a comunidade científica a um maior enfoque sobre os problemas dos idosos e da sua qualidade de vida, para a qual o contributo dos cuidadores informais e formais é de extrema importância.

Torna-se, assim, imprescindível adequar e investir na formação dos profissionais cuidadores, de modo a que possam intervir junto dos seus utentes, de forma cada vez mais profissional.



CAPÍTULO II - CUIDADORES E CUIDADOS

2.1. O Cuidar Institucional: As Instituições Particulares de Solidariedade Social

De acordo com o articulado do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro “As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) apresentam-se como organizações sociais sem fins lucrativos específicas do contexto português que têm a seu cargo a quase totalidade da ação social, traduzida na prestação de serviços. Constituídas por iniciativa da sociedade civil (privadas), têm o propósito de dar expressão organizada ao dever moral e de justiça entre os indivíduos”. Estas instituições, de carácter não-governamental, têm como finalidade “práticas tradicionais de caridade, de filantropia, de mecenato, expandindo o seu sentido para outros domínios da sociedade civil” (Fernandes, 1996, p. 48).

Segundo Costa (2010), a Lei de Bases da Segurança Social de 2000 atribui um papel importante às IPSS's, dando ao Estado uma ação tutelar, fiscalizadora e de inspeção, de forma a garantir que os seus objetivos são compatíveis com os do sistema. São estas instituições que assumem a maior responsabilidade ao nível da proteção à população deficiente e com incapacidades, incluindo as pessoas idosas (Costa, 2010).

O modelo de cooperação entre o Estado e as IPSSs define-se através de um Protocolo de Cooperação, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, a União das Mutualidades Portuguesas (UMP), a Confederação Nacional das Instituições/Misericórdias de Solidariedade (CNIS) e a União das Misericórdias Portuguesas (UM). Considerando o disposto no artigo 63.º, n.º 5 da Constituição da República Portuguesa, e de acordo com a Lei n.º4/2007, de 16 de Janeiro, o protocolo enuncia os princípios de uma parceria pública/social estabelecendo a partilha de objetivos e interesses



comuns, bem como a repartição de obrigações e responsabilidades entre o Estado e as Instituições (CNIS, 2013).

O grande repto à atuação das instituições na atualidade é, assim, o de continuar a responder às necessidades sociais, antigas e novas, mas a partir de uma base de apoios financeiros mais diferenciada, onde os recursos públicos sejam uma entre muitas outras fontes de financiamento (Santos, 2012).

Entre o conjunto de serviços prestados pelas IPSSs insere-se o apoio à população idosa, que se concretiza através de diversas valências como o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e as Estruturas Residenciais para pessoas idosas (ERPI's). Estas últimas acolhem cada vez mais idosos com diferentes patologias, refletindo a realidade nacional onde se estima que “em cerca de milhão e meio de idosos que fazem parte da nossa população, mais de 70 000 são afetadas por um processo demencial, na sua maior parte: a doença de Alzheimer” (Barreto *cit in* Sequeira, 2010, p. 14). Esta situação leva à crescente necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz *et al.*, 2004).

Esta nova problemática implica a necessidade de pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida dos idosos, para que os cuidados prestados correspondam às suas necessidades (Kuske *et al.*, 2007). Para esta realidade, é necessário “dotar os cuidadores com competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber fazer) e competências pessoais (saber lidar com)” (Sequeira, 2010, p. 15).

No entanto, a realidade que é vivenciada hoje em dia nestas estruturas é muito distinta, já que segundo (Kuske *et al.*, 2007) em Portugal e noutros Países Europeus os cuidados a idosos demenciados são maioritariamente prestados em lares de idosos convencionais, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação especializada.

2.2. Cuidar: Dimensões de um conceito

Desde a conceção, através dos cuidados maternos, cuidar faz parte da vida. O cuidar acontece de uma forma natural e espontânea e o participar e construir vida com o outro torna-se essencial nas nossas vidas, ainda mais porque fomos criados para estar em relação.



O cuidado é intrínseco ao ser humano, constituindo “uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta atividade. Assim, o cuidar está presente em todas as culturas e apenas difere na sua forma de expressão e de realização” (Insero *cit in* Sequeira, 1995, p. 159).

Um estudo de Perista e colegas (2016) intitulado de *Os usos do tempo de Homens e Mulheres em Portugal*, comprova que são as mulheres que com mais frequência asseguram a prestação de cuidados a pessoas adultas que exigem cuidados especiais, por motivos de doença, incapacidade (associada à idade) ou deficiência: 4,3% de mulheres, face a 2% dos homens, dizem fazê-lo todos os dias pelo menos uma hora.

Assiste-se, pois, a uma significativa feminização do trabalho do cuidado.

O papel de cuidar dos filhos e das pessoas idosas na esfera familiar, ou seja, as práticas de solidariedade construídas entre gerações da família cabem ainda maioritariamente às mulheres. Sílvia Portugal (2011 *cit in* Vieira, p. 35) afirma que “[...] o que os estudos mostram, para as diferentes áreas analisadas [...] cuidar das crianças e dos idosos e trabalho doméstico parece ser que, enquanto existe uma mulher disponível no interior da rede para assegurar as tarefas relacionadas com a reprodução quotidiana da família, os homens não são envolvidos nesse trabalho”.

Cuidadores informais

Designam-se cuidadores informais aqueles que prestam cuidados sem qualquer vínculo laboral, apenas com base numa relação afetiva com a pessoa cuidada. São por isso geralmente familiares, amigos ou vizinhos. Designam-se, pois, de *cuidados informais* os que são feitos de uma forma “não antecipada, não remunerada” (Sequeira, 2010, p. 156).

Importa referir que, o tipo de necessidade de cuidados e a situação de saúde da pessoa cuidada, vão ditar o tipo de cuidados a prestar, e nessa medida, vão ter influência no papel que o cuidador vai adotar.



Cuidadores formais

Define-se como cuidador formal “o prestador de cuidados que recebe uma remuneração e que tem competências para trabalhar com idosos em situação de dependência, fazendo a ligação entre a família, o utente e a instituição” (Sequeira, 2010, p. 156).

Na última década, tem-se verificado o aumento de programas de formação para os cuidadores formais, que se centram na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação aos problemas relacionados com a demência. Contudo, não se tem aprofundado o *stress* e a *carga emocional* a que são sujeitos os cuidadores.

Com efeito, “cuidar de idosos desencilhados está associado a elevados níveis de stresse, sobrecarga física” (Rolland *et al.*, 2007, p. 120), o que leva a que os cuidadores formais tenham frequentemente uma grande insatisfação no trabalho, por se confrontarem com a dependência que acompanha a doença (Davison, McCabe, Visser, Hudgson & George, 2007; Kuske *et al.*, 2009, p. 120).

A formação dos cuidadores relativamente aos aspetos da demência em Portugal é insuficiente. Segundo Kuske e colegas (2009), cerca de 60% dos idosos institucionalizados apresentam um quadro demencial. Este estudo revela ainda que em Portugal, como em outros Países Europeus, os cuidados aos idosos com demência são prestados, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação específica (Kuske *et al.*, 2007, p. 120). Torna-se, assim, necessário formar os cuidadores formais com capacidades que lhes possibilitem adequar os cuidados que prestam às necessidades dos idosos e, conjuntamente, diminuir a sobrecarga que o ato de cuidar já implica.

É importante a componente educativa, para que os cuidadores formais tenham mais informação sobre a doença, o como reduzir o *stress*, e como ajudar os profissionais a gerir as suas emoções e a implementar estratégias na resolução dos problemas (Sousa, Mendes & Relvas, 2007, p. 120).

No âmbito dos cuidados prestados pelos cuidadores formais se deve dar importância às “estratégias a usar na gestão do stresse e a gerir as emoções [...] traduzindo-se numa melhoria dos cuidados prestados e uma maior satisfação nos cuidadores formais” (Morano & Bravo, 2002, p. 121).

Para quem cuida de idosos é imprescindível desenvolver competências específicas. Jacob refere “duas linhas de competências a primeira do saber-ser e saber-estar (gostar dos idosos, trabalhar em equipa, confidencialidade e humanidade) e saber-fazer, onde se salientam os procedimentos sobre higiene pessoal e cuidados” (2004, *cit in* Batista, 2012, p. 37).

Quando alguém decide ser cuidador informal ou formal necessita de adquirir e desenvolver várias competências e intervir na capacitação dos cuidadores.

As competências podem ser agrupadas em três categorias de acordo com a **Figura n.º 1**.

Figura 1: Competências do Cuidador

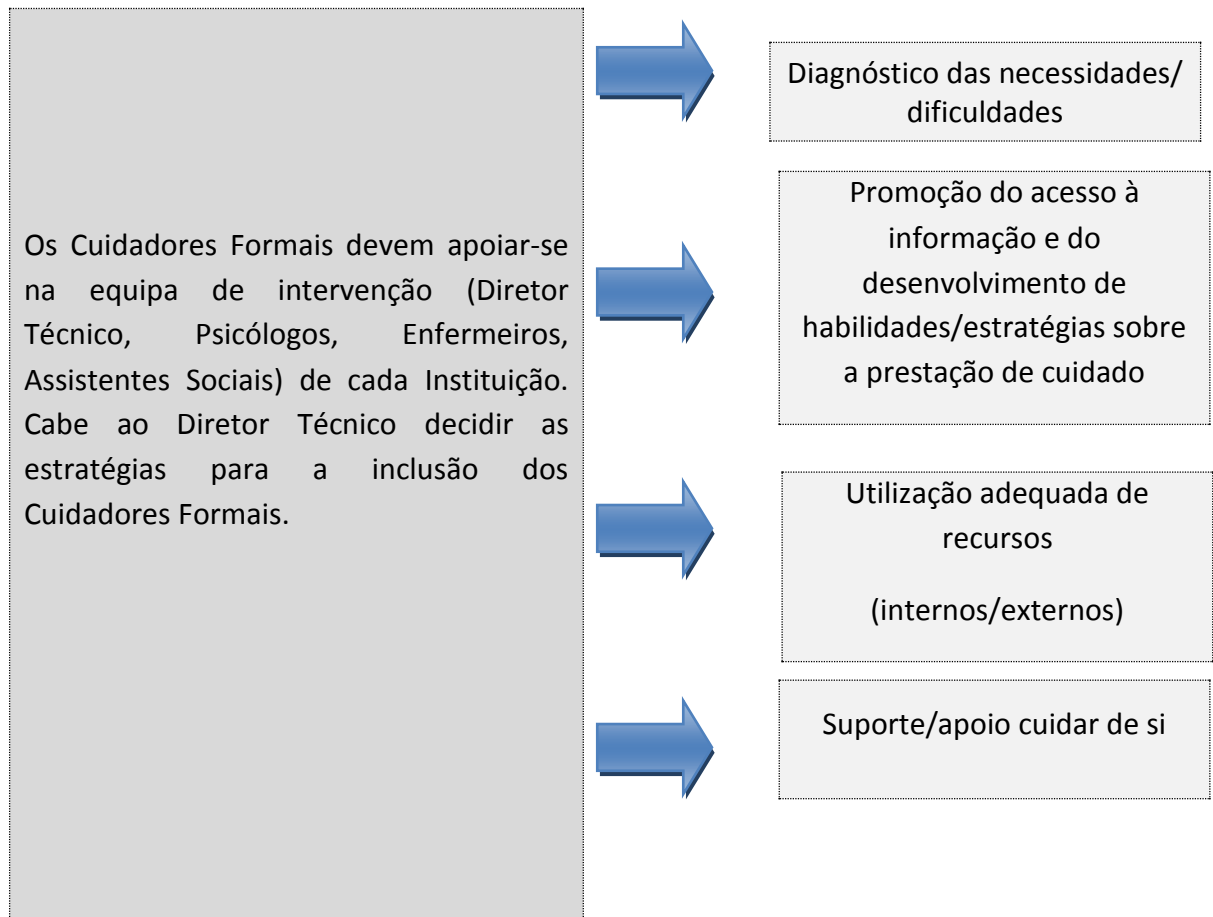


Fonte: Sequeira, 2010, p. 174

- **Informação** - Competência necessária para saber como cuidar, para adquirir ou desenvolver o conhecimento;
- **Mestria** - Designa-se por “saber fazer de modo que o cuidador desenvolva perícias, mestria na prestação de cuidados, no comunicar, no posicionar, no alimentar” (Sequeira, 2010, p. 176);
- **Suporte** - Competência está centrada no desenvolvimento pessoal, estabelecendo uma relação com o *dar-se* e o *saber cuidar-se*.

A figura 2 procura, de forma esquemática representar a estratégia a desenvolver para a capacitação dos cuidadores:

Figura 2: Capacitação dos Cuidadores



Fonte: Sequeira, 2010, p. 178

2.3. A Feminização da Profissão

Após o 25 de abril de 1974, na sociedade portuguesa, assistiu-se a uma transformação nos papéis familiares estimulada pelo “aumento da presença feminina no mercado de trabalho [que se] tem traduzido no declínio sistemático do modelo tradicional de homem provedor e de esposa doméstica” (Crompton, 2006, p. 27).

Segundo Macedo e Santos (2009, p. 133) predominam, contudo, alguns setores femininos, como é o caso das áreas da saúde, educação e ação social. O autor refere que estes setores continuam a ser socialmente vistos como uma extensão das tarefas femininas realizadas



dentro da esfera doméstica/familiar, uma vez que mobilizam essencialmente competências vistas como naturais do género feminino e que costumam estar associadas às funções do cuidar.

Um estudo recente apresenta uma discussão sobre a posição das mulheres no mundo do trabalho nos quatro países europeus, Portugal, Lituânia, Bélgica e Holanda (*Apenas Mulheres? Situação das Mulheres no Mercado de Trabalho em Quatro Países Europeus*, de Macedo e Santos, 2009), investigando as possibilidades de acesso e sucesso das mulheres no mercado de trabalho nestes diferentes contextos e salientando as continuidades e diferenças de cada um destes países.

As autoras elaboraram o quadro que se apresenta a seguir com as diferentes áreas do cuidar:

Quadro 1: Diagnóstico de responsabilidades do trabalho do cuidar, por sexo

Países	Lituânia	Holanda	Bélgica	Portugal
Categorias	Responsáveis			
Serviço doméstico	Mulheres	Mulheres e Homens	Mulheres e Homens	Mulheres e Homens
Doentes	Mulheres	Mulheres	Mulheres e Homens	Mulheres
Idosos	Mulheres	Estado e Sector Privado	Mulheres e Estado	Mulheres, Estado, Sector Privado
Portadores/as de deficiência	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres
Crianças	Mulheres e Homens	Mulheres e Homens	Mulheres e Homens	Mulheres e Homens

Fonte: Macedo e Santos, 2009

Os dados deste estudo permitem concluir que em todos os países a presença das mulheres nos diferentes espaços de cuidar é muito forte. Foi, também, conclusão do estudo que, enquanto às mulheres são dadas tarefas de responsabilidade pessoal, aos homens é atribuída uma participação de apoio ou de substituição das mulheres, e não como sua responsabilidade.



No Quadro 2 do estudo, as autoras dão-nos a perceção do acesso ao mundo do trabalho e a progressão na carreira das mulheres, analisando este temas nos mesmos quatro países:

Quadro 2: Diagnóstico das situações de acesso e progressão das mulheres no mercado de trabalho

Categorias	Níveis Profissionais	Lituânia	Holanda	Bélgica	Portugal
Possibilidades de Acesso ao Emprego	Topo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
	Médio	Médio-baixo	Médio	Médio-alto	Médio-baixo
	Baixo	Médio	Alto	Alto	Médio
Possibilidades de Progressão no Emprego	Topo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
	Médio	Médio-baixo	Alto	Médio	Médio

Fonte: Macedo e Santos, 2009

Na leitura direta do quadro concluem que, no que se refere às posições de topo, existe “(...) continuidade e semelhança nos quatro países, sendo as possibilidades para as mulheres a esse nível, baixas ...conforme o nível profissional baixa, as possibilidades de acesso sobem de modo gradual, havendo maior amplitude no acesso, nos países centrais e menor nos pais semi-periféricos)” (Macedo e Santos, 2009, p. 145).

Quanto às possibilidades de progressão na carreira as disparidades são maiores nos quatro países.

Em termos conclusivos o estudo refere que “a análise realizada permitiu concluir acerca de existência de uma evolução significativa na situação das mulheres nos diferentes países, conforme ligação ao posicionamento destes no *sistema* mundial” (Macedo e Santos, 2009, p. 145).

Portugal e a Lituânia, países (semi-periféricos), estão sujeitos a uma maior instabilidade, pelo que o percurso será mais longo.

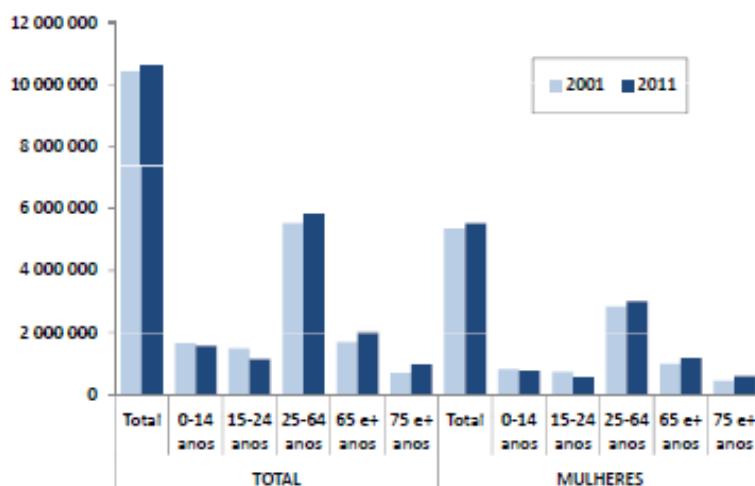


De salientar, neste estudo o esforço “desenvolvido pelos diferentes estados e pela EU, particularmente através da legislação que procura promover a igualdade entre mulheres e homens, numa perspetiva de equidade social” (Macedo e Santos, 2009, p. 145).

Refletiu-se também sobre a feminização em Portugal segundo as *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal 2001-2011/INE, 2012* (Análise Demográfica no feminino; Análise sobre a Educação; Análise sobre Conciliação da Vida Profissional com a Vida Familiar):

Análise Demográfica no feminino:

Gráfico 1: População residente em Portugal (n.º), por sexo e grupo etário 2001-2011



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População 2001 e 2011

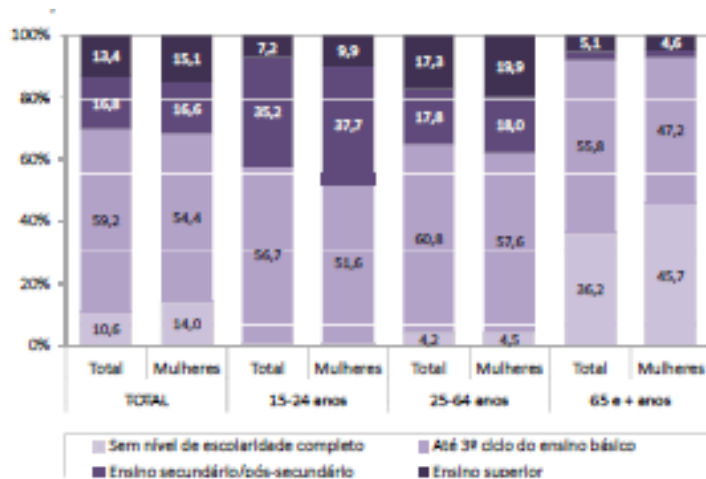
Neste gráfico as mulheres são 52,2% da população residente; a relação de feminilidade passou de 107,1 para 109,2 mulheres por cada 100 homens (no mesmo período). Houve uma diminuição do n.º de mulheres nos grupos mais jovens.

Nos restantes grupos etários existiu um aumento do n.º de mulheres, de 6,1% nas idades de 25 aos 64 e de 19,1% de 65 anos e mais.

A população feminina é ligeiramente superior à masculina e apresenta maior longevidade.

Análise da Educação:

Gráfico 2: Nível de escolaridade da população com 15 e mais anos (%) por sexo e grupo etário



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População 2001 e 2011

Concluiu-se também que a proporção de mulheres de 15 anos ou mais, sem nível de escolaridade completo, era de 14% em 2011. Neste valor estão as mulheres de 65 anos ou mais que têm maior percentagem.

Existem mais mulheres sem escolaridade, mas também mais mulheres com o ensino superior.

Conciliação da Vida Profissional com a Vida Familiar:

Foram analisados indivíduos dos 15 aos 64 anos, segundo o sexo, por prestação de cuidados a crianças com menos de 15 anos ou pessoas dependentes com 15 e mais anos (INE,2012).

Concluiu-se, que num total de 648,4 mil mulheres, com idades entre 15 e 64 anos (18,1% de um total de mulheres deste âmbito etário), prestava regularmente cuidados a crianças com menos de 15 anos e a pessoas doentes, incapacitadas ou idosas. Esta análise demonstrou que 64,4 % dos prestadores de cuidados eram mulheres (INE,2012).

Verificou-se que as mulheres são as principais agentes na prestação de cuidados a menores e a pessoas dependentes.



Retomando o estudo de (Macedo e Santos, 2009) em articulação com a nossa pesquisa, concluiu-se:

Quadro 1 Diagnóstico de responsabilidades do trabalho do cuidar, por sexo

Somente analisando os resultados em Portugal, com o estudo da presente investigação, no que confere ao trabalho de cuidar nos idosos existe uma maior predominância de mulheres a cuidar no setor público e privado, à semelhança do que impera no Lar Sagrada Família da Santa Casa da Misericórdia da Amadora sendo uma IPSS`'s do setor privado.

Quadro 2 Diagnóstico das situações de acesso e progressão das mulheres no mercado de trabalho

Analisando, também, só os resultados de Portugal, nas categorias de possibilidades de acesso ao emprego, o acesso ao emprego é *Médio*. No presente estudo as Ajudantes de Ação Direta ingressam nesta função com habilitações baixas.

No que se refere às possibilidades de progressão no emprego, em Portugal obteve-se um valor *Médio*. Em comparação com o presente estudo de investigação as possibilidades de progressão no emprego são limitadas, porque apenas existe acima uma categoria profissional de chefia intermédia.

Retomando o estudo a *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal 2001-2011* (INE,2012).

Análise Demográfica no feminino

Gráfico 1 População Residente em Portugal (n.º), por sexo e grupo etário (2001-2011)

Concluiu-se que predomina neste gráfico uma maior faixa do género feminino em relação aos homens. Em comparação com o presente estudo de investigação a maioria da população no Lar Sagrada Família também é do género feminino.



Gráfico 2 Nível de escolaridade da população com 15 e mais anos (%) por sexo e grupo etário, (2001-2011)

Concluiu-se que são as mulheres com mais de 65 anos que apresentam um nível de escolaridade baixa. Em comparação com o presente estudo de investigação, a média de idades é de 45 anos e os entrevistados apresentam uma escolaridade baixa.

Análise da Conciliação da Vida Profissional com a Vida Familiar

Concluiu-se nesta análise que os principais agentes na prestação de cuidados a menores e a dependentes, tal como na estatística do (INE,2012), no presente estudo das Ajudantes de Ação Direta a população, cuidadora é essencialmente do género feminino.

2.4. A Função de Ajudante de Ação Direta nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

A prestação da função de Ajudante de Ação Direta nas ERPI é feita através de um contrato de trabalho que estabelece os deveres e direitos destes cuidadores.

As atribuições destes profissionais estão enunciadas no Decreto de Lei 414:99 de 15 de Outubro e consistem em:

- a) Receber os utentes e fazer a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);
- b) Executar tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratar os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;
- c) Assegurar a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os diretamente quando necessário, tendo em atenção fatores vários, como a mobilidade e o cansaço;



- d) Após a refeição, recolher as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lavá-los na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;
- e) Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;
- f) Substituir as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;
- g) Controlar e entregar na lavandaria as roupas sujas;
- h) Fazer a gestão dos *stocks* das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros fatores;
- i) Receber e controlar na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros no respetivo quarto;

Tendo em conta as funções atribuídas a estes profissionais, é feita uma integração, de dimensão sociológica, suportadas nas atividades do cuidado, com as pessoas idosas, nomeadamente ao nível da:

- Sociabilidade dos cuidadores;
- Relações entre os cuidadores e as pessoas idosas;
- Relações entre os cuidadores e os familiares.

O trabalho de cuidar cria um elo de intimidade muito grande entre o cuidador e o idoso, entre quem recebe o cuidado e quem cuida. Nesta interação, predomina uma relação de *outsiders* (Elias & Scotson, 2000). Os ajudantes de ação direta representam um grupo social constituído por pessoas adultas, do qual as pessoas idosas não fazem parte, são os *outsiders*. Esta dinâmica desencadeia, no dia-a-dia, equilíbrios e desequilíbrios que se traduzem em relações de poder entre quem cuida e quem é cuidado.



Apesar da complexidade das tarefas que assumem, os cuidadores que desempenham a função de Ajudantes de Ação Direta têm percursos formativos diversificados. Alguns provêm de escolas secundárias, outros de entidades privadas outros ainda de Centros de Formação Profissional do Instituto de Emprego e Formação Profissional que disponibilizam Cursos de Auxiliares de Geriatria.

Estes Cursos “caracterizam-se por seguir um modelo-padrão estabelecido pelo próprio Centro de Emprego e Formação Profissional, tendo duração mínima de 500 horas, sendo pautados por um forte cariz prático que confere aos formandos os níveis 1 ou 2. Os cursos dados nas escolas profissionais e nas escolas secundárias têm a duração de 3 anos, e conferem o 12º ano e o nível 3, por terem uma grande variedade de denominações, serem generalistas e apostarem basicamente na componente científica e de animação” (Jacob, 2002, *cit in* Batista, 2012, p. 39).

Com efeito, Jacob (2002), ao analisar seis destes cursos, verificou que nenhum deles tinha os conteúdos adequados: a higiene, a alimentação e os cuidados de saúde, “tendo referido que a finalidade destes cursos é formar técnicos médios de animação ou de acompanhamento e não técnicos para cuidarem diretamente dos idosos” (Jacob, 2002 *cit in* Batista, 2012, p. 39). A partir desta constatação, podem-se explicar as grandes lacunas de formação que estes cuidadores apresentam e as dificuldades com que se deparam na realização das suas tarefas, que muitas vezes comprometem a qualidade do serviço prestado e a segurança dos cuidadores e das pessoas cuidadas.

Em suma, torna-se imprescindível que o *cuidador* que presta cuidados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas tenha uma formação adequada, devendo ser posteriormente acompanhado e avaliado na execução das suas tarefas. Compreender as necessidades e dificuldades que enfrentam estes cuidadores na realização das suas tarefas de cuidar constitui assim o objetivo do presente estudo.



CCAPÍTULO III - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1. Definição das Questões de Pesquisa e Objetivos

A metodologia implica um procedimento crítico de todas as etapas que constituem a investigação/intervenção. Desta forma, torna-se necessário recorrer à seleção de métodos e técnicas “porque são estes que fornecem a informação de que se necessita para se fazer uma pesquisa integral” (Bell, 1997, p. 85).

O método de investigação selecionado foi o método qualitativo já que o fenómeno em estudo é complexo e de natureza social e cultural. Os métodos qualitativos permitem aos investigadores estudar os sujeitos tentando conhecê-los aprofundadamente como pessoas, sendo sensíveis ao contexto. Estudar e compreender pessoas, os seus atos, palavras e gestos só faz sentido no seu contexto e o significado que elas atribuem a determinado fenómeno só poderá ser compreendido através do conhecimento do quadro de referência dos sujeitos.

Desta forma, adota-se o método qualitativo na medida em que os estudos que recorrem ao método qualitativo são fruto da análise minuciosa de dados ricos que procuram “descrever, de forma narrativa, em que consiste determinada situação ou visão do mundo” (Pais, 2002, p. 153).

Com este trabalho pretende-se abordar as necessidades e desafios que o cuidar formal em contexto institucional coloca aos profissionais em questão. A partir daí procurou-se identificar e redefinir as habilitações e competências ao bom desempenho da sua atividade profissional. Motiva-nos, nesta pesquisa, a capacidade de gerar novas respostas a aplicar no contexto real do nosso local de trabalho, valorizando o todo da instituição onde trabalha.



3.2. Seleção e caracterização da amostra

O processo de amostragem a utilizar nesta investigação foi a amostragem *não probabilística*. “Esta baseia-se em escolhas intencionais utilizadas com a finalidade de determinar as unidades da população que irão fazer parte da amostra” (Carmo e Ferreira, 1998, p. 197).

Neste tipo de amostragem “não há garantia de que todos os elementos possam ser estudados” (Burgess, 1997, p. 59), no entanto, este é um estudo de carácter exploratório.

O presente estudo incidiu sobre 15 indivíduos com idades compreendidas entre os dezoito e os 65 anos seleccionados entre os ajudantes de ação direta da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, do Lar Sagrada Família, onde a autora do estudo desenvolve as entrevistas.

Os critérios tidos em consideração para a inclusão na amostra foram os seguintes:

a) Idade igual ou superior a dezoito anos; b) profissão de ajudante de ação direta na prestação de cuidados a idosos; e c) há pelo menos um ano na função de ajudante de ação direta numa IPSS’s da Santa Casa da Misericórdia da Amadora.

As entrevistas foram realizadas numa valência que não a da autora da investigação, para não influenciar a obtenção das respostas.

Dos quinze entrevistados, todos se encontram a trabalhar no Lar Sagrada Família e reúnem todos os critérios para poderem ser entrevistados, de livre vontade. Os tipos de perguntas realizadas tiveram em conta a fácil compreensão, para que não compromettesse as respostas. Foram igualmente informados sobre as questões da confidencialidade e do anonimato, e após o esclarecimento de dúvidas por parte da entrevistadora, aqueles que aderiram assinaram o Consentimento Informado (Anexo B).

3.3. Opção metodológica: entrevista

A seleção do tipo de entrevista a utilizar no projeto de investigação está diretamente relacionada com o tipo da investigação e com os objetivos propostos. Tendo em conta que se pretende recolher informação a partir da experiência de vida das ajudantes de lar, decidiu-se que o grau de diretividade das perguntas deveria ser menor e o tipo de entrevista a utilizar seria semi-estruturada ou semi-diretiva.



A entrevista foi também a técnica selecionada porque o género de informações que se pretende obter seria mais rico se testemunhado presencialmente, relatado no discurso do próprio e refletido na primeira pessoa.

A entrevista semi-diretiva é um tipo de técnica “nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas” (Quivy, 1992, p. 194). Assim, preparou-se um guião de entrevista a aplicar às ajudantes de ação direta. Tratando-se de um guião, é um documento orientador, podendo surgir outras perguntas no contexto da entrevista. As entrevistas semi-diretivas foram aplicadas individualmente.

Os estudos preliminares, semelhantes a esta pesquisa, recorrem a entrevistas que têm como instrumento um guião de entrevista. Este tipo de entrevista tem como principais características:

- O entrevistador dinamiza a conversa, tem de estar atento para decidir se os itens do guião estão a ser respondidos, o entrevistador conduz a entrevista;
- Faz-se a um número restrito de entrevistas, devido à complexidade da análise de conteúdo;
- Pode-se “desperdiçar” uma das entrevistas, quando o entrevistado não se revelar o mais correto e o conteúdo da entrevista não for pertinente para a investigação;
- Trata-se de uma técnica qualitativa e não quantitativa, que pretende qualificar.

Para a realização deste estudo foi elaborado um Guião de Entrevista. Segundo Guerra (2010, p. 53). Na elaboração de um guião de entrevista “a questão mais importante é a clarificação dos objetivos e dimensões de análise que a entrevista comporta”

A entrevista foi elaborada tendo em conta os seguintes objetivos:

- Proceder a uma caracterização individual do entrevistado;
- Identificar o grau académico;
- Perceber como as ajudantes chegaram a este tipo de profissão;
- Percecionar a importância da formação como ferramenta para a realização do seu trabalho;
- Identificar dificuldades e necessidades das Ajudantes de Ação Direta na e para a execução das tarefas;



- Caracterizar como experienciam o seu trabalho como Ajudantes de Lar;
- Perceber se sentem reconhecidas na sua profissão.

Antes da realização da entrevista, foi efetuado um pré-teste, para ajustar o guião. As entrevistas iniciaram-se com a apresentação dos objetivos do estudo, realçando-se o valor da colaboração do entrevistado, assegurando a confidencialidade e o anonimato face às declarações prestadas, de acordo com o consentimento informado assinado pelos participantes e pela investigadora. (Anexo B).

Foi também, aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional (Anexo A), com vista à recolha de alguns dados biográficos dos participantes tais como: idade, sexo, habilitações literárias, profissão, estado civil e informação relativa à sua formação e experiência profissional.

As quinze entrevistas foram realizadas, no Lar Sagrada Família, aos Ajudantes de Ação Direta, aos quais a entrevistadora não tinha qualquer tipo de relação hierárquica, para comprometer a confiança de falarem à vontade. As entrevistas decorreram de 1 a 15 de Agosto de 2015 e foram marcadas com antecedência.

As entrevistas duraram entre vinte a trinta minutos, e decorreram exclusivamente na presença da entrevistadora e do entrevistado. À medida que as mesmas se realizaram, foram sendo transcritas, optando-se por se fazer o registo integral das narrativas e refletindo sobre o seu conteúdo, bem como sobre o ambiente estabelecido, para que se pudesse melhorar na entrevista seguinte.

No final de cada entrevista agradeceu-se a cada Ajudante de Ação Direta a sua disponibilidade e a importância do seu contributo.

Após a transcrição na íntegra das entrevistas, foi elaborado um quadro síntese (Anexo C), onde se apresentam as categorias e as unidades de registo obtidas para cada questão da entrevista.

As informações mais pertinentes, com vista à resposta à nossa questão de partida e ao aprofundamento do estudo do fenómeno em investigação, foram destacadas os dados mais ilustrativos do tema que foram utilizados para reforçar as linhas principais da investigação. Tendo em conta o tema do nosso estudo, entre os dados recolhidos foram selecionados



aqueles que mediante a sua expressividade, eram mais representativos para a compreensão das necessidades dos ajudantes de ação direta no contexto institucional.

O facto de se ter optado por parar na décima quinta entrevista deveu-se também à saturação dos dados, uma vez que as informações recolhidas então já não traziam nada de novo ao conhecimento obtido até ao momento.

3.4. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados:

O tratamento dos dados obtidos como resultado de um projeto de investigação, deve ser elaborado, fundamentalmente à luz dos objetivos e do suporte teórico do estudo. Contudo, a análise das informações pode compreender inúmeras operações, “mas três delas constituem [...] uma espécie de passagem obrigatória” e foi sobre elas que se planeou o tratamento dos dados. (Carmo, 1998, p. 258)

Além da apresentação e descrição dos dados recolhidos através da aplicação das técnicas selecionadas para a investigação, a Análise de Conteúdo das entrevistas, possibilitou uma melhor compreensão do objeto de estudo.

Os dados recolhidos através da entrevista, expressam os sentimentos dos ajudantes de ação direta face às necessidades da profissão em contexto institucional foram confrontados com o quadro teórico apresentado no estudo. Verificou-se a possível relação entre eles e enriquecemo-lo com os novos dados obtidos, para procedermos à elaboração das conclusões gerais da tese.

Deste modo, o tratamento dos dados recolhidos respeitaram as três etapas: **(Quadro 3)**

Quadro 3: Plano de Tratamento dos Dados

Etapa		Procedimento
1	Descrição e Interpretação dos dados;	<ul style="list-style-type: none">✓ Aplicação da entrevista;✓ Transcrição da entrevista e codificação;✓ Elaboração da grelha de análise.
2	Identificação dos dados mais pertinentes;	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação e seleção das informações mais ilustrativas e representativas do fenómeno em estudo;✓ Relação com o quadro teórico apresentado que fundamenta a investigação;



	Etapa	Procedimento
3	Comparação dos resultados obtidos e Apresentação das Conclusões.	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação dos resultados obtidos do cruzamento dos depoimentos dos residentes e do quadro teórico;✓ Enriquecimento e aprofundamento do estudo;✓ Apresentação das conclusões gerais do relatório da investigação.

Fonte: Elaboração própria



CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização da Instituição

O Lar Sagrada Família foi fundado em 1995 com o objetivo de ir ao encontro das necessidades da população idosa do Concelho da Amadora, proporcionando-lhes uma vivência acolhedora e coerente com os seus objetivos e zelando pelo seu bem-estar físico e psicológico. O Lar Sagrada Família está situado na freguesia da Aguas Livres (anteriormente designada de Buraca), no mesmo Complexo Social fazem parte também a valência educativa da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, o Centro São Francisco de Assis e a Unidade de Cuidados Continuados. Estes equipamentos sociais, aqui estabelecidos, permitem dar respostas às necessidades sociais da população aqui residente.

Sendo o Lar da Sagrada Família o local de trabalho dos nossos entrevistados, considera-se pertinente compreender quais os objetivos desta Instituição, a saber:

- Apoiar a população idosa proporcionando-lhes melhores condições de vida;
- Proporcionar ao idoso habitação e demais necessidades básicas;
- Contribuir para uma velhice estável, confortável e condigna, permitindo uma vida com maior estabilidade e segurança afetiva;
- Proporcionar ao idoso oportunidades para exprimir e desenvolver, individual e coletivamente, as suas capacidades laborais, intelectuais, artísticas, de comunicação, de criação de relacionamento humano;
- Despistar problemas de saúde, procedendo ao seu encaminhamento para técnicos de saúde especializados.



Figura 3: Complexo do Lar Sagrada Família

Os objetivos desta Instituição assentam nos Valores Humanos, defendidos pela Santa Casa da Misericórdia da Amadora. Os mesmos visam o Bem-Estar social, físico e psicológico da população idosa que recorre aos serviços prestados pelo Lar Sagrada Família.

4.2. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Para se compreender as competências dos cuidados geriátricos, dos nossos entrevistados, importa conhecer quem presta esses cuidados, nesse sentido procede-se a uma caracterização sociodemográfica dos mesmos (Anexo A). O presente estudo contou com a colaboração de quinze indivíduos, que atualmente exercem funções inerentes à categoria profissional de Ajudantes de Ação Direta. Destes, treze são do sexo feminino e dois do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 25 e os 66 anos, e a média de idades é de aproximadamente 45 anos. Quando questionados quanto ao seu atual estado civil, cinco são solteiros, quatro são casados, um vive em união de facto e cinco são divorciados. No que respeita à constituição do agregado familiar, importa referir que dois dos entrevistados não têm filhos, seis têm apenas um filho, e sete profissionais têm dois filhos.

Quanto à escolaridade, um dos entrevistados tem o curso do nível 1CEB (Complementar do ensino básico), dois participantes têm o curso do nível 2CEB, três participantes têm o curso do nível 3CEB. Destaca-se que cinco entrevistados têm o curso secundário e sendo que quatro têm um curso do ensino profissional.



Quadro 4: Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistado

Variável	Indicador	N
Sexo	Feminino	13
	Masculino	2
Grupo Etário	20-25	1
	26-35	3
	36-45	4
	46-55	3
	56-65	3
	66-75	1
Estado Civil	Solteiros	5
	Casados	4
	União de Fato	1
	Divorciados	5
Nº de Filhos	Sem filhos	2
	1	6
	2	7
Escolaridade	1CEB	1
	2CEB	2
	3CEB	3
	Secundário	5
	Ensino Profissional	4
Formação Profissional	Geriatria	5
	Sem formação especializada	6
	Com formação especializada em outras áreas	4
Instituição Formadora	Não se lembra	1
	Escola Profissional	2
	IEFP	1
Emprego Anterior	Não se lembra	1
	Técnica de Animação Sociocultural	1
	Administrativas	2
	Auxiliar de Ação Médica	2
	Serviço Doméstico	3
	Empregado(a) de Lavandaria	1
	Empregado(a) de Restauração	2
	Operário(a) Fabril	3
Formação no Local de Trabalho	Sim	7
	Não	8



Variável	Indicador	N
Anos como Ajudante de Ação Direta	≤ 5 Anos	7
	6-10 Anos	6
	11-15 Anos	0
	≥ 15 Anos	2

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos no estudo

No que respeita à formação de base, seis dos entrevistados não afirmam ter qualquer formação, um dos entrevistados realizou a formação na Escola Profissional de Cabeleireiros (Escola Gustave Eiffel), três realizaram formação no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em diversas áreas tais como, arqueologia (um), cabeleireiro (um), animação sociocultural (um), e finalmente são cinco os entrevistados que têm formação específica e profissional na área da geriatria (cinco).

Destaca-se porém, que ao nível da formação contínua, o Lar Sagrada Família disponibiliza cursos de formação em primeiros socorros e também em técnicas especificadas da área da geriatria. Neste sentido, questionados sobre esta formação contínua sete dos entrevistados já frequentou estas formações internas, sendo que oito ainda não lhes foram possível frequentar estas formações contínuas e complementares. Daqueles que receberam formação, três não indicaram o ano, outros três realizaram-na nos últimos cinco anos (2011, 2014 e 2015 e) e um realizou-a há mais de cinco anos (2005).

No que respeita às funções anteriormente exercidas no seu último emprego, as mesmas são bastante diversas, a saber: um técnico(a) de animação sociocultural; dois desempenharam funções administrativas em escritórios; três foram auxiliares de ação médica; três dedicavam-se à prestação de serviço doméstico; um estava empregado(a) numa lavandaria; dois encontravam-se a exercer funções na restauração; três eram operário(a) fabris.

Por fim, no que diz respeito aos anos de experiência profissional na função de Ajudante de Ação Direta, dos quinze entrevistados, sete têm menos de cinco anos de experiência; seis têm entre seis a dez anos, de experiência, dois têm mais de quinze anos de experiência, ou seja, a maioria dos entrevistados tem mais de cinco anos de experiência profissional na área da geriatria.



4.3. Resultados

Após a caracterização sociodemográfica dos entrevistados, é chegado o momento de se analisar outras dimensões, tais como, os conhecimentos e as competências adquiridas, quais as motivações que levaram os nossos entrevistados a escolherem este campo profissional, qual a experiência profissional que têm da área da geriatria, qual a opinião que os entrevistados têm relativamente à formação específica de cuidados de proximidade. São ainda apresentados os aspetos positivos e negativos identificados na função que desempenham, Ajudante de Ação Direta. Foi também importante conhecer as principais técnicas e atividades que desenvolvem na sua rotina quotidiana profissional. Por fim analisa-se o reconhecimento que estes profissionais sentem relativamente à função que desempenham.

4.3.1. Conhecimentos e competências adquiridas

Conforme verificado aquando da caracterização sociodemográfica, a maioria dos entrevistados não detém formação de base especializada na área de geriatria, no entanto, considerou-se pertinente esclarecer se ao longo do seu percurso profissional, já na área, se foram realizando formações no que respeita aos *Conhecimentos e Competências* específicas, nomeadamente ao nível de determinadas técnicas e procedimentos:

“Os procedimentos que efetuámos foram-nos ensinados durante as formações, por exemplo, como mudar os lençóis na cama e outras coisas... Formação de primeiros socorros, já fiz formação de geriatria, e mais outras que já não me lembro”. [E2]

“[Q]uando minha mãe com 24 anos teve uma trombose e o meu pai ficou sem duas pernas já tinha um bocadinho dessa vida, já sabia como havia de tratar”. [E14]

“Aprendemos as técnicas do deitar, do levantar”. [E9]

“[A]penas formação de posicionamentos, levantes”. [E14]

“[N]ão sabia absolutamente nada, foi através de formações que eu aprendi a tratar de idosos [...] posicionamentos dos idosos, os primeiros socorros”. [E15]



O discurso dos entrevistados releva que, ao longo do seu percurso profissional na área da geriatria, maioritariamente no início, da sua atividade profissional, foram adquirindo conhecimento e competências específicas e fundamentais para o desempenho das funções de Ajudante Ação Direta. Tratam-se transferência de conhecimentos operacionais e especializados entre colegas da mesma função. Destaca-se que, uns dos casos, tais conhecimentos foram adquiridos quando o entrevistado teve de assumir o papel de cuidador informal no seio da sua própria família.

4.3.2. Motivação na escolha da profissão de Ajudante de Ação Direta

As *motivações* que levaram os nossos entrevistados a escolherem esta área profissional é importante, na medida em que permite contextualizar se a geriatria foi uma escolha pessoal ou se foi por força das circunstâncias da vida deste profissional.

Assim, verifica-se que um dos entrevistados escolhe a geriatria como campo profissional, devido a motivações de ordem afetiva, afirmando mesmos ser uma das suas *paixões*.

“[A] 3ª idade é e sempre foi a minha paixão”. [E1]

Destaca-se que três entrevistados, todas do género feminino, apresentam como principais motivações a vontade de cuidar, porque haviam cuidado de outros idosos em contexto não profissional, indo desta forma ao encontro do que na literatura indica que os cuidados continuam a ser entendidos como um alargamento das tarefas femininas realizadas dentro da esfera doméstica/familiar (Macedo e Santos, 2009, p. 133).

“Quando estive a trabalhar como uma senhora idosa, e ver que os utentes estão bem e que ficaram satisfeitos com o meu trabalho, e senti que fui seria uma mais-valia”.

[E2]

“[O que me levou] a escolher porque já tinha cuidado da minha mãe que teve um AVC. Depois também aconselharam-me que ia ser uma área que ia ter muita saída”.

[E5]

“[E]u fui criada sem mãe, nunca conheci a minha mãe, fui criada com a minha avó. E depois aquilo me tocou muito, sempre tive aquela vontade de um dia cuidar de



alguém com amor porque eu vejo muitas pessoas maltratar a mãe ou o pai, pessoas mais chegadas”. [E10]

“Porque gosto desta profissão, e porque também estava desempregada, depois tinha o quadro de saúde do meu pai da minha mãe e fez me vir para esta profissão”. [E14]

O desemprego é também indicado como a motivação para a escolha desta profissão. Acredita-se que os requisitos mínimos solicitados para o exercício desta função, possa também ter influenciado este campo de intervenção como escolha profissional, ou porque esta foi uma escolha de recurso, visto que necessitavam de uma fonte de rendimento.

“Neste caso específico foi mesmo necessidade. Na altura estava desempregado mas surgiu a oportunidade de tirar o curso de geriatria, ou seja, tirei o curso de geriatria já com o objetivo de engessar nesta atividade”. [E4]

“Eu estava desempregada há quase dois anos e não conseguia arranjar trabalho devido à minha idade e à minha falta de estudos”. [E6]

“Estava desempregado há cerca de um ano, não foi uma escolha foi uma obrigação com graves problemas e fui procurar ajuda no contrato local de desenvolvimento social e indicaram me o lar”. [E7]

“Bem, foi um bocadinho a força das circunstâncias porque não arranjava outra coisa. Foi mesmo isso”. [E11]

“A necessidade quando me divorciei e fiquei com dois filhos, eu ia fazer qualquer coisa”. [E12]

As motivações que levaram os entrevistados a escolherem a geriatria como área profissional são bastante diversificadas. Estas vão desde razões emocionais, ou uma familiarização e aproximação à área através da prestação de cuidados informais, ou por uma questão de recursos e de facilidade de entrada no mercado de trabalho.



4.3.3. Experiência na profissão

Por forma a contextualizar as necessidades do cuidador ao nível institucional, considera-se importante saber qual a experiência no exercício das funções de Ajudantes de Ação Direta.

Os entrevistados consideram esta função, na sua maioria, como uma mais-valia, visto que se sentem ser úteis e que são, em parte, um elemento fundamental para o bem-estar social e físico para os idosos. Acredita-se que é o próprio ato de cuidar que alimenta um elo crescente de intimidade entre o cuidador e o idoso, tal como defendido por Elias e Scotson (2000), que classifica esta relação de *outsiders*.

“Estou a ser útil para pessoas que a vida delas já está quase no fim, e dar um carinho, um beijinho, passar a mão pelo ombro acho que ajuda muito essas pessoas, faze-las sorrir, que é a questão, é faze-las sorrir”. [E6]

“Acho que será uma mais-valia [...] importante porque sei que um dia, se eventualmente precisar, tudo aquilo que eu estou a aprender aqui só me está a fazer mais rica”. [E3]

“Pronto, gosto de cuidar deles neste momento. Acho que é importante gostar e demonstrar que gosto da área porque se não gostar acho que não vale a pena”. [E3]

Destaca-se que um entrevistado revela que a convivência e o ato de cuidar de pessoas idosas é sentida como uma valorização não só profissional mas também pessoal. Aqui o reconhecimento sentido extravasa o profissional.

“[A] valorização pessoal em termos de convivência com pessoas com necessidades”. [E4]

Esta experiência profissional, enquanto Ajudantes de Ação Direta, é entendida como uma valorização tanto ao nível inter-relacional como pessoal. Acredita-se que existe efetivamente um reconhecimento da relação do *dar-se* e do saber *cuidar-se* (Sequeira, 2010, p. 174).



4.3.4. Opinião dos entrevistados face à formação

Para um maior profissionalização dos atos de cuidar nas instituições que prestam apoio nas atividades de vida diária dos idosos é indispensável ter um quadro de pessoal especializado e profissionalizados. Para tal é fundamental a aposta na formação contínua. Neste sentido, os entrevistados foram questionados à cerca desta matéria que, de uma forma geral consideram a formação muito importante para elevar os níveis de qualidade de serviços que prestam profissionalmente.

“Antes eu não sabia, poderia fazer mas não tinha conhecimento, como é que eram os posicionamentos. E com esta formação e o curso de geriatria que eu fiz, tento mesmo aprender porque acho que a higiene é essencial, para além de prevenir doenças e feridas”. [E1]

“Acho que era mais importante uma formação contínua no local de trabalho e termos, por exemplo, mais algumas ações de formação [...] E acho que são úteis essas formações para podermos, para já, termos uma carteira maior em termos de informação e podermos também aprender mais coisas úteis”. [E3]

A atual realidade das estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal, à semelhança de outros Países Europeus, são na maioria dos idosos institucionalizados, são portadores de algum tipo de demência (Kuske *et al.*, 2007). Neste sentido, a formação é entendida muito além dos procedimentos técnicos, os entrevistados destacam o quão importante é o fornecimento de novas ferramentas estratégicas que lhes são facultadas nas ações de formação, e que facilitam os cuidados que prestam aos idosos que sofrem de determinadas patologias, nomeadamente as demências. Este tipo de situações patológicas requer, tal como nos refere Sousa, Mendes e Relvas (2007), além de conhecimentos técnicos e operacionais especializados, que o profissional detenha um leque variado de ferramentas que permita melhorar os seus desempenhos profissionais no ato de cuidar.

“A formação em trabalho é muito importante, mais importante do que qualquer formação teórica, no âmbito do cuidado com idosos, ter mais a ver com os problemas associados a demências, associados aos cuidados básicos de pessoas com necessidade de cuidados especiais”. [E4]



“Há pessoas com problemas de demência, outras com problemas de frustração que muitas vezes é pior do que a demência porque têm consciência daquilo que estão a fazer e é mesmo para nos atingir. No entanto, tiramos a formação há pouco tempo para saber ultrapassar essas questões, essas dificuldades” . [E4]

“Ajudou-me muito a ouvir e a compreendê-los” . [E12]

Atualmente, existe um leque bastante diversificado no que respeita à formação dos cuidadores de idosos formais, que se centram precisamente na passagem de conhecimentos e competências, no que respeita aos cuidados a prestar a idosos que sofrem de demências (Rolland *et al.*, 2007). Estes profissionais reconhecem a importância que a formação disponibiliza conhecimento teórico à cerca destas patologias, e que tais conhecimentos podem facilitar o ato de cuidar e consequentemente trazem benefícios para ambos, o cuidador e o idoso.

4.3.5. Aspetos Positivos e Negativos da Experiência Profissional

Quando questionados sobre os aspetos que consideram positivos e negativos do exercício das suas funções, os quinze Ajudantes de Ação Direta, foram ao longo das entrevistas identificando e realçando aspetos positivos e negativos na intervenção desenvolvida juntos dos idosos.

No que se refere aos aspetos positivos os entrevistados manifestaram o gosto que têm por desempenharem as funções inerentes ao ato de cuidar dos idosos. Manifestando que esta profissão lhe confere uma realização ao nível pessoal e até mesmo identitária, no que respeita às relações de empatia estabelecidas entre o cuidador e o idoso, e o carinho que recebem dos idosos. Desta forma estes profissionais sentem que o seu trabalho é reconhecido e muito útil no auxílio nas atividades de vida diária.

“Gosto de estar com eles, gosto da ligação que tenho com eles” . [E3]

“[S]aber que posso fazer algo para ajudar a aliviar essas necessidades ou satisfazer essas necessidades” . [E4]



“Gosto da vertente humana, do apoio e do carinho que é necessário, que estes utentes precisam”. [E15]

“A aprendizagem com eles, o carinho que eles têm para connosco, a passagem de mensagem, passam-nos muita mensagem, que é muito gratificante para mim”. [E9]

Consideram também o reconhecimento como um aspeto positivo, sendo que um dos entrevistados destaca o momento em que lhe foi proposto ser encarregada de lar.

“[A] parte mais positiva para mim foi quando os meus patrões chegaram ao pé de mim e disseram que eu ia ser coordenadora de equipa, orientar o trabalho daquelas pessoas”. [E6]

No que concerne aos aspetos negativos identificados, os mesmos encontram-se, em parte, aliados à **complexidade da prestação de cuidados**, e considerando também as várias patologias que os idosos manifestam (demência, Alzheimer, Parkinson e outras), estas podem, *per se*, potenciar a criação de dificuldades na prestação de cuidados. Aqui entendidas como fatores negativos associados às funções de Ajudante de Ação Direta.

“Nós temos uma profissão em que enfrentamos casos de doenças graves, de morte... Acho que talvez um acompanhamento específico, não quer dizer que seja um acompanhamento psicológico constante, mas de tempos a tempos, talvez haver um acompanhamento psicológico”. [E4]

“Quando eles morrem, A D. Maria até me conhecia me pelo meu andar”. [E12]

“Lidar com idosos, por vezes há idosos mais carentes e não me sinto muito capacitada para lidar com essa fragilidade”. [E13]

Existem um outro conjunto de aspetos negativos identificados, que têm subjacentes dificuldades sentidas ao nível dos canais de **comunicação**, da **formação** e até mesmo ao nível do domínio do **português** (condição necessária para a criação e estabelecimento de relações interpessoais).

“Há muita falta de comunicação e às vezes as pessoas também não tentam comunicar, tentam fazer conforme querem e à maneira delas... e a falta de gestão de algumas colegas em termos de trabalho”. [E3]



“Gostaria que houvesse formações com demonstrações online em português, porque só existe formações com demonstrações em vídeo em brasileiro, em português não vi”.

[E1]

“O português, a maior dificuldade é o português [...] por exemplo na escrita eu dou alguns erros, assumo que eu dou, e às vezes também me expresso mal”. [E10]

Um outro aspeto negativo referenciado nas entrevistas recai sobretudo na **falta de tempo** que estes profissionais têm para se dedicarem mais aos idosos, não limitando o seu ato de cuidar a procedimentos quotidianos imposto pelas rotinas das Estruturas Residenciais para pessoas idosas.

“Na verdade gostaríamos de ter mais tempo para estar com eles no sentido de falar, de ouvir, e por acaso esse tempo, aqui não temos muito porque eles são muitos e nós somos poucos. No meu entender isso tudo é o mais difícil, para além do esforço físico e psicológico”. [E1]

“Não saber quais são as vontades deles, as vezes não temos tempo suficiente para estar com eles, há mais utentes que gostam na parte da manhã, na higiene matinal estar um bocadinho com eles a conversar”. [E13]

“[O mais negativo é] ver a parte má da velhice... e a constante pressão... temos pouco tempo para tratar de tantas pessoas, às vezes é um bocadinho ingrato porque damos connosco a não fazer, não podemos dar atenção às pessoas como gostávamos”. [E1]

“A minha dificuldade maior, continuo a dizer, é a falta de tempo, é pouco tempo, são muitas pessoas, chegamos a ter catorze pessoas, uma escala de catorze pessoas imagine por exemplo, chega a ser quatro banhos e se apanharmos pessoas que estão a fazer tratamento temos que dar banho também, é de mais, é uma pressão muito grande, e se por exemplo, formos chefe de turno, ainda é mais”. [E11]

Acredita-se que o suporte fornecido às atividades de vida diária consuma quase a totalidade do tempo de trabalho destes profissionais. Esta pretensão, que os mesmos revelam, de desenvolvimento de cuidados de maior proximidade e de fortalecimento das relações entre os Ajudantes de Ação Direta e os idosos é, parcialmente, considerada no Decreto de Lei 414:99



como uma forma de acompanhamento no qual os Ajudantes de Ação Direta tem como tarefas guiar, auxiliar, estimular os idosos através da conversação, identificando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres.

Posto isto, sendo este ato de cuidar um elo de intimidade muito forte entre o cuidador e o idoso, esta ausência de tempo para fortalecimento desta relação pode gerar desequilíbrios relações de poder entre quem cuida e quem é cuidado (Elias & Scotson, 2000).

Acredita-se que este desequilíbrio de relações possa ser mitigado com a existência de um espaço em que estes profissionais possam ir mais além a operacionalização de atos e procedimento profissionais. Esta é uma aspiração que alguns dos entrevistados revelaram ter, no entanto a falta de tempo não lhes permite chegar a este equilíbrio de relações desejado entre o Ajudante de Ação Direta e o idoso.

Outro fator identificado pelos entrevistados como um aspeto negativo associados ao exercício das suas funções é precisamente o *stress*. Neste sentido e tal como nos refere Morano e Bravo (2002) é necessário capacitar estes profissionais para a gestão de *stress* que por sua vez facilite a gestão das emoções destes profissionais.

“Já estou a olhar para o relógio a pensar que vou ter que dar almoços, isto aqui é um stress muito grande”. [E8]

“Acho [esta profissão] um bocadinho stressante”. [E6]

“As manhãs são muito corridas, as higiènes e essas coisas todas são muito aceleradas”. [E15]

“Muito trabalho, muita correria, muito stress, não poder quase respirar, até ao meio dia é sempre a correr, a correr, a correr”. [E8]

Os profissionais entrevistados revelam estar expostos quotidianamente a situações stressantes, no que respeita ao cumprimento de horários e na tentativa de conseguir desempenhar todas as tarefas que lhes estão conferidas.



A diminuição dos níveis de *stress* vivenciados por estes profissionais, leva a um menor desgaste dos Ajudantes de Ação Direta, e conseqüentemente poderá aumentar os níveis de satisfação destes profissionais.

As pressões sentidas e expressas por estes profissionais podem estar intimamente relacionadas com o *stress* a que estão expostos. A sobrecarga física (Rolland et al., 2007) é um dos fatores invocados pelos entrevistados. Este é um campo de atuação que requer um esforço físico acrescido, o que por vezes pode gerar uma forte insatisfação (Davison, McCabe, Visser, Hudgson & George, 2007; Kuske et al., 2009), refletindo-se no desempenho das suas tarefas.

“Há alguns utentes que são pesados e precisamos de ajuda e nem sempre as colegas têm disponibilidade para nos ajudar, e temos que fazer sozinhas e as vezes é complicado”. [E2]

“O mais negativo é a constante pressão, temos pouco tempo para tratar de tantas pessoas, às vezes é um bocadinho ingrato porque damos connosco a não fazer as coisas tão bem quanto queríamos”. [E11]

Existem disponíveis no mercado ajudas técnicas, que poderão ser adequadas e que facilitam a mobilização de pessoas com dificuldades de locomoção. No entanto tais recursos, de acordo com o regulamento (Portaria n.º 67/2012), definido para este tipo de equipamento social, não são impostos como requisitos de funcionamento. Acredita-se que estas ajudas técnicas, não obrigatórias, podem, em parte, aliviar a sobrecarga física destes profissionais.

O *stress* e as pressões a que estes profissionais se encontram submetidos no seu dia-a-dia naturalmente que geram frustrações. Neste sentido, também os entrevistados revelam que se sentem desapontados quando não conseguem corresponder à expetativas dos idosos.

“Quando há utentes que são dramáticos e não conseguimos perceber o que eles precisam, não saber como lidar com eles”. [E13]

“É quando eles nos tratam mal, mexe comigo”. [E12]



O ambiente laboral e organizacional é outro aspeto negativo evidenciado nas entrevistas. As relações entre estes profissionais que estão sujeitos as situações de desgaste físico e emocional

“Acho que existe às vezes falta de respeito e um pouco de maldade entre as colegas”.

[E3]

“Às vezes temos falta de pessoal e muitas vezes há pouca colaboração entre colegas, acho que deveríamos ser mais unidas e trabalhar em equipa”. [E2]

Estes relatos vão precisamente ao encontro do que Jacob (2004) defende relativamente às duas linhas de competências dos profissionais o do *saber-ser / saber-estar* e o do *saber-fazer* (Batista, 2012). Em que a primeira recai também pelo trabalho de equipa e humanidade, e a segunda nos procedimentos operacionais e técnicos. É, precisamente, esta conjugação de saberes que poderá melhorar o ambiente laboral e organizacional em que estes profissionais desempenham as suas funções.

4.3.6. Técnicas e Atividades utilizadas para o exercício da função de Ajudante de Ação Direta

Para a concretização das tarefas descritas no Decreto-Lei 414:99, é necessário que estes profissionais executem técnicas operacionais, que são alvo de várias repetições ao longo do seu dia de trabalho, deste modo trata-se de comportamentos padronizados, não se verificando grandes alterações no seu dia-a-dia profissional.

“Os procedimentos que efetuamos foram-nos ensinados durante as formações, por exemplo, como mudar os lençóis na cama e outras coisas”. [E2]

“A maneira de posicionar, a maneira de higienizar, a maneira de limpar, nunca começo um doente pelos pés, começo sempre pela cara e por aí desço até chegar ao pés. Nunca lavo os mesmo doentes com a mesma água e tenho o cuidado de desinfetar sempre todo o material que tenho para cada doente. Depois vem a parte dos comeres, eventualmente chega às nove horas e temos que dar de comer, é a parte mais importante do dia. Dá-se o comer e a medicação, tem que se ter algum



cuidado e também tem que se ter alguma atenção a algumas técnicas para alguns doentes que não tomam a medicação, como esmagar a medicação e tentar meter junto com a comida ou arranjar uma maneira diferente ou estratégia para esse doente tomar a medicação e não ficar em falta”. [E3]

“Na higiene, usar as manábulas, luvas, produtos de higiene, usar sempre para os proteger a eles e a nós também”. [E5]

“Antes das 7:30, preparar o meu carro e o meu material, começo com os utentes mais fáceis de tratar e depois vou para os mais complicados; se preciso mais de uma colega peço ajuda”. [E13]

Este trabalho especializado e profissional desenvolvido pelos Ajudantes de Ação Direta, devido às suas peculiaridades, requer a utilização de técnicas que visem facilitar, e manter os níveis de qualidade dos cuidados prestados ao nível da higiene e aumento do conforto aos utentes. Destaca-se que a formação de aplicação de técnicas complementares se assumam como uma mais-valia para estes profissionais, que no seu dia-a-dia replicam as aprendizagens que adquiriram em contexto de formação contínua.

No que respeita às atividades desenvolvidas no exercício da profissão as mesmas estão relacionadas com os cuidados de higiene, administração de medicamentos, alteração do posicionamento dos idosos que se encontram acamados, em suma o apoio nas atividades da vida diária.

“Entro às 7:30, quer dizer um pouco antes, para preparar o material e depois começo a fazer higiene, normalmente começamos primeiro pelos utentes que se levantam e que comem no refeitório de manhã. As minhas higiene fazem-se todas iguais [...] se não for banho na cama, aos utentes que não se podem levantar ou que têm feridas, limpamos”. [E1]

“No turno da manhã será mais higiene, tirar os utentes da cama, fornecer o pequeno-almoço e depois o almoço. No turno da tarde, iniciamos com as mudas das pessoas acamadas e das pessoas que também estão em cadeira de rodas, depois é a hora o lanche. Agora nesta altura, ter muita atenção com a hidratação das pessoas. Depois



hora de jantar e finalmente a higiene e deitar as pessoas. No turno da noite será basicamente fazer a higiene, certificarmo-nos de que as pessoas estão bem, é mais um turno de vigilância sobretudo”. [E4]

“Primeiro começamos na higiene, depois alimentação, medicação”. [E5]

“Manhã faz a higiene, vestimos, damos o pequeno-almoço, fazemos camas, fazemos mudas de fraldas, barbas e unhas”. [E7]

“Quando chego ao trabalho começamos pelas higiènes dos utentes, após as higiènes temos a alimentação, entre o intervalo de uma alimentação e outra há o deitar do utente, depois mais tarde novamente higiènes, damos a ceia ao utente e acaba o nosso turno”. [E9]

“O meu trabalho é levantar as pessoas, levantar as que vêm tomar o pequeno-almoço cá em baixo, a nossa prioridade é essa, depois com mais tempo tratamos das pessoas acamadas, essencialmente isso. Temos horários, já sabemos que a partir das 9h tem que estar tudo prontinho para vir tomar o pequeno-almoço, e pronto, somos regidos pelos horários das refeições. Dar de comer às pessoas, e tudo o que vem daí”. [E11]

Trata-se de atividades que obedecem a uma rotina, necessária e adaptada às necessidades destes idosos que se encontram institucionalizados. Pese embora, se trate de atividades padronizadas as mesmas são essenciais tanto para o bom funcionamento e organização funcional, como para a necessidade que os idosos têm de manter hábitos de rotina quotidiana.

4.3.7. Reconhecimento na Profissão

Tal como anteriormente referido o reconhecimento destes profissionais é sentido e revelado pelos entrevistados como um aspeto positivo, este reconhecimento pode ser de diversos níveis. Um reconhecimento por parte dos idosos e também um reconhecimento por parte da direção da instituição.



“Acho que sou reconhecida pelos meus idosos, eles adoram o meu trabalho, e vejo que, por exemplo, se estiver de férias e voltar, os meus idosos perguntam-me onde é que eu estive e perguntam-me porquê que eu não estive cá. Eu digo que estive de férias e eles dizem que sentiram muito a minha falta porque gostam muito da minha maneira de ser e da minha maneira de estar com eles, e também na minha higiene pessoal, o que é muito bom”. [E3]

“Sinto-me reconhecido, sei que sou uma peça de um todo”. [E4]

“Sim, sim. Sinto uma palavra de agradecimento”. [E5]

“Quando me dizem obrigada, ou me vem fazer uma festa, ou me quererem dar um beijo, acho que isso no fundo é um reconhecimento do meu desempenho todo”. [E8]

“Não falam diretamente para mim mas fazem comentários com os outros. Que eu organizo bem o trabalho, que eu lido bem com as colegas, essas coisas”. [E10]

“Dos utentes sim, sem dúvida. Tenho muito feedback positivo da parte deles. Ah, sem dúvida!”. [E11]

O reconhecimento por parte da direção técnica numa das entrevistas realizadas é destacado como importante para o profissional.

“Por parte da doutora [leia diretora técnica] tem sido espetacular, reconhece o meu trabalho”. [E14]

Trata-se de um profissão de prestação de cuidados especializados e de proximidade, pelo que é importante que a mesma seja reconhecida por quem recebe os cuidados, neste caso os idosos das instituições, mas também é importante que a sociedade reconheça esta profissão e o contributo que os mesmos prestam. Destaca-se porém que nenhum profissional nos seus discursos assume sentir-se reconhecido pelos serviços prestados, por parte dos familiares dos idosos institucionalizados. Neste sentido, pode-se afirmar que os profissionais entrevistados apenas revelam ser reconhecidos internamente.



CONCLUSÕES FINAIS

Esta dissertação de mestrado têm como objetivo perceber as necessidades dos Ajudantes de Ação Direta no contexto Institucional, no Complexo do Lar Sagrada Família.

Assim, após a realização de uma revisão da literatura sobre os temas do Envelhecimento na Sociedade Portuguesa, aprofundou-se o cuidar nas dimensões de cuidadores informais e formais e a feminização na profissão.

Conclui-se que o perfil dos cuidadores dos idosos da Instituição do Lar Sagrada Família é representado, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, casados, divorciados, solteiros e viúvos com um ensino de baixa escolaridade, com uma média de idade de 45 anos. O que se pode constatar é que todos os entrevistados não realizaram formação inicial para o desempenho da função de Ajudante de Ação Direta.

A partir da amostra populacional estudada pode constatar-se que os ajudantes de ação direta são compostos maioritariamente por mulheres.

Estes profissionais, valorizam os conhecimentos e competências adquiridas no local de trabalho, que consideram traduzir-se numa mais-valia, no seu dia-a-dia, na prestação dos cuidados aos utentes.

De salientar que a maioria dos entrevistados foi para esta profissão, não por ter recebido formação geriátrica, mas porque já desempenham funções como cuidadores informais. Lembra-se também que alguns dos entrevistados entraram nesta atividade por situação de desemprego.

Pode-se perceber que a falta de conhecimentos e competências nas das diversas patologias dos idosos, pode vir a traduzir-se numa correlação negativa que gera sintomas de *stress*, frustração, pressão.



Estes fatores não só retiram o tempo necessário para as rotinas das atividades diárias assim como não permitem ter disponibilidade para desenvolver a componente afetiva/emocional nomeadamente, para ouvir mais, sentir mais as dificuldades dos idosos.

O aumento das pessoas idosas, como consequência da melhoria das condições de vida, não se traduz em maior capacidade da sociedade para lidar com esta questão, porque ainda não existe nas políticas públicas e privadas uma rede de suporte e de valorização das Ajudantes de Ação Direta.

Somente existe um Decreto-lei de 99 que redige as tarefas das ajudantes de ação direta.

É necessário legislar sobre o perfil do cuidador formal

Há necessidade de criar mais estruturas para receber os idosos, contudo, estas devem ter um sistema protetor e de suporte às ajudantes de ação direta que cuidam.

Predomina ainda, na sociedade um escasso reconhecimento social das ajudantes de ação direta-

É necessário integrar novas abordagens, de forma a profissionalizar estes trabalhadores que estão em contato direto com os idosos. Aumentando a qualidade dos serviços prestados, “vai de certo”, ter repercussões benéficas na prestação dos cuidados.

A principal limitação da pesquisa é a dimensão e construção da amostra, dado haver um número de entrevistados reduzidos, o que impediu que as conclusões fossem mais abrangentes.



BIBLIOGRAFIA

Ana Reis Jorge, (2007), Karin Wall e Lúgia Amâncio (orgs), Família e género em Portugal e na Europa, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais:

Ander-egg, Ezequiel, et al (1999), Como elaborar um projeto, guia para desenhar projetos sociais e culturais, Lisboa, Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social;

Amâncio, Lúgia (2007), «Género e divisão do trabalho doméstico -O caso português em perspectiva», in Karin Wall; Lúgia Amâncio (Orgs),

Barbosa, Ana I. (2011), Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais. Psicologia, Saúde & Doenças, 2011.

Berger, Peter I. (2000), Perspetivas sociológicas, uma visão humanística;

Burguess, Robert g. (1997), A Pesquisa de Terreno - Uma introdução, Oeiras, Celta Editora;

Brito, L. (2002).A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora;



Carvalho, Maria Irene, (2013), Serviço Social no Envelhecimento, Lisboa, Lidel;

Carter, Betty; Mcgoldrick, Mónica; (1995), As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª edição;

Carmo, Hermano e Ferreira Manuela Malheiro (1998), Metodologia da Investigação - Guia para Auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta;

Crompton, Rosemary ,(2006) ,Employment and the Family. The Reconfiguration of Work and Family Life in contemporary Societies, Cambridge, Cambridge University Press;

Decreto de Lei 414:99 de 15 de Outubro

Decreto de Lei 67:12 de 21 de Março

Decreto de Lei 4:2007, de 16 de Janeiro

Duro, Susana (2013), “Cuidar da Família ao Longo da Vida”, Lisboa, Universidade Católica;

Elias, Norbert e Scotson, John L., (2000), “Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade”, Rio de Janeiro: Jorge Zaher Ed;



Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011, (2012), Instituto Nacional de Estatísticas;

Fernandes, A. (1997), "Velhice e sociedade", Celta, Oeiras;

Fontaine, Roger (1999), "Psicologia do Envelhecimento". Lisboa: Climepsi Editor;

Ferreira, m. e. (2012), "Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos", Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal;

Giddens, A. (1994), "Modernidade e Identidade Pessoal", Edições Celta, Oeiras;

Guerra, Isabel, (2002), Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção, o Planeamento em Ciências Sociais, Cascais, Principia;

Kuske, B.,Hanns,S.,Luck, T., Angermeyer, M.,Behrens, J.,&Riedel-Heller, S.G,(2007),Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluate programs, International Psychogeriatrics;

Luisa, Pimentel (2011), O sexo dos Anjos: os cuidados às pessoas idosas dependentes como uma esfera de acção preferencialmente feminina, Análise Social, n.º23;

Macedo, Eunice., Santos, Sofia (2009). Apenas Mulheres? Situação das Mulheres no Mercado de Trabalho em Quatro Países Europeus, Análise Social, n.º19;

Pais, José Machado (2002). Sociologia da Vida Quotidiana - Teoria, métodos e estudos de caso, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais;



PERISTA, Heloísa , (1999) ,Os Usos do Tempo e o Valor do Trabalho. Uma Questão de Género; Lisboa; CESIS

Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social*,n.º13;

Pereira, Fernando (2012). Teoria e Prática da Gerontologia-Um Guia Para Cuidadores de Idosos,Viseu, psicossoma;

Pinto, A.M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriátricas*, 2 (11);

Paulino, F., Duarte, D., Brito, M., Degaki, N., & Schwartz, D. (2009). Perfil do cuidador profissional de idosos com demência. III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil;

Quivy, Raymond e Campenhout, Luc Van (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Editora Gradiva Oliveira, J., (2005), “*Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*”, Porto, Legais Editora/Livpsic;

Sarraceno, Chiara, (1997).*Sociologia da família*, Lisboa, Editorial, Estampa;

Sequeira, Carlos, (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*,Lisboa,Lidel;

Silva, Augusto Santos e Pinto, José Madureira (1987). *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento;



Sousa, Patrícia Pontíce, (2014).O Conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado, Universidade Católica Editora;

Scaiber LB. (2005).Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do programa de saúde da família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA;

Sommerhalder, C. (2001),. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil;



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

ANEXOS

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT



Anexo A: Questionário de Caracterização Sociodemográfica

O Presente Questionário de Caracterização Sociodemográfica enquadra-se na realização de uma investigação de Tese de Mestrado, na cadeira de Sociologia das Organizações e do Trabalho. Sendo os respetivos resultados utilizados apenas e só para fins académicos.

É garantido o anonimato dos participantes, não devendo por isso assinar o questionário nem colocar a sua identificação em nenhuma das folhas. É igualmente garantida a confidencialidade de todos os dados.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera.

Muito Obrigada pela sua colaboração.



A1. Qual o seu sexo? Feminino ____ Masculino ____

A2. Qual a sua data de nascimento? __ / __ / ____.

A3. Qual a sua idade? ____ anos.

A4. Qual o seu estado civil? _____.

A5. Tem filhos? Sim ____ Não ____ Se respondeu sim, quantos filhos tem? ____.

A6. Qual o seu grau de instrução académica? _____.



A7. Qual a sua formação profissional? _____.

A7.1 _____

A7.2 _____

A7.3 _____

A8. Quando realizou a sua formação profissional? _____.

A9. Onde realizou a sua formação profissional? _____.

A9.1 _____.

A9.2 _____.

A10. Há quanto tempo exerce a função de Ajudante de Ação Direta? _____.

A11. Que funções desempenhou anteriormente? _____.



Anexo B: Consentimento Informado



UNIVERSIDADE DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS

Ajudantes de Ação Direta: As necessidades do Cuidar Formal em Contexto Institucional

Mestranda: Maria Ana Felix Machado Infante

Orientador Científico: Professor Doutor Paula Campos Pinto

Consentimento Informado

Dada a importância atribuída às questões ligadas às necessidades das ajudantes de ação Direta no cuidado aos idosos institucionalizados em ERPI, consideramos pertinente a realização de uma investigação sobre esta temática.

Constitui-se como objetivo desta investigação a compreensão de quais as necessidades para o contributo de um melhor desempenho desta categoria profissional, no sentido de uma melhoria constante das práticas nas Estruturas Residenciais para Idosos.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Tudo o que disser será estritamente confidencial, pois os resultados serão codificados. Informa-se que os dados recolhidos poderão ser alvo de publicação.

A sua assinatura indicará que aceita participar nesta entrevista e se autoriza a gravação da mesma.

_____, ____ de _____ de 2015

(Assinatura do entrevistado)

(Assinatura da investigadora)



Anexo C: Tabela Relativa à Formação e à Trajetória Profissional

Dimensões	Objetivos	Questões
B1. Dimensões Relativas à Formação Profissional		
Grau de Escolaridade	Conhecer o grau de escolaridade das Ajudantes de Ação Direta	Qual o seu grau de instrução académica?
Área de Formação Profissional	Conhecer a área de formação profissional das Ajudantes de Ação Direta	Qual a sua área de formação profissional?
Designação da Formação Profissional	Conhecer as formações realizadas pelas Ajudantes de Ação Direta	Que conhecimentos e competências adquiriu com a formação realizada?
Relação entre a Formação e a Função de Ajudante de Ação Direta	Formação Vs Função de Ajudante de Ação Direta	Considera que a formação que realizou até ao momento se revelou útil para o desempenho das suas funções como Ajudante de Ação Direta? De que forma a ajudou? Consegue dar-nos exemplos concretos?
B2. Dimensões Relativas à trajetória Profissional		
Trajetoária Profissional	Conhecer a trajetória profissional das Ajudantes de Ação Direta	Fale-nos um bocadinho sobre a sua trajetória profissional até ao momento atual.
Momentos-Chave da Trajetória Profissional	Conhecer os momentos-chave ou fases mais importantes da trajetória profissional das Ajudantes de Ação Direta	Da sua trajetória profissional, que momentos ou que fases considera como mais importantes? Fale-nos um bocadinho sobre esses momentos ou fases mais importantes.
Experiência Profissional/tempo	Conhecer a experiência profissional específica de Ajudante de Ação Direta	Há quanto tempo trabalha especificamente como Ajudante de Ação Direta? O que destaca como mais positivo da sua experiência no desempenho desta função? E como mais negativo?