



APNOR

**PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS E MOTIVOS
PARA A FUNÇÃO: UM ESTUDO DE CASO**

Catarina Alexandra de Lima Rodrigues

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo para obtenção do
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas

Orientada por:

Professora Doutora Lígia Paula Peixoto Correia de Sousa

Co-Orientada por:

Professor Doutor Filipe Manuel Sampaio Carvalho

Viana do Castelo, Março de 2014



APNOR

**PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS E MOTIVOS
PARA A FUNÇÃO: UM ESTUDO DE CASO**

Catarina Alexandra de Lima Rodrigues

Professora Doutora Lígia Paula Peixoto Correia de Sousa

Orientadora

Professor Doutor Filipe Manuel Sampaio Carvalho

Co-Orientador

Viana do Castelo, Março de 2014

Resumo

O envelhecimento populacional é uma questão em destaque; comprovam-no o elevado número de publicações nesta área. Do aumento generalizado do número de idosos institucionalizados emerge a necessidade de conhecer e compreender melhor a figura do cuidador formal. O presente estudo explora, assim, um possível perfil de cuidador formal de idosos, e a satisfação destes na respetiva atividade profissional, considerando fatores que produzem satisfação na profissão. O objetivo primordial desta investigação é traçar um “hipotético” perfil de cuidador formal de idosos, procurando identificar fatores de satisfação destes profissionais.

A investigação desenvolveu um estudo de caso exploratório, numa instituição de Monção; aplicaram-se questionários a todos os cuidadores formais de idosos da instituição CENSO, Centro Social, Cultural e Recreativo de Messegães, Valadares e Sá, cujos dados foram tratados quantitativa e qualitativamente.

Os resultados apresentam um perfil de cuidador exclusivamente do sexo feminino, com média de idades rondando os 48 anos, maioritariamente casadas, possuindo o terceiro ciclo ou ensino secundário completo, sem formação prévia na área da Gerontologia/ Geriatria à data de entrada na instituição, satisfeitas ou muito satisfeitas com as funções desempenhadas e com o contexto profissional em que as realizam. Quanto à instituição, consideram que esta lhes disponibiliza formação contínua na área, considerada adequada.

O trabalho apresenta resultados que poderão permitir, a quem gere instituições de prestação de cuidados gerontológicos, ter informação orientadora de recrutamento, no que respeita a perfil psicoprofissional (por exemplo, importância de experiências prévias de cuidados a idosos, formais ou informais, na motivação para a função, ou presença de qualidades como Paciência e Responsabilidade num perfil a recrutar..) e levantar pistas para a gestão de estratégias de motivação na instituição (como a formação que combata estereótipos de “idoso” que promovem cuidados fragilizadores de autonomia; a proximidade de casa como elemento motivado...); levanta também pistas para estudos futuros acerca da temática.

Palavras-chave: Cuidador Formal; Idoso; Instituição, Satisfação profissional.

Abstract

The population aging is a question with great social importance; the high number of publications in this area of knowledge attests this importance. From the increment of institutionalized elderly, emerge the necessity of a better comprehension of the figure of the formal caregiver. The present study exploits a possible profile of the elderly caregiver, and their satisfaction in this professional activity, considering factors that produce satisfaction in the profession. The primordial objective of this research is to describe a hypothetical profile of the elderly caregiver, trying to find satisfaction factors in this profession.

The research developed an exploratory case study, in an institution located in Monção; questionnaires were given to all the caregivers of the institution CENSO (Social, Cultural and Recreative Centre of Messegães, Valadares and Sá), and its results were processed both qualitative and quantitatively.

The results present an exclusively feminine portrait, with an average age of 48 years old, married, having the third cycle of studies or the secondary education, without previous training in the gerontology/geriatric area at the beginning of the work in the institution, satisfied or very satisfied with the performed functions and with the professional contexts where they work. In relation with the institution, they consider that it provides them adequate continuous formation in the work area.

The results presented in this work could allow, to gerontological care institutions managers, have guiding information to recruitment, about the physic-professional profile (par example, the importance of previous experiences in elder care, formal or informal, the motivation for the function, or the presence of qualities as patience and responsibility in a profile to recruit, etc) and raise hints to the management of strategies of motivation in the institution (formations contesting elder stereotypes that promotes embrittlement cares of autonomy; the proximity of the home as a motivational factor); it also rises hints to future studies about this thematic.

Keywords: Formal caregiver; Elder; Institution; Professional satisfaction.

Resumen

El envejecimiento de la población es una cuestión en destaque; a comprobarlo están los elevados números de publicaciones en esta área. Del aumento generalizado del número de ancianos institucionalizados, emerge la necesidad de conocer e comprender mejor la figura del cuidador formal. Este estudio explora, así, un posible perfil de cuidador formal de ancianos, y su satisfacción en su actividad profesional, considerando factores que producen satisfacción en la profesión. El objetivo primordial en esta investigación es trazar un perfil “hipotético” de cuidador formal de ancianos, identificando factores de satisfacción en estos profesionales.

En esta investigación se desarrolló un estudio de caso exploratorio, en una institución de Monção; se aplicaron cuestionarios a todos los cuidadores formales de ancianos de la institución – o CENSO, Centro Social, Cultural e Recreativo de Messegães, Valadares e Sá, cuyos datos han sido tratados de forma cuantitativa y cualitativa.

Los resultados presentan un perfil de cuidador exclusivamente del sexo femenino, con media de edades en torno a los 48 años, mayoritariamente casadas, con el tercer grado o enseñanza secundaria completa, sin formación previa en las áreas de la Gerontología/ Geriatría en la fecha de ingreso en la institución, están satisfechas o muy satisfechas con las funciones realizadas y con el contexto profesional en que las realizan. Cuanto a la institución, consideran que esta hace disponible formación continua en el área, y la consideran adecuada.

El trabajo presenta resultados que podrán permitir, a quien administra instituciones geriátricas, a tener información de guía sobre el reclutamiento, en lo que respecta al perfil psicoprofesional (por ejemplo, la importancia de la experiencia previa de atención a los mayores, formal o informal, la motivación para la función, o la presencia de cualidades como la Paciencia y la Responsabilidad en el perfil de reclutamiento...) y obtener pistas sobre la gestión de estrategias de motivación en la institución (como la formación para luchar contra los estereotipos de "viejo" que promueven cuidados flageladores de la autonomía; la proximidad al hogar como parte motivado...), también plantea para futuros estudios sobre el tema.

Palabras Clave: Cuidadores formales; Ancianos; Institución; Satisfacción laboral.

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado.”

Kofi Annan (2002)

Agradecimentos

À Professora Doutora Lúcia Sousa e pela dedicação prestada, pelos conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Filipe Carvalho pela disponibilidade.

À Direção e a todos os profissionais que diariamente trabalham no CENSO e que fizeram com que este trabalho fosse possível.

Aos meus avós José, Glória e Álvaro que infelizmente não puderam acompanhar este percurso e à minha avó Cândida, pelo que significa desde sempre na minha vida.

Aos meus pais, Emília e Manuel e à minha irmã, Joana, que desde o primeiro momento me incentivaram e apoiaram nesta decisão e são desde sempre a minha pedra basilar.

Finalmente ao Richard, por todo o apoio e paciência ao longo desta jornada, Obrigada.

Lista de abreviaturas e siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

CD – Centro de Dia

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

RH – Recursos Humanos

CENSO – Centro Social, Cultural e Recreativo das freguesias de Messegães, Valadares e Sá

Índice

INTRODUÇÃO	1
I – ESTADO DA ARTE	3
1. SER IDOSO	4
1.1 Velhice e envelhecimento	4
1.2 O Envelhecimento como processo	6
1.3 Envelhecimento demográfico	8
1.4 O idoso na sociedade contemporânea – Envelhecimento ativo	11
1.5 Autonomia e dependência (s) no contexto do envelhecimento	14
1.6 O idoso no contexto familiar	15
1.7 Evolução dos cuidados sociais e de saúde	17
1.7.1 Políticas relacionadas com o envelhecimento: exigência dos cuidados no âmbito da velhice	17
1.7.2 A prestação formal dos cuidados a idosos em Portugal.....	19
1.7.3 As IPSS's em Portugal.....	22
1.8 Envelhecimento e institucionalização na atualidade	25
1.9 O papel de “cuidador” – De cuidador a cuidador formal	27
1.10 Características do perfil de cuidador	31
1.11 SATISFAÇÃO/MOTIVAÇÃO DO TRABALHO	32
1.11.1 Ser cuidador: escolha ou casualidade?.....	35
II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	37
2. ABORDAGEM METODOLÓGICA	38
2.1 Pertinência do estudo	38
2.2 Questão da investigação	39
2.3 Contextualização do estudo	40
2.4 Envelhecimento demográfico e respostas sociais em Monção e Melgaço	42
2.5 A Instituição CENSO	43
2.6 Metodologia	44
2.6.1 Estudo de caso	44
2.6.2 População e amostra.....	46
2.6.3 Instrumentos.....	46
2.6.4 Procedimento.....	47
2.6.5 Tratamento de dados.....	48

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
3.1 Identificação	49
3.1.1 Idade das colaboradoras.....	49
3.1.2 Estado civil.....	50
3.2 Agregado familiar: nº de filhos e nº de irmãos	50
3.3. Percurso escolar e acadêmico.....	52
3.3.1 Escolaridade.....	52
3.3.2 Formação profissional.....	52
3.4 Percurso Profissional.....	54
3.4.1 Experiência anterior no trabalho com idosos	54
3.4.2 Experiência na função de cuidador	55
3.4.3 Profissão anterior	55
3.4.4 Motivação para a função	56
3.4.4.1 Motivos para começar a trabalhar como cuidadora de idosos.....	56
3.4.4.2 Aspectos mais e menos valorizados na atividade profissional de cuidador ...	56
3.4.4.3 Aspectos salientados como negativos	57
3.4.4.4 Qualidades / competências mais valorizadas	59
3.4.4.5 Satisfação no trabalho.....	61
3.5. Conceções acerca do envelhecimento	66
3.5.1 Conceito de Velhice e de “Ser Idoso”	66
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
III CONCLUSÃO	73
BIBLIOGRAFIA.....	75

Índice de figuras

Figura 1: Pirâmide da População Mundial em 2002 em 2025.....	8
Figura 2: Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção.....	9
Figura 3: Índice de envelhecimento em Portugal: 2000-2050 (segundo diferentes cenários)..	10
Figura 4: Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2030	10
Figura 5: Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2060	11
Figura 6: Determinantes do envelhecimento ativo, segundo a OMS (2005).....	13
Figura 7: Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo, OMS (2005)	14

Índice de tabelas

Tabela 1: Pares de palavras apresentadas como "características" do idoso para seleção por parte das cuidadoras	67
---	----

Índice de gráficos

Gráfico 1: Frequência absoluta das idades das colaboradoras da instituição	49
Gráfico 2: Estado civil das colaboradoras da instituição, em percentagem.....	50
Gráfico 3: Distribuição do número de filhos por cuidadora	51
Gráfico 4: Distribuição do número de irmãos por cuidadora	51
Gráfico 5: Distribuição da proporção de colaboradoras por grau de escolaridade.....	52
Gráfico 6: Distribuição da opinião das colaboradoras quanto à pertinência da formação	53
Gráfico 7: Distribuição da opinião das colaboradoras quanto à suficiência da formação	53
Gráfico 8: Distribuição da experiência anterior como cuidadoras de idosos.....	54
Gráfico 9: Número de anos de trabalho como cuidador de idosos por colaboradora	55
Gráfico 10: Distribuição das principais dificuldades mencionadas.....	58
Gráfico 11: Distribuição da qualidade/ característica identificada em quarto lugar.....	59
Gráfico 12: Distribuição da qualidade/ característica identificada em terceiro lugar.....	60
Gráfico 13: Distribuição da qualidade/ característica identificada em segundo lugar	60
Gráfico 14: Distribuição da qualidade/ característica identificada em primeiro lugar (qualidade mais valorizada).....	61
Gráfico 15: Satisfação das cuidadoras em relação à remuneração	62
Gráfico 16: Satisfação das cuidadoras em relação às condições físicas do local de trabalho	62
Gráfico 17: Satisfação das cuidadoras em relação à organização e funcionamento do serviço	63
Gráfico 18: Satisfação das cuidadoras relativamente à relação entre pares.....	64
Gráfico 19: Satisfação das cuidadoras em relação à competência do superior hierárquico.....	64
Gráfico 20: Satisfação das cuidadoras em relação ao trabalho que realiza	65
Gráfico 21: Satisfação global das cuidadoras.....	66
Gráfico 22: Distribuição da percepção de "ser idoso" por parte das cuidadoras	68

Índice de anexos

Anexo I: Questionário.....	82
-----------------------------------	----

INTRODUÇÃO

Nunca, em algum momento da história da Humanidade, se viveu tantos anos. Os ganhos em anos de vida refletem-se em novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores, com repercussões nas formas de sociabilidade e convivência. Este fenómeno, gerado pela conjugação de diversos fatores, trouxe consigo o conseqüente envelhecimento demográfico.

Portugal, como um dos países mais envelhecidos da Europa, tem sentido os desafios impostos por esta nova condição e para os quais se têm de encontrar respostas, como garante da coesão social, da segurança e bem-estar da população geronte.

Apesar de ser idoso não ser sinónimo de dependência, é inquestionável que existe uma maior incidência de doenças crónicas incapacitantes, com problemas de dependência funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde.

Apesar da tradicional rede de apoio informal, no apoio de retaguarda ao idoso (família, amigos, vizinhos), a estrutura social está a mudar e com ela, as formas de dar resposta à dependência, sendo cada vez mais frequente o recurso a instituições especializadas para satisfazer as necessidades do idoso.

Exige-se assim, às organizações prestadoras de cuidados gerontológicos, que aumentem a sua eficácia através de cuidados dirigidos a esta população, cuja melhoria passa essencialmente pelo potenciar da autonomia e independência do idoso.

Este novo paradigma do *cuidar* gera preocupações, escassas anteriormente, de qualificar os cuidadores formais de idosos, na perspetiva de que uma melhor capacitação destes seja reflexo da melhoria da qualidade de vida do idoso.

A montante de toda esta problemática é imperativo perceber de quem falamos. Desenhar um perfil dos cuidadores formais de idosos (ainda que hipotético) e perceber quais os determinantes que os levaram a enveredar por este trabalho, tido muitas vezes, pela sociedade comum, como difícil e penoso.

A grande maioria das investigações, empreendidas em Portugal, preocupa-se com os cuidadores informais, descurando a caracterização dos profissionais que cuidam dos idosos nas organizações.

Assim, a principal alavanca motivacional para o desenvolvimento da investigação neste âmbito justifica-se, essencialmente, com a carência de estudos direcionados para o cuidador formal de idosos no nosso país e com a preocupação de saber o que os motiva, acreditando que este ponto poderá ser a chave para o sucesso do seu desempenho e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos serviços gerontológicos.

Relativamente à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira parte é dedicada ao *estado da arte*, o qual se subdivide em dois pontos distintos: um primeiro, *Ser Idoso*, que aborda os temas da Velhice e Envelhecimento; O Envelhecimento como Processo; Envelhecimento Demográfico; O Idoso em Contexto Familiar; Evolução dos cuidados sociais e de saúde em Portugal e a prestação de cuidados a idoso; O Idoso na sociedade contemporânea – Envelhecimento Ativo; Exigência nos cuidados no âmbito da política de velhice; As IPSS's em Portugal; um segundo ponto que foca especificamente o cuidador de idosos, abordando temas como *De Cuidador a Cuidador Formal; Motivação para a função de cuidador; Dificuldades da profissão; Idoso na ótica de cuidador*.

Na segunda parte do trabalho apresenta-se, então, a investigação realizada, com fundamento no enquadramento desenvolvido na primeira parte. Nesta segunda parte faz-se o enquadramento do caso a investigar e os objetivos do trabalho desenvolvido, justificam-se todas as opções metodológicas prosseguidas, descrevem-se procedimentos e apresentam-se resultados obtidos. Finalmente é ainda apresentada a discussão dos resultados e conclusões, destacando principais resultados da investigação, e refletindo acerca das principais conclusões a serem tidas em consideração para o desenvolvimento da prestação de cuidados a idosos.

A investigação pretende realizar uma descrição do cuidador formal de idosos, em que a tónica é posta no cuidador, explorando a sua perceção sobre a profissão, percurso profissional e académico, motivações e satisfação no trabalho e forma como este percebe o idoso e o envelhecimento.

Pretende-se também aprofundar conhecimentos nas áreas de intervenção da Gerontologia e da Gestão das Organizações, especificamente da formação em contexto de trabalho, de alguns aspetos da gestão de recursos humanos nas instituições de cuidados gerontológicos, e da melhoria da qualidade de vida do idoso.

I – ESTADO DA ARTE

1. SER IDOSO

1.1 Velhice e envelhecimento

Devido às dificuldades existentes em definir uma idade biológica para determinar a entrada na velhice, a maior parte das sociedades e dos estudiosos do envelhecimento definem a idade cronológica como marco determinante para a determinar o início da velhice. Assim, convencionou-se para os países desenvolvidos que esta seria aos 65 anos e de 60 para os países em desenvolvimento (Freitas *et al.*, 2006).

Burnside, Ebersole e Monea, citados por Hamilton (2002) propõem: "... durante a década de 70 do século XX, a seguinte sectorização de idosos em "velhos-jovens" (60-69), "velhos de meia-idade" (70-79), "velhos-velhos" (80-89) e "velhos, muito velhos" (mais de 90)". Existem múltiplas opções de classificação da população idosa, sendo esta uma mera indicação.

Ainda hoje se discute a possibilidade de o envelhecimento ocorrer logo após a concepção, no final da terceira década de vida ou próximo do término da vida (Freitas *et al.*, 2006).

A heterogeneidade aumenta com a idade, condicionando assim a divisão meramente cronológica do envelhecimento. Duas pessoas com a mesma idade podem responder de forma muito diferente a diversos contextos, sendo uma dependente e outra independente.

A capacidade de cada um de nós se autoavaliar e se comparar com os pares determina também uma forma de quantificar o envelhecimento, a que frequentemente se atribui a designação de envelhecimento psicológico. Não obstante, é comum encontrar idosos que exteriorizam uma idade psicológica inferior à cronológica, preservando desta forma a autoestima e imagem social.

Vieira, citado por Kawasaki & Diogo (2001), descreve o envelhecimento como sendo um fenómeno do processo de vida que, tal como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcada por alterações bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo. Apesar de ser universal, varia de indivíduo para indivíduo, sendo essas diferenças geneticamente determinadas mas também influenciadas, entre outros fatores, pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pelo estado nutricional de cada um.

O envelhecimento representa, nos últimos anos, um dos maiores desafios para as sociedades modernas. Este facto deve-se ao aumento da percentagem de pessoas com idade avançada, um pouco por todo o mundo, sobretudo nos países industrializados. A este fenómeno dá-se o nome de envelhecimento demográfico, o qual, de acordo com Zimerman (2005), está relacionado com vários fatores, decorrentes de causas de índole diversa, tais como a

diminuição da fecundidade, o aumento da esperança média de vida, a diminuição da mortalidade e o aumento dos fluxos migratórios. Robert (1994, citado por Fernandes 2002) explica que, desde o início do século IX, a esperança média de vida tem vindo a aumentar quase exponencialmente, prevendo-se a generalização deste fenómeno de uma forma progressiva aos países em vias de desenvolvimento e aos países do terceiro mundo. Na verdade, os progressos científicos e a melhoria das condições de vida são tais que, desde a segunda guerra mundial o número de pessoas com mais de 60 anos aumenta de ano para ano. Na opinião de Zimerman (2005), o aumento da esperança média de vida deve-se, particularmente, à melhoria das condições sociais e tecnológicas e ao progresso da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; o avanço da ciência e tecnologia, especialmente no campo da medicina, bem como investimentos na prevenção da doença, nomeadamente a descoberta de vacinas e a educação para a saúde, reduzem a taxa bruta de mortalidade; o combate à doença é cada vez mais eficaz, devido à descoberta de novos medicamentos e formas de tratamento (Zimerman, 2005).

Definir o conceito de envelhecimento numa perspetiva científica é complexo, ambíguo, porque encontramos diversidade de critérios que baseiam as definições. Fernandes (2002) faz referência a duas definições de envelhecimento: uma que considera o envelhecimento como o conjunto de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos (Gonçalves 1990 citado por Fernandes, 2002); outra, com uma conotação mais negativista, define envelhecimento enquanto uma “perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente” (Robert 1994 citado por Fernandes, 2002, p. 21).

Fontaine (2000), quando fala de envelhecimento, reporta para um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os seres vivos, ao nível biológico, psicológico e social, com velocidade e gravidade bastante variáveis de indivíduo para indivíduo, afirmando assim que o envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível, deletério, individual, heterogéneo e intrínseco.

Ao processo normal de envelhecimento dá-se o nome de senescência e à deterioração prematura física e psíquica chama-se senilidade (Pinto, 2001). Dando seguimento a esta ideia, Birren & Cunningham (1985, citados por Paúl 1997), enfatizam noções sobre o envelhecimento que o divide em três níveis: primário, secundário e terciário, sendo o envelhecimento primário o que se encontra dentro da normalidade, ou seja, sem o aparecimento de patologias, o envelhecimento secundário aquele que está relacionado com a

doença e, por fim, o envelhecimento terciário representando o período, mais ou menos longo, próximo da morte de um indivíduo.

As repercussões das crenças pessoais e a visão acerca do envelhecimento e do idoso são variáveis. Percepções estereotipadas relativas ao idoso e à velhice influenciam a auto percepção da sua condição e a forma como percebem e preparam o seu próprio envelhecimento, bem como a interação com as pessoas de idade avançada, sendo que estas vão influenciar igualmente a auto imagem criada pelo indivíduo velho (idoso), e as atitudes de numerosas pessoas que trabalham com e para os idosos. Esta percepção estereotipada de forma negativa e focalizada numa única perspectiva do processo de envelhecimento é hoje contestada pelos gerontólogos, que procuraram promover o conceito de envelhecimento ativo, produtivo e bem-sucedido (Mayer *et al.* 1999).

1.2 O Envelhecimento como processo

As questões sobre o envelhecimento e as suas implicações a nível físico e mental decorrem há séculos; a partir do século XVI começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos sobre este assunto, e autores como Bacon, Descartes ou Benjamin Franklin deram contributo importante para as atuais teorias biológicas e psicossociais que tentam explicar as alterações que ocorrem no indivíduo ao longo do envelhecimento.

Os humanos, como qualquer outra espécie animal, estão sujeitos a um ciclo de vida, que começa na fecundação e termina na morte (Santiago, 2006), mas as características do envelhecimento são particulares a cada espécie (Filho & Netto, 1998). No caso da espécie humana, apesar de todo o progresso médico e tecnológico, é possível verificar que a duração máxima de vida permanece entre os 110 e os 115 anos, ou seja, o avanço da medicina não influencia o processo de envelhecimento, apenas protege os seres humanos da morte prematura (Filho & Netto, 1998).

As manifestações somáticas da velhice (estágio final do ciclo de vida) caracterizam-se pela diminuição da capacidade funcional, da capacidade de trabalho, entre outras, aliando-se estas também a perdas de papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e de mobilidade. Apesar de estarem essencialmente associadas à última etapa da vida (ainda que não exista uma noção clara de que, por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, possa anunciar-se o início da velhice), estas manifestações terão início muito antes, por volta da terceira década de vida (Netto, 2006).

Eliopoulos (2005) explica, à luz da Teoria da Atividade, que os idosos devem manter-se ativos, de modo a obterem mais satisfação na vida, maior autoestima e a conservarem a sua saúde, mesmo na presença de múltiplas perdas. Uma velhice bem-sucedida, de acordo com esta corrente, passa pela descoberta de novos papéis e pela organização dos papéis já desempenhados, pois o envelhecimento ativo não trata apenas de ampliar a esperança de vida saudável, mas também a qualidade de vida das pessoas, à medida que estas envelhecem, inclusive daquelas que estão doentes, incapacitadas ou necessitam de ajuda (Quesada, 2004).

Numa perspetiva biomédica, o envelhecimento define-se como o final do ciclo vital, variável no tempo e que termina com o desaparecimento da pessoa como ser vivo. De acordo com Berger & Mailloux-Poireier (1995) a biologia defende o envelhecimento como um conjunto de alterações físicas letais que diminuem a longevidade dos sujeitos.

Bellamy (1988 citado por González 2006), detalha o conceito de envelhecimento biológico, apresentando-o como um processo intrínseco que afeta todos os organismos vivos, assentando em dois eixos básicos. No primeiro eixo ocorre uma diminuição progressiva da vitalidade, enquanto no segundo se verifica uma diminuição progressiva da capacidade de adaptação às mudanças. Este processo de envelhecimento liga-se ao aumento da probabilidade de morrer ao longo da vida, havendo um limite fixo de tempo máximo de vida para cada espécie. Na prática classifica-se “velho” um indivíduo que atinja a idade onde a mortalidade da sua espécie seja de cerca de 60%.

Teorias mais recentes, como a teoria imunitária, a teoria genética, a teoria do erro na síntese proteica, a teoria do desgaste, a teoria dos radicais livres e a teoria neuro-endócrina surgem por necessidade de um maior entendimento deste processo biomédico do envelhecimento.

O processo de envelhecimento ocorre, não só ao nível biológico, mas também ao nível psicológico e social. Algumas teorias têm tido a preocupação de explicar a influência dos fatores sociais e culturais sobre o envelhecimento, destacando-se a teoria da atividade, a teoria da desinserção e a teoria da continuidade (Berger & Mailloux-Poireier, 1995).

Dada a complexidade do processo de envelhecimento, não basta prendermo-nos a teorias e conceitos previamente formulados; é necessária uma reflexão atualizada desta temática, que acompanhe os novos estilos de vida, resultado dos avanços sociais.

1.3 Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população mundial é, em simultâneo, um dos maiores triunfos e desafios da nossa sociedade, evidente desde o início do século XXI e com consequências no aumento das demandas sociais e económicas um pouco por todo o mundo.

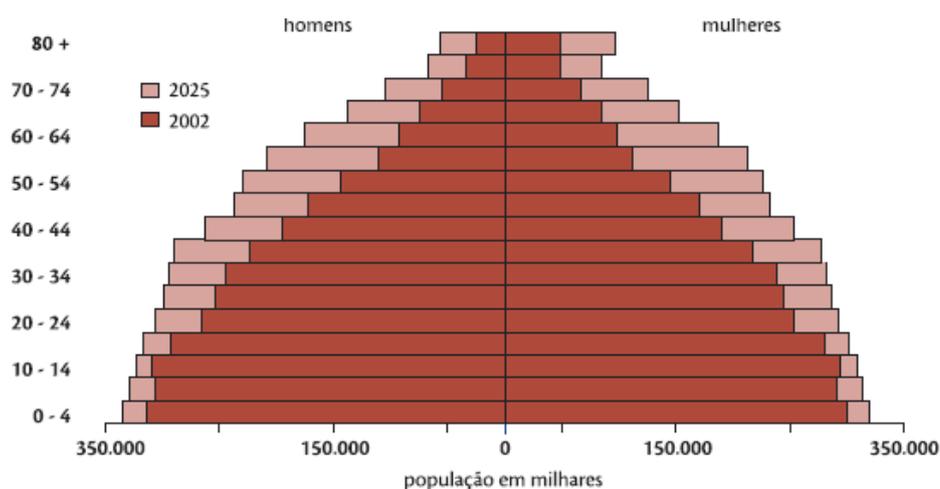
Em 2011, o *World Population Data Sheet*, no *Population Reference Bureau*, indica que no mundo 559 milhões de pessoas têm idade igual ou superior a 65 anos, o que perfaz 8% da população mundial; a mesma fonte prevê que, em 2030, um em cada oito cidadãos do mundo terá 65 ou mais anos.

A OMS (2005) refere que a população com 60 ou mais anos é a que apresenta um maior crescimento em todo o mundo, sendo superior ao crescimento de qualquer outro grupo etário. Expecta-se que entre 1970 e 2025 haja um crescimento de 223%, ou cerca de 694 milhões de pessoas mais velhas (significa que, em 2025, existirão cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e, em 2050, 2 biliões).

A composição etária de um país que relaciona o número de crianças, jovens, adultos e idosos representa um elemento essencial para os governos. Quando falamos em envelhecimento populacional, referimo-nos à redução do número de crianças e jovens e a um aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais.

À medida que as populações envelhecerem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025, como apresentado na figura 1.

Figura 1: Pirâmide da População Mundial em 2002 e 2025



Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde* (p.5), OMS (2005).

Segundo a OMS (2005), a mudança anunciada da pirâmide mundial resulta da redução das taxas de fertilidade e do aumento da longevidade. Este contínuo “agrisalhamento” da população mundial mantém-se, apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países da África (devido à SIDA) e em alguns países recentes (devido ao aumento do número de mortes causadas por doenças cardiovasculares e pela violência). Até ao presente e pelo que a previsão abaixo aponta, a maioria da população geronte está e estará num futuro próximo concentrada nos países mais desenvolvidos. Note-se que nove dos dez países com maior número de idosos estão na Europa (OMS, 2005).

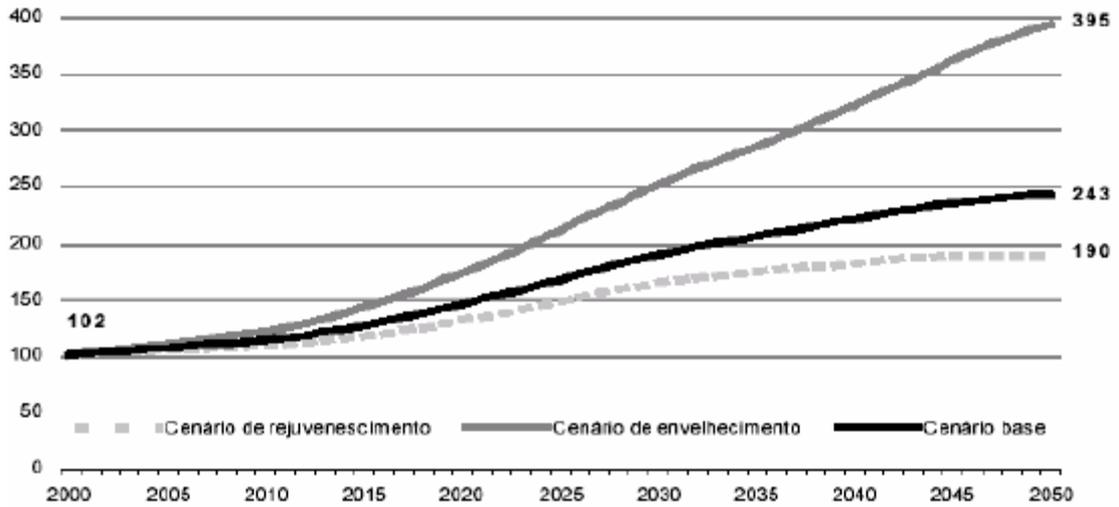
Figura 2: Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção

2002		2025	
Itália	24,5%	Japão	35,1%
Japão	24,3%	Itália	34,0%
Alemanha	24,0%	Alemanha	33,2%
Grécia	23,9%	Grécia	31,6%
Bélgica	22,3%	Espanha	31,4%
Espanha	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Baixos	29,4%
Ucrânia	20,7%	França	28,7%
França	20,5%	Canadá	27,9%

Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde* (p.7), OMS (2005).

Olhe-se agora a realidade portuguesa, cujo envelhecimento demográfico tem sido especialmente intenso nas últimas décadas: segundo a projeção ilustrativa do índice de envelhecimento do INE (Instituto Nacional de Estatística), apresentada na figura 3, Portugal poderá atingir em 2050, conforme o cenário considerado: de 190 idosos para 100 jovens ou de 395 idosos para 100 jovens. Este quadro poderá vir a sofrer alterações caso ocorra um fenómeno de rejuvenescimento, que poderia ser provocado por saldos migratórios positivos e níveis de fecundidade mais elevados, levando que a discrepância seja de 90 idosos, isto é 190 idosos para 100 jovens. Repare-se no entanto, que independentemente dos cenários acima descritos a percentagem de idosos é sempre superior à de jovens.

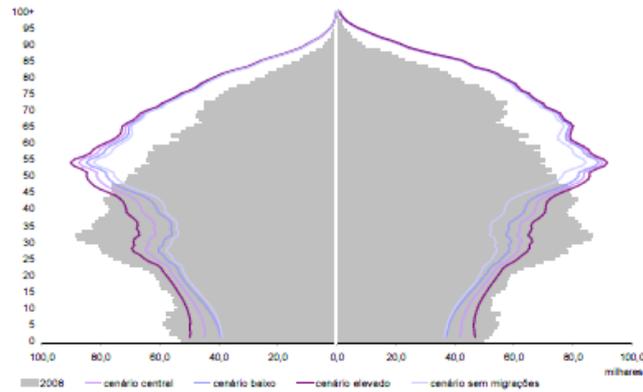
Figura 3: Índice de envelhecimento em Portugal: 2000-2050 (segundo diferentes cenários)



Fonte: INE (2003). Projeções de população residente em Portugal 2000-2050.

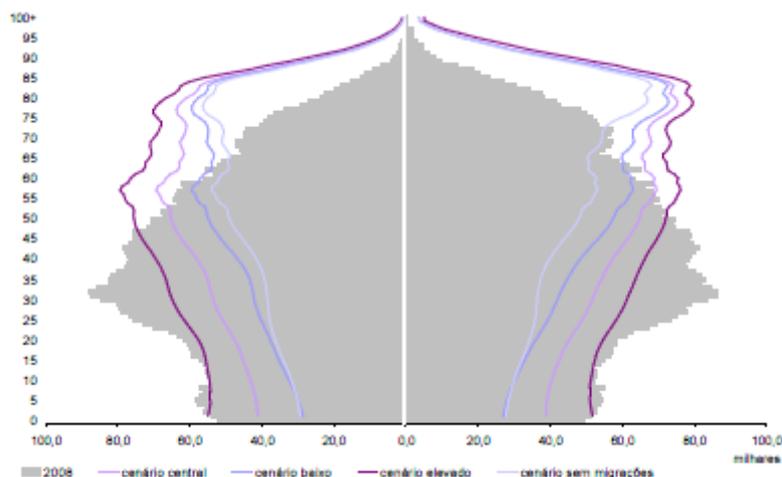
Numa outra previsão do Instituto Nacional de Estatística, que propõe uma previsão da realidade demográfica portuguesa até 2060, são apresentadas duas propostas da evolução da pirâmide etária, uma que apresenta o comportamento demográfico do país até 2030 e outra que alarga a espaço temporal até 2060.

Figura 4: Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2030



Fonte: INE (2009) Projeções de população residente em Portugal 2008-2060

Figura 5: Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2060



Fonte: INE (2009) Projeções de população residente em Portugal 2008-2060

Em 2060, os efeitos dos diferentes cenários serão evidentes em todas as idades, com especial relevância para as idades jovens e ativas, sendo cada vez mais evidente o envelhecimento das populações.

Considerando o decréscimo da população jovem, em simultâneo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população aumentará. No cenário central, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). Este aumento será menos acentuado no cenário elevado, em contraste com um aumento mais significativo no cenário baixo.

Ainda que existam saldos migratórios positivos, estes não serão suficientes para atenuar o envelhecimento demográfico, nem mesmo que associado a este se verifique um aumento da fecundidade. A conjugação de saldos migratórios e de níveis de fecundidade mais elevados, tal como preconizado no cenário elevado, que contempla ainda uma maior esperança média de vida, permitirá apenas a atenuação do ritmo de envelhecimento populacional.

1.4 O idoso na sociedade contemporânea- Envelhecimento ativo

É, assim, inquestionável que a sociedade está cada vez mais envelhecida. Portugal não é ou será exceção. O bem-estar está a progressivamente mais relacionado com os estilos de vida e comportamentos adotados, existindo uma preocupação e necessidade crescente de interiorizar desde cedo o conceito de “envelhecimento ativo”.

Apesar da OMS apenas o ter utilizado em 2002, o termo “Envelhecimento Ativo” foi registado pela primeira vez em 1960, nos Estados Unidos da América. Entendia-se, já nessa altura, que os conceitos de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido estavam intrinsecamente relacionados.

Foi com a substituição, pela OMS em 2002, do conceito de “envelhecimento saudável” por “envelhecimento ativo”, que se marcou definitivamente uma mudança no paradigma do envelhecimento humano.

A OMS (2005) descreve “Envelhecimento Ativo” como sendo “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”.

O novo paradigma é aceite de forma mais consensual, uma vez que o mesmo preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, apelando à manutenção da qualidade de vida e saúde, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os gerontes assumem um papel preponderante numa sociedade segura de cidadania plena.

Tal como a expressão pressupõe, o conceito exige um papel ativo do sujeito, onde prevaleça a participação das pessoas idosas nos vários contextos da sociedade, nomeadamente, no âmbito familiar, social, económico e cultural; requer a existência de uma aprendizagem ao longo da vida e, conseqüentemente, a otimização das condições de saúde física e das oportunidades de desenvolvimento psicológico (Fonseca, 2005); pressupõe-se uma visão holística e otimista, que tem como finalidade a qualidade de vida, em detrimento de uma vertente pessimista, caracterizada por perdas sucessivas, a nível físico, mental e pessoal. Este novo conceito apenas é possível através de uma política de participação, prevenção, intervenção e reabilitação, das diversas dinâmicas do envelhecimento humano.

A adoção do modelo representa um desafio pessoal, uma vez que o envelhecimento bem-sucedido exige um confronto com as mudanças que surgem com o envelhecimento.

“O idoso que envelhece de uma forma ótima é o que permanece ativo, encontrando substitutos para as atividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu. [...] mesmo em situações difíceis, com falta de saúde, que os indivíduos possam manter um alto nível de saúde psicológica e satisfação de vida.” (Paúl, 1996, p.17-20).

Sendo o fenómeno do envelhecimento muito heterogéneo, variando de pessoa para pessoa e no próprio sujeito, a OMS (2005) sistematiza o conceito de envelhecimento ativo ao apresenta-lo sobre forma de imagem (Figura 6). Segundo este novo modelo de “Envelhecimento Ativo” implica um conjunto de fatores, que a mesma organização denomina como “determinantes”:

- Pessoais, englobando os fatores biológicos, genéticos e psicológicos;
- Comportamentais, estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde;
- Económicos, rendimentos, proteção social, oportunidade de trabalho digno;
- Do ambiente físico, das acessibilidades do meio físico aos serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros;
- Sociais, de apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso;
- Serviços sociais e de saúde, na possibilidade de benefício destes, orientados para a promoção de saúde e prevenção de doenças, estes devem de ser acessíveis e de qualidade.

Figura 6: Determinantes do envelhecimento ativo, segundo a OMS (2005).



Fonte: Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde (p.19),OMS (2005)

A Organização das Nações Unidas (2005) aborda o “Envelhecimento Ativo” de forma mais lata ao reconhecer a importância dos direitos humanos dos mais velhos e integra os princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecendo os três pilares do “Envelhecimento Ativo”.

Figura 7: Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo. OMS (2005).



Fonte: *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* (p.45), OMS (2005).

É impreterível, não só sensibilizar cada ser humano para a importância do envelhecimento ativo, mas também fazer convergir as forças políticas, humanas e sociais no sentido de proporcionarem o usufruto desta filosofia. A sua promoção é da responsabilidade da sociedade e não apenas do indivíduo, sendo este protagonista da forma como envelhece.

Em última instância, uma abordagem coletiva do envelhecimento e dos idosos irá determinar como nós, os nossos filhos e netos iremos experimentar a vida mais tarde.

A responsabilidade de um envelhecimento “bem-sucedido”, “satisfatório” ou “ativo” não depende da sorte ou do património genético, está sim dependente de cada um, das ações e responsabilidade individual. Saúde, padrões comportamentais, afetos, amizades e os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico experienciado, confundem-se com os resultados dos percursos individuais, num balanço constante entre os fatores pessoais e do meio, mediados por significados e valores (Paúl & Ribeiro, 2012)

1.5 Autonomia e dependência (s) no contexto do envelhecimento

O envelhecimento é, como acabamos de referir, um tempo marcado por acontecimentos de vida com transições e oportunidades, perdas e ganhos, onde é fundamental implementar estratégias de confronto, de forma a alcançar um envelhecimento bem-sucedido. O

envelhecimento não tem que estar ligado a uma concepção negativa, em que a velhice surge associada à solidão, doença e morte. É possível olharmos para esta fase da vida de forma positiva: em determinadas áreas pode haver um declínio, como é natural, mas noutras pode verificar-se um crescimento e desenvolvimento pessoal (Fonseca, 2005).

O desafio é fazer com que o envelhecimento se desenvolva com qualidade em todos os domínios e, que esta fase da vida seja para a sociedade uma mais-valia, resgatando dos mais velhos o conhecimento e as competências adquiridas durante o percurso de vida.

No entanto, sabemos-lo, o envelhecimento acarreta, com o declínio de áreas funcionais, em muitos casos uma progressiva situação de dependência; o idoso perde a capacidade para muitas tarefas, consideradas banais, que se tornam cada vez mais difíceis de ser realizadas, até que o indivíduo se apercebe de que depende de outra pessoa para por exemplo tomar um banho. E o mesmo progresso tecnológico e social que tem permitido prolongar a esperança média de vida também tem produzido alterações sociais e familiares com impacto negativo ao nível da possibilidade de vida com qualidade para os idosos dependentes, no seio da família, substituindo cada vez mais essa possibilidade pelos cuidados institucionalizados.

1.6 O Idoso no contexto familiar

As transformações sociais sentidas pelas sociedades modernas, têm-se repercutido nas várias estruturas sociais, nomeadamente na família, tradicionalmente responsável pela prestação de cuidados ao idoso, no que toca a características básicas, como proteção, segurança e afeto.

Sendo a família, de acordo com Mota *et al.* (2010), “um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária, caracterizado pelo compromisso e tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos”, temos noção de que, até um passado muito recente, os cuidados ao geronte eram prestados praticamente em exclusivo pela família e, dentro desta, essencialmente pela figura feminina. Apesar desta realidade ainda recente, alterações sociais como a entrada da mulher no mercado de trabalho, a passagem de uma família extensa em que os idosos conviviam com os filhos e netos para uma família nuclear, o aumento do número de divórcios, a diminuição do número de filhos, entre outros aspetos, levaram a que as famílias nem sempre consigam assegurar autonomamente a prestação dos cuidados ao seu familiar idoso (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005).

Freitas *et al.* (2006) reforçam esta perspectiva, salientando que, em consequência da transformação das relações familiares e das questões de envelhecimento até agora apresentadas (que enfatizam a tendência para a constituição de famílias mais pequenas, com maior índice de trabalho da mulher, aumento da longevidade e aumento do número de idosos por agregado familiar), se assiste, neste momento, a uma fragilização da família enquanto instituição social de cuidado aos idosos.

Apesar da tradicional função de cuidar da família, Eliopoulos (2005) salienta que não se garantem deveres, pois não é exigido aos filhos que satisfaçam as necessidades dos seus pais idosos, seja com apoios financeiros, serviços de saúde ou habitação. O argumento deste autor vem no seguimento da crescente tendência para a desresponsabilização por parte dos filhos na prestação dos cuidados aos seus progenitores.

O idoso é, nas atuais estruturas familiares nucleares, visto frequentemente como um *problema*, pela ausência de familiares disponíveis para lhe prestar os cuidados, a proteção e a assistência que o mesmo necessita e merece (Mazo, Lopes & Benedetti, 2001).

Mesmo nas famílias mais numerosas, onde existe convivência entre elementos de três ou quatro gerações, o surgimento da pessoa idosa, nomeadamente do idoso dependente, representa um desafio para todos os elementos do seu agregado; esta convivência, muitas vezes prolongada, proporciona a criação de afinidades e de um lugar concreto na rede familiar, que se reflete a nível social, económico e afetivo (Servais, 2000), acentuadas pela história individual em cada elemento familiar (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Conforme os indivíduos envelhecem, vão ocorrendo mudanças na organização da família em termos de papéis dos membros e de suas regras, estagiando as famílias em ciclos vitais. Esta fase de realinhamento dos papéis familiares pode ser acompanhada de certa dificuldade de adaptação não só por parte do idoso, mas também pelos demais familiares que passam a cuidar dele, podendo este quadro ser difícil para o idoso (Horta, Ferreira & Zhao, 2010).

No seguimento desta linha de pensamento, Pimentel (2001) menciona que, apesar da capacidade de se organizar, a família “constitui um núcleo com um equilíbrio próprio por vezes difícil de manter, e que se poderá tornar instável quando confrontado com novas exigências”, devido às mudanças a que está sujeita, embora tenha capacidade de se organizar com base nos valores. Quando exposta a uma experiência de crise, como a dependência do idoso, formam-se sentimentos de angústia e vulnerabilidade perante a situação e todos os membros do ciclo familiar tentam encontrar soluções (Rolland, 2001). Ficar doente e dependente são condições que geram instabilidade individual e coletiva, nomeadamente na família (Pavarini & Neri, 2005, citado por Duarte & Diogo 2000); Martins (2003) acrescenta

que tal “constitui uma clara fonte de *stress*, não apenas para o indivíduo, mas também para a família”.

Os entraves reportados na bibliografia e que acabamos de rever, desencadeiam um quadro propício à crescente mudança no paradigma nos cuidados a idosos, em que as organizações prestadoras de cuidados, assumem a cada dia, um papel mais preponderante na prestação de cuidados gerontológicos, em detrimento das estruturas familiares atuais. Apesar desta “passagem de responsabilidade” Fragoso (2008) lembra que as instituições deveriam complementar a ação das famílias, não substituí-las. A resposta destas instituições às exigências que, a este nível de prestação de cuidados a idosos, lhes tem vindo a ser feitas, apresenta uma evolução, ao longo dos tempos.

1.7 Evolução dos cuidados sociais e de saúde

1.7.1 Políticas relacionadas com o envelhecimento: exigência dos cuidados no âmbito da velhice

De acordo com o que tem vindo a ser referido, a fragilização da família enquanto instituição social de cuidado aos idosos (Freitas *et al.*, 2006) tem vindo a exigir às estruturas sociais uma procura de estratégias compensatórias para tal desvinculação do compromisso de cuidar, por parte das famílias.

Os primeiros indícios de preocupação governamental com esta problemática surgiram no período do pós-guerra, com o aumento dos serviços de cariz voluntário no domicílio, organizados para o acompanhamento dos doentes e inválidos de guerra (Johansson & Moss, 2004 citados por Carvalho, 2010). A profissionalização destes serviços relacionou-se, não com alterações demográficas associadas ao envelhecimento, mas com o aumento de casos de incapacidade física e psíquica no pós-guerra e com o investimento do Estado nesta área (Ena, 1993 citado por Carvalho, 2010). A partir do momento em que o Estado começou a ter um papel interventivo nesta questão, os cuidados informais voluntários progressivamente foram sendo substituídos pelos cuidados formais (Daatland, 2001 citado por Carvalho 2010), sendo esta realidade mais evidente em países como a Grã-Bretanha, França e Suécia.

Apesar de terem existido diversas mudanças na direção das políticas da velhice ao longo dos anos, a grande viragem conceptual na prestação de cuidados às pessoas idosas deu-se com a proclamação do Ano Internacional das Pessoas Idosas em 1999 (OMS e ONU, 2002). Mais

recentemente, em 2012, a União Europeia assinalou o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo”.

Não foi a primeira vez que a UE revelou preocupação com a população idosa; já em 1993 tinha sido assinalado o “Ano Europeu da Terceira Idade e da Solidariedade entre as Gerações”.

No decurso destas propostas, ocorreram, um pouco por todo o mundo e em particular na Europa, diversas iniciativas, alertando para a fragilidade das pessoas idosas e para a responsabilidade dos Estados face a esta problemática.

A questão central prendia-se, em ambos os momentos, com a emergência da implementação de políticas que tivessem em consideração o desenvolvimento social e individual, durante todo o percurso de vida, a estimulação das relações intergeracionais e a relação entre o envelhecimento e o desenvolvimento social das pessoas mais idosas.

A partir de 1993, surgiram várias recomendações para os países membros, da qual se deve salientar a recomendação 98.9 que define *dependência* e enuncia algumas medidas que os Estados deveriam tomar para a reduzir, designadamente: adaptação das prestações sociais ao nível de dependência; autonomia e liberdade de escolha e informação das pessoas em situação de dependência, no sentido de garantir o respeito e autodeterminação; prevenção e a reabilitação como aspetos fundamentais na questão da dependência; criação de instrumentos apropriados e com equipas multidisciplinares para avaliação das necessidades das pessoas; atribuição de prioridade à atenção domiciliária; garantia da qualidade dos cuidados, com investimento na formação e exigência de padrões de qualidade às entidades prestadoras de cuidados; e investimento em investigações e publicações, assim como intercâmbio de experiências inovadoras.

Na mesma linha de orientação, foi considerado importante o apoio jurídico às pessoas idosas em situações de dependência e incapacitadas de fazerem as suas próprias escolhas. A recomendação 99.4 destaca alguns princípios que os países devem prosseguir, na defesa dos direitos destas pessoas: respeito pelos direitos humanos; flexibilidade de respostas jurídicas; máxima preservação das capacidades das pessoas; divulgação; necessidade e subsidiariedade; proporcionalidade; equidade e eficácia do procedimento; prevalência dos interesses da pessoa e respeito pelos seus desejos e sentimentos.

Em 2002, em Madrid, foi aprovado o plano internacional sobre o envelhecimento (ONU, 2002), o qual identificou algumas medidas que deveriam ser implementadas, tendo em conta: a importância da habitação e das condições de vida; a assistência e apoio às pessoas que prestam assistência aos idosos e pessoas em situação de dependência; o abandono, maus-tratos e

violência e as imagens negativas e estereótipos sociais acerca das pessoas idosas. Relativamente aos cuidados, este plano enfatizou a ideia de que as pessoas idosas que necessitam de ajuda podem permanecer integradas na sua comunidade e que o apoio familiar deve ser um complemento e não um substituto da ajuda profissional (Rodríguez, 2005).

Outro momento preponderante para a evolução dos cuidados a idosos ocorreu quando em 2002, a OMS propôs o conceito de “Envelhecimento Ativo”, atrás descrito, “um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas” (OMS; ONU, 2002), sugerindo à ONU que este fosse coadjuvando no plano internacional sobre o envelhecimento.

1.7.2 A prestação formal dos cuidados a idosos em Portugal

Antes do século XVIII, os cuidados de saúde em Portugal, eram assegurados praticamente em exclusivo pelos hospitais e associações de cariz religioso (*Misericórdias*).¹ Em 1901, teve início a estruturação dos serviços de saúde pública em Portugal, de índole privada, ficando apenas a cargo do Estado a assistência de saúde aos mais pobres.

Em 1945 com a publicação do *Dec. Lei n.º 35/108, de 7 de Novembro*, são criadas unidades para problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose, saúde materna, lepra e saúde mental.

¹ Historicamente pode situar-se a emergência da política social e o aparecimento dos sistemas de seguro e de segurança social no final do século XIX com a implementação dos direitos sociais nos países industrializados do Centro e Norte da Europa. A instituição dos direitos sociais objectivava “a protecção dos indivíduos atingidos por ocorrências que provocam a redução ou a perda dos meios de sustentação, gerada por uma actividade profissional ou um acréscimo anormal dos seus encargos, ocasionando uma redução do seu nível de vida” (Carreira, 1996, p.37).

O *Estado-providência* surgiu na sociedade industrial para garantir um rendimento aos operários e para manter a fidelidade, estabilidade e qualidade da mão-de-obra, diminuindo o risco e promovendo o bem-estar sob a forma de direitos sociais.

A primeira lei foi instituída em 1883, o seguro de doença obrigatório para os operários da indústria (2/3 das quotizações eram dos empregadores e 1/3 dos operários). Os seguros eram geridos por instituições autónomas que se administravam a si mesmas sob controlo do Estado. A segunda lei foi instituída em 1884, a lei sobre os acidentes de trabalho. Os patrões eram obrigados a quotizar-se em caixas corporativas para cobrir as formas de invalidez permanente resultantes de acidentes de trabalho. Em caso de incapacidade total, deveria ser pago ao operário 66% do salário em forma de renda. Em caso de morte, a viúva recebia uma renda de 20%, mais 15% pelos filhos a cargo. A terceira lei, de 1899, sobre seguro de velhice e invalidez, instituiu um primeiro sistema obrigatório de reformas. Estas três leis foram codificadas e generalizadas pelo código dos seguros sociais de 1911, sendo este o primeiro modelo histórico do género (Rosanvallon, 1991).

Em 1946, é criado um sistema de segurança social, Caixa de Previdência, que abrangia toda a população trabalhadora, os seus dependentes e que consistiu na criação e desenvolvimento dos serviços médico-sociais, através da acção conjuntas das caixas na prestação de cuidados de saúde e subsídio de doença. Este sistema era financiado pelas contribuições dos funcionários e dos empregadores e possibilitava a prestação de cuidados de saúde fora do contexto hospitalar gratuitos.

Em Portugal, a organização dos serviços de prestação de cuidados a idosos desenha-se no mercado por múltiplos intervenientes: Estado, sector lucrativo e sector não lucrativo. A religião católica tem uma elevada influência neste contexto, sendo grande parte das instituições de cariz religioso católico.

Segundo Costa (2002), estão em curso transformações estruturais, à escala mundial, que têm determinado a necessidade de ajustes das entidades sociais de carácter privado que historicamente atuaram numa perspectiva de filantropia e de hegemonia religiosa, sob tutela do Estado, a uma nova conjuntura económica, social e política. O mesmo autor defende que o futuro passará por organizações mais autónomas, profissionalizadas e não-governamentais, em que o carácter técnico do trabalho e princípios de administração e gestão ganharão relevância. O termo “cuidar” remete para um processo multidimensional complexo que “faz parte da vida das pessoas e envolve tarefas de prestar e de receber cuidados integrando relações e sentimentos, reciprocidade, interdependência e custos” (Moss & Cameron, 2002 citado por Carvalho, 2010, p. 29). O processo envolve cuidados físicos, emocionais e relacionais, efetuados segundo normas e quadros sociais específicos, quer dos que recebem quer dos que prestam cuidados (Rodríguez, 2005), e pressupõe ações de política, assistência e apoio a grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas adultas idosas dependentes e deficientes, nas atividades da vida diária necessárias ao seu bem-estar, realizado por trabalho pago ou não pago, profissional (formal) ou não profissional (informal) e desenvolvido na esfera privada ou pública (Daly e Lewis, 2000; Kröger, 2001).

Freitas *et al.* (2006) afirmam que a elevada prevalência de idosos com múltiplas doenças crónicas e consequentes sequelas incapacitantes, representa um desafio para o sistema de saúde dos diferentes países, atendendo ao elevado custo que tal acarreta.

O agravamento desta situação, que tem tido uma forte evolução na última década, traz consigo a necessidade de racionalizar a ocupação das camas hospitalares, de humanizar o atendimento ao utente, monitorizar as doenças crónicas e reduzir os custos globais com a assistência a pessoas idosas, o que tem conduzido ao aumento da prestação de serviços domiciliários, tanto de índole solidária como privada.

O aumento da população idosa leva a uma maior pressão sobre instituições e profissionais que prestam cuidados sociais e de saúde aos mais velhos, exigindo-se, por isso, uma melhor eficiência dos serviços, através de uma melhoria de custo-benefício dos mesmos. Assim, os cuidados sociais e de saúde em Portugal carecem de reorganização, num esforço de implementação do conceito de cuidados integrados, os quais emergem como resposta à

necessidade de coordenação do trabalho entre as instituições independentes e os profissionais (Santana *et al.*, 2007).

A otimização da coordenação das diversas áreas potencia a prestação de serviços, melhorando a saúde, a qualidade dos cuidados e a satisfação do cliente, o que conduz à sua eficiência e eficácia, bem como à promoção da autonomia e independência do cliente (Santana *et al.*, 2007).

Duarte & Diogo (2000, citados por Freitas *et al.*, 2006) mencionam que a meta global da prestação de serviços domiciliários em gerontologia é a manutenção do idoso no seu meio familiar, assegurando o conforto e dignidade.

A compreensão do idoso como pessoa única, inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente, deve ser um dos princípios norteadores da prestação de serviços domiciliários.

Para Santana *et al.* (2007), o serviço de apoio domiciliário em Portugal está em expansão, tendo, em determinadas regiões do país, as estruturas para prestação de cuidados a idosos resultado de uma parceria entre municípios, administrações regionais de saúde e instituições de solidariedade social, factos que tornam perceptível a relevância do trabalho em rede.

As mudanças da sociedade em geral e da sociedade portuguesa em particular têm obrigado a que, nos últimos anos, assistamos a um aumento exponencial das respostas para idosos, não só a nível de quantidade, mas também de diversificação e de serviços prestados. As novas realidades sociais, nomeadamente a entrada da mulher no mercado de trabalho e o aumento da esperança média de vida, têm enfatizado a necessidade da prestação de cuidados por técnicos especializados, devidamente enquadrados nas respostas sociais, legisladas e consequentemente definidas de acordo com as diretivas da Segurança Social que, através de diferentes documentos, procurou estabelecer um padrão de normas necessárias às diferentes respostas direcionadas para a população geronte².

Segundo Bonfim & Veiga (1996, p. 7): “O *Serviço de Apoio Domiciliário* (S.A.D.) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.” São serviços fundamentais do *Serviço de Apoio Domiciliário* a

² Atendendo a que esta dissertação está enquadrada num contexto institucional previamente determinado apenas será feita referência aos conceitos das respostas sociais, de acordo com o estabelecido pela Direção Geral da Ação Social, disponibilizadas por esta.

prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições e tratamento de roupas.

Bonfim & Saraiva (1996, p. 7) definem *Centro de Dia* como sendo uma resposta social, desenvolvida em equipamento, prestadora de um conjunto de serviços que promovem a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Segundo as mesmas autoras, são considerados serviços fundamentais no Centro de Dia: a confeção das refeições; desenvolvimento de atividades de convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas; e férias organizadas.

Ambos os documentos regulamentadores destas respostas sociais salvaguardam expressamente a necessidade de profissionais qualificados, na perspetiva de desenvolver um trabalho de qualidade, indo assim de acordo às necessidades da população sénior.

Já foram referidas as mudanças sociais como fator preponderante na mudança do paradigma da prestação dos cuidados. A prestação de cuidados aos idosos e dependentes estava, no passado, estreitamente ligado ao papel da família e especificamente da mulher/figura (s) feminina (s) familiar (es); o facto tem vindo a sofrer alterações, existindo hoje um cada vez maior número de profissionais a trabalhar com a população idosa/dependente.

Na ausência de estudos/dados concretos acerca da prestação de cuidados no sector privado em Portugal, e considerando que a investigação realizada se centrou numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), não será considerada a resposta privada para a população neste estudo, apenas as públicas.

1.7.3 As IPSS's em Portugal

Para se diferenciarem das organizações pertencentes à esfera do Estado e ao mercado, as organizações que compõem o terceiro sector podem ser definidas como “organizações privadas, sem fins lucrativos, cuja atuação é dirigida a finalidades coletivas ou públicas” (Fisher 2002 citado por Bose & Schoenmaker, 2006, p. 1).

De forma a percebermos a criação e evolução destas organizações no nosso país será realizada uma pequena resenha histórica.

Vários períodos na história de Portugal foram marcantes na constituição e definição das organizações sem fins lucrativos.

Os primeiros marcos na história das organizações sem fins lucrativos em Portugal poderão ter surgido muito precocemente, em paralelo com a fundação da nação, no século XII.

Durante o período entre o século XII e o século XV foram criadas diversas organizações precursoras deste tipo de instituições, como confrarias, corporações de mesteres, mercearias, gafarias, hospitais de meninos e colégios universitários. Neste período a igreja católica romana era uma pedra basilar na identidade nacional e na formação do Estado, o que se repercutiu numa larga rede de organizações e associações sem fins lucrativos. Repare-se que, já nesta época, existiam respostas que eram denominadas de “Mercearias”, direcionadas a pessoas com 50 ou mais anos vulneráveis e onde estas podiam permanecer até à morte.

A mudança no paradigma destas instituições ocorreu já no século XV, com a expansão marítima e decorrente das mutações económicas e sociais. A aventura marítima portuguesa e a partida de muitos homens do país deixaram muitas mulheres sozinhas e muitos filhos que não voltaram a ver os pais, agravando assim as condições sociais dos que ficaram. Associado a esta situação, houve ainda um aumento da pobreza e o êxodo rural para as principais cidades, onde muitos não encontraram trabalho.

A revolução industrial demorou algum tempo a chegar a Portugal, devido à instabilidade política, escassez de recursos naturais, mão-de-obra qualificada e capital; no entanto esta foi uma forte impulsionadora das instituições de solidariedade social.

Neste período foi fundada grande parte das instituições de “Ajuda Mútua”: associações humanitárias, sindicatos, associações empresariais e círculos operários católicos. Com a constituição da primeira república em Portugal, em 1926, houve, ao longo de 48 anos, uma queda na evolução das organizações sem fins lucrativos, que terminou em 1974 com a revolução civil portuguesa.

Em 1976, com a constituição da república, o governo estava centralizado no processo de regulação da ação social, beneficiando as associações particulares de assistência (atuais IPSS) na implementação do Estado Social.

Em 1979 foi aprovado o 1º estatuto das IPSS, revisto em 1983, para aumento da prestação de serviços nas áreas da saúde, educação, formação profissional e habitação (Franco *et al.*, 2005).

Atualmente, em Portugal, existem muitos termos e conceitos para descrever estas instituições. Franco *et al.* (2005) referem que os termos mais comuns são: organizações ou instituições não lucrativas ou sem fins lucrativos; economia social e/ou solidária; organizações não-governamentais; terceiro sector; terceiro sistema e economia alternativa.

As instituições particulares de solidariedade social são organizações constituídas sem fins lucrativos, pela iniciativa privada de pessoas com o objetivo de dar expressão organizada ao dever moral da solidariedade e justiça social entre as pessoas. As IPSS não são administradas por organismos públicos ou estatais e têm por objetivo garantir os bens e serviços a crianças e

jovens; apoio às famílias; integração social e comunitária; proteção de idosos e cidadãos com deficiência; promoção de saúde; cuidados de reabilitação; educação da cidadania e formação profissional (Franco *et al.*, 2005).

As IPSS são, pois, 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), com o “propósito de dar expressão organizada ao dever moral e de justiça entre os indivíduos” (Dec. Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro).

Portugal não tem um regime jurídico comum para organizações sem fins lucrativos. Dentro do sistema de direito civil português, o quadro legal para organizações sem fins lucrativos é disperso e apresenta uma ampla gama de leis, que regulam diferentes tipos de organizações (Franco *et al.*, 2005).

De acordo com o relatório de 2009 da carta social, existem em Portugal aproximadamente 5 700 entidades proprietárias de equipamentos sociais, com diferentes respostas sociais, tais como: creches, centros de dia, lar de idosos, etc., em que o sector não lucrativo representava 70% do universo, dos quais 63,4% é constituído por instituições particulares de solidariedade social (Gonçalves, 2009).

De acordo com o ISS – IP (2008) as Instituições Particulares de Solidariedade Social, adiante designadas por IPSS’s, “têm por finalidade o exercício da ação social na prevenção e apoio nas diversas situações de fragilidade, exclusão ou carência humana, promovendo a inclusão e a integração social, desenvolvendo para tal, diversas atividades de apoio a crianças e jovens, à família, juventude, terceira idade, invalidez e, em geral, a toda a população necessitada”.

O decreto-lei nº119/83 de 25 de Fevereiro, que regulamenta o estatuto das IPSS, define-as como “Entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico...”

Costa (2002) lembra que a prestação de serviços de cuidados à comunidade em Portugal é ainda insuficiente, incluindo os cuidados a doentes crónicos, os idosos e outros grupos com necessidades especiais. A família tem assumido a primeira linha de cuidados, facto que é ainda mais evidente nas zonas rurais, aspeto este que também tem vindo a sofrer alterações devido às alterações sociais que exigem novas respostas sociais.

1.8 Envelhecimento e institucionalização na atualidade

A família é ainda hoje encarada como a principal *instituição* capaz de promover e de estimular a independência e autonomia do idoso. No entanto, nas sociedades atuais (e Portugal não é exceção) as dificuldades na família, relativamente ao desempenho do papel de cuidadora, em grande parte devido à posição que a mulher atingiu no mercado de trabalho, implicam uma menor disponibilidade para prestar cuidados no seio da família, acarretando alterações familiares, de fundo, com reorganizações de papéis e responsabilidades. Veras (1987), lembra que com o aumento progressivo da esperança de vida, haverá também um aumento drástico e catastrófico na prevalência de distúrbios mentais e doenças crónicas em idosos, levando à necessidade de cuidados específicos; é nesse âmbito que surge a figura do cuidador, que era, até há pouco tempo, um membro da família, na maioria dos casos, a mulher, tradicional promotora dos cuidados básicos aos idosos dentro da família (Kawasaki & Diogo, 2001) ou um amigo próximo. Mas esta realidade mudou (Colomé *et al.*, 2011): alterações na estrutura familiar, tais como a entrada da mulher no mercado de trabalho, as situações de baixo orçamento familiar, as separações, a viuvez e a diminuição do número de filhos ditam novas soluções; com as alterações ao nível das estruturas familiares e impossibilidades de ser a família a cuidar dele/a e a garantir o seu bem-estar, as dificuldades conduzem muitas vezes à institucionalização do idoso.

A institucionalização assume-se como um recurso importante. No entanto, devem ter-se em atenção algumas implicações negativas da institucionalização como é o caso da despersonalização, da saída do meio familiar e comunitário, do tratamento massificado e da vida monótona e da rotina, num local onde os idosos são tratados de igual forma (Teixeira, 2008). A depressão, confusão, perda do contacto com a realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade são muitas vezes consequência da institucionalização (Ceolim, 2007).

O cuidado permanente ao idoso dependente acarreta perturbações para o cuidador; estas, por mais reduzidas que sejam, afetam a vida familiar. A alteração do exercício dos papéis, acentuada pelo grau de envolvimento entre o idoso dependente e os membros da família, a diminuição do tempo de relacionamento com amigos e vizinhos, a solidão, a sobrecarga e a frustração por não conseguir colocar em prática os seus próprios projetos de vida, fazem parte dessas perturbações que, em determinado momento, saturam o cuidador, levando-o a procurar alternativas à prestação de cuidado, considerando a possibilidade de contratação de indivíduos que prestem cuidados a idosos – cuidadores formais (Kawasaki & Diogo, 2001).

É oportuno fazer aqui uma distinção entre “cuidador formal” e “cuidador informal” do idoso. Entende-se por cuidador formal o profissional que presta cuidados aos idosos, de acordo com a sua profissão, recorrendo às competências adquiridas em sequência de uma formação específica, para os quais auferem uma quantia. Apesar da tendência crescente para a institucionalização e a prestação de cuidados no domicílio por profissionais qualificados, os cuidadores informais são ainda quantitativamente mais representativos do que os cuidadores formais no panorama nacional.

Segundo Romão *et al.* (2007) existem, em Portugal, traços comuns para a população cuidadora de idosos. Segundo o estudo elaborado por esta equipe o cuidador é maioritariamente do género feminino, ao que acresce uma intensa relação de proximidade com o idoso, sendo esta traduzida normalmente em laços familiares. Existem ainda dados, segundo os mesmos autores, que apontam para o facto de tanto homens como mulheres informalmente cuidarem, em diferentes etapas da vida, predominantemente dos seus pais e cônjuges. Salgueiro & Lopes (2010) lembram que, apesar desta condição, tenta fazer-se com que as pessoas idosas consigam permanecer nas suas habitações e com as suas famílias o máximo de tempo possível, com o máximo de autonomia possível. Contudo, existe uma necessidade crescente de acompanhamento e de cuidados a estas pessoas. Estes cuidados podem ser assumidos pelas famílias com quem coabitam, porém, tal pode alterar a maneira de funcionar da família “[...] podendo ocorrer mudanças a nível da individualidade e da autonomia de todos os elementos da família, como também alguns poderão ter a necessidade de alterar ou desistir de alguns projetos de vida, contribuindo tudo isto para modificar a estrutura da família e para criar novas relações entre os seus membros” (Imaginário 2004, citado por Salgueiro & Lopes, 2010, p. 27).

Quando os cuidados prestados ao idoso, na impossibilidade de serem feitos pelos familiares ou outros, informais, são garantidos por cuidadores formais, no contexto domiciliário (em vez de institucional), há que atender a características específicas do contexto que “ditam” atitudes também elas específicas; a habitação e as recordações a ela associadas alcançam, no idoso, uma importância aumentada, verificando-se um aumento da permanência na habitação com a idade; cada móvel ou objeto tem um significado pessoal atribuído pelos membros da família, na qual se inclui o próprio idoso. A forma como o espaço está organizado, a distribuição dos quartos pelos familiares e a localização de cada objeto tem um motivo e um significado; atitude do cuidador no domicílio tem de atender a isto. Freitas *et al.* (2006) referem que a equipe multidisciplinar que se desloca a casa de forma a prestar cuidados ao idoso não deixa de ser uma “visita”, que deve solicitar autorização para entrar, deve respeitar os padrões e

valores, deve dimensionar o espaço (físico e pessoal) que irá utilizar, sem poder ter acesso ao mesmo sem autorização prévia do cuidador (formal).

1.9 O Papel de “cuidador” – De cuidador a cuidador formal

A expressão “cuidados” está intrinsecamente ligada ao verbo “cuidar”, que remete para a ideia de “atenção e olhar ao outro” (Guilligan, 1997 citado por Carvalho, 2010) e implica a concretização de um processo tanto de “prestar” como de “receber cuidados”.

O conceito “cuidado” transpõe-nos para uma valoração negativa, associada à necessidade de cuidar ao mesmo tempo que expressa um valor positivo, que sugere a atenção dedicação ao outro (Moss & Cameron, 2002 citado por Carvalho, 2010).

Até à relativamente pouco tempo dar e receber cuidados envolvia uma determinada necessidade e implicava o desenvolvimento de um processo de socialização, prevenção, proteção de riscos e promoção da autonomia e independência, efetuado por cuidadores dentro da família, sobretudo pelos membros femininos.

Já aqui várias vezes salientamos o facto de que a família é habitualmente aceite e assumida como responsável pelos seus familiares, um “processo natural”, justificado cultural e socialmente (Sousa & Figueiredo, 2004 citado por Carvalho 2010), no qual se inserem os cuidados prestados ao idoso, ou o papel de cuidador principal, e Portugal não é exceção (Escobedo & Fernandez, 2002 citado por Carvalho 2010); quando surgem determinadas necessidades, espera-se apoio recíproco dos seus membros e da sua rede de proximidade.

Segundo Gordilho *et al.* (2000, citado por Colomé *et al.*, 2011, p. 2) define-se como cuidador aquele que, sendo “membro da família ou não, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas atividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas (...)”, sendo, para Freitas *et al.* (2006) uma peça fundamental na prestação de cuidados a idosos, pois representa o elo entre o idoso, a família e a equipe multidisciplinar.

Refletindo primariamente em relação ao tempo de prestação de cuidados, pode fazer-se uma distinção entre cuidadores primários e cuidadores secundários. São denominados cuidadores primários, aqueles que realizam mais de metade do cuidado informal recebido pela pessoa idosa dependente. Este apoio inclui, por exemplo, lides domésticas, preparação de comida, lavagem de roupa, cuidados pessoais, suporte financeiro, transportes, entre outros (Martin,

2005). Os segundos, os cuidadores secundários, são pessoas que não assumem a responsabilidade principal de cuidar do dependente, mas apoiam os cuidados básicos com outras atividades de suporte (Martin, 2005), prestando de alguma forma apoio de retaguarda ao cuidador principal. Este pode ser um membro da família, um amigo, um vizinho...

Para além desta diferenciação é premente realizar uma outra, sugerida por Sommerhalder (2001) que propõe uma divisão entre cuidador formal ou cuidador informal.

Sequeira (2007) explora a prestação de cuidados, relacionando-os com o cuidado em questão. Assim, o cuidado formal (atividade profissional) é essencialmente levada a cabo por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que adquirem esta designação (cuidadores formais), por existir uma preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...). O cuidador formal define-se segundo Sommerhalder (2001), pela prestação de serviços de índole profissional em instituições direcionadas para a prestação de cuidados, enquanto os cuidadores informais poderão ser familiares, amigos, vizinhos, que cuidam do idoso em ambiente familiar. Em contraponto, para Sequeira (2007), o cuidado informal (prestado por cuidadores informais), com a prestação de cuidados executados no domicílio e que maioritariamente são da responsabilidade dos elementos da família, amigos, entre outros, cujo desempenho não é remunerado, podendo a prestação dos cuidados ser de uma forma parcial ou total.

Este presta ajuda física a pessoas com dificuldades na realização das atividades básicas de vida diária (higiene, alimentação, deambulação entre outras). Numa ótica mais alargada os cuidados a idosos envolvem também a colaboração no desenvolvimento das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (aquisição de serviços ou compras, ocupação dos tempos livres, utilização de equipamentos do quotidiano).

Apesar de ser uma tendência que esteja a mudar, atendendo ao número cada vez mais elevado de elementos do sexo masculino a assumirem o papel de cuidadores, Colomé *et al.* (2011) chamam à atenção para o facto do papel de cuidador estar associado à figura feminina, facto que segundo os mesmos se prende com raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. A prática das mulheres em cuidar dos filhos, do próprio marido e da casa levou a que a adaptação à tarefa de cuidar de idosos fosse de certa forma mais facilitada.

Diogo, Ceolim & Cintra (2005, citado por Pimenta *et al.*, 2009) revelam que diversos estudos levados a cabo nos últimos anos indicam que as cuidadoras residem com os idosos, são casadas e, por isso, coadjuvam às suas funções de cuidar, as atividades domésticas, papéis de mãe, esposa, avó, entre outros, gerando um acumular de trabalho em casa, e sobrecarga nos

diversos domínios, da vida, sejam social, físico, emocional, espiritual, entre outros, contribuindo para o seu descuido e comprometimento da sua saúde em geral.

Os cuidadores familiares são assegurados, na globalidade dos casos, por um elemento da rede familiar ou de amigos, associado à proximidade residencial. Quando nos reportamos para a pessoa totalmente dependente, verifica-se que a maioria dos cuidadores vive debaixo do mesmo teto, sendo conjugues ou filhos. Segundo Jani Le Bris (1994), os cuidadores femininos alcançavam 75% e os masculinos 25%.

Os cuidadores femininos são predominantemente esposas (20%), filhas e noras (64.3%). A média de idades fixava-se entre os 45 e 55 anos. As esposas cuidadoras apresentavam idades entre os 64 e 75 anos, muitas delas também incapacitadas, têm a sua vida limitada e associam-se a situações de perda de recursos financeiros e de amigos (Jani Le Bris, 1994; Quaresma, 1996; Sousa & Figueiredo, 2004; Sousa *et al.* 2004, citado por Carvalho, 2010).

Segundo Sousa & Figueiredo (2004 citado por Carvalho 2010), quando realizamos uma análise mais focada ao tipo de pessoas que cuidam de idosos em situação de dependência, verifica-se que os níveis de escolaridade não são superiores ao atual primeiro ciclo do ensino básico. De ressaltar ainda que a maioria do rendimento dos cuidadores advém da pensão de reforma.

Jani Le Bris (1994) num estudo direcionado à responsabilidade familiar sobre idosos, verificou que a maioria dos cuidadores informais inicia a sua função por necessidade, quando confrontados com uma situação de doença/ dependência, sendo muitas vezes encarado como natural, no caso dos (as) esposos (as).

Segundo Caldas (2003, citado por Bocchi 2010) a literatura mostra que os prestadores de cuidados a idosos dependentes experienciam uma diversidade de efeitos adversos reconhecidos, de relevante impacto e que são experienciados por todos os membros da família. Exemplo desse impacto e sobrecarga abrangem as áreas: física, psicológica ou mental, social e financeira, que são afetadas pelos membros de uma família com um idoso doente.

Fonseca (1996, citado por Reis & Ceolim, 2007) alerta para a predominância de mulheres como cuidadoras de idosos em Instituições que segundo os mesmos advém da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho.

A população que desempenha profissionalmente funções de cuidadora de pessoas dependentes, que maioritariamente são idosos, precisa de possuir determinadas competências e qualidades específicas, atendendo a que os idosos dependentes vivem em condições sociais, mentais, físicas e afetivas delicadas, chegando mesmo a quadros de abandono social. As pessoas que trabalham nesta área submetem-se, algumas vezes, a condições extremas de

desgaste não só físico como emocional, sendo portanto, essencial uma boa formação técnica que abranja aspetos teóricos, humanos e éticos (Garbin *et al.* 2008).

Costa (2002) refere que existem atributos como responsabilidade, compromisso, dedicação e envolvimento sincero com o trabalho da instituição e com os utentes, que integram o perfil dos recursos humanos que trabalham nas organizações do terceiro sector.

Num estudo realizado por Barbosa (2009), o qual pretendeu quais os valores mais importantes para ser um bom cuidador foram assinalados por ordem decrescente de nomeação: *paciência, responsabilidade e honestidade*.

A prestação de cuidados ao idoso, transforma-se, frequentemente, numa tarefa difícil e complexa, sendo geradora de sentimentos de angústia, insegurança e desânimo. Além de saber lidar com a doença, o cuidador tem de conviver com a subjetividade associada às relações humanas (Ribeiro *et al.*, 2008).

Colomé *et al.* (2011) descrevem o cuidador formal de idosos como sendo maioritariamente do sexo feminino, casado, na faixa etária entre os 40 e 49 anos e com baixa escolaridade.

Um outro estudo empreendido por Carneiro *et al.* (2009), aponta uma idade média de 38 anos para os cuidadores e de tempo de serviço de aproximadamente 7 anos na função. Segundo estes autores, os cuidadores formais de idosos possuem, em geral, baixa escolaridade, e carência de disponibilização de formação por parte da instituição onde trabalham, considerando esta carência de formação específica como um entrave à qualidade da execução das suas funções de cuidador. Principais dificuldades apontadas no âmbito da referida função são a falta de formação adequada; má remuneração; falta de recursos materiais e falta de conhecimentos específicos, e desmotivação.

Ferreira (2012) sugere, numa investigação levada a cabo num lar de idosos em Portugal, que a principal razão de escolha desta profissão se prende com a necessidade de conseguir emprego, de par com a experiência anterior de cuidado a idosos, como fator motivacional da escolha. Os autores salientam ainda que, quer o nível de escolaridade, quer a formação profissional dos cuidadores serão aspetos a ter em consideração num perfil de cuidador, uma vez que podem influenciar a realização atividades específicas, tais como: auxílio na medicação, acompanhamento a consultas, capacidade de receber e transmitir orientações médicas. Ainda segundo o mesmo estudo (Ferreira, 2012), a maioria dos cuidadores formais não possuem formação prévia específica, representando a instituição onde trabalham a primeira experiência profissional como cuidadores formais de idosos e sendo ela também quem lhes disponibiliza formação contínua na área. Em relação aos aspetos que proporcionam maior satisfação nas atividades desempenhadas, o global das atividades é potenciador de satisfação, não

conseguindo identificar um ponto-chave de satisfação. Principais dificuldades sentidas prendem-se com a dificuldade de compreensão do idoso, dificuldade emocional (morte do idoso), falta de tempo e sobrecarga de trabalho (ainda que este último seja menos referido pelo grupo). A maior parte dos cuidadores assumiram que contam com a colaboração dos pares para realizar as atividades na instituição, essencialmente nas situações que envolvem maior esforço físico.

O trabalho em equipa e a colaboração entre os cuidadores será por isso um aspeto a não descurar, na organização das atividades dos cuidadores, atendendo a que este é especialmente importante quando as tarefas envolvem esforço físico.

Apesar da definição genérica da função “cuidadores formais”, os papéis a desempenhar por estes, nas respetivas instituições, estão normalmente distribuídos por diversas categorias profissionais.

A vida familiar do cuidador informal é outra área afetada pelo âmbito do exercício da função (Kawasaki & Diogo, 2001), uma vez que a tarefa de cuidador implica uma reorganização das tarefas quotidianas, passando a focar-se na pessoa de quem cuidam. Aspetos como mudança no exercício de papéis, diminuição do tempo de relacionamento com os amigos, solidão, sobrecarga e frustração por não conseguir colocar em prática os seus projetos de vida, fazem com que muitos cuidadores informais/familiares necessitem de ajuda e, como tal, o cuidador formal assume-se como figura relevante de assistente do idoso em regime de apoio domiciliário.

1.10 Características do perfil de cuidador

A forma como o cuidador observa o idoso e o envelhecimento condiciona inevitavelmente a sua forma de atuação e postura perante este.

Ebersole (1998 citado por Reis & Ceolim 2007) refere sete mitos associados à pessoa idosa, segundo os quais a maioria dos idosos são senis ou doentes; não são tão produtivos quanto os jovens; a maior parte é doente e precisa de ajuda para suas atividades quotidianas; mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar; e finalmente que todos os idosos se assemelham e que todos estão isolados e sofrem de solidão.

Estes mitos estão ligados ao desconhecimento do processo de envelhecer, assim, um perfil de cuidador deveria, além de características pessoais ou motivação específica, incluir conhecimentos sobre a área funcional e representações sobre a velhice e os idosos que no

pactuem com estes estereótipos limitadores de uma prestação de cuidados para uma vida com qualidade, no idoso.

Num estudo de Reis & Ceolim de 2007, são evidenciados aspetos da velhice positivos que, fazendo parte das representações dos cuidadores a este respeito contribuirão para uma prestação de cuidados de maior qualidade (experiência de vida acumulada, que transmite ensinamento, respeito e dignidade). Desvalorizações deste estágio com impacto negativo nos cuidados são as que relacionam a velhice com dificuldades causadas pelo comprometimento de algumas funções do organismo, com o surgimento de doenças, dores e a necessidade de ajuda psicológica. Segundo o mesmo estudo, muitos cuidadores apresentam representações sobre o idoso como bonito, carinhoso, doce, sábio, interessante, com senso de oportunidade, humilde e conformado. No entanto, muitos atribuíram ao idoso características como destrutivo, inseguro, fraco, crítico e intrometido.

Imagens do idoso que sustentam o estereótipo do *coitadinho* podem levar os cuidadores a uma atitude/prestação de cuidados que desfavoreçam a independência e autonomia, uma vez que esta imagem desencadeia nos cuidadores a necessidade de substituir o idoso nas suas tarefas. Na prática da prestação de cuidados, as representações de vitimização e infantilização das pessoas idosas, aparecem no próprio discurso que o cuidador utiliza com os idosos de quem cuida, ao dirigir-se-lhes, com uso de expressões infantis ou a utilização de diminutivos constantes (Reis & Ceolim, 2007).

Recorrentemente o recurso a expressões tidas como infantis refletem o carinho e proximidade que é desenvolvida no contacto prolongado com a pessoa idosa, sendo paralelamente uma forma de estabelecer um contacto de maior proximidade e familiaridade. Esta relação pode no entanto ser mal interpretada por investigadores que se dedicam ao estudo do cuidado a pessoas idosas por cuidadores formais. Apesar destas *boas intenções*, as mesmas não devem nem podem justificar o excesso de intimidade e tentativas de fazer escolhas e agir em lugar do idoso, pois as mesmas atitudes fazem refém a autonomia e privacidade da pessoa idosa.

No seguimento do desenvolvimento da ideia de um “perfil de cuidador” e dos estudos e autores apontarem como característica fundamental a motivação para esse tipo de função e atividades, como garante de qualidade do desempenho e satisfação do utente, é necessário refletir um pouco sobre aspetos motivacionais envolvidos.

1.11. Satisfação/ motivação no trabalho

Independentemente da forma como seja encarado, como uma utilidade, necessidade, obrigação ou fonte de satisfação, o trabalho assume uma dimensão fundamental da vida das sociedades modernas.

A sua centralidade deriva não apenas do impacto que tem, quer no comportamento dos trabalhadores quer no funcionamento das organizações nas quais eles estão inseridos.

A satisfação no trabalho tem tido, desde o início do século XX até à atualidade, um nítido e sistemático interesse na perspetiva de mudança do desenho do trabalho (Klijn, 1998, citado por Martinez & Paraguay, 2003).

Segundo Clark (1997, citado por Dias 2009) reportando-se a um texto de Argyle de 1997, sugere que a satisfação no trabalho é um dos três mais importantes preditores do bem-estar, a par do casamento e da satisfação com a família.

A satisfação no trabalho tem sido longamente estudada, através de diferentes perspetivas. Como seria expectável, a forma como a mesma é encarada depende estreitamente da forma como é observada, levando conseqüentemente a que a tónica seja colocada em diferentes aspectos e determinantes da variável.

Freeman (1978, citado por Couto, 2012) apresenta a sua ótica enquanto economista, referindo que a satisfação no trabalho se prende essencialmente como um problema de salários, eficiência e indicadores macro e microeconómicos. Sociólogos como Tuch e Martin (1991, citado por Bozeman & Gaughan, 2011) investigam a satisfação no trabalho essencialmente nas diferenças de género, raça e posição social.

Couto (2012) lembra que, na área da psicologia o tema tem sido estudado quer por conselheiros vocacionais, quer por estudiosos de psicologia organizacional, apesar de os interesses serem diferentes. No caso da psicologia vocacional, ou de carreira, a ênfase é colocada nos resultados pessoais, tendo a satisfação dos indivíduos no trabalho, como um todo, ou como um aspeto de ajustamento dos indivíduos ao trabalho. A psicologia organizacional, por outro lado, tem focado a sua preocupação nas potenciais conseqüências da satisfação na organização, tais como a produtividade, a seleção, a rotatividade e o absentismo (Lent & Brown, 2006, citado por Couto, 2012).

Considerando que os primeiros trabalhos acerca deste tema foram desenvolvidos no âmbito da Psicologia, salientamos aqui a definição considerada como uma referência clássica, apresentada por Locke “*a pleasurable or positive emotional state resulting from the appraisal of one’s job or job experiences*” (Locke, 1976, citado por Dias, 2009).

A diferença entre motivação e satisfação é claramente assinalada por Steuer (1989 citado por Martinez & Paraguay 2003), ao dizer que motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade enquanto a satisfação expressa a sensação de preenchimento dessa necessidade. O foco passa então a ser colocado nas atitudes dos trabalhadores: a percepção que eles têm relativamente à sua situação laboral influencia a forma como reagem ao trabalho – “*workers have minds*” (Locke, 1976).

Salanova, Hontagas & Peiró (1996) definem motivação como sendo “uma ação dirigida a objetivos, autorregulada, biológica ou cognitivamente, persistente no tempo e acionada por um conjunto de necessidades, emoções, valores, metas e expectativas”.

Mezomo (2001) refere que a grande diferenciação entre as organizações está cada vez mais centrada na qualidade pessoal e no desempenho profissional dos seus recursos humanos, o que leva a que as organizações redescubram o sentido do trabalho das pessoas, apercebendo-se que o seu desempenho não depende apenas do valor do salário que auferem.

O mesmo autor reforça ainda que as pessoas estão dispostas a vender o seu tempo e a sua produção, mas a sua lealdade, a sua dedicação e a sua responsabilidade solidária têm outro preço: o reconhecimento, a delegação de autoridade, a formação contínua, o conhecimento da missão da organização, dos seus valores, objetivos e metas, o ambiente organizacional adequado e o sentimento de liberdade e propriedade criado pelo estímulo da criatividade inovadora.

Saber as razões das diferenças individuais que evidenciam as preferências e os interesses de cada pessoa é um dos principais aspetos que estimula a curiosidade humana. Porque optamos por um determinado trabalho em detrimento de outro, que consideramos muito mais atrativo? Esta opção e seleção torna-se ainda mais premente quando falamos na conduta organizacional e nos motivos que levam os colaboradores a desenvolverem com maior dedicação e interesse uma determinada tarefa.

1.11.1 Ser Cuidador: escolha ou casualidade?

Percebemos no decorrer do ponto anterior que o trabalho, como um dos principais componentes da vida, é regulado por diversas fontes de motivação, sendo que estas se coadunam de uma forma mais ou menos eficaz para a satisfação no trabalho.

Como vimos anteriormente, a literatura é bastante extensa quanto aos fatores que levam os cuidadores informais a colaborar com o idoso na satisfação das suas necessidades diárias, sendo a mesma menos exaustiva no que diz respeito a perceber o que motiva os cuidadores formais para exercerem esta profissão.

Colomé *et al.* (2011) após questionarem os motivos que levaram um grupo de cuidadores que trabalham numa ILPI (*Instituição de Longa Permanência*), no Brasil, perceberam que a quase totalidade escolheu este trabalho motivado pelo respeito ao idoso, pelo desejo de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas.

Numa outra investigação de Ribeiro *et al.* (2008) os cuidadores afirmam sentir satisfação quando os cuidados prestados ao idoso são benéficos, ainda que isso represente esforço físico e psíquico.

Os cuidadores formais, que desempenham funções em instituições para idosos, vivenciam a sua profissão tendo por referência experiências anteriores, quer ao nível da motivação, quer da preparação para a profissão, quer das características individuais. De acordo com Carvalho *et al.* (2006) a resiliência é uma característica de exceção importância para avaliar os níveis de *Burnout* nos cuidadores formais de idosos. Verificou-se que os cuidadores que apresentavam baixos níveis de resiliência sofriam mais esgotamento e atitudes de indiferença no seu trabalho. Opostamente, os cuidadores que apresentavam níveis mais elevados de resiliência possuem um maior *Engagement* diminuindo assim a sua vulnerabilidade em situação de risco laboral, como por exemplo, o surgimento da síndrome de *Burnout*.

Para Ferreira (2012), o principal motor da motivação entre os cuidadores formais de idosos está essencialmente relacionado com a possibilidade de prestar cuidados a quem precisa. Foi ainda mencionada a possibilidade de adquirir novas aprendizagens (desenvolvimento de competências e habilidades) como fator motivacional.

Relembrando aqui Herzberg (1959) e a sua Teoria dos Dois Fatores, que considera, no que concerne a motivação no trabalho e respetiva satisfação, a existência de fatores que apenas garantem a não existência de insatisfação, com a sua presença no contexto de trabalho (fatores de contexto organizacional, “higiênicos”) e outros que provocam verdadeira satisfação, quando presentes na mesma situação (fatores de conteúdo, “de satisfação”), podemos dizer

que identificamos nos trabalhos de autor apresentados neste ponto, fatores de satisfação ou de motivação, segundo Herzberg (1959), principalmente, considerados como os mais relevantes para a motivação/satisfação dos cuidadores investigados, no exercício da respetiva profissão; mas tal não significa a ausência de outros, do tipo “higiénicos” segundo o mesmo autor, que nos trabalhos apresentados também surgem como motivadores ou produzindo verdadeira satisfação, entre cuidadores.

Resumindo, haverá, um conjunto de fatores, uns de âmbito de conteúdo, outros de âmbito de contexto, que constituem motivação para a função de cuidador e que, estando presentes, produzem satisfação no exercício da função de cuidador.

Estes deverão ser atendidos, se houver preocupação em explorar a possibilidade de um “perfil de cuidador”.

II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente capítulo desta dissertação apresenta as opções metodológicas que constituíram a base da investigação desenvolvida.

Hill & Hill (2002) definem investigação empírica como sendo uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno que está a ser estudado, aplicável quer às ciências sociais quer às naturais, ou seja, as observações deste tipo de investigação podem ser utilizadas como explicações ou teorias mais adequadas.

De forma sintética pode dizer-se que a abordagem metodológica escolhida para este estudo é globalmente quantitativa, combinando, numa metodologia de estudo de caso, análise documental com procedimentos estatísticos de tratamento de dados recolhidos através de questionário, num estudo cuja finalidade é traçar o perfil da população que trabalha com a população geronte, numa IPSS do concelho de Monção. A intenção é de poder contribuir, com os resultados da investigação, para práticas de gestão em IPSS que contemplem exigências específicas ao nível de um perfil de cuidador a recrutar, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados.

2.1 Pertinência do estudo

O acentuado envelhecimento populacional, descrito na revisão bibliográfica, leva a um despoletar de questões e dúvidas, envolvendo a população que é de alguma forma afetada por este envelhecimento. O aumento da esperança média de vida e do número de dependentes são duas consequências diretas do envelhecimento demográfico, o que exige da sociedade uma maior e melhor coordenação nos cuidados gerontológicos.

O enquadramento apresentado destaca por um lado, o aumento do interesse pelo conhecimento aprofundado população mais envelhecida, no sentido da compreensão e da análise desta população nos mais diversos aspetos e, por outro, o número reduzido de estudos com foco nos cuidadores formais de idosos em Portugal. Tal destaque justifica plenamente um estudo centrado na tentativa de definição de um perfil para o profissional que cuida dos idosos, em instituições de prestação de cuidados a idosos. Esta população, os prestadores formais deste tipo de cuidados, deve ser alvo de atenção cada vez maior, no sentido de que constitui uma população cujo recrutamento requer um esforço/investimento para providenciar escolhas adequadas, isto é, profissionais que respondam com qualidade às

exigências da prestação de cuidados formais. Uma escolha adequada de candidatos à função de cuidador/a requer, por um lado, conhecimento das características/competências/motivações para o adequado desempenho de uma tal função, para, por outro, conduzir o processo de escolha (recrutamento) segundo esse mesmo conhecimento prévio, pois a literatura aponta, como vimos, para a necessidade de, no exercício da função de cuidador, se possuir determinadas características e motivações que permitam um desempenho adequado, i.e., que garanta satisfação dos utentes e familiares e qualidade de vida de quem recebe esses cuidados.

2.2 Questão da investigação

Os objetivos de um estudo são definidos como o enunciado daquilo que se espera alcançar com a realização de determinadas ações, as quais denominamos de projeto (Ander-Egg, 1986, citado por Serrano, 2008).

Segundo Fortin (1999) o objetivo de um estudo indica o porquê da realização do estudo, enunciando claramente o que se tem intenção de fazer.

Com a delimitação dos objetivos pretende-se essencialmente responder a questões como “para quê?” e “para quem?”, devendo ser racionais, relevantes, concretos, realistas, inequívocos e mensuráveis.

Esta investigação foi desenvolvida tendo como principal finalidade definir, num contexto específico, o perfil do cuidador formal e os principais motivos para o exercício da função.

Em termos mais específicos, pretendeu-se:

- Caracterizar “o cuidador formal”, na realidade/contexto em que se insere o investigador;
- Apresentar resultados/conclusões que possam por um lado, permitir a quem gere instituições de prestação de cuidados, ter informação orientadora de recrutamento e, por outro, constituir uma base para futuras investigações que permitam generalizar resultados ao panorama nacional;
- Resumindo, a investigação apresentada propôs-se traçar o perfil dos profissionais que trabalham com idosos através de um estudo de caso exploratório, numa instituição do concelho de Monção, o CENSO (Centro Social, Cultural e Recreativo das freguesias de Messegães, Valadares e Sá). A escolha da instituição prendeu-se com a facilidade de

acesso à mesma e com a disponibilidade dos dirigentes e técnicos em colaborar no estudo.

2.3 Contextualização do estudo

Os fenómenos da pós-modernidade revolucionaram a gestão do tempo e das actividades quotidianas da maioria das pessoas; a educação das crianças e jovens, o cuidado prestado a doentes, o acompanhamento dos idosos ou de pessoas desfavorecidas são exemplos de práticas cada vez mais institucionalizadas. A “via-sacra” da institucionalização passa, sucessivamente, pelas seguintes etapas: berçário, infantário, pré-escola, escola, universidade e, mais tarde, lar de idosos. (Pereira, 2012).

A reflexão de Pereira (2012) mostra-nos uma sociedade com fácil acesso aos serviços e informação, um acesso fomentado por todos na tentativa de permitir que inúmeras instituições possam substituir as estruturas que tradicionalmente assumiam funções educativas ou o papel de cuidar, como era o caso da família.

É com base na problemática da institucionalização e respectivas repercussões na velhice que surgiu a necessidade de perceber quem cuida dos nossos idosos, questão que baseia o presente estudo.

Dias (2005, p. 219) escreve “A problemática do envelhecimento das sociedades europeias reveste-se de várias dimensões e paradoxos. O aumento da longevidade, a par da capacidade para controlarmos a reprodução, veio colocar o problema do envelhecimento da população, em certas regiões do mundo, no centro da agenda política e científica.”

Simões (2006), citando como fonte o I.N.E., lembra que a esperança média de vida à nascença era, no nosso país, em 1960 de 60,7 anos para os homens e de 66,4 anos para as mulheres.

De acordo com os dados publicados pelo I.N.E., a esperança média de vida à nascença era, no triénio 2009/2011, de 79,45 anos (média para ambos os sexos), sendo de 76,43 para os homens e de 82,30 para as mulheres.

Num relatório publicado pela OCDE (2013), Portugal surge acima da média comunitária, em 16º lugar, com uma esperança média de vida à nascença de 82,6 anos para as mulheres e de 76,5 para os homens.

Segundo dados cedidos pelo Centro Distrital da Segurança Social, IP referentes ao ano de 2011, a população nacional totalizava nesse ano 10 561 614 pessoas, estando 3 689 609 delas a residir na região norte do país, 244 836 das quais na região do Minho-Lima. A realidade nacional do mesmo estudo demográfico mostra um país em processo de transformação

demográfica, representando a população jovem (0 aos 14 anos) um total de 1 572 546 pessoas, a população ativa (15 aos 64 anos), 6 966 564 pessoas, tendo 2 022 504 pessoas da população mais de 65 anos.

Se afunilarmos os mesmos dados e observarmos com maior atenção a realidade do norte de Portugal, vemos que 3 689 609 pessoas têm entre 0 e 14 anos, 2 497 554 têm entre 15 e 65 anos e 634 756 têm mais de 65 anos.

Quando nos circunscrevemos ao distrito de Viana do Castelo, os dados revelam que 32 519 pessoas têm entre 0 e 14 anos, 155 486 têm entre 15 e 64 anos e 56 831 têm 65 ou mais anos. Percebe-se que a realidade distrital é coincidente com o comportamento demográfico do resto do país, com uma população idosa (65 ou mais anos) que supera largamente a população jovem (0 a 14 anos), representando a população ativa a maior parte da pirâmide etária.

É de ressaltar ainda, com base no mesmo estudo, um maior índice de envelhecimento na região do Minho-Lima, com um valor que se fixa nos 174,8%, em contraste com os 113,9% da região norte e os 128,6% a nível nacional, associado a um maior índice de dependência de idosos: 36,6% no distrito de Viana do Castelo contra os 25,4% da região norte e 29,0% a nível nacional.

Percebe-se assim que, além de um maior número de pessoas idosas, o distrito de Viana do Castelo detém igualmente uma maior taxa de dependência dos mais velhos, quando comparado com a realidade nacional, o que se reflete numa maior necessidade de serviços de apoio a esta população.

Tal como já foi referido anteriormente nesta dissertação o estudo será realizado numa IPSS de prestação de serviços a idosos que funciona no distrito de Viana do Castelo, nomeadamente nos concelhos de Monção e Melgaço. Se nos centramos nos dados demográficos referentes a estes dois concelhos, percebemos que, apesar de ambos serem concelhos do interior norte do distrito e de ambos apresentarem elevados níveis de envelhecimento, a realidade demográfica é bastante heterogénea, pelo que se optou por fazer a sua descrição individualmente. Começamos então pelo concelho de Monção, que detinha, em 2011, um total de 19 230 residentes, distribuídos etariamente da seguinte forma: 2 081 (0 a 14 anos); 11731 (15 a 64 anos) e 5418 (mais de 65 anos), representando o índice de envelhecimento 261,0%, com um grau de dependência da população idosa de 46,4%.

Olhando agora para o concelho de Melgaço, este apresenta menor número de residentes, 9 213, subdivididos pelas seguintes classes etárias, de acordo com o número de pessoas: 821 (0 a 14 anos); 5 016 (15 a 64 anos) e 3376 (mais de 65 anos), com um índice de envelhecimento de 412,7%, com um grau de dependência da população idosa de 67,7%.

Importa ainda referir que, em ambos os concelhos, a taxa de mortalidade é mais elevada do que a média nacional, fixando-se em Monção nos 15,2% e em Melgaço nos 18,3%, em contraste com a realidade nacional que se situa nos 10% e a distrital que, apesar de ser mais elevada do que a observada no coletivo nacional, ainda assim é inferior à dos dois concelhos, 11,8%. Melgaço apresenta a maior taxa de mortalidade distrital, seguido pelos Arcos de Valdevez e depois por Monção; estes são, pela mesma ordem, os concelhos mais envelhecidos do distrito.

2.4 Envelhecimento demográfico e respostas sociais em Monção e Melgaço

A elevada representatividade da população idosa em Portugal, bem como as inúmeras alterações sociais e culturais a que a sociedade portuguesa tem assistido nos últimos anos, levaram à emergência de inúmeras estruturas de apoio a idosos e a famílias cuidadoras de idosos. A instituição em que se desenvolveu o estudo dispõe de três respostas sociais para a população sénior, sendo elas o Centro de Dia (CD), o Centro de Convívio (CC) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), adiante representadas apenas pelas respetivas siglas.

De forma a conhecer melhor a realidade destas três respostas sociais nos concelhos envolventes à instituição, segue-se uma descrição sucinta do alcance de cada uma delas, contrapondo a realidade dos dois concelhos face a cada uma das respostas sociais.

A Segurança Social (SS) concertou acordos de cooperação com três instituições de Monção e duas de Melgaço para a prestação de serviços através da resposta social de CD, possibilitando assim o apoio direto a 39 idosos em Monção e 30 em Melgaço, totalizando, respetivamente, 62 e 35 idosos apoiados dentro e fora do acordo com o centro distrital da SS. A taxa de cobertura desta resposta é de 1.14% em Monção e de 1.03% em Melgaço, ambas abaixo da taxa de cobertura distrital que é de 2.11%.

Para CC apenas existem duas instituições, uma em cada um dos concelhos, com protocolo com a Segurança Social, estando a beneficiar de CC 15 idosos em Monção (todos eles sob o protocolo de concertação com a SS) e 60 idosos em Melgaço, 55 deles sob o mesmo protocolo.

Monção possui um total de cinco instituições protocoladas com a SS, para a prestação de serviços, através da resposta social de SAD a idosos, apresentando Melgaço quatro em situação semelhante; são apoiados através deste acordo 149 pessoas em Monção e 146 em Melgaço, estando as instituições do concelho a dar resposta a 160 e 186 pessoas,

respectivamente. A taxa de cobertura da resposta social é de 2.94% em Monção e de 5.48% em Melgaço, fixando-se a taxa de cobertura distrital em 3.84%.

2.5 A Instituição CENSO

O CENSO – Centro Social, Cultural e Recreativo das freguesias de Messegães, Valadares e Sá foi fundado em 31 de Março de 1992, para satisfazer as necessidades da comunidade envolvente, tendo posteriormente alargado a intervenção para fora da aldeia e do concelho.

A instituição intervém junto da população mais vulnerável, nomeadamente idosos e famílias carenciadas, fazendo também promoção da infância, numa perspetiva de integração social.

Na fundação do CENSO, esteve um grupo de pais que se associaram para solucionar o problema do transporte escolar, evoluindo depois no seu âmbito de atuação, o que levou a que em 29 de Setembro de 1999 a instituição alcançasse o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), registada sob o nº 92/99, fls. 178 verso e 179, do Livro nº 7, das Associações de Solidariedade Social. Além do transporte escolar, inicialmente o CENSO tinha também, como objetivo, o desenvolvimento de atividades de índole cultural e recreativa.

A resposta social do Centro de Convívio, constituída em 01/10/2001, veio garantir a continuidade das atividades referidas de uma forma diária, regular e contínua, permitindo, ao mesmo tempo, o alargamento a outras iniciativas, iniciando-se um apoio informal à escola CEB de Valadares através da realização de atividades de ocupação de tempos livres como natação, cinema, pintura e aulas de inglês, que viria a transformar-se num CATL, no ano seguinte.

Em 03/04/2006 foi constituído o Serviço de Apoio Domiciliário, que presta serviços de alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional e tratamento de roupa no domicílio dos utentes, apoio psicossocial, terapia ocupacional e acompanhamento ao exterior.

Em Abril de 2005, o CENSO assinou o Protocolo de Cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Viana, para acompanhamento dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção, protocolo que atualmente abrange os concelhos de Monção e Melgaço.

Em 13 de Outubro de 2008, foi estabelecido o Protocolo de Pareceria entre o CENSO e a Câmara Municipal de Monção para a criação da Universidade Sénior de Monção, membro da RUTIS (Rede de Universidades da Terceira Idade).

A 25 de Fevereiro de 2011 foi estabelecido um protocolo com o Alto Comissariado da Saúde para o desenvolvimento, de um projeto “Saúde em Movimento”, que possibilitou a criação de uma sala de Terapia Ocupacional/ Reabilitação Geriátrica e, paralelamente, a prestação de

cuidados de enfermagem, terapia ocupacional e consulta gerontológica no domicílio, por uma equipe multidisciplinar.

Em Junho de 2013 foi realizado um protocolo de colaboração com a Fundação EDP para o desenvolvimento do “*Projeto 5 Estrelas*”. Este prevê a criação de cinco serviços distintos e abertos à comunidade (*fada-do-lar, marmita solidária, brilho automóvel, SOS bricolage e brilho automóvel*).

Para além destas iniciativas, foram ainda realizadas candidaturas ao Programa Ser Criança do ISS, IP, que decorreu entre Janeiro de 2004 a Dezembro de 2006, bem como, outro programa no âmbito do POEFDS tipologias 5.1.2.1. e 5.1.2.2. que decorreu de Setembro de 2005 a Dezembro 2007. Estes projetos foram direcionados para a intervenção social, no âmbito de famílias e jovens em situação de vulnerabilidade social, ao nível do emprego, social e educação. São ainda desenvolvidos, anualmente, seminários e espaços de debate³.

O CENSO encontra-se atualmente a implementar o sistema de gestão da qualidade, através dos manuais de qualidade da segurança social.

A Instituição celebrou com o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Viana do Castelo os Acordos Típicos de Cooperação para ter atualmente em funcionamento: C.A.T.L., Centro de Dia, Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário, sendo prestados todos os serviços inerentes a cada uma das referidas respostas sociais.

Em função de outros protocolos estabelecidos, existem ainda uma Universidade Sénior, equipa de rendimento social de inserção, fornecimento de refeições para outras entidades de utilidade pública, transportes escolares, banco de recursos/ajudas técnicas; projeto “Saúde em Movimento”.

2.6 Metodologia

2.6.1 Estudo de caso

De acordo com os objetivos propostos e de forma a poder dar resposta às questões de investigação colocadas, optou-se por uma metodologia que combina abordagem quantitativa e qualitativa, através de um estudo de caso exploratório. O estudo de caso representa uma das

³ “Violência Doméstica”; “Mulheres e Igualdade de Oportunidades”, “Envelhecimento, Longevidade e Qualidade de Vida na Terceira Idade”; “Políticas de Gestão e Qualidade no Terceiro Sector”. “Vulnerabilidades na Inclusão”, “Perspectivando Soluções na Construção de Novos Futuros”.

formas mais comuns de realizar investigação em Ciências Sociais, permitindo combinar metodologias, fontes e instrumentos para uma compreensão de um fenómeno em profundidade.

Bell (1989) argumenta, a propósito das metodologias utilizadas no âmbito do estudo de caso, que este representa uma designação “guarda-chuva” para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre fatores e eventos. Fidel (1992), no entanto, descreve o estudo de caso como sendo específico de pesquisa de campo, que o mesmo define como investigações de fenómenos a decorrer sem qualquer interferência significativa do investigador. Os autores concordam, nos seus argumentos, quanto ao estudo de caso ter como objetivo principal compreender um determinado processo ou acontecimento e desenvolver, concomitantemente, teorias mais genéricas a respeito dos aspetos característicos de um determinado fenómeno observado.

Reforçando algumas noções sobre o conceito, Hartley (1998) argumenta que o estudo de caso consiste numa investigação detalhada, de uma ou mais instituições/organizações, ou de grupos específicos dentro de uma delas, objetivando a análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo. Este fenómeno, ou situação em estudo, não pode, segundo o mesmo autor, estar isolado do seu contexto e dos processos que, de uma forma mais ou menos determinante, influenciam o processo em estudo, uma vez que o objetivo do investigador advém da compreensão entre o fenómeno e o seu contexto. Segundo esta perspectiva, a abordagem do estudo de caso não é um método propriamente dito, mas antes uma estratégia de pesquisa.

Yin (2010) refere a múltipla aplicabilidade do estudo de caso, reforçando a sua pertinência no estudo exploratório da Ciência Política, da Administração Pública, Sociologia e Psicologia Comunitária, Estudos Organizacionais e de Gestão, Planeamento Regional e Municipal e supervisão de dissertações e teses nas Ciências Sociais.

O mesmo autor subdivide esta metodologia de trabalho em *estudo de caso descritivo*, *estudo de caso exploratório* e *estudo de caso jornalístico*; a escolha entre uma destas estratégias, em investigação, prende-se com a) o tipo de questão de pesquisa proposto; b) a extensão de controlo que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais efetivos; c) o grau de evidência de acontecimentos históricos em oposição a acontecimentos contemporâneos.

Léssard-Hébert *et al.* (1994), Yin (2010), Bogdan & Bilken (1994), Punch (1998), diferenciam o estudo de caso em: estudo de caso único e estudo de caso múltiplo. Yin (2010) ainda detalha mais a tipologia, em global e inclusivo, tanto para os estudos de caso tanto únicos como múltiplos. O estudo de caso único foi o formato pelo qual esta investigação optou; é uma

investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, especialmente quando os limites entre esse fenómeno e a envolvente contextual não estão devidamente definidos. A recolha de dados e as estratégias para a análise de dados nesta abordagem metodológica têm em atenção que nem sempre é possível realizar uma clara distinção entre o fenómeno e o contexto real; assim, a investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única, na qual estão envolvidas muitas mais variáveis de interesse; do ponto de vista dos dados, baseia-se em várias fontes de evidência, sendo importante a triangulação de dados e o desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a recolha e o tratamento dos dados.

Trauth & O'Connor (2000), citados por Moresi (2003), salientam a aplicabilidade do estudo de caso único a um fenómeno observado em contexto naturalista, bem como a possibilidade de realizar a recolha de dados através de diferentes métodos e de analisar diversas unidades (grupos, organizações); permite investigar com profundidade a complexidade da unidade, não sendo utilizados controlos experimentais ou manipulações. O investigador não necessita de definir, previamente, as variáveis dependentes e independentes; os resultados estão dependentes, de forma circunstancial, do grau de capacidade de integração do investigador; podem ser realizadas alterações na seleção do caso ou dos métodos de recolha dos dados à medida que o investigador traça novas hipóteses.

A presente investigação respeitou a metodologia e beneficiou da relativa flexibilidade metodológica, no desenrolar da investigação, que o estudo de caso único, tal como acabado de descrever, permite.

Uma outra característica integralmente associada ao método é o interesse da pesquisa com questões "como" e "por que", focadas em acontecimentos presentes.

2.6.2 População e amostra

A amostra do estudo é constituída pela totalidade dos cuidadores formais a trabalhar no CENSO (13 cuidadores).

2.6.3 Instrumentos

Optou-se pela recolha de dados através de questionário que, embora sendo um instrumento frequentemente utilizado nos estudos descritivos (Fortin, 1999), se adequa a este estudo

exploratório, visto ser um método que permite a recolha de grande quantidade de informação pertinente para reflexão e análise (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Aplicou-se o questionário presencialmente, uma vez que isso possibilita o contacto direto entre inquirido e investigador, permitindo clarificar informações que possam apresentar dúvidas.

A investigação estruturada requer a construção do questionário orientada em função dos objetivos do estudo. Sendo um processo executado pelo investigador, necessita também de um processo de validação que passa pela elaboração do questionário e pela sua aplicação prática em pré-teste.

A construção do instrumento utilizado teve em consideração as seguintes áreas de informação/categorias:

- Caracterização individual do cuidador e do seu contexto sociodemográfico;
- Formação na área da gerontologia/ geriatria;
- Percorso escolar dos cuidadores formais;
- Valorização da formação;
- Percorso profissional anterior;
- Execução da função/tarefas;
- Atividades mais prazerosas e menos prazerosas no desenvolvimento da função de cuidador;
- Forma como o cuidador vê o idoso;
- Dificuldades vividas pelos cuidadores no exercício da sua profissão;
- Fatores de motivação e satisfação no contexto e conteúdo da função de cuidador;
- Grau de satisfação dos cuidadores;
- Responsabilidade da instituição nessa satisfação.

O questionário foi subdividido, de acordo com as áreas de informação previamente identificadas, por 5 categorias (Identificação; Agregado Familiar; Percorso Escolar/Académico; Percorso Profissional; Conceções).

2.6.4 Procedimento

Terminada a construção do questionário e após permissão por parte da direção da Instituição de o aplicar aos cuidadores formais, foi comunicado ao coletivo a índole do projeto, objetivos, direitos e privacidade. Foi ainda salientada e ressalvada a confidencialidade de todas as

respostas. Atendendo a que todas as colaboradoras interpeladas manifestaram concordância em contribuir para a realização deste estudo, foi agendado com cada uma o momento para a aplicação do questionário.

Houve alguma dificuldade por parte dos inquiridos em responder a certas questões, com receio de expor a condição de alguns idosos, quebrando o sigilo profissional, aspeto que foi ultrapassado com o reforço contínuo do sigilo e da estrita utilização das informações para a produção de trabalho científico, sendo portanto, a informação tratada com os devidos cuidados.

Foi ainda necessários reformular verbalmente algumas questões com alguns dos inquiridos para possibilitar a sua compreensão.

Apesar destas limitações, considera-se que na globalidade o processo decorreu de forma adequada para os 13 questionários, sujeitos a tratamento na totalidade.

No que toca a garantia de privacidade, procedeu-se desde logo à garantia de anonimato dos inquiridos, à apresentação dos objetivos do estudo a todos os envolvidos, sendo comunicado a todos os cuidadores que o conteúdo dos questionários apenas teria finalidades académicas e de natureza científica.

2.6.5 Tratamento de dados

Para tratamento dos dados recorreu-se a análises descritivas e inferenciais disponíveis no programa *IBM SPSS 19*, no sentido de tornar a informação mais facilmente perceptível e ilustrativa da realidade; as respostas às perguntas abertas foram tratadas qualitativamente e agrupadas em categorias decorrentes dos objetivos das questões.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com base nas categorias e subcategorias de informação visadas pelo questionário, apresenta-se agora a análise dos resultados; lembramos que a informação recolhida incidiu sobre cinco temas: Identificação; Agregado Familiar; Percurso Escolar/Académico; Percurso Profissional; Concepções sobre velhice e sobre qualidades e perceção destes profissionais sobre as suas qualidades e competências.

À apresentação acresce uma interpretação e análise dos resultados obtidos, que recorre à fundamentação teórica apresentada no primeiro capítulo mas apresenta também um visão interpretativa pessoal que resulta da lógica de investigação descrita anteriormente.

3.1 Identificação

O grupo de cuidadoras formais é composto unicamente por elementos do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa e residentes numa área próxima da instituição (a distância média ao local de trabalho é inferior a 2,5 Km), existindo apenas duas pessoas a morar a mais de 3 Km de distância, mais especificamente a 10km e 9km de distância.

3.1.1 Idade das colaboradoras

Como podemos observar pelo gráfico 1, o grupo etário com maior número de colaboradoras é o dos 40-50 anos. O valor mínimo das idades é de 27 anos, o máximo é de 60 anos e a média das idades é aproximadamente de 48 anos.

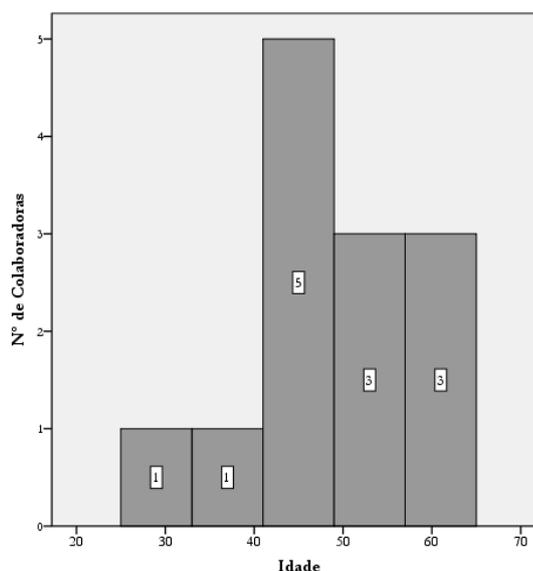


Gráfico 1: Frequência absoluta das idades das colaboradoras da instituição.

3.1.2 Estado civil

O gráfico 2 apresenta a caracterização da amostra quanto ao seu estado civil: a maioria das colaboradoras (aproximadamente 70%) é casada, estando as divorciadas e viúvas em idêntica proporção.

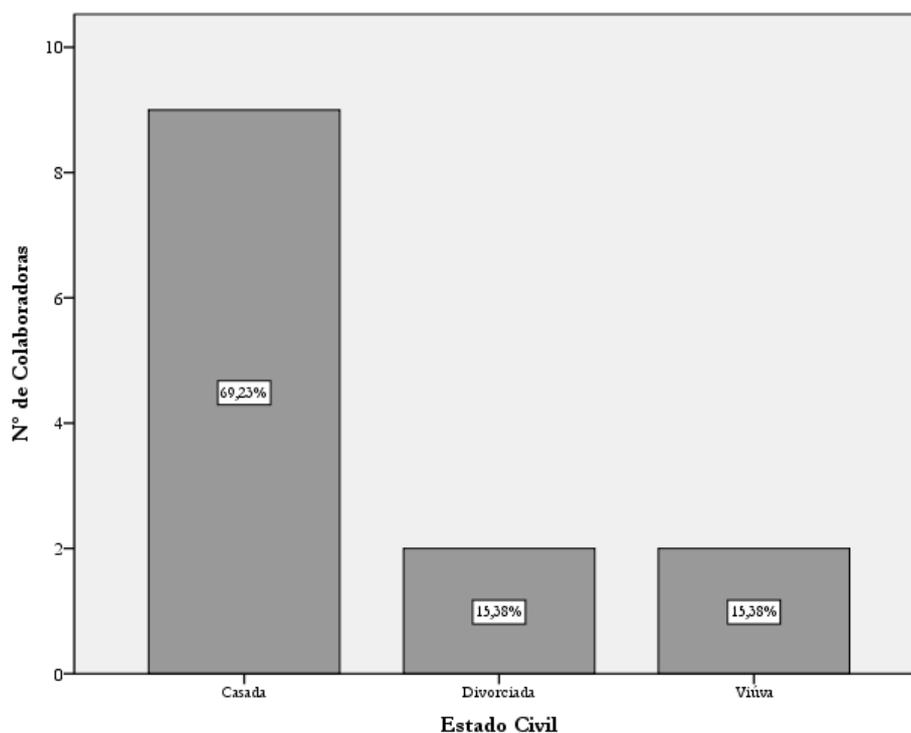


Gráfico 2: Estado civil das colaboradoras da instituição, em percentagem

3.2 Agregado familiar – nº de filhos e nº de irmãos

As distribuições do número de filhos, dada pelo gráfico 3, e de irmãos, dada pelo gráfico 4, são bastante diferentes. A média do número de filhos é aproximadamente de 2, enquanto a média do número de irmão é aproximadamente de 3.

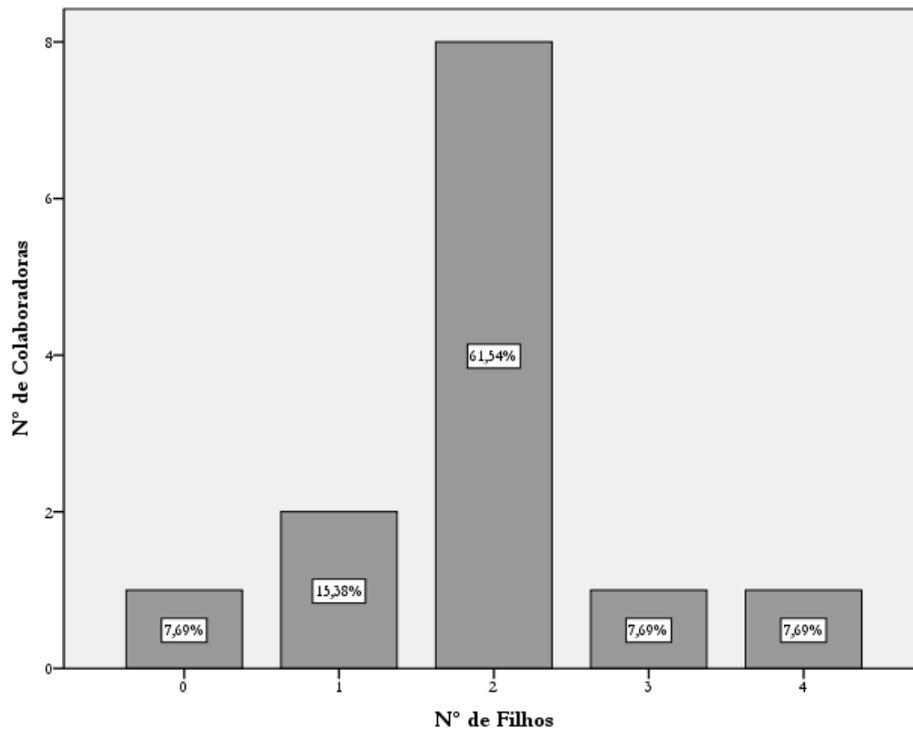


Gráfico 3: Distribuição do número de filhos por cuidadora.

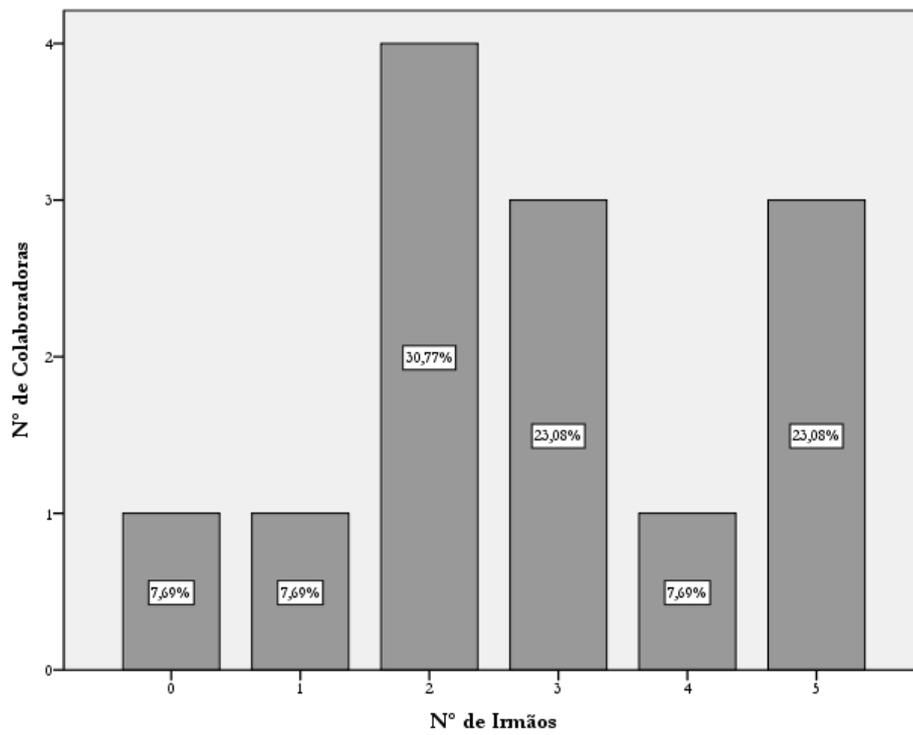


Gráfico 4: Distribuição do número de irmãos por cuidadora.

3.3 Percurso escolar e académico

3.3.1 Escolaridade

Através do gráfico 5 podemos ver que 77% das inquiridas apresentam o terceiro ciclo ou o ensino secundário; várias colaboradoras obtiveram estes graus académicos através da frequência de cursos do centro de novas oportunidades.

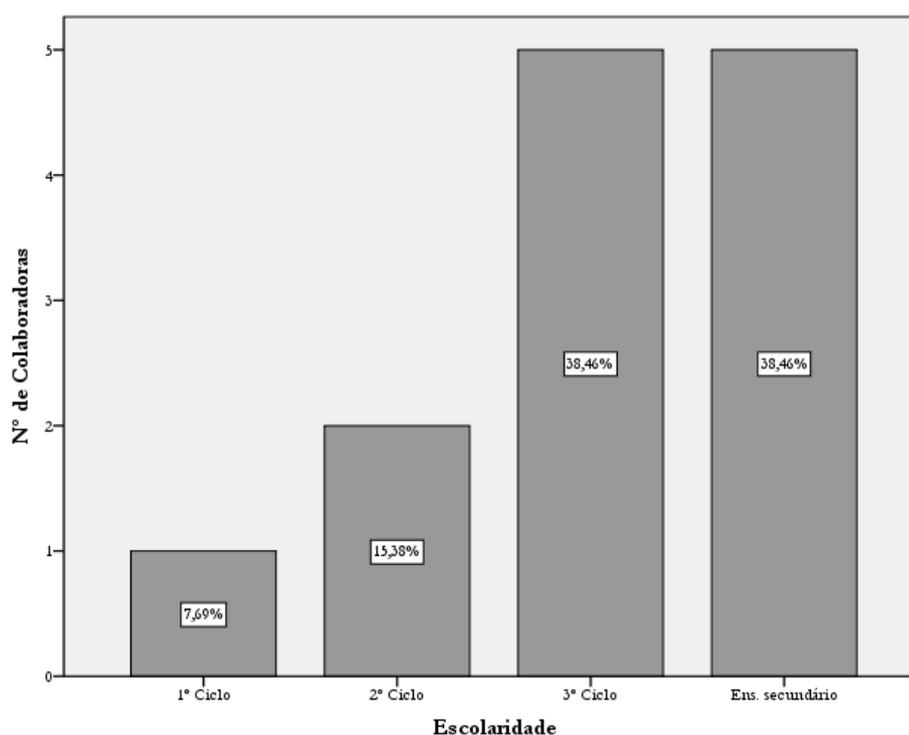


Gráfico 5: Distribuição da proporção de colaboradoras por grau de escolaridade

3.3.2 Formação profissional

Durante a aplicação dos questionários, todas as cuidadoras reconheceram que a instituição disponibiliza formação profissional. O gráfico 6 permite perceber que praticamente todas as cuidadoras a quem foi aplicado o questionário consideram que a formação que a instituição disponibiliza é adequada às suas reais necessidades de formação. Antes de começar a trabalhar nesta instituição, apenas uma cuidadora admitiu ter recebido formação profissional na área da geriatria/ gerontologia.

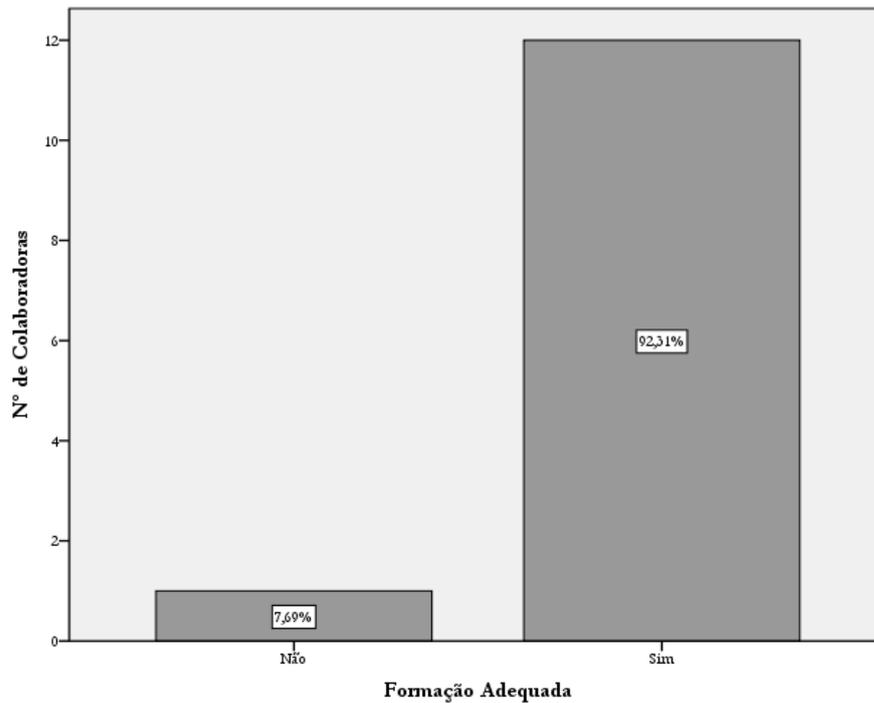


Gráfico 6: Distribuição da opinião das colaboradoras quanto à pertinência da formação disponibilizada pela instituição.

Através da análise do gráfico 7, concluímos que para uma grande parte do grupo, aproximadamente 77%, a formação que possui é suficiente para desenvolver corretamente as funções que lhe estão atribuídas.

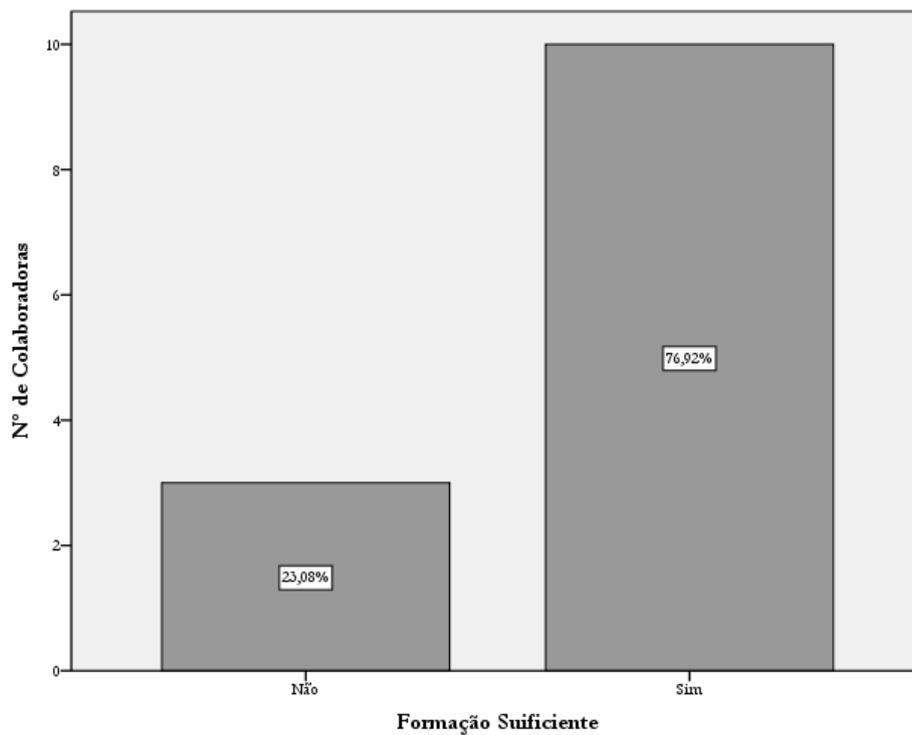


Gráfico 7: Distribuição da opinião das colaboradoras quanto à suficiência da formação

3.4 Percurso profissional

A categoria *Percurso Profissional* tenta descrever o percurso profissional dos colaboradores até se tornarem cuidadores formais de idosos, explorando ainda os motivos da escolha da profissão atual, no sentido de perceber se esta resultou apenas da necessidade de conseguir um emprego ou também da motivação e desejo de trabalhar especificamente nesta área.

Pretendeu-se ainda identificar as dificuldades percebidas pelos cuidadores formais no seu quotidiano com a pessoa idosa, bem como as qualidades e competências que considera serem mais relevantes para ser um bom cuidador de idosos.

Finalmente, procedeu-se à identificação dos principais fatores de satisfação profissional dos profissionais inquiridos.

3.4.1 Experiência anterior no trabalho com idosos

O gráfico 8 revela que aproximadamente 77% das colaboradoras tinham experiência anterior como cuidadora de idosos, à data de entrada na Instituição. A prestação de cuidado informal (não apenas formal) foi incluída neste ponto.

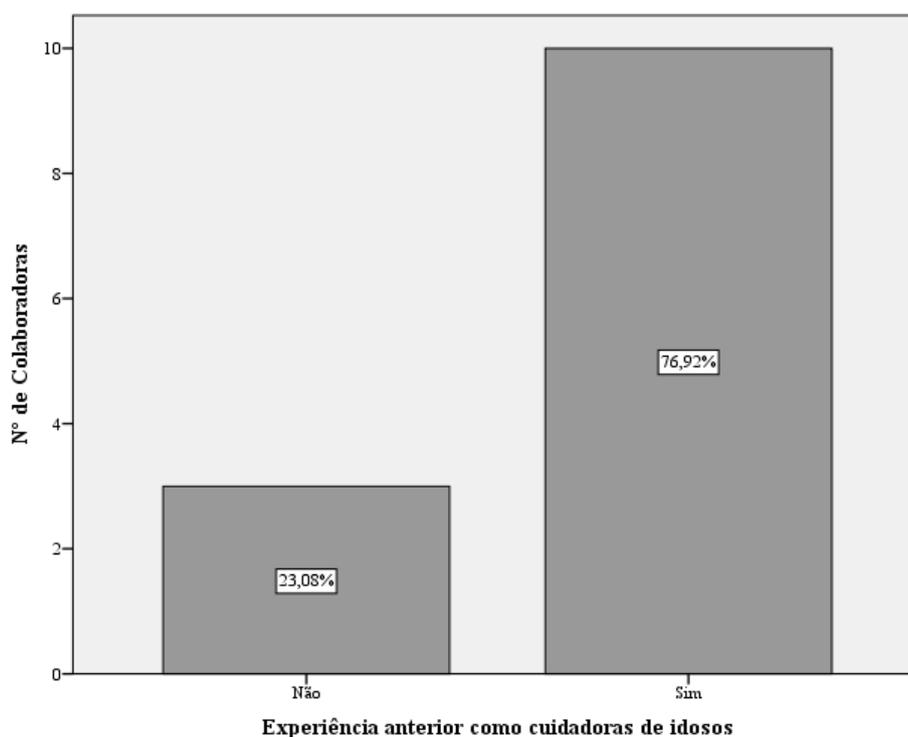


Gráfico 8: Distribuição da experiência anterior como cuidadoras de idosos.

3.4.2 Experiência na função de cuidador

O gráfico 9 é ilustrativo da experiência das colaboradoras da instituição como cuidadoras formais de idosos e revela que aproximadamente metade exerce esta função há um ou dois anos, existindo no entanto profissionais nesta área que desenvolvem estas funções há mais de 12 anos.

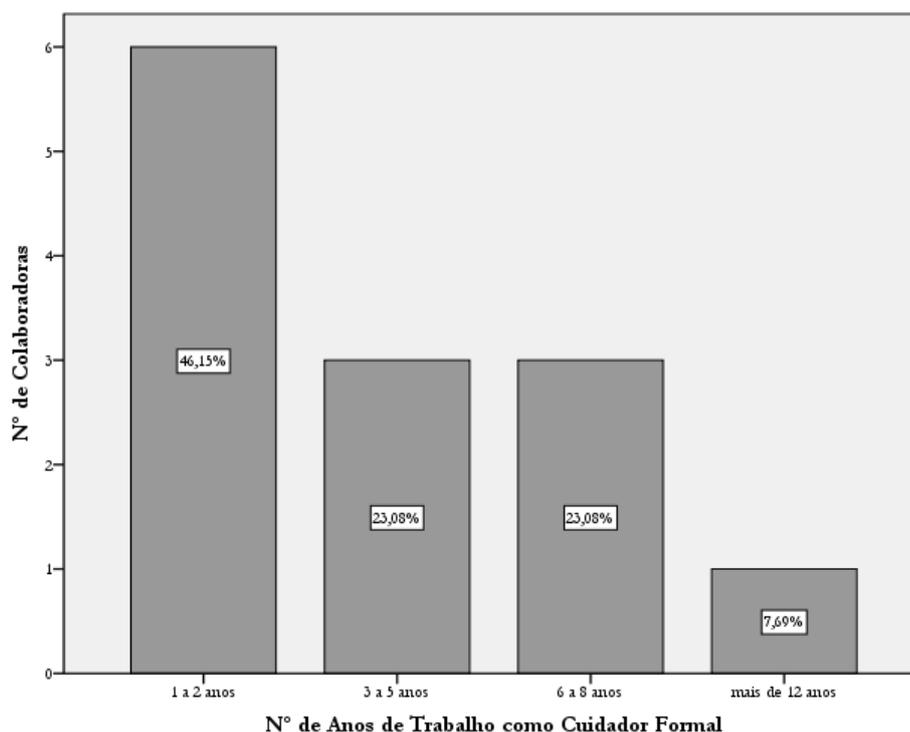


Gráfico 9: - Número de anos de trabalho como cuidador de idosos por colaboradora.

3.4.3 Profissão anterior

As categorias profissionais anteriores dos respondentes distribuem-se por quatro áreas: Trabalho Doméstico, Serviços, Indústria e Cuidadores; a maioria dos quais na área dos Serviços (1 como motorista; 6 no comércio; 7 em turismo/ restauração e 1 em biblioteca local), seguida pela área de Cuidador (2 cuidadoras de idosos; 3 cuidadoras de crianças e uma auxiliar de geriatria).

Várias cuidadoras referiram já terem sido ou serem atualmente cuidadoras de familiares com algum grau de dependência.

3.4.4 Motivos para o exercício da função

3.4.4.1 Motivos para começar a trabalhar como cuidadora de idosos

As motivações mais apontadas como razão de escolha da atual atividade profissional de cuidadoras de idosos incluem-se em três categorias: a maioria das respondentes evocou as *condições de trabalho e contexto* da função como fatores principais de motivação/escolha (1 referiu *motivos económicos*, 6 a *situação de desemprego*, 2 a *proximidade do local de residência* e a *facilidade em arranjar trabalho*). Fatores de *conteúdo/significado do trabalho/função* foram os segundos mais apontados (5 cuidadoras referiram o *gosto por trabalhar com idosos*, 2 o *gosto por ajudar o outro e melhorar a qualidade de vida dos idosos*).

Foram ainda referidas as *competências adquiridas* e a *experiência anterior como cuidador* como razões de escolha para trabalhar como cuidador de idosos (por 3 cuidadoras cada uma delas).

3.4.4.2 Aspetos mais e menos valorizados na atividade profissional de cuidador

As respostas à questão *O que mais gosta no trabalho que desenvolve com os idosos?* Distribuíram-se basicamente em duas categorias de resposta: conteúdo da função e ambiente de trabalho/clima afetivo /relações.

Dentro do “conteúdo da função”, foram valorizados aspetos como o gosto pelas tarefas de cuidar (3 cuidadoras mencionaram a *prestação de cuidados de bem-estar e higiene pessoal*) e a possibilidade de interagir com o idoso (8 cuidadoras referiram gostar especialmente de *dar apoio ao idoso, através do diálogo e escuta ativa*, bem como a possibilidade de contactar diretamente com os idosos - referido por 1 cuidadora).

O ambiente de trabalho, o clima afetivo e as relações interpessoais foram também valorizados. Foi ainda enfatizada a *possibilidade de aprender com os mais velhos*, por 2 colaboradoras, 1 cuidadora referiu o *ambiente de trabalho* e 4 cuidadoras, as *boas relações com os utentes*.

Quanto ao que é menos valorizados pelos respondentes no exercício da atividade de cuidador de idosos, salientam-se: o descontentamento com as características específicas da população (utentes e familiares), as dificuldades de realização de tarefas específicas e a dificuldade de conciliação com vida familiar/pessoal. Nas “características desta população específica” (utentes e respetivos familiares), as queixas referem-se a teimosia e exigência dos utentes, ausência de reconhecimento do trabalho realizado (3 cuidadoras mencionaram a *ingratidão por*

parte dos utentes e familiares e 1 referiu a falta de respeito por parte dos utente), e também dificuldades a que este tipo de população está sujeita no seu dia-a-dia e que são emocionalmente difíceis de acompanhar (carências afetivas, por parte destes idosos e falta de tempo para lhes poder prestar o devido apoio afetivo, ver os idosos sofrer e experimentar sentimentos de impotência perante tais situações).

As “dificuldades na realização das tarefas” incluem: *dificuldade em lidar com determinadas atitudes dos idosos, conduzir as viaturas da instituição, realizar a higiene pessoal dos idosos, estar na sala a “tomar conta” dos idosos mais dependentes.*

A dificuldade relacionada com “vida pessoal/familiar” foi apenas enfatizada por 1 colaboradora, mas pareceu-nos pertinente considerar aqui: “*O que menos gosto deste trabalho é o termos de nos separarmos das nossas famílias nas épocas festivas*”, porque pode ser uma informação útil na gestão futura do contexto de trabalho que estamos a explorar em termos motivacionais.

3.4.4.3 Aspetos salientados como negativos

Os aspetos salientados como limitações/constrangimentos pelas inquiridas no trabalho com idosos podem ser apresentados em duas categorias: “dificuldades de interação” (1 colaboradora referiu a *insatisfação dos utentes*, 1 colaboradora, a *dificuldade em lidar com os familiares dos idosos*, 1 colaboradora, a *dificuldade em lidar com os familiares negligentes e com algumas colegas de equipa que não têm a preparação adequada* e 1 colaboradora, a *dificuldade em lidar com a pessoa idosa*) e “dificuldades de preparação/ de formação para a função” (3 cuidadoras referiram a *falta de preparação para o desenvolvimento da função* e 1 disse que as *colegas de equipa não têm a preparação adequada*).

Por fim, houve ainda 8 cuidadoras formais que referiram não identificar qualquer dificuldade ou constrangimento no desempenho das suas funções enquanto cuidadoras formais de idosos. O gráfico 10 mostra as principais dificuldades especificadas pelas colaboradoras da instituição. De notar que não existiu nenhuma colaboradora que manifestasse dificuldade em conciliar trabalho e vida familiar.

A maior parte das colaboradoras mencionou não encontrar qualquer dificuldade no trabalho com idosos. Entre os outros motivos assinalados salientam-se a “dificuldade em lidar com familiares negligentes”; “desresponsabilização por parte das famílias”; “Algumas colegas nem sempre estão à altura do trabalho a desempenhar”. De salientar ainda que houve uma cuidadora que mencionou duas das opções (3 e 4).

Tanto os aspetos negativos, deste ponto, como os do ponto anterior “menos valorizados” na prática acabam por se fundir em dificuldades sentidas, mais do que em aspetos desagradáveis, mesmo que a estrutura do questionário tenha visado distinguir as duas situações (prazer/facilidade)¹ A questão que pretendia perceber quais as principais dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais de idosos era precedida no questionário, pela que as questionava sobre quais os aspetos de que as colaboradoras da instituição menos gostam no trabalho com os idosos. Quando foi pedido às cuidadoras que identificassem os aspetos que menos gostam, os mesmos foram conotados essencialmente por estas como atividades que apresentam, para si, maior grau de dificuldade. Apesar disso ter resultado numa grande similaridade entre as respostas dadas às duas questões (se considerarmos que ambas focam essencialmente dificuldades) optou-se por apresentar os resultados destas em dois itens separadamente, de forma a manter a ordem apresentada pelo guião.

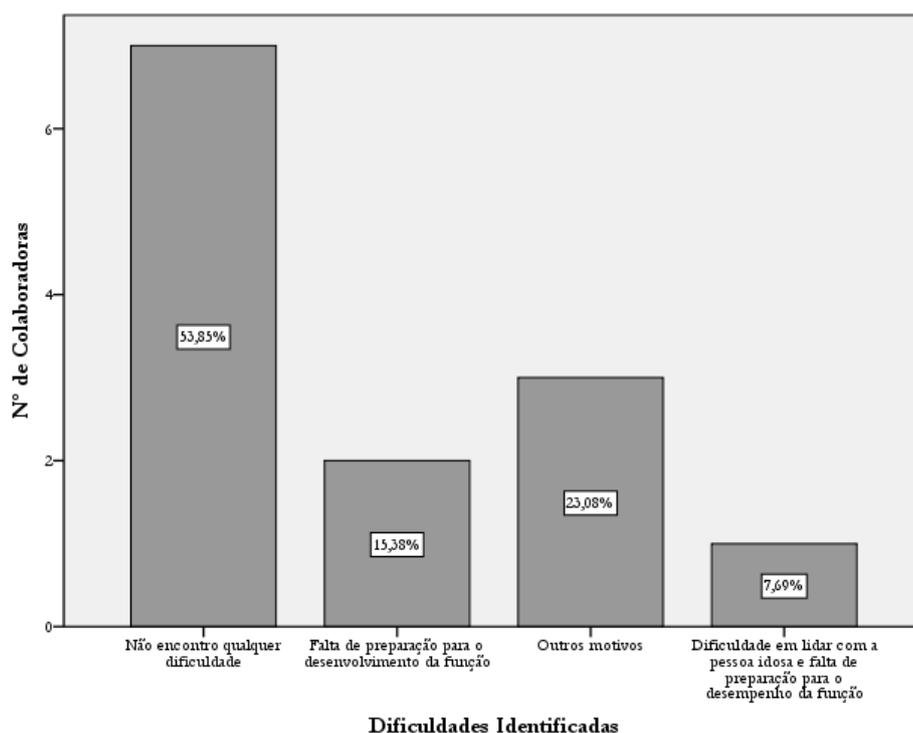


Gráfico 10: Distribuição das principais dificuldades mencionadas.

3.4.4.4 Qualidades /competências mais valorizadas

De forma a perceber quais as competências/ qualidades que consideram mais importantes para o desempenho da atividade de cuidadora formal de idosos, foi solicitado às colaboradoras que selecionassem, de entre um grupo pré-definido de características, as quatro que consideram mais importantes, em sentido crescente de importância, de 4 a 1 (em que quatro representa a menos importante e 1 a mais importante).

Assim, foram identificadas com o número 4 de importância a *Responsabilidade* (31%), seguida da *Ética* (23%) e *Formação Profissional* (15%). Com o número 3 de importância foram identificadas a *Paciência* (31%), seguida da *Formação Profissional* e *Respeito* (com 23% cada um). Com o número 2 de importância foram sinalizadas a *Formação Profissional* (31%), o *Respeito* (23) a *Tolerância* e o *Respeito* (15%). Finalmente com o número 1, ou seja, as qualidades/ competências consideradas mais importantes pelo grupo para se ser um bom cuidador de idosos, foi identificada a *Responsabilidade* (30%), seguida da *Honestidade* (23%), da *Responsabilidade* e *Tolerância* (estas duas últimas, cada uma com 15%).

De forma a tornar estes resultados mais perceptíveis, são apresentados em seguida os quatro gráficos ilustrativos dos quatro níveis de valoração das qualidades/ competências para ser um bom cuidador de idosos.

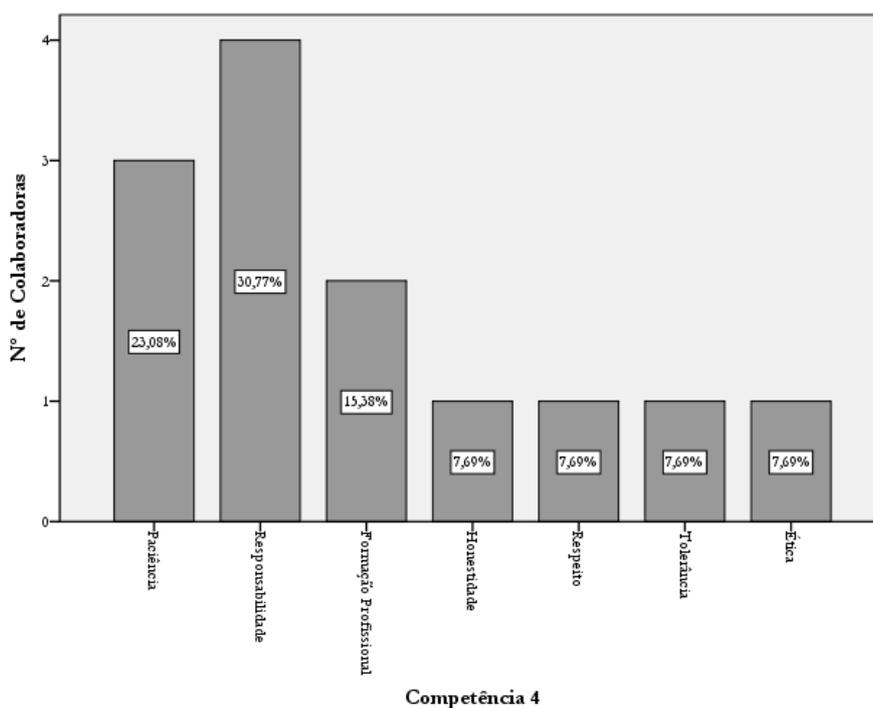


Gráfico 11: Distribuição da qualidade/ característica identificada em quarto lugar.

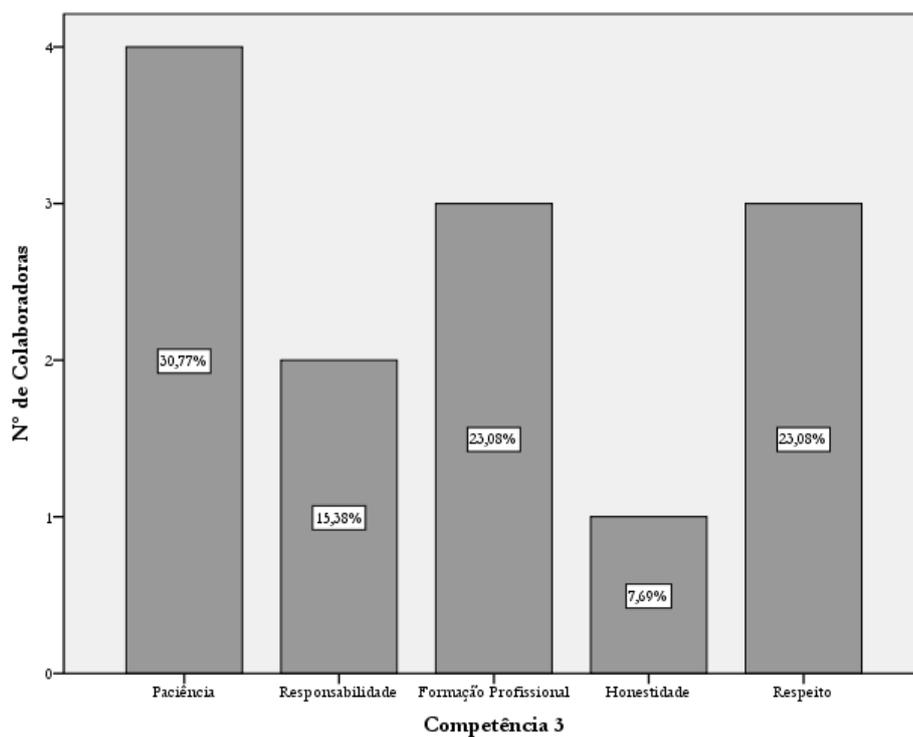


Gráfico 12: Distribuição da qualidade/ característica identificada em terceiro lugar.

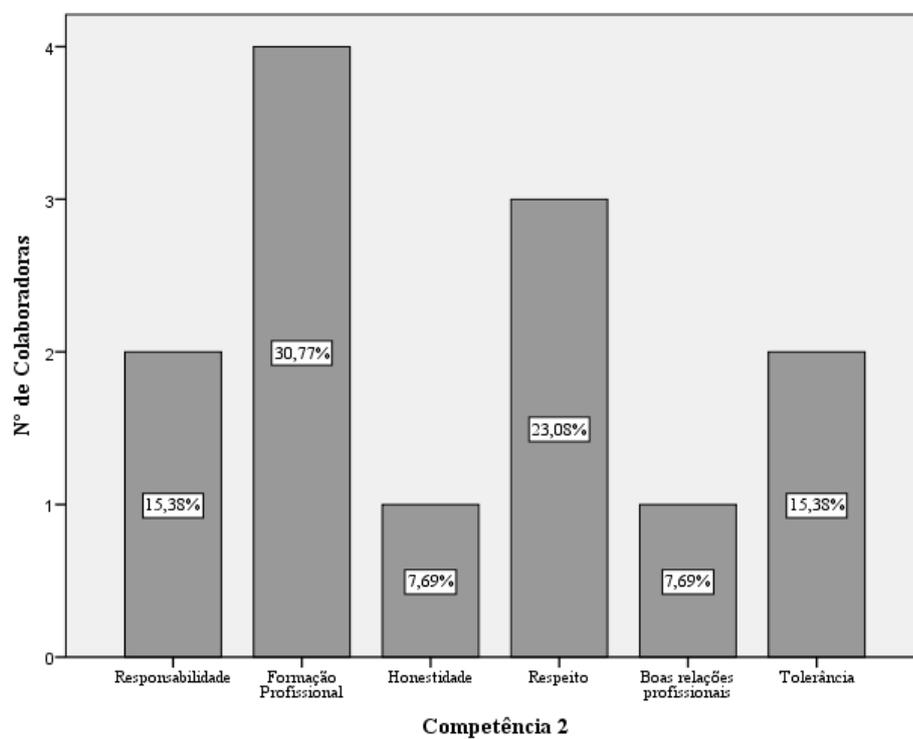


Gráfico 13: Distribuição da qualidade/ característica identificada em segundo lugar.

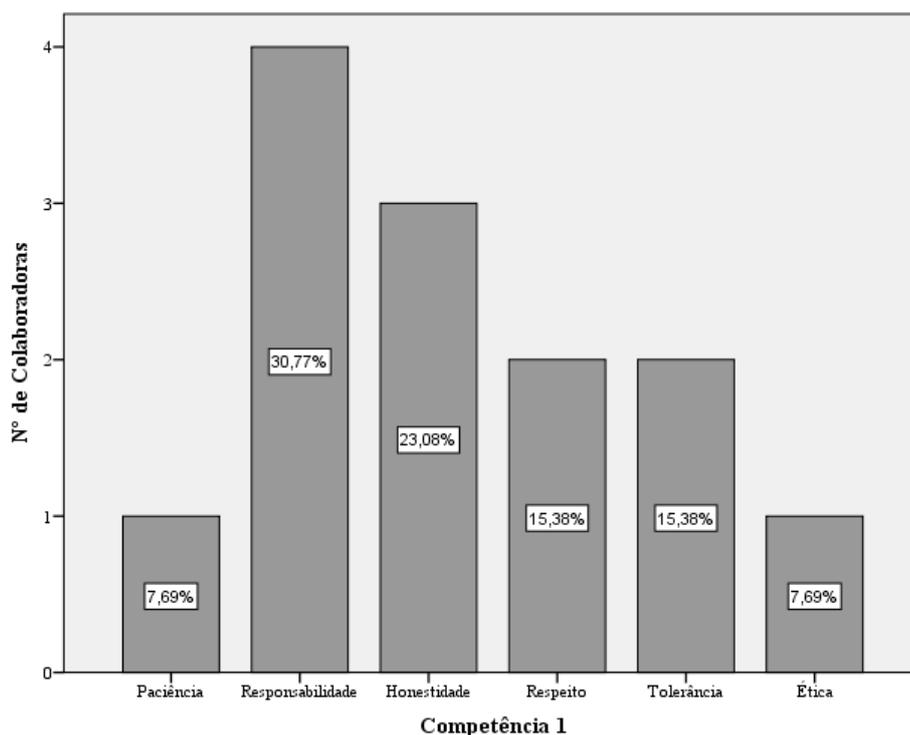


Gráfico 14: Distribuição da qualidade/ característica identificada em primeiro lugar (qualidade mais valorizada)

3.4.4.5 Satisfação no trabalho

Relativamente ao grau de satisfação do grupo com o trabalho desenvolvido, foram considerados fatores como a remuneração, condições físicas do local de trabalho, organização e funcionamento do serviço, colaboração e clima entre pares, competência e funcionamento do superior hierárquico, trabalho realizado e satisfação global. A ponderação destes parâmetros é apresentada nos gráficos abaixo.

Quanto ao salário auferido pelo desempenho das funções como cuidadora de idosos, a maioria dos elementos do grupo referiram estar “Satisfeitas” (62%, contra 23% Muitos Satisfeitas e 15% “Pouco Satisfeitas”)

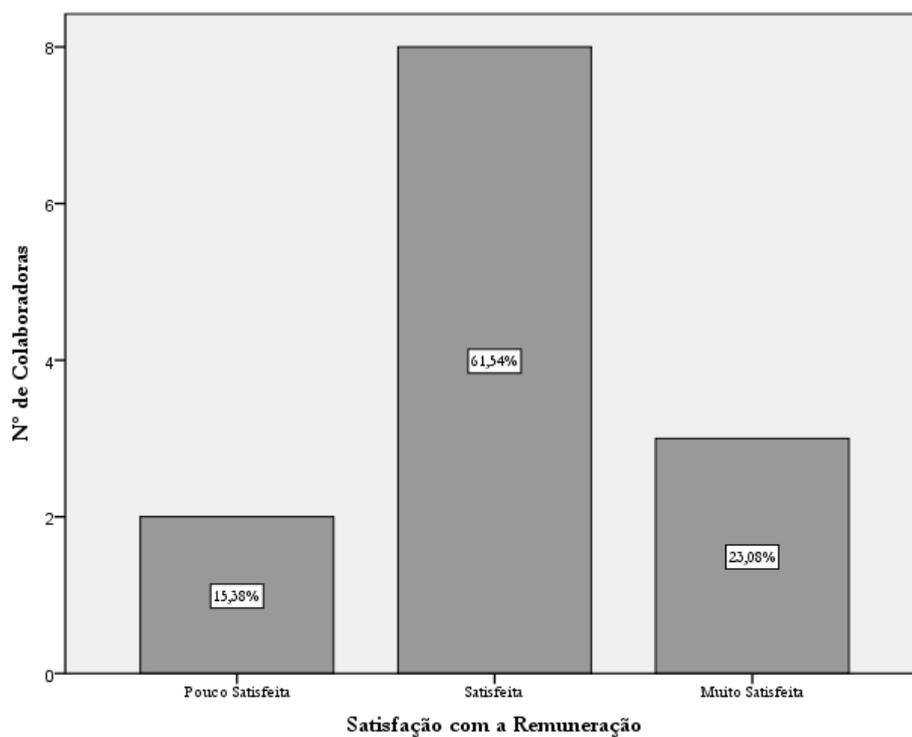


Gráfico 15: Satisfação das cuidadoras em relação à remuneração.

Face às condições físicas do local de trabalho, a maioria das colaboradoras diz-se *muito satisfeita*, como mostra o gráfico 16 (77%).

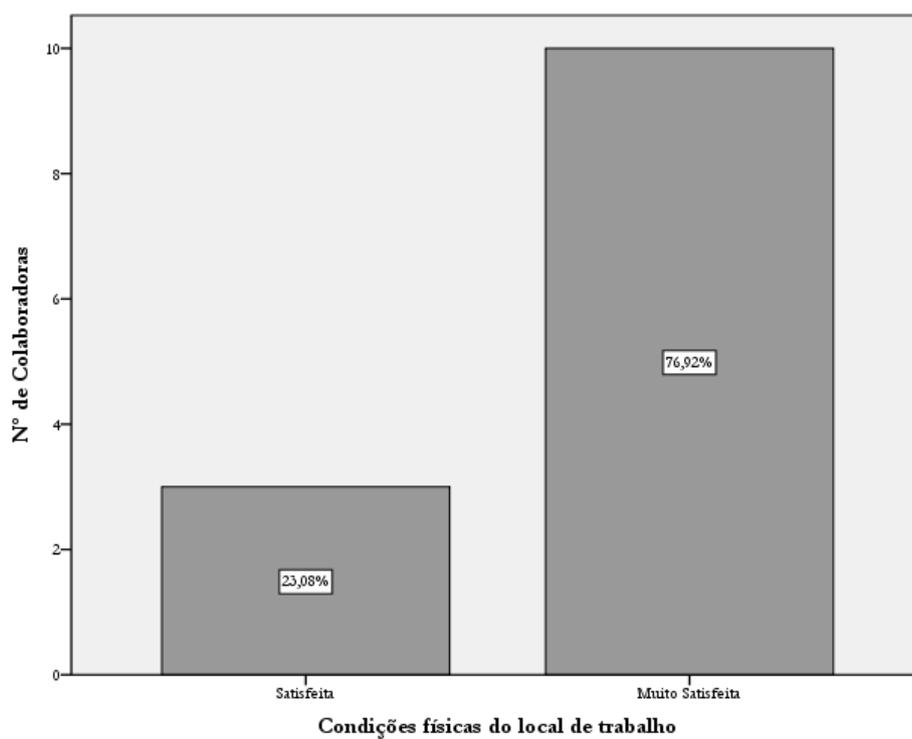


Gráfico 16: Satisfação das cuidadoras em relação às condições físicas do local de trabalho.

A percepção global acerca da organização e funcionamento do serviço e da instituição é muito positiva (54% satisfeitas e 46% muito satisfeitas).

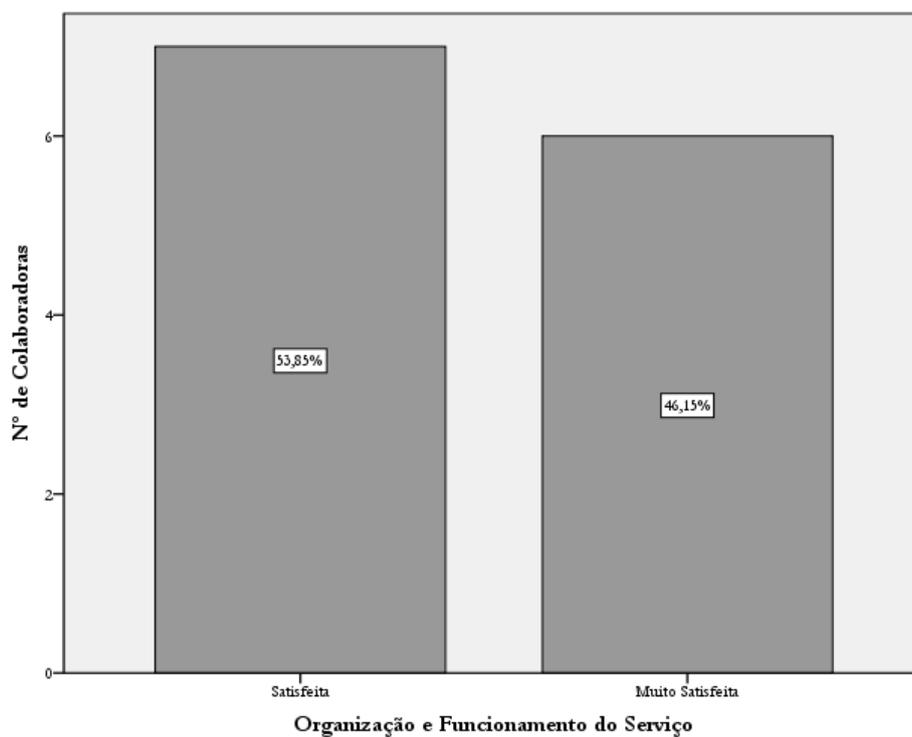


Gráfico 17: Satisfação das cuidadoras em relação à organização e funcionamento do serviço.

As relações de trabalho, na opinião do grupo de cuidadoras, são positivas (46% das colaboradoras consideram as relação entre colegas satisfatório, e 54% estão muito satisfeitas, como mostra o gráfico 18).

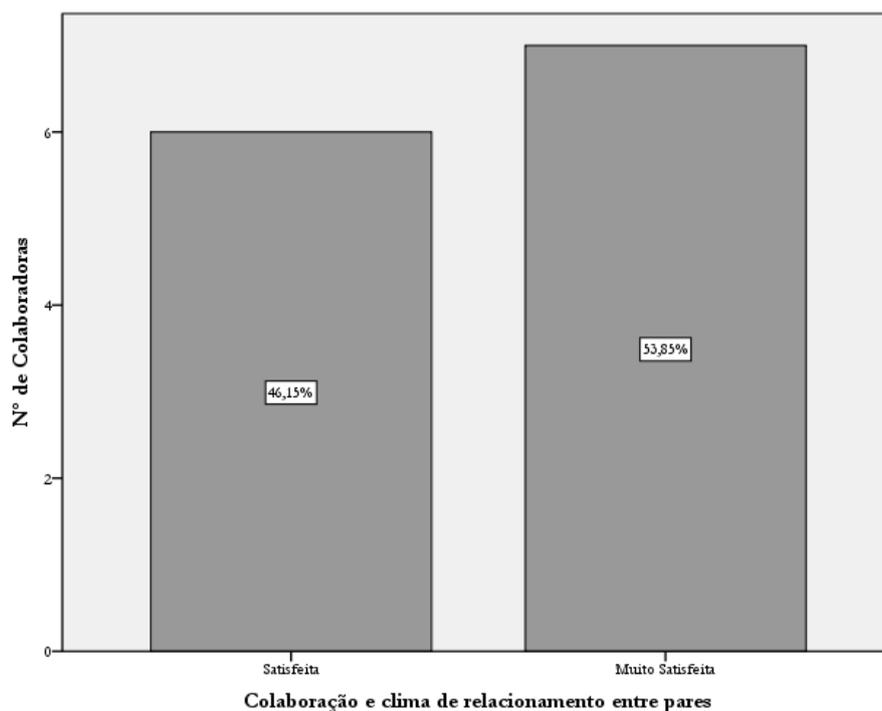


Gráfico 18: Satisfação das cuidadoras relativamente à relação entre pares.

O superior hierárquico imediato é considerado competente pela quase totalidade das colaboradoras inquiridas, como se pode verificar pelo gráfico 19.

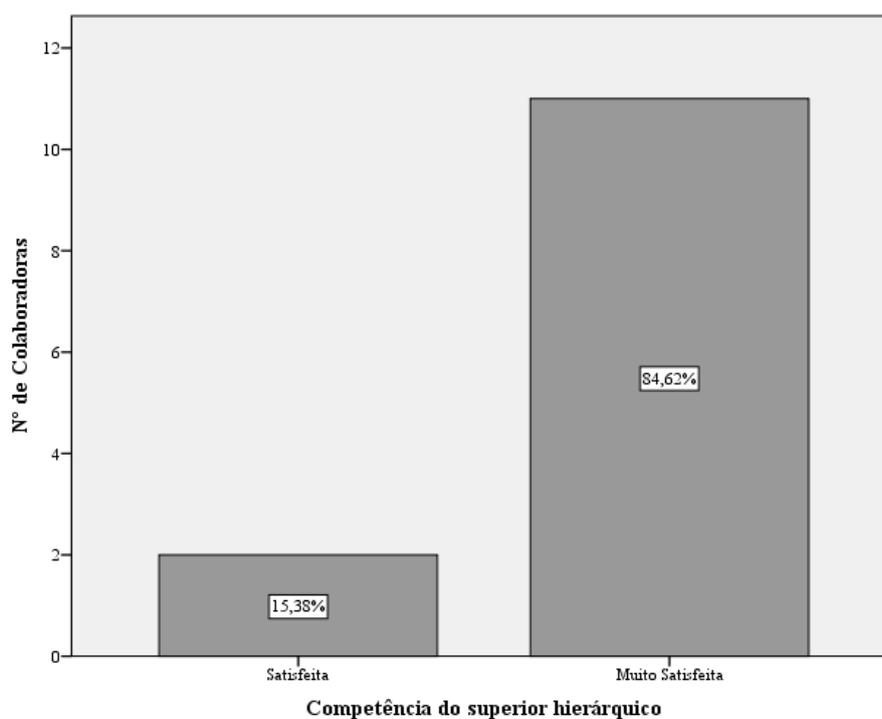


Gráfico 19: Satisfação das cuidadoras em relação à competência do superior hierárquico.

Quando questionadas acerca da satisfação no trabalho desenvolvido no dia-a-dia, a maioria (85%) das colaboradoras referiram estar muito satisfeitas com as funções por si desempenhadas e 15% disseram-se satisfeitas, como se pode observar no gráfico 20.

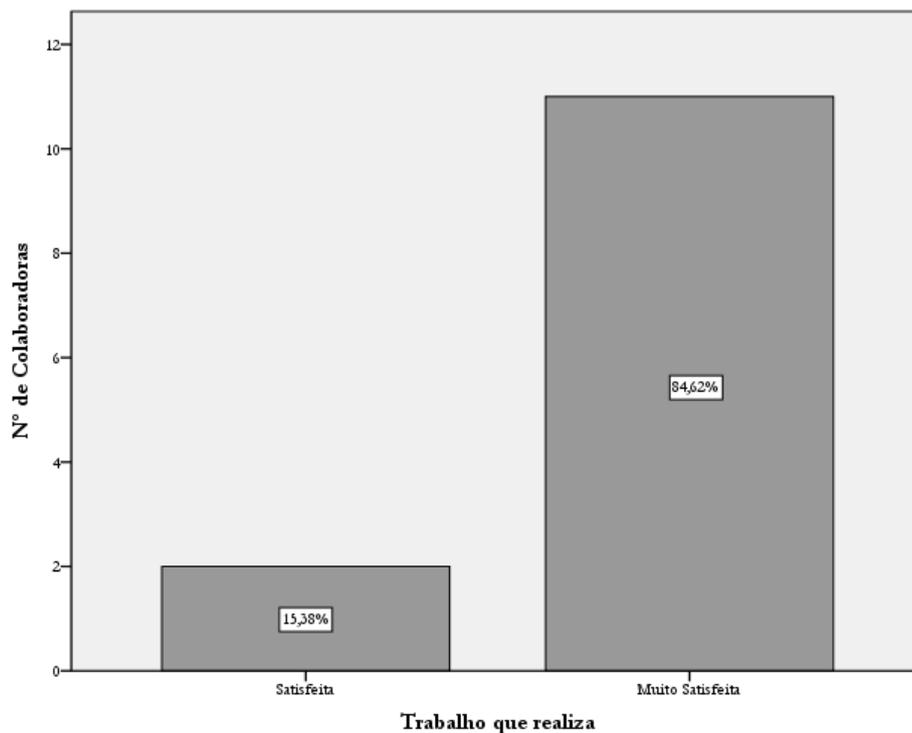


Gráfico 20: Satisfação das cuidadoras em relação ao trabalho que realiza.

De forma global, e tendo em consideração todos os aspetos avaliados, as colaboradoras pronunciaram-se como globalmente satisfeitas (63% satisfeitas e 31% muito satisfeitas), como mostra o gráfico 21.

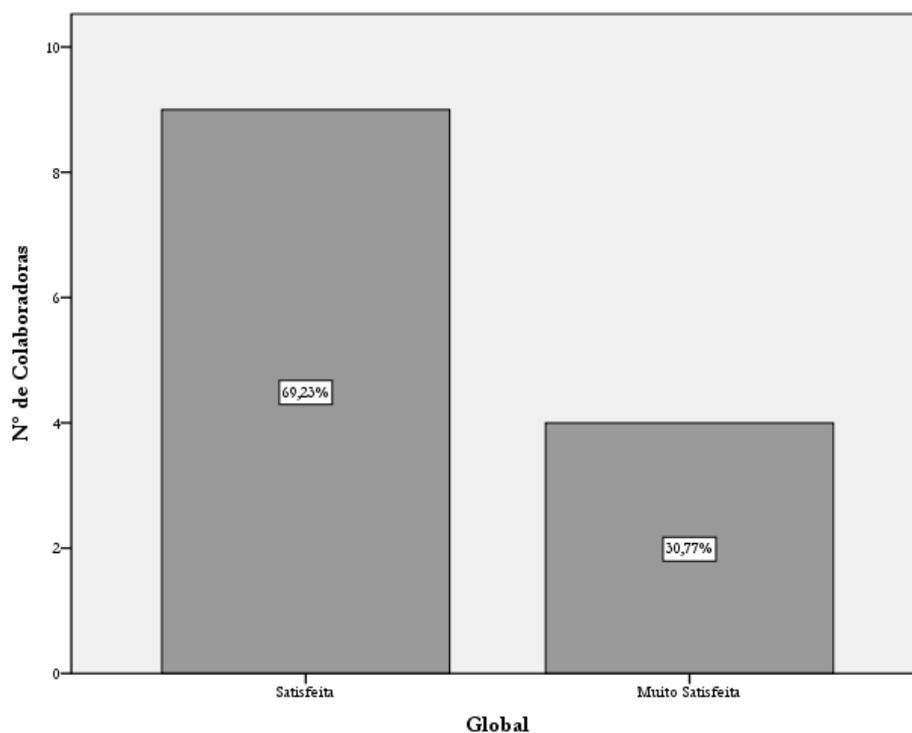


Gráfico 21: Satisfação global das cuidadoras.

Podemos, através dos gráficos anteriores, deduzir que os níveis de satisfação no trabalho neste grupo de profissionais é muito positivo, existindo apenas insatisfação no que concerne à remuneração auferida.

3.5 Conceções acerca do envelhecimento

3.5.1 Conceito de velhice e de “Ser idoso”

É notória a persistência de crenças e estereótipos sobre o conceito de “ser velho” e sobre o comportamento do idoso. A prestação de cuidados a idosos está ainda hoje sobre a influência negativa da “... crença, cristalizada desde a antiguidade, de que o envelhecimento é um processo degenerativo, oposto a qualquer progresso ou desenvolvimento (Paschoal citado por Reis & Ceolim; 2007).

De forma a perceber de que forma os estereótipos estão presentes neste grupo de cuidadoras que lidam diretamente com a população geronte, foi aplicada, à semelhança do estudo realizado por Reis & Ceolim (2007) no Brasil, uma escala semântica que possibilitou um diagnóstico global do grupo em relação a este tema.

Construtivo/Destrutivo
Seguro/Inseguro
Forte/Fraco
Condescendente/Crítico
Discreto/Intrometido
Bonito/Feio
Carinhoso/Frio
Doce/Amargo
Sábio/Ignorante
Interessante/Desinteressante
Com sentido de oportunidade/Chato
Humilde/Arrogante
Conformado/Queixoso

Tabela 1: Pares de palavras apresentadas como "características" do idoso para seleção por parte das cuidadoras.

De modo a complementar o perfil deste grupo de cuidadoras de idosos, pretendia-se caracterizar a forma como estas encaram a velhice e o idoso, apresentando-lhes a lista de pares de características antagónicas acima apresentadas. Os resultados estão representados no gráfico seguinte (gráfico 22).

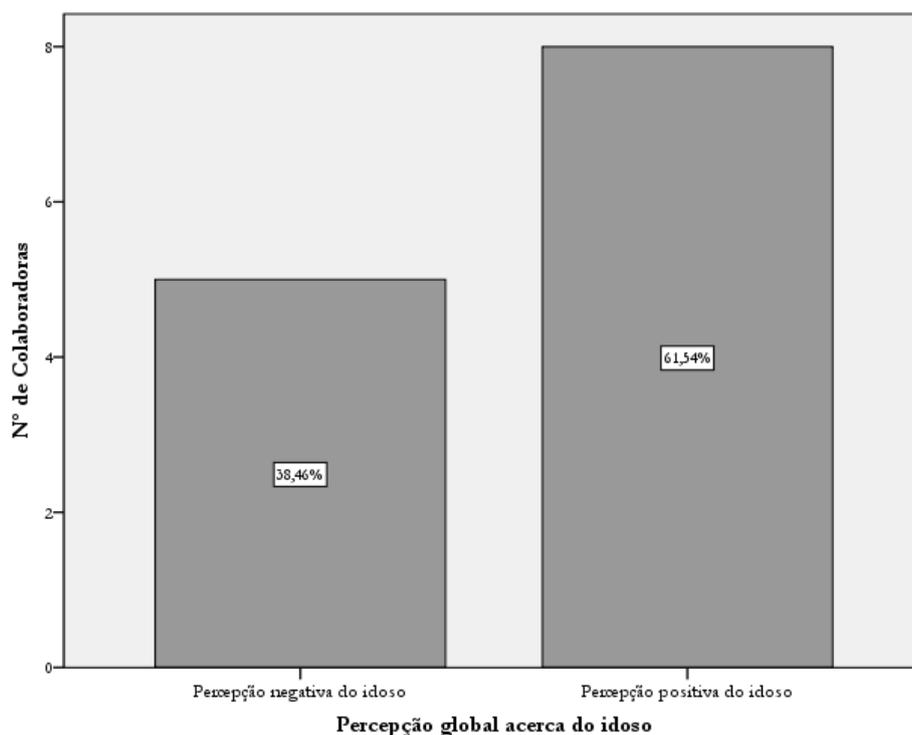


Gráfico 22: Distribuição da percepção de "ser idoso" por parte das cuidadoras.

Ainda em termos qualitativos, e na resposta aberta à questão do envelhecimento, este processo foi descrito como:

"(...) perder as forças e as capacidades, ficar dependente."

"(...) o nosso corpo começar a dar sinais de falta dos nossos sentidos (vemos pior, a pele ganha rugas) ...é o precisarmos de uma terceira pessoa que nos apoie."

"Perder as faculdades, ficar dependente e precisar do apoio de outros para as tarefas do dia-a-dia"

"Perder energia e faculdades."

"Faz parte da vida. Temos de aceitar as incapacidades."

"(...) uma nova etapa da vida. Significa que conseguimos chegar saudáveis até muito tarde."

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo principal perceber quem é o cuidador formal de idosos e contribuir também, com os resultados e conclusões do estudo, para a melhoria da qualidade da gestão de RH nas instituições de prestação de cuidados, providenciando informação quer orientadora de recrutamento quer incentivadora de futuras investigações neste âmbito ao nível do panorama nacional.

Conclui-se que a prática profissional de prestação de cuidados formais é, na instituição investigada, assegurada na íntegra por mulheres, na sua maioria entre os 40 e os 50 anos, casadas, residindo próximo do local de trabalho (\bar{X} = 2,5 km). As características identificadas vão de encontro à descrição feita por Colomé *et al.* (2001) que descreveram o cuidador formal de idosos como sendo maioritariamente do sexo feminino, casado, na faixa etária dos 40 a 49 anos. Já no que diz respeito às habilitações, os resultados contrariam Colomé *et al.* (2011), que apresentavam os cuidadores formais de idosos como detentores de baixa escolaridade, verificando-se neste caso níveis de escolaridade mais elevados (quase 4/5 das inquiridas tem o ensino básico completo ou mesmo o secundário). Além das habilitações de base, as cuidadoras frequentaram formação profissional que consideram adequada às funções que desempenham, embora só uma tenha formação prévia específica como *Auxiliar de Geriatria*. Estes dados vêm reforçar as afirmações de Ferreira (2012), quando afirma que a formação prévia que a maioria dos cuidadores formais possui não é específica na área, e que são as instituições de prestação de cuidados onde posteriormente os cuidadores trabalham que disponibilizam formação contínua na área. A opinião das cuidadoras do presente estudo confirma Ferreira (2012), pois acham que a formação disponibilizada pela instituição onde trabalham é adequada às suas necessidades e a maioria considera-a também suficiente (além de adequada) para desempenhar com eficiência as suas funções.

Os fatores motivacionais apontados para trabalhar como cuidador/a formal prendem-se, por um lado, com fatores de contexto (*condições de trabalho, situação de desemprego, a proximidade do local de residência e a facilidade em arranjar trabalho*) e por outro, com fatores de conteúdo/ significado do trabalho, função (*gosto por trabalhar com idosos, gosto por ajudar o outro e melhorar a qualidade de vida dos idosos*). Foram ainda referidas as *competências adquiridas* e a *experiência anterior como cuidador* como razões de escolha para trabalhar como cuidador de idosos. Estas conclusões coadunam-se com o estudo de Colomé *et al.* (2011) que referem que a quase totalidade da amostra

escolheu este trabalho motivado pelo respeito ao idoso, pela vontade de fazer mais pelo ser humano, por vontade, amor e gosto de cuidar de pessoas idosas. Ferreira (2012) afirma que a maior parte dos cuidadores escolhe a profissão pela necessidade de conseguir emprego, seguida da existência de uma experiência passada de cuidado a idosos. No entanto, também é interessante notar que as razões referidas no presente trabalho pelas cuidadoras como sendo motivadores para a escolha da função e para a respetiva prática não representam apenas fatores de motivação aquelas que, segundo Herzberg (2008), se prendem com o conteúdo da função, e que são verdadeiramente motivadores e geradores de satisfação, sendo apontadas também razões relacionadas com os fatores extrínsecos à situação de trabalho (a que o mesmo autor chama de fatores “higiênicos” e que desconsidera em termos de verdadeiro gerador de satisfação no exercício da profissão). Tais fatores surgem nas respostas dadas, a par com os motivadores, com elevado valor percentual.

De qualquer forma, quando chegamos aos resultados do ponto “satisfação”, verificamos que os aspetos mais valorizados na atividade profissional de cuidador se prendem com o conteúdo da função (gosto pelas tarefas do cuidar e a possibilidade de interagir com o idoso), o ambiente de trabalho, o clima afetivo e as relações interpessoais, enquanto os aspetos mais negativos indicados são o descontentamento com as características específicas da população (utentes e familiares), a dificuldade de realização de tarefas específicas ou a dificuldade de conciliação da vida familiar com a profissional (esta última apontada por uma cuidadora), e isto vai de encontro ao que os autores apresentam em trabalhos anteriores (Colomé, 2001; Ferreira, 2012) e também ao que Herzberg (2008) defende para a satisfação/insatisfação no trabalho, na relação entre motivação e fatores intrínsecos à função e descontentamento/insatisfação e fatores extrínsecos, de contexto.

Ferreira (2012), no seu trabalho, refere que o global das atividades é potenciador de satisfação, não conseguindo identificar uma origem desta em fatores específicos; esta explicação pode aplicar-se aos resultados que agora encontramos com as cuidadoras deste estudo.

A grande maioria das cuidadoras assumiu *não encontrar qualquer dificuldade* no desempenho das suas funções, embora a *falta de preparação para o desenvolvimento da função e dificuldade em lidar com a pessoa idosa e com os familiares negligentes* tenham surgido como dificuldades apontadas por algumas delas. O resultado corrobora Carneiro *et al.* (2009) quando apontam como principais dificuldades neste tipo de trabalho a falta de formação adequada, a má remuneração, a falta de recursos materiais e a falta de conhecimentos que gera desmotivação.

Refletindo sobre os resultados obtidos, salientamos que um dos principais motivos apontados pelas cuidadoras como fonte de dificuldade é a carência de preparação adequada às necessidades fator que é passível de ser melhorado, através da disponibilização de formação contínua por parte da instituição, e os resultados sugerem que a instituição em questão é sensível a estas necessidades. Esta dificuldade prende-se com um outro aspeto identificado, este ao nível das estratégias de gestão de recursos humanos praticadas pela instituição, que é o recrutamento de cuidadoras sem formação prévia na área (o que ocorreu na quase globalidade dos casos) e que eventualmente é a principal fonte destas inseguranças. As estratégias a este nível podem e devem ser repensadas.

No que respeita as dificuldades que se prendem com o comportamento menos facilitador do público-alvo envolvido (familiares que negligenciam os idosos internados, carências de diversos tipos, falta de reconhecimento do trabalho dos cuidadores...), estas ultrapassam o limite de atuação da instituição, pelo que, neste caso, minimizá-los tem possibilidades limitadas. A existência de protocolos de atuação para situações de negligência (com a sinalização precoce dos casos) e a formação ao nível das relações interpessoais, poderão proporcionar uma melhoria a este nível.

Relativamente às principais competências e qualidades percebidas pelo grupo para ser um bom cuidador, a *Honestidade* e a *Responsabilidade* constituem-se como principais qualidades, seguidas do *Respeito* e *Tolerância*, resultados que se cruzam com os do estudo de Costa (2002), que sugere que aspetos como a responsabilidade, compromisso, dedicação e envolvimento são características fundamentais que integram o perfil destes profissionais. Ainda a confirmar estes dados surge o estudo de Barbosa (2009), que identifica a *paciência*, *responsabilidade* e *honestidade*, como principais valores para ser um bom cuidador. Estas deverão ser, por isso, consideradas pontos-forte de um perfil psico-profissional de cuidador e aspetos enfatizados aquando da validação de competências num processo de recrutamento/seleção destes profissionais.

Os resultados obtidos relativamente à motivação para a função de cuidador permitiram perceber que o grupo se mostra satisfeito ou muito satisfeito em relação aos diferentes aspetos considerados, com exceção da remuneração, com duas cuidadoras que se mostraram pouco satisfeitas; Carneiro *et al.* (2009) também tinham salientado como principal ponto de descontentamento a remuneração, na investigação que desenvolveram com o mesmo tipo de profissionais.

O trabalho em equipa foi bastante valorizado, indo de encontro ao que afirma Ferreira (2012), que, além disso, também refere que a maior parte das cuidadoras conta com o apoio de pares para realizar as atividades da instituição.

Apesar de a função ser considerada, muitas vezes, complexa e difícil, sendo geradora de sentimentos de angústia, insegurança e desânimo (Ribeiro *et al.* 2008), a globalidade das cuidadoras apresentou-se satisfeita com a função desenvolvida, facto que pode ser explicado à luz de várias perspetivas. Por um lado, a proximidade entre residência e local de trabalho, leva a que aspetos como o custo para as deslocações para o local de trabalho sejam simbólicas, permitindo, além disso, uma maior facilidade de articulação entre a vida familiar e a vida profissional. Este último aspeto torna-se ainda mais relevante se tivermos em consideração tratar-se de um público totalmente feminino, maioritariamente casado e com filhos.

Um outro aspeto relevante passa pelo vínculo laboral com a organização; as cuidadoras que estiveram na origem do serviço de apoio domiciliário, na instituição, continuam a fazer parte desta, mesmo que, progressivamente, tenham sido recrutadas novas profissionais, para responder às necessidades crescentes da instituição; a permanência das antigas colaboradoras permite percecionar uma imagem institucional de alguma estabilidade profissional e consistência de contrato psicológico com a organização.

Finalmente, quanto à forma como o cuidador perceciona o idoso e a velhice, as referências ao idoso e à velhice foram globalmente positivas como *construtivo, bonito, sábio, carinhoso, conformado, doce e interessante*, embora tenham surgido elementos mais negativos, como *inseguro, intrometido ou chato*. Os resultados vão de encontro às obtidas por Reis & Ceolim (2007), cujos cuidadores investigados descrevem o idoso através de características como *bonito, sábio, interessante, com senso de oportunidade, humilde e conformado*.

A adjectivação detetada no grupo de cuidadoras investigada promove, segundo a literatura, a manutenção de diversos estereótipos entre os profissionais que trabalham com idosos (“*Envelhecer significa perder as forças e as capacidades, ficar dependente.*”; “*É o nosso corpo começar a dar sinais de falta dos nossos sentidos (vemos pior, a pele ganha rugas) ...é o precisarmos de uma terceira pessoa que nos apoie.*”); a prevalência de atributos como *doce, conformado e carinhoso*, conduz muitas vezes a um assumir da velhice dócil, associada à fragilidade e dependência, com consequências ao nível dos comportamentos de cuidado; as cuidadoras do presente estudo terão de atender à prevenção de comportamentos com os idosos que promovam a vitimização do idoso, ou seja, o idoso, visto como “coitadinho”, pois podem contribuir para a diminuição da autonomia e da independência dos idosos ao seu cuidado. Novamente, uma formação planeada e dirigida com adequação a este público-alvo (cuidadoras) pode minimizar tais riscos.

III. CONCLUSÃO

A presente investigação é fruto de um processo composto por várias etapas, que se encadeiam e complementam de forma a atingir o propósito inicial – *determinar o perfil de cuidador formal e compreender quais os fatores de satisfação desta profissão*, numa tentativa de construir um perfil destes profissionais.

Na primeira parte deste trabalho foram descritos os conceitos de velhice e de idoso, com uma abordagem generalista do processo de envelhecimento, servindo de base para explorar o atual contexto sociodemográfico. Abordaram-se as alterações da estrutura social e familiar que gradualmente transferiram o papel dos familiares, como principais prestadores de cuidados ao idoso, para o Estado e as organizações especificamente direcionadas para esta faixa etária, aspeto que remete para a necessidade de identificar as políticas criadas pela sociedade para responder às necessidades de um número cada vez mais elevado de idosos.

Apesar desta nova perspetiva de cuidados, a maioria dos idosos em Portugal, continua a residir no seu próprio domicílio, existindo assim respostas sociais como o *Serviço de Apoio Domiciliário* ou o *Centro de Dia*, que prestam apoio de retaguarda às famílias e aos idosos. É nestes novos contextos que se torna imprescindível o surgimento da figura do cuidador e a diferenciação entre cuidador formal e cuidador informal.

Considerada socialmente como uma profissão desgastante e pouco valorizada, é importante perceber quais as motivações que estão na génese da adoção desta profissão e quais as fontes de satisfação que dela advêm. Estes eixos de satisfação poderão ser ferramentas consistentes para o recrutamento nas organizações que prestam serviços a esta população.

Por outro lado, o desenvolvimento de funções de cuidador não existe isolado da forma como o cuidador percebe o idoso e a velhice, percepção essa fundamental para a interação cuidador-idoso, e forma como se promove/impede o desenvolvimento de autonomia/independência destes idosos.

Com a análise dos testemunhos dos cuidadores formais que participaram nesta investigação podemos retirar algumas conclusões, as quais são aplicáveis a este grupo concretamente.

Primeiro, e no que respeita a identificação do “cuidador”, o género soberano é o feminino, na prestação de cuidados a idosos: cuidadoras a residir próximo da instituição, com média de idades de 47 anos e, apesar de maioritariamente serem casadas e com filhos, não apontam na generalidade dos casos dificuldades em conciliar a vida familiar com a vida profissional. Consideram-se pessoas satisfeitas ou mesmo muito satisfeitas com a profissão que exercem (embora a maioria das cuidadoras assumam que enveredou por esta profissão muito pela

necessidade de ter emprego, apesar de também o fazer pelo conteúdo da função de cuidador formal de idosos), valorizam especialmente as tarefas específicas da função, embora refiram descontentamento com algumas características particulares da população com que lidam e dificuldade de realização de algumas tarefas que lhes são atribuídas. O facto de a maioria não possuir formação prévia na área da geriatria/ gerontologia pode contribuir para estas dificuldades apontadas, mas a instituição disponibiliza formação contínua nestas áreas.

São especialmente valorizadas qualidades como a *Paciência* e a *Responsabilidade*, para ser um bom cuidador de idosos, essencialmente associadas ao estereótipo “feminino”.

Os objetivos inicialmente propostos, de definição de um primeiro “draft” de perfil de cuidador foi conseguido, tendo sido possível identificar neste grupo principais características e motivações / razões de satisfação no trabalho com idosos.

Pretendia-se também que esta investigação tivesse aplicação futura, permitindo melhorar a política de recursos humanos das organizações prestadoras de cuidados a idosos, desenhando um perfil destes profissionais e dos principais fatores que os motivam, constituindo uma ferramenta útil ao nível do recrutamento e da estratégia de avaliação de desempenho destas instituições. A informação conseguida permite este objetivo: criar uma base de trabalho para delinear perfis psico-profissionais no âmbito de recrutamento deste tipo de profissionais.

A escassez de investigações desta índole em Portugal constituiu uma limitação em termos de pesquisa bibliográfica e fundamentação do presente trabalho, mas fundamenta a originalidade da iniciativa; sem conseguir encontrar bibliografia ilustrativa de trabalhos congéneres de âmbito nacional, foram utilizados como dados comparativos, conclusões de um estudo nacional e outros desenvolvidos no Brasil, sendo estes atendidos com as devidas precauções, atendendo às discrepâncias sociais e de mercado de trabalho entre os dois países.

Esperamos por isso que uma utilidade deste estudo resida exatamente na sua função orientadora de futuras investigações, sugerindo pistas e novas questões, constituindo ponto de partida para estudos mais alargados e aprofundados, com a abrangência de diferentes realidades institucionais e de cuidadores formais com diferentes percursos de vida e características individuais distintas.

De ressaltar ainda que a presente investigação foi desenhada em contexto de estudo de caso, com um número de participantes reduzido, sendo representativa de uma realidade específica, não devendo a mesma ser percecionada como transversal à realidade de todos os profissionais do cuidado formal a idosos.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, M., Ceolim, M. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem*. 41 (3), 378-385.
- Barbosa, A. (2009). *Quem é o cuidador social e qual é o seu papel?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Bell, J. (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. (4ª ed.). Inglaterra: Open University Press
http://books.google.pt/books?id=aroefdSRc8AC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Berger, M. & Mailloux-Poirier (1995). *Pessoas idosas- Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bocchi, S. Cano, K. Baltieri, L. Godoy, D. Spiri, W. & Juliani, C. (2010). Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. *Ciência & Saúde*. 15 (6), 2973-2981.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Coleção ciências da educação*, Porto: Porto Editora.
- Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). *Serviço de apoio domiciliário – Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção-geral da acção social, Núcleo de documentação técnica e divulgação.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996). *Centro de dia – Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção-geral da acção social, Núcleo de documentação técnica e divulgação.
- Bose, M. & Schoenmaker L. (2006). Especificidade da gestão de pessoas no terceiro setor. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*, 5 (2).
- Bozeman, B. & Gaughan, M. (2011). Job satisfaction among university faculty: Individual, work and institutional determinants. *Journal of Higher Education*, 82 154-186.
- Carneiro, B. Pires, E. Filho A. & Guimarães, E. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8 (1) 75-85
- Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, C. Calvo, B. Martín, L. Campos, F. Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18 (4) 791-796.
- Carvalho, M. (2010). *Os Cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

- Colomé, I. Marqui, A. Jahn, A. Resta, D. Carli, R. Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2) 306-312.
- Costa, S. (2002). Gestão de pessoas em instituições do terceiro sector: Uma reflexão necessária. *Terra e Cultura*, 35 40-58. Acedido Janeiro, 21, 2013, em <http://www.cursosavante.com.br/cursos/curso387/conteudo7710.pdf>.
- Couto, M. (2012). *Autoeficácia e satisfação no trabalho em técnicos de diagnóstico e terapêutica*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Portugal.
- Daly, M. & Lewis, J. (2000), The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51 (2) 281-298.
- Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro. *Diário da República I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais.
- Decreto-Lei nº 35/108 de 7 de Novembro. *Diário da República I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais.
- Dias, A. (2009). *Satisfação no trabalho em Portugal: Uma análise longitudinal com recurso a Latent Growth Curve Models*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Dias, I. (2005). Encontro científico internacional – Envelhecimento, família e políticas sociais. *Revista de Sociologia da faculdade de letras da universidade do Porto*, 219. Acedido a Abril 9, 2013 em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3726.pdf>.
- Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39 (1) 97-102. Acedido Março 3, 2013, em <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/51.pdf>.
- Duarte, Y. & Diogo, M. (2000). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. São Paulo: Artmed editora.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no Idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora
- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: Um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança: Bragança.
- Fidel, R. (1992). The case study method: a case study. In: J. Glazier & R. Powel. *Qualitative research in information management* (37-50). Englewood: Libraries Unlimited.
- Filho, E. & Netto, M. (1998). *Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutico*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fontain, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência: Loures.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT*. 5 (8), 51-61.
- Franco, R., Sokolowski, S., Heirel, E. & Salamon, L. (2005). *O Sector não lucrativo português numa perspectiva comparada*. Porto: Uniarte Gráfica.
- Freitas, E. Cançado, Doll, J. & Gorzoni, M. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Garbin, C. Sumida, D. Moimaz, S. Prado, R. & Silva, M. (2008). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual de São Paulo* 2241-2248. Acedido em Fevereiro 2, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a32v15n6.pdf>.
- Gonçalves, J. & Nogueira, J. (2009). *Carta social: rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: Gabinete de estratégia e planeamento.
- González, J. T. (2006). El Envejecimiento Desde La Perspectiva Biológica. In L. A. Ortiz, J. C. Ballesteros, M. M. Carrasco, & S. Masson (2ª ed.), *Psiquiatria Geriátrica* (3-25). Barcelona.
- Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento*. São Paulo, Artmed Editora.
- Hartley, J. (1998). *Case studies in organizational research in qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London: Sage.
- Herzberg F. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley.
- Herzberg, F. (2008). *One more time: How do you motivate employees*. Harvard Business Review Classics.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Horta, A., Ferreira, D e Zhao, L. (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63, 523-528
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE
- Jani Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Irlanda: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: Perfil do cuidador formal, *Revista Escola Enfermagem USP* 35, 257-264.
- Kröger, T. (2001). *Comparative research on social care the state of the art, Soccare Project report 1*. Brussels: European Commission.
- Léssard-Hébert, M. Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette, *Handbook of industrial and organizational psychology* (1297-1349). Chicago: Rand McNally
- Martin, J. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In A. Fonseca & C. Paúl. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Martinez, M. & Paraguay, A. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 6, 59-78.
- Martins, M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais*. 50, 52-56.
- Mayer, K. Baltes, P. Baltes, M. Borchelt, M. Delius, J., Helmchen, H., *et al.* (1999). What do we know about old age and aging? *Conclusions from the Berlin aging study*. In P. B. Baltes & K. U. Mayer, *The Berlin Aging Study* (475-545). Berlin.
- Mazo, G.; Lopes, M. e Benedetti, T. (2001). *Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Moresi, E. (2003). *Metodologia da pesquisa*. Acedido em Abril 6, 2013, em <http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>.
- Mota, F. Oliveira, M. Marques, M. Bessa, M. Leite, B. & Silva, M. (2010). Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Revista Pesquisa*, 14 (4), 833-838
- Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, defenição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. P. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2-12). Rio de Janeiro: Guanabara.
- OCDE (2013). +Health. OCDE – Better Life. Disponível em <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/> em Abril 6, 2013.
- OMS (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid: World Health Organization.
- OMS (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde.

- OMS: WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 153-159.
- ONU (2002). International plan of action on ageing. In 2ª assembleia mundial sobre o envelhecimento (1-69). Madrid. Acedido a 16-05-2013. Disponível em https://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas humanos e organizações, Lda.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia*. Lisboa: Lidel
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, F. (2012). Fenómenos Estruturantes da Pós-Modernidade. In F. Pereira (1ª ed.) *Teoria e Prática da Gerontologia* (17-23). Viseu: Psicossoma.
- Pimenta, G. Costa, M. Gonçalves, L. & Alvarez, A. (2009). Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal, *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43, 609-614.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Punch, K. (1998). *Introduction to social research: quantitative & qualitative approaches*. London: SAGE Publications.
- Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção-geral da acção social núcleo de documentação técnica e divulgação
- Quesada, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- Quivy, R. & Campenhoudt, V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (8ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Reis, P. & Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41 (1), 57-64. Acedido em Fevereiro, 5, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n1/v41n1a07.pdf>
- Ribeiro, M. Ferreira, R. Ferreira, E. Magalhães, C. & Moreira, A. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência Saúde Colet. do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG*. 13(4), 1285-1292.
- Ribeiro, M. Ferreira, R. Magalhães, C. Moreira, A & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (6), 870-875.

- Rodríguez, P. (2005). La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales. In D. Casado (Dir.), *Avances en Bienestar Basados en el Conocimiento* (111-147). Madrid: Editorial CCS.
- Rolland, J. (2001). *Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Romão, A. Pereira, A. & Guerra, I. (2007). *Estudo prospetivo sobre a adequação das respostas da SML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) às necessidades dos cuidadores informais de idosos*. Lisboa: CET-ISCTE.
- Rosanvallon, P. (1991). *A Crise do estado providência*. Lisboa: Ed. Inquérito.
- Salanova, M., Hontagas, P. & Pieró J. (1996). Motivation laboral. In J. M. Peiró & F. Prieto. *Tratado de psicología del trabajo* (vol. 2). Madrid: Síntesis.
- Salgueiro, H. & Lopes, M. (2010). A Dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha Enfermagem de Porto Alegre*, 31 (26-32). Acedido em Fevereiro, 29, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rgent/v31n1/a04v31n1.pdf>.
- Santana, S. Dias, A. Souza, E. & Rocha, N. (2007). The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7 (1-8). Acedido em 18 de Outubro de 2012 em <http://www.ijic.org/>.
- Santiago, D. (2006). El envejecimiento defeniciones y teorías. In D. C. Santiago, *Biogerontología* (13-34). Sanatander: Universidad de Cantabria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Porto: Quarteto.
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais*. Porto: Porto Editora.
- Servais, P. (2000). Las personas mayores y la familia en la Europa del siglo XVI al siglo XX. In S. A. Biosca (coord.). *Mayores y familia* (37-54). Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto, Ambar.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Teixeira, I. (2008). Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13 (4), 1181-1188.
- Segurança Social (2012). *Georreferenciação das respostas sociais*. Acedido em 18 de Outubro de 2012 em: <http://georeferenciacao2012.wix.com/viana-do-castelo>.

Veras, R. *et al.* (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Revista Saúde Pública de São Paulo*. 21 (3), 225 – 33.

Yin, R. (2010). *Estudo de caso – Planejamento e métodos* (4ª ed.). Lisboa: Bookman Companhia

Zimerman, G. (2005). *Velhice aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

Este questionário tem como objetivo traçar o perfil dos profissionais que trabalham com idosos, através de um estudo de caso único.

Atenção: Responda às questões colocadas preenchendo os quadros apresentados ou redigindo sucintas referências. Salvo outra indicação oportuna, marque X nos termos referentes aos termos ou expressões que, efetivamente constituem as suas respostas. Os dados serão trabalhados de forma confidencial.

Grupo I – Identificação

1. Data de Nascimento: ____/____/____
2. Naturalidade: _____
3. Nacionalidade: _____
4. Morada: _____
5. Distância ao local de trabalho (em minutos e em km): _____
6. Estado Civil: _____
7. Carta de Condução: _____
8. N° de filhos: _____
9. N° de irmãos: _____
10. N° de pessoas do agregado familiar: _____

Grupo II – Percorso Escolar/ Académico

1. Habilitações Literárias (no caso de algum dos ciclos de estudo ter sido realizado através de alguma formação profissional especifique em que área é a sua formação):

4º ano 6º ano 9º ano Ensino Secundário

Licenciatura Outra _____

2. Realizou formação profissional na área da gerontologia/ geriatria antes de vir trabalhar para esta Instituição?

Sim Não

3. A Instituição em que trabalha disponibiliza formação contínua?

Sim Não

4. Se respondeu “Sim” na questão anterior indique em que áreas recebeu formação?

5. Considera que a formação que tem é adequada para realizar as funções que lhe foram atribuídas?

Sim Não

6. Considera que a formação que tem é suficiente para realizar as funções que lhe foram atribuídas?

Sim Não

7. Tem o hábito de procurar formação na área do envelhecimento?

Sim Não

8. Costuma ler ou pesquisar sobre temas relacionados com a sua área de trabalho?

Sim Não

9. Costuma trocar ideias/ experiências com outros profissionais?

Sim Não

Grupo III – Percurso Profissional

1. Na sua experiência passada, já tinha sido cuidadora de algum familiar/ amigo com dependência?

Sim Não

2. Já tinha trabalhado antes de vir para esta instituição? (Se responder não, passe automaticamente para a questão número 5).

Sim Não

3. Se respondeu sim à questão anterior indique em que área/ áreas trabalhou anteriormente. Quantos anos trabalhou em funções diferentes das atuais.

4. Há quanto tempo trabalha como cuidador/a de idosos?

Há menos de um ano 1 a 2 anos 3 a 5 anos 6 a 8 anos
9 a 11 anos há mais de 12 anos

5. Quais os principais motivos que a levaram a trabalhar nesta área?

6. O que mais gosta nesta atividade?

7. O que menos gosta nesta atividade?

8. Quais lhe parece serem as principais dificuldades no trabalho como cuidador?

Não encontro qualquer dificuldade

Dificuldade em conciliar o trabalho com a vida familiar

Falta de preparação para o desenvolvimento da função

Dificuldade em lidar com a pessoa idosa

Outros motivos*

*indique outras dificuldades que encontre no desenvolvimento das suas funções.

9. De uma escala de 1 a 4 na qual 1 representa nada importante e 4 muito importante classifique a importância que atribui às seguintes qualidades/ competências:

Paciência

Responsabilidade

Formação Profissional

Honestidade

Respeito

Boas relações profissionais

Tolerância

Ética

Outros. Quais? _____

10. Observe com atenção as qualidades/ competências abaixo indicadas. Indique, do grupo de palavras que leu, as quatro que considera mais importantes para ser um bom cuidador de idosos, escalonando-as de 4 a 1 (em que 4 é a menos importante e 1 a mais importante)

Remuneração

Condições físicas (conforto, segurança,...)

Perspetivas de promoção

Organização e funcionamento do serviço em que trabalha

Colaboração e clima de relação entre colegas

Competência e funcionamento do superior hierárquico imediato

Competência e funcionamento dos subordinados (quando se aplique)

Trabalho que realiza

Considerando todos os aspectos anteriores, diria que em geral, perante o seu trabalho está...

Grupo IV – Concepções

1. O que significa para si envelhecimento?

2. Para si o idoso é (riscar a opção errada):

- a) Construtivo/Destrutivo
- b) Seguro/Inseguro
- c) Forte/Fraco
- d) Condescendente/Crítico
- e) Discreto/Intrometido
- f) Bonito/Feio
- g) Carinhoso/Frio
- h) Doce/Amargo
- i) Sábio/Ignorante
- j) Interessante/Desinteressante
- k) Com senso de oportunidade/Chato
- l) Humilde/Arrogante
- m) Conformado/Queixoso

Obrigada pela sua colaboração,