



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

A importância da formação dos cuidadores formais na prestação de cuidados a pessoas idosas com demência

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

2025, Mariana Rodrigues da Rosa



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Mariana Rodrigues da Rosa

A importância da formação dos cuidares formais na prestação de cuidados a pessoas idosas
com demência

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação,
Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Trabalho realizado sob a orientação da Professora, Dr. ^a Cláudia Andrade

Maio, 2025

Agradecimentos

A concretização desta tese de mestrado constituiu uma etapa exigente, mas simultaneamente enriquecedora, no meu percurso académico e pessoal. É com profundo reconhecimento que expresso a minha sincera gratidão a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

À professora doutora Cláudia Andrade, manifesto a minha mais profunda gratidão pela orientação rigorosa, disponibilidade e apoio ao longo de todo o desenvolvimento desta tese. A sua dedicação, clareza nas orientações e incentivo permanente foram determinantes para a concretização do mesmo.

Agradecer também aos restantes docentes que se cruzaram comigo durante este percurso académico, tanto na licenciatura como no mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação de Coimbra. O conhecimento teórico e prático que partilharam foi fundamental para a construção de bases do meu percurso académico e para o desenvolvimento de competências que sustentam este trabalho.

Agradeço igualmente a todas as instituições que aceitaram participar neste estudo, bem como a todos os cuidadores formais que, com generosidade e disponibilidade, partilharam as suas experiências, tornando possível a recolha dos dados essenciais para esta investigação.

Aos meus amigos, colegas de curso e colegas de trabalho retribuo a amizade e companheirismo. Coimbra ficou mais rica com a vossa presença e ombro amigo.

À minha mãe, ao Jonny e ao Miguel obrigada pela oportunidade em formar-me e sair da ilha à procura de novos desafios e conquistas para o meu futuro. Mesmo a 1747 km de distância, deram-me sempre muita força, confiança, alento, amor e motivação para rasgar um futuro brilhante. A distância física nunca diminui o vínculo forte que nos une.

Aos meus restantes familiares e de um modo particular, agradecer aos meus avós maternos, que foram e têm sido um elemento muito importante ao longo de toda a vida e neste percurso académico sem exceção. São uns segundos pais para mim.

Ao Hugo, o meu companheiro, quero agradecer, não apenas por estar sempre ao meu lado a apoiar-me, mas também a ser quem ele o é. Obrigada por cada gesto de apoio, por ouvires-me nos dias difíceis e por acreditares em mim, mesmo quando eu mesma duvidei.

O meu muito obrigada a todos vós!

A todos, dedico este trabalho.

.

Resumo

O presente estudo pretendeu analisar o impacto da formação contínua na área da demência junto de cuidadores formais de cinco instituições localizadas em diferentes contextos geográficos (rurais, periurbanos e urbanos), com um total de 82 participantes.

Através de uma metodologia qualitativa, centrada em questionários sociodemográficos e de satisfação, os dados revelaram uma valorização globalmente positiva da ação formativa, evidenciada por médias superiores a 4,6 na escala de Likert e por avaliações qualitativas que destacam a relevância dos conteúdos, a clareza da exposição e o contributo prático para o desempenho profissional.

Apesar dos resultados encorajadores, identificaram-se limitações no acesso à formação, sobretudo entre os profissionais com funções operacionais e em contextos menos favorecidos.

O estudo reforça a importância de políticas institucionais que promovam a equidade formativa, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados a pessoas com demência.

Contribuiu assim para o aprofundamento do conhecimento científico sobre a formação de cuidadores formais, propondo recomendações para uma maior eficácia e abrangência das ações formativas neste setor.

Palavras-chave: demência, cuidadores formais, formação contínua, instituições sociais, envelhecimento.

Abstract

The present study aimed to analyze the impact of continuous training in the field of dementia among formal caregivers from five institutions located in different geographical contexts (rural, peri-urban, and urban), totaling 82 participants.

Using a qualitative methodology, based on sociodemographic and satisfaction questionnaires, the data revealed a generally positive evaluation of the training sessions, evidenced by average scores above 4.6 on the Likert scale and qualitative assessments highlighting the relevance of the content, clarity of delivery, and practical contribution to professional performance.

Despite these encouraging results, limitations in access to training were identified, particularly among professionals with operational roles and those in less advantaged contexts.

The study reinforces the importance of institutional policies that promote equitable access to training, with a direct impact on the quality of care provided to people with dementia.

Thus, it contributes to the advancement of scientific knowledge regarding the training of formal caregivers, offering recommendations to enhance the effectiveness and reach of future training initiatives in this sector.

Keywords: dementia, formal caregivers, continuous training, social institutions, aging.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD's - Atividades da Vida Diária

CD - Centro de Dia

CN - Centro de Noite

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

PICD - Pessoas Idosas com Demência

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

TOR – Terapia Orientada para a Realidade

Sumário

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. Envelhecimento.....	6
1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal	6
1.2. O processo de envelhecimento	7
2. Demência.....	8
2.1. Classificação, sintomas, diagnóstico e evolução	8
2.2. Estratégias de intervenção	11
3. Cuidadores formais de pessoas idosas com demência	17
3.1. Necessidades e dificuldades no ato de cuidar	18
4. Formação	20
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	23
1. Pertinência do Estudo	24
2. Objetivos do Estudo	24
3. Método	25
4. Amostra	25
5. Consentimento Informado.....	27
6. Instrumento de Recolha de Dados	28
a) Questionário sobre necessidades formativas	28
b) Questionário Sociodemográfico	29
c) Questionário de Avaliação da Ação de Formação	29
7. Recolha de Dados e Análise de Dados	29
a) Recolha de Dados.....	29
b) Análise de Dados.....	30
PARTE III - RESULTADOS.....	31
1. Apresentação dos Resultados.....	32
1.1. Instituição A	33
1.2. Instituição B	39
1.3. Instituição C	45
1.4. Instituição D	50

1.5.	Instituição E	56
1.6.	Questionário de satisfação da ação de formação	62
2.	Discussão dos Resultados	64
2.1.	Questionário sociodemográfico	64
2.2.	Questionário de satisfação da Ação de Formação	68
PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS		71
1.	Limitações do estudo e propostas de melhoria	72
2.	Principais Conclusões	74
BIBLIOGRAFIA		76
APÊNDICES		83

Lista de Figuras

FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS DEMÊNCIAS	9
---	----------

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A ASSISTÊNCIA A FORMAÇÃO SOBRE A DEMÊNCIA	32
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES COM BASE NO GRAU DE NECESSIDADE/ DIFICULDADE NAS VÁRIAS ÁREAS DE ATUAÇÃO DA DEMÊNCIA	33
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GÊNERO – INSTITUIÇÃO A.....	33
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A IDADE – INSTITUIÇÃO A	34
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL – INSTITUIÇÃO A	34
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FILHOS E/OU OUTROS DEPENDENTES – INSTITUIÇÃO A	35
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS- INSTITUIÇÃO A.....	36
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO A	36
GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE SERVIÇO - INSTITUIÇÃO A	37
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A RESPOSTA SOCIAL - INSTITUIÇÃO A.....	37
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O VÍNCULO INSTITUCIONAL – INSTITUIÇÃO A	38
GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA DEMÊNCIA – INSTITUIÇÃO A.....	38
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GÊNERO- INSTITUIÇÃO B.....	39
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A IDADE – INSTITUIÇÃO B	39
GRÁFICO 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL – INSTITUIÇÃO B.....	40
GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FILHOS E/OU OUTROS DEPENDENTES – INSTITUIÇÃO B	40
GRÁFICO 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS – INSTITUIÇÃO B	41
GRÁFICO 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO B.....	42
GRÁFICO 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO B.....	43
GRÁFICO 20 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A RESPOSTA SOCIAL - INSTITUIÇÃO B.....	43
GRÁFICO 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O VÍNCULO INSTITUCIONAL - INSTITUIÇÃO B.....	44
GRÁFICO 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA DEMÊNCIA - INSTITUIÇÃO B.....	44
GRÁFICO 23 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GÊNERO – INSTITUIÇÃO C.....	45
GRÁFICO 24 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A IDADE – INSTITUIÇÃO C.....	45
GRÁFICO 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL - INSTITUIÇÃO C	46
GRÁFICO 26 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FILHOS E /OU OUTROS DEPENDENTES - INSTITUIÇÃO C.....	46
GRÁFICO 27 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS - INSTITUIÇÃO C	47
GRÁFICO 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA - INSTITUIÇÃO C	48
GRÁFICO 29 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO C	48
GRÁFICO 30 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A RESPOSTA SOCIAL - INSTITUIÇÃO C.....	49
GRÁFICO 31 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O VÍNCULO INSTITUCIONAL - INSTITUIÇÃO C.....	49
GRÁFICO 32 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA DEMÊNCIA - INSTITUIÇÃO C.....	50

GRÁFICO 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GÉNERO - INSTITUIÇÃO D	50
GRÁFICO 34 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A IDADE - INSTITUIÇÃO D	51
GRÁFICO 35 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL - INSTITUIÇÃO D	51
GRÁFICO 36 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FILHOS E/OU OUTROS DEPENDENTES.....	52
GRÁFICO 37 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS - INSTITUIÇÃO D	52
GRÁFICO 38 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO D	53
GRÁFICO 39 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO D	54
GRÁFICO 40 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A REPOSTA SOCIAL - INSTITUIÇÃO D	55
GRÁFICO 41 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O VÍNCULO INSTITUCIONAL - INSTITUIÇÃO D	55
GRÁFICO 42 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA DEMÊNCIA - INSTITUIÇÃO D	56
GRÁFICO 43 - DISTRIBUIÇÃO DO GÉNERO DOS PARTICIPANTES - INSTITUIÇÃO E	56
GRÁFICO 44 - DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DOS PARTICIPANTES - INSTITUIÇÃO E	57
GRÁFICO 45 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO CIVIL - INSTITUIÇÃO E.....	58
GRÁFICO 46 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A PRESENÇA DE FILHOS E/OU OUTROS DEPENDENTES - INSTITUIÇÃO E	58
GRÁFICO 47 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS – INSTITUIÇÃO E	59
GRÁFICO 48 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA NA INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO E	59
GRÁFICO 49 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO – INSTITUIÇÃO E	60
GRÁFICO 50 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A RESPOSTA SOCIAL – INSTITUIÇÃO E	60
GRÁFICO 51 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O VÍNCULO INSTITUIÇÃO - INSTITUIÇÃO E	61
GRÁFICO 52 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA DEMÊNCIA - INSTITUIÇÃO E.....	61
GRÁFICO 53 - DISTRIBUIÇÃO DA APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELOS PARTICIPANTES SOBRE A AÇÃO DE FORMAÇÃO	64

Lista de Tabelas

TABELA 1 - MÉDIA DAS RESPOSTAS - AVALIAÇÃO GERAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	62
TABELA 2 - MÉDIA DAS RESPOSTAS - AVALIAÇÃO DA MESTRANDA (CONHECIMENTOS/CONTEÚDOS).....	63
TABELA 3 - MÉDIA DE RESPOSTAS - AVALIAÇÃO DA MESTRANDA (EXPOSIÇÃO)	63

INTRODUÇÃO

A importância da formação dos cuidadores formais na prestação de cuidados a pessoas idosas com demência

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico que tem vindo a adquirir cada vez mais visibilidade nas últimas décadas. Em Portugal, nunca houve uma quantidade tão grande de pessoas com 65 anos ou mais anos, e, ao mesmo tempo, os nascimentos continuam a diminuir. A população jovem tem-se reduzido significativamente, o que resulta num envelhecimento acelerado da sociedade. A população em idade ativa está a diminuir, ao passo que a proporção de idosos no país está a aumentar exponencialmente. Esta realidade tem colocado pressão sobre os serviços de saúde, de bem-estar social e sobre as políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Rosa, 2012).

Esse processo demográfico é impulsionado pelo aumento da longevidade, devido aos avanços em áreas como a medicina, a nutrição, as condições de vida e o acesso a cuidados médicos. A redução das taxas de mortalidade, aliada ao avanço das tecnologias de saúde, permitiu que as pessoas vivessem mais tempo. No entanto, esta longevidade traz desafios significativos, principalmente relacionados com as doenças crónicas e degenerativas, como a demência. As taxas de fecundidade, por outro lado, têm diminuído, o que resulta em uma população mais envelhecida e em uma diminuição da população em idade ativa, levando a um desequilíbrio geracional.

A demência é uma condição neurodegenerativa caracterizada por uma deterioração progressiva das funções cognitivas, incluindo a memória, o raciocínio, a linguagem e a capacidade de aprender novas informações. Estas perdas cognitivas afetam gravemente a capacidade do indivíduo de realizar suas Atividades da Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais da Vida diária (AIVD's) (Almeida et al., 2015). À medida que a população envelhece, a incidência da demência tende a aumentar, o que coloca ainda mais pressão sobre os sistemas de saúde, os serviços de cuidados e a rede familiar.

A demência não afeta apenas o indivíduo, mas também tem um impacto significativo nos familiares e cuidadores. Muitas vezes, os familiares tornam-se os

cuidadores primários dos idosos com demência, o que pode ser emocionalmente e fisicamente desgastante. O aumento da prevalência da demência está diretamente relacionado com a sobrecarga dos cuidadores informais, que enfrentam desafios como o estresse, a exaustão e a falta de suporte adequado. Além disso, a falta de conhecimento sobre a doença e as estratégias de cuidado pode agravar ainda mais a situação. Esse cenário tem levado ao surgimento de cuidadores formais, profissionais especializados e treinados para atender às necessidades específicas de pessoas com demência.

Os cuidadores formais desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade a pessoas com demência. Eles são responsáveis por ajudar na realização das AVD's e AIVD's, mas também têm a responsabilidade de monitorizar o bem-estar emocional e psicológico dos utentes, ajudando a lidar com os sintomas comportamentais e com as dificuldades de comunicação que são características da demência. Além disso, os cuidadores formais prestam suporte psicológico às famílias, ajudando-as a lidar com o impacto emocional de cuidar de um ente querido com uma doença progressiva e muitas vezes debilitante. A demência pode ser uma experiência profundamente desgastante para todos os envolvidos, e os cuidadores formais desempenham um papel essencial na promoção de uma melhor qualidade de vida para os idosos com demência, ao mesmo tempo em que oferecem apoio emocional e prático às suas famílias (Miranda, Dias & Gunes, 2019).

A formação de cuidadores formais é essencial para garantir que estes profissionais sejam bem preparados para lidar com os desafios específicos da demência. A formação deve ser abrangente e incluir não apenas os conhecimentos técnicos necessários para o cuidado físico, mas também as competências emocionais e psicológicas necessárias para lidar com o comportamento dos pacientes e o impacto emocional da doença.

Além disso, a formação contínua é imprescindível, pois a medicina e os conhecimentos sobre a demência estão em constante evolução. O treino contínuo permite que os cuidadores se mantenham atualizados sobre as melhores práticas, novas abordagens terapêuticas e estratégias de cuidado. Também é importante que os programas de formação se adaptem às necessidades individuais dos cuidadores, uma vez

que o contexto de cada idoso pode variar, e a abordagem de cuidado deve ser personalizada para ser mais eficaz.

O presente estudo tem como objetivo explorar a percepção dos cuidadores formais de pessoas com demência (Picd) sobre a prestação de cuidados, focando-se em seus conhecimentos sobre a doença e suas necessidades formativas. Compreender as percepções e as necessidades formativas dos cuidadores é essencial para o desenvolvimento de programas de formação mais adequados e eficazes. Este estudo pretendeu identificar as lacunas no conhecimento dos cuidadores, bem como as áreas em que eles sentem que precisam de mais apoio e formação, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado e da assistência prestada às pessoas com demência.

Este estudo encontra-se organizado em quatro capítulos, que se complementam de forma a proporcionar uma compreensão clara e aprofundada da problemática em análise:

- I) Enquadramento teórico, onde é apresentada a fundamentação teórica do estudo, abordado os conceitos essenciais relacionados com o envelhecimento populacional, a demência, o papel dos cuidadores formais, bem como a importância da formação e das competências necessárias à prestação de cuidados a pessoas com demência.
- II) Estudo Empírico, no qual é descrito o desenho da investigação, incluindo os objetivos do estudo, a metodologia adotada, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e a análise dos dados.
- III) Apresentação e Discussão dos resultados que pretende expor e interpretar os dados obtidos nesta investigação, com os dados da literatura já existente e analisada no primeiro capítulo.
- IV) Considerações Finais são aferidas as principais conclusões da presente investigação, sintetizando os contributos do estudo para a área dos cuidados a pessoas com demência, sugerindo recomendações para a prática profissional e para a formação de cuidadores formais, e propondo linhas de investigação futura.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a fornecer suporte técnico necessário para a compreensão e contextualização da problemática do envelhecimento, do trabalho prestado pelos cuidadores formais a Pessoas idosas com demência (Picd) e das suas necessidades de formação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que pretende fundamentar todas as intervenções que foram desenvolvidas no âmbito deste estudo.

1. Envelhecimento

1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal

Nas últimas décadas, assistimos a uma transição demográfica sem precedentes históricos. Tal como em outros países desenvolvidos na Europa e mundo, Portugal tem sentido uma mudança profunda na estrutura etária e na dimensão da sua população. Deste modo, esta ocorre de forma uniforme em todo o território português e deixou de ser uma particularidade das localidades interiores (Beringuilho, 2013).

Atualmente, a falta de renovação da pirâmide etária é uma realidade em Portugal, o que significa que estamos perante o envelhecimento da população. A população do nosso país, apresenta uma estrutura etária idosa, com uma proporção mais elevada de idosos do que de jovens. Estas mudanças demográficas são em grande parte, o resultado da queda das taxas de natalidade e do aumento da esperança de vida (Beringuilho, 2013). Por um lado, estes dois fenómenos resultam da presença de fatores distintos, tais como os avanços tecnológicos e médicos, do crescimento e da aproximação aos cuidados de saúde, da extensão dos sistemas de proteção social e da mudança nos hábitos alimentares (Pocinho, 2014). Por outro lado, por oposição à positividade dos fenómenos relacionados com o aumento da longevidade e da expectativa de vida, os declínios das taxas de natalidade podem ser encarados como um desafio que surge do resultado da contraceção, da maior igualdade na distribuição dos papéis de género, e de forma mais particular, o acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho (Pocinho, 2014).

De acordo com as projeções realizadas da população residente em Portugal entre 2015 e 2080, o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Na mesma lógica, o

índice de envelhecimento tem um crescimento positivo, passando de 147 para 317 idosos a cada 100 jovens (INE, 2017).

Assim sendo, a realidade atual enfrenta os vários desafios consecutivos de uma sociedade pós transição duplamente envelhecida (Rodrigues, 2018).

1.2. O processo de envelhecimento

O envelhecimento constitui-se como um fenómeno inerente que integra o ciclo de vida da existência humana (Miranda, 2020).

Ainda que o envelhecimento seja comum a todas as pessoas, cada pessoa é única e possui características próprias, o que significa que nem todos envelhecemos da mesma forma. Neste sentido, o processo de envelhecimento não pode ser determinado apenas por critérios cronológicos, mas deve levar em consideração a análise de todas as condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, ou seja, podem ser observadas diferentes idades biológicas em indivíduos com igual idade cronológica (Beringuilho, 2013).

O envelhecimento inclui cenários biológicos, sociais e psicológicos e é um processo complexo que não pode ser explicado por um único cenário, mas pela articulação e relação entre os mesmos (Serafim, 2007).

Para as autoras Berger e Mailloux-Poirier (1995), o envelhecimento é um “(...) processo contínuo que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa” pois cada um tem a sua forma particular de envelhecer. Deste modo, a forma como envelhecemos está inteiramente relacionada com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função dos meio físico e social, no qual o nosso organismo desenvolve e envelhece ao longo do tempo. O envelhecimento é a consequência do desenvolvimento do curso vital (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Existem vários fatores que interferem no processo de envelhecimento de cada indivíduo. Segundo Paúl (2005), o processo do envelhecimento é constituído por três componentes: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico surge do aumento da vulnerabilidade e do aumento da possibilidade de morrer; o envelhecimento social, refere-se à adaptação dos papéis sociais esperados pela sociedade e o

envelhecimento psicológico, através da regulação do próprio indivíduo, no ato de tomar decisões e escolhas, adaptando-se ao processo de senescência e de envelhecimento (Paúl, 2005).

Enquanto processo natural que ocorre em todos os indivíduos, é acompanhado por um certo declínio nas funções e capacidades do indivíduo, sejam estas psicológicas, físicas e sociais e, que, muitas das vezes, exige a presença de um cuidador (Proença, 2019).

À medida em que o envelhecimento começou a ser visto como um problema social, os problemas dos idosos começaram a ser entendidos como reais necessidades e não como problemas, passando assim a ser cada vez mais respeitados perante a sociedade. Para além de ser caracterizado pelo aumento do número de idosos, é também um processo de crescimento e de desenvolvimento contínuo (Carvalho, 2013).

O envelhecimento é um processo que depende inteiramente da interação de fatores endógenos e exógenos e que, nos torna cada vez mais únicos. Este encontra-se profundamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento e tal, como em todas as etapas acarreta ganhos, tais como sabedoria e experiência e perdas como a capacidade de homeostasia (Kart & Kinney, 2001).

2. Demência

2.1. Classificação, sintomas, diagnóstico e evolução

O aumento da esperança média de vida resultou na evolução da incidência de doenças crónicas e da morbilidade nos idosos ser cada vez mais característica devido à maior longevidade deste grupo (Garre-Olmo, 2018). Nesta lógica, assim que o ser humano vai envelhecendo é possível perceber a existência e o desenvolvimento de debilidades físicas e intelectuais que podem levar ao surgimento e desenvolvimento de algumas demências (Pera, 2012).

O conceito de demência provém do latim “de” (sem) mais “mens” (mente) e refere-se a um conjunto de patologias caracterizadas por um declínio geral das funções cognitivas, suficientemente grave para interferir no funcionamento normal de cada pessoa (Lagarto, Rafaela & Cerejeira, 2014).

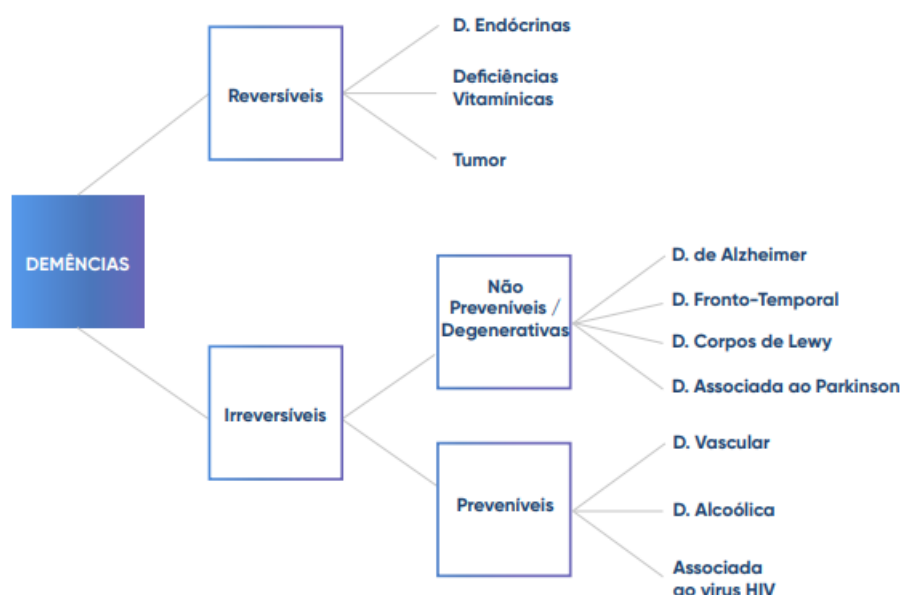
A demência corresponde a uma síndrome que advém de uma doença cerebral crónica progressiva, que origina inúmeras alterações das funções corticais superiores, como por exemplo, memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e raciocínio. De acordo com Almeida et al. 2015, as demências são um conjunto heterogéneo de doenças, com sinais e sintomas semelhantes, mas com etiologias muito diferenciadas (Almeida et al., 2015).

Embora a maioria das pessoas com demência sejam idosos, é importante ressaltar que nem todos os idosos desenvolvem demência e que esta não faz parte do processo natural de envelhecimento, mas sim é considerada uma patologia.

A incidência e a prevalência da demência aumentam exponencialmente após os 65 anos de idade (Livingston et al., 2017).

Atualmente existem várias formas de demência, sendo as mais comuns: demência de Alzheimer, demência vascular, demência de corpos de lewy e demência frontotemporal. Desta forma, a demência de alzheimer é a forma mais comum de demência sendo que afeta de 50 a 60% das pessoas idosas (ADI, 2020).

Figura 1 - Classificação das demências



Retirado de Almeida et al. (2015, p. 08)

Quando uma doença afeta o cérebro, ocorre uma degeneração das células cerebrais em diversas áreas. Os sintomas que surgem estão diretamente relacionados com as áreas do cérebro mais afetadas (Almeida et al., 2015).

Os sintomas passam por ser degenerativos, na medida em que os neurónios se degeneram; progressivos pois pioram gradualmente à medida que mais células do cérebro são danificadas e acabam por morrer; e irreversíveis visto que o dano causado por grande parte das demências já não pode ser reparado (Almeida et al., 2015).

No decorrer dos anos têm sido feitos vários esforços no sentido de padronizar os critérios diagnósticos para diferentes tipos de demência, na tentativa de obter dados mais rigorosos sobre a prevalência e incidência da mesma (Sequeira, 2010).

A idade, a baixa escolaridade, os fatores psicológicos e cardiovasculares e os estilos de vida são considerados fatores de risco relevantes que podem aumentar a prevalência de uma pessoa vir a desenvolver demência (Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016).

Todas as demências são doenças progressivas, muitas vezes com evolução prolongada. A progressão tende a seguir um padrão, razão pelo qual é possível identificar frequentemente três fases no curso da doença: ligeira, moderada e avançada. No entanto, é importante observar que as etapas podem se sobrepor e que não são iguais para todas as pessoas (Almeida et al., 2015).

Numa fase inicial, a demência ligeira apresenta-se em estado pré clínico ou assintomático, dificultando a sua identificação pela ausência de sinais de diagnóstico. Por contrapartida, muitas das vezes surgem as perturbações cognitivas e comportamentais, como é o caso, da desorientação no tempo e no espaço; perda de iniciativa; dificuldade em manter rotinas; dificuldade em encontrar palavras, tendo assim um discurso menos fluente; alterações de humor e de personalidade; diminuição da capacidade de adaptação à mudança (Rocha, 2020).

Numa segunda fase, fase moderada, surge o agravamento dos sintomas referidos anteriormente em conjunto com a perda de funcionalidade e autonomia para as atividades do dia a dia. Para além disso, nesta fase ocorre o agravamento da perda de

memória, a dificuldade em reconhecer familiares e amigos, inquietude principalmente no período do fim da tarde e início da noite e a ocorrência de delírios (Almeida et al., 2015).

Numa última fase, denominada como fase avançada ou terminal, verifica-se uma dependência total na execução das atividades de vida diária (AVD's) e as alterações cognitivas são acompanhadas de decadência física significativa, podendo também ocorrer a perda da capacidade de comunicação oral, incontinência urinária e fecal e uma maior tendência para levar todos os objetos à boca. Num período em média de 8 a 12 anos evolução da doença, a morte surge e nela notavelmente devido às complicações somáticas existentes (Sequeira, 2010).

O aumento da preponderância das demências coloca novos desafios aos indivíduos, às famílias e à sociedade. Desta forma, as pessoas com demência têm necessidades específicas que devem ser tidas em conta, e às quais deve ser dada resposta.

2.2. Estratégias de intervenção

Na ausência de intervenções de intuito curativo, o objetivo de intervenção na pessoa com demência centra-se na maximização da qualidade de vida.

O tratamento da demência deve ser individualizado e adaptado a cada caso, incluindo estratégias farmacológicas e não farmacológicas. É necessário termos sempre em conta que não existem demências, mas sim doentes com demência, por isso deve ser realizado um plano específico para cada pessoa e os seus respetivos familiares (Sequeira, 2010).

Neste estudo irei focar-me apenas nas intervenções não farmacológicas mais indicadas para a intervenção com a Picd, na qual o profissional de Gerontologia detém formação e um conjunto de saberes para a aplicação prática das mesmas.

As intervenções não farmacológicas surgem da necessidade de controlar os sintomas neuropsiquiátricos da demência como os distúrbios de perceção, de pensamento, de humor ou de comportamento e abrange as áreas da cognição, emoção, estimulação e comportamento. Estas têm por objetivo estimular, manter ou melhorar as capacidades preservadas da pessoa; evitar a desconexão com meio ambiente e fortalecer

as relações sociais dar segurança e aumentar a autonomia da pessoa nas suas AVD'S; atrasar ao diminuir a evolução da doença, melhorando o desempenho cognitivo e funcional; melhorar a qualidade de vida da pessoa com demência e da sua família (Almeida et al., 2015). São exemplo de algumas das estratégias não farmacológicas mais utilizadas da demência: a terapia orientada para a realidade, terapia da reminiscência, terapia da validação, estimulação multissensorial e terapia pelas artes, mais focalizada na musicoterapia.

A orientação para a realidade (TOR) é uma técnica terapêutica utilizada para ajudar a pessoa com demência a restabelecer o contacto com o seu meio envolvente (com a sua realidade). A TOR pode ser realizada de duas formas: informal no qual, a equipa que cuida do doente orienta-o diariamente ao nível temporal, espacial e pessoal e formal, em que são realizadas sessões em grupo de 30 a 40min no qual são abordados temas como a data, o espaço, a localização, o clima e informações pessoais (Folsom, 1968).

A terapia da reminiscência tem por objetivo a discussão e a partilha de lembranças, rever e avaliar as mesmas e reter as emoções e os sentimentos que são partes intrínsecas dessas lembranças. Esta terapia é focada nas experiências positivas, permitindo uma visão de continuidade entre o passado e o presente ao reviver experiências agradáveis, conquistas e eventos (Goldwasser, 1987).

A terapia da validação foi criada entre 1963 e 1980 por Naomi Feil, baseia-a- na premissa da autenticidade de cada indivíduo e visa proporcionar oportunidades para a resolução de conflitos remanescentes através do incentivo e validação para a expressão de emoções (Sequeira, 2010). A validação regula-se pelos seguintes princípios:

1. Cada pessoa é única e deve ser tratada de forma específica e individual;
2. Todas as pessoas têm valor, independentemente do seu nível de desorientação;
3. Existe sempre um raciocínio por detrás de desorientação dos indivíduos;
4. O comportamento dos idosos não é apenas o resultado de alterações anatómicas no cérebro, mas também surge de uma combinação de alterações físicas, sociais e psicológicas que ocorreram ao longo da vida;

5. Uma pessoa idosa não pode ser forçada a mudar de comportamento, e o comportamento só pode ser mudado se a pessoa assim o desejar;
6. As pessoas devem ser aceitas como são, sem qualquer tipo de julgamento;
7. A empatia desenvolve a confiança, reduz a ansiedade e restaura a dignidade (Almeida et al., 2015).

A estimulação multissensorial corresponde ao ambiente multissensorial que permite estimular diferentes sentidos: tato, paladar, visão, audição, ao fato, bem como os sentidos propriocetivos e o vestibular (ligado ao equilíbrio) sem a necessidade de envolver processos cognitivos de maior complexidade. Tem como objetivo proporcionar experiências multissensoriais, adaptadas às necessidades e capacidades de cada indivíduo, respeitando o seu tempo e ritmo (Baillon, Diepen & Prettyman, 2002).

Bowlby (1992) e Trudeau (1999) defendem uma hierarquia de sentidos a qual é baseada na apresentação de estímulos sequencialmente, do mais simples ao mais complexo. Segundo este modelo de estimulação, o olfato deve ser o primeiro sentido a ser estimulado, pois é o sentido mais primordial e tem projeções para o sistema límbico, a área do cérebro responsável pelas emoções. Portanto, a estimulação olfativa pode ter um efeito calmante e de despertar as pessoas com demência, mesmo aquelas com as capacidades olfativa prejudicadas. O movimento deve ser o segundo estímulo a ser introduzido, sendo que auxilia na melhoria do estado de alerta e este é considerado o menos complexo os outros estímulos. A função motora deve ser estimulada de forma simples, sem a necessidade de recorrer a um planejamento motor e ter um motivo concreto e lógico para o movimento. Os sentidos do tato, visão e audição devem ser os próximos a ser explorados, porque são mais complexos e, geralmente, necessitam de mais tempo para a sua interpretação. Por último, vem o sentido do paladar, uma vez que é percebido como compensador e reforça a socialização (Bowlby, 2004; Trudeau, 1999).

A estimulação multissensorial pode ser implementada com recurso a materiais simples como por exemplo: papéis com diferentes texturas, objetos de tamanhos e cores diferentes e também podem ser utilizados equipamentos próprios como vemos no programa de terapia de Snozelen (Oliveira, 2020). Os elementos com maior destaque numa sala de Snozelen são espelho tridimensional, aromoterapia com óleos, feixes e

tapetes de fibra ótica, música relaxante, tubo de bolhas, colchão de água com emissão de vibrações, túneis infinitos entre outros estímulos sensoriais (Oliveira, 2020).

No entanto, a implementação de estimulação multissensorial não depende necessariamente da utilização de uma sala de snozelen, à qual o acesso é limitado, visto que existem poucas, por terem um custo de aquisição elevado e requerer a presença constante de um profissional especializado. A estimulação multissensorial deve ser acessível a todas as pessoas, independentemente do contexto de prestação de cuidados, seja este formal ou informal, na medida em que, pode ser aplicada durante os cuidados diários, no qual sejam estimulados os sentidos através da luz, som, tato, cheiro e paladar. (Van Weert et al., 2004; Van Weert et al., 2005).

A terapia pelas artes centra-se em três áreas distintas: a arteterapia, a musicoterapia e a dramaterapia. A mais utilizada em contexto institucional no trabalho com pessoas com demência é a musicoterapia.

A arteterapia é uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico, através da moldagem, pintura, desenho, etc, em que o foco principal é a criatividade, na forma em que auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Tal como refere a British Association of Art Therapists, é uma “terapia que usa a arte como meio de comunicação” (The British Association of Art Therapists, 2024).

A dramaterapia faz recurso do uso sistemático do drama ou de outro processo teatral para facilitar a criatividade, imaginação, aprendizagem, crescimento pessoal e a promoção da saúde mental. É utilizada técnicas como: *role-plays*, improvisação, mímica, jogos/dinâmica, contar histórias, etc (Torres-Godoy, 2001).

A musicoterapia é uma técnica que utiliza a música ou elementos musicais, como o som, ritmo, melodia e harmonia como forma de promoção do relaxamento, com vista à diminuição da ansiedade e otimização do contato com a outra pessoa e dos objetivos terapêuticos (Almeida et al., 2015).

A forma como devemos lidar com Picd depende dos sintomas e do estágio da doença. Deste modo, existem princípios gerais que nos devemos regular, nomeadamente, estabelecer rotinas claras e simples; manter um ambiente familiar com referências

conhecidas; prática de atividade física, boa alimentação e socialização adequadas; facilitar e incentivar o autocuidado adequado à capacidade; manter o idoso fora de perigo (Instituto de Segurança Social, 2014).

“Comunicar é uma arte que não consiste somente numa troca de palavras, mas numa partilha de emoções, sentimentos e ideias” (Berger, 1995). Nesta lógica, a pessoa com demência, tal como todas as outras, tem uma necessidade básica que é comunicar. Por isso, devemos utilizar estratégias comunicativas que facilitem esse contato, assim como:

1. Utilizar frases simples e curtas, com palavras familiares e conhecidas;
2. Apresentar-se, referir a sua função profissional de forma a garantir privacidade e conforto no discurso;
3. Tratar utente da forma como ele gosta de ser chamado, evitando assim os pronomes como “ele”, “ela” e “eles” durante o diálogo;
4. Adotar uma postura de escuta ativa, demonstrando o nosso interesse genuíno e o respeito pelo utente;
5. Não interromper o idoso enquanto fala, aguardando assim a sua resposta pois este pode necessitar de um tempo maior para entender e responder àquilo que foi dito;
6. Falar de forma clara e devagar, articulando bem as palavras, para facilitar a compreensão;
7. Falar de modo positivo, evitando o recurso ao “Não” (Ex: “Não pegue nisso, porque isso é o garfo e a sopa come-se com a colher.” vs. “Pegue na colher.”);
8. Inverter frases negativas em positivas (Ex: “Não vá por aí!” vs. “Vamos por aqui!”) (Dourado, Henriques & Marques, 2023).

Numa pessoa idosa diagnosticada com demência, a probabilidade da sua capacidade de comunicar ser afetada é muito grande. Isto irá depender da área do cérebro que está danificada ou da fase de progressão em que se encontra a doença. A pessoa não consegue mudar a forma como comunica com os que a rodeiam e, desta

forma, é da nossa responsabilidade alterarmos a forma como comunicamos de modo a melhorarmos o seu nível de perceção e o seu bem-estar (Sedgewick & Ireland, 2016).

Por vezes, o facto de a pessoa sentir que não está a ser compreendida, pode desencadear uma reação emocional muito intensa. Por isso, quando a pessoa não consegue exprimir-se deve-se recorrer às seguintes estratégias facilitadoras da comunicação:

1. Se a pessoa disser apenas palavras soltas, sem construir uma frase estruturada, devemos completá-las e repeti-las de forma a confirmar que compreendeu o que queria dizer;
2. Se a pessoa tiver dificuldades em encontrar as palavras certas, dizemos por ela, mas nunca em momento algum, cortar o seu discurso. Se estiver a referir-se a objetos específicos, pedimos para os apontar e dizer o nome respetivo;
3. Quando o discurso da pessoa não fizer sentido, ouvimo-la de forma tranquila, sem lhe pedir explicações desnecessárias, e mantemos assim, a comunicação não-verbal com a pessoa (Araújo et al., 2021).

Nas fases mais avançadas de demência é comum existirem situações de ausência total de discurso, pelo que se deve tentar antecipar as necessidades da Picd, pelo que, devemos dar mais atenção aos aspetos não verbais evidenciados pelo utente visto que podem fornecer informações importantes para a intervenção (Araújo et al., 2021).

A qualidade da comunicação depende das habilidades verbais e não verbais dos participantes, bem como de outros fatores ambientais e culturais. Desta forma, é possível desenvolver as competências necessárias para uma comunicação eficaz e promover estratégias para ultrapassar as barreiras comunicacionais. A comunicação eficaz é essencial na prestação de cuidados porque tem um impacto positivo nos pacientes, cuidadores e organizações (Dourado, Henriques & Marques, 2023).

A comunicação não verbal constituiu cerca de 93% da forma de comunicação interpessoal. Estas podem conceder uma perceção mais aprofundada sobre o que a pessoa com demência está a tentar dizer, especialmente quando a comunicação verbal é difícil. Apesar das múltiplas dificuldades linguísticas que podem surgir, a comunicação

não-verbal geralmente permanece intacta. Portanto, devemos prestar atenção aos sinais não verbais que a pessoa nos dá, como expressões faciais, gestos, toque, olhar, silêncio, postura etc., pois isso pode-nos ajudar a entender o que a pessoa com demência está a tentar transmitir (Sedgewick & Ireland, 2016).

Em suma, devemos ter sempre em atenção às particularidades de cada pessoa, aos seus pormenores, e à integração desses elementos como estratégia para cuidar dos nossos utentes, isto faz toda a diferença na relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (Dourado, Henriques & Marques, 2023).

Muitas vezes, no ato de cuidar a pessoa com demência manifesta comportamentos desafiantes, e a primeira reação de quem a rodeia é tentar modificar o seu comportamento visto que a pessoa não responde favoravelmente à nossa solicitação. Esta atitude não é correta, devemos sim, tentar diminuir a intensidade do comportamento manifestado pela pessoa. A título de curiosidade, são exemplos de comportamentos desafiantes: a agitação e perturbação do sono, alucinações e delírios, resistência aos cuidados, desinibição e apatia (Almeida et al., 2015).

3. Cuidadores formais de pessoas idosas com demência

O cuidado está presente em toda a nossa existência, nós cuidados, somos cuidados e temos a preocupação de cuidarmos dos outros (Fragoso, 2006).

O ato de cuidar inclui os seguintes princípios e valores fundamentais: a dignidade humana, o respeito, individualidade, autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e a intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação (Silva, 2020).

Nesta visão de interajuda surgem os contextos de prestação de cuidados podem assumir 2 formas diferentes: o cuidado formal e o cuidado informal. No presente trabalho iremos focar apenas, no cuidado formal.

O aumento da longevidade com ênfase no aumento da população idosa teve impacto numa maior prevalência de doenças crónicas e em maiores níveis de incapacidade. Portanto, emergiu a importância de um novo grupo profissional crucial para

a prestação de cuidados de forma digna e nas qualificadas das instituições direcionadas para os idosos do nosso país, os cuidadores formais (Beringuiho, 2013).

Os cuidadores formais são profissionais que exercem atividades remuneradas que visam a prestação de cuidados a idosos com limitações para a realização das atividades e tarefas de vida quotidiana; estabelecem relações entre o idoso, família, instituições e a comunidade; envolvem as dimensões sociais, pedagógicas ou relacionadas com a saúde; e tem atuação nos vários domínios, sejam estes domiciliários ou institucionais do idoso cuidado (Miranda, Dias & Gunes, 2019).

Esta profissão é desempenhada por profissionais qualificados, sejam estes médicos, enfermeiros, assistentes sociais, gerontólogos, auxiliares de ação direta e de serviços gerais, etc, que adquirem esta designação por existir uma preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham (Rodrigues, 2014).

De acordo com um estudo de Colomé et. al (2011), os cuidadores formais são maioritariamente do sexo feminino, casados, com baixa escolaridade e situam-se na faixa etária entre os 40 e os 49 anos de idade (Colomé et al., 2011).

No âmbito das suas funções, o cuidador formal numa instituição de acolhimento para idosos deve adquirir e desenvolver um conjunto de competências associadas a determinados requisitos do cuidador, tais como iniciativa, responsabilidade e autonomia. Este recebe formação e aprende a sistematizar o cuidado com base nas necessidades de cuidados da pessoa de quem cuida. Neste contexto, o cuidar torna-se num papel complexo devido às novas funções que tem de enfrentar e que efetivamente desempenham (Dourado, Henriques & Marques, 2023).

3.1. Necessidades e dificuldades no ato de cuidar

O ato de cuidar acarreta, na maior parte das vezes, repercussões negativas e a sobrecarga do cuidador. Estas resultam da exposição prolongada ao stress e à sobrecarga das várias responsabilidades, sendo necessário, desde o início criar estratégias que evitem o esgotamento, sendo esta uma parte fundamental neste processo (Dourado, Henriques & Marques, 2023).

Segundo um estudo realizado por Colomé et al., com o objetivo de aferir as características e as dificuldades dos cuidadores de idosos institucionalizados, foi possível concluir que as principais dificuldades sentidas no desempenho da sua função foram a sobrecarga de trabalho e exigência física e a necessidade de um maior conhecimento para cuidar dos idosos. Em primeiro lugar, o facto de existir sobrecarga de trabalho compromete a prática de um cuidado adequado aos idosos, especialmente, àqueles que apresentam alguma patologia, por necessitarem de uma atenção maior e de uma assistência diferenciada. Em segundo lugar, a falta de conhecimentos dos trabalhadores para cuidar dos idosos, especialmente aqueles que apresentam alguma patologia ou limitação que necessitem de atenção especial (Colomé et al., 2011).

Por um lado, a prestação de cuidados a pessoas idosas com demência tem um impacto positivo e satisfatório nos cuidadores formais, nomeadamente na manutenção da dignidade, o facto de sentir que contribui para o bem-estar pessoal da pessoa e o para o seu enriquecimento pessoal, através da aquisição de novas competências e conhecimentos (Barbosa, et al., 2011).

Por outro lado, existem algumas dificuldades percecionadas pelos cuidadores, tais como: a sua interação com Picd; a falta de conhecimento sobre as características, sintomas e causas da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; dificuldades na organização e planeamento das atividades para as Picd; e a interação com restante rede de suporte familiar e social da Picd (Barbosa, et al., 2011).

O processo de cuidar tem um impacto significativo na saúde dos cuidadores. Os cuidadores de idosos com demência tendem a apresentar níveis mais elevados de stress e depressão, mais problemas no desempenho laboral e menos tempo de lazer (Coutinho, 2015).

A demência afeta a vida dos cuidadores devido aos sintomas comportamentais que a doença provoca nos idosos, como agressividade, paranoia, distúrbios do sono e problemas de saúde mental, memória etc. Estes sintomas contribuem para uma deteriorização da saúde psicológica e social do cuidador, acompanhados de consequências sociais do papel assumido, que estão relacionadas com a sobrecarga, o stress, a apatia,

aumento dos sentimentos de solidão e limitação gradual na participação de atividades sociais e recreativas, nas quais o cuidador costuma participa (Coutinho, 2015).

4. Formação

A sociedade está em constante mudança, por isso ninguém pode adquirir conhecimentos para o resto da vida, é necessária uma constante atualização dos mesmos.

A formação é definida como o processo de aquisição de conhecimentos, competências e habilidades com os objetivos específicos que visam melhorar a capacidade, o desempenho e a produtividade do formando. A formação não visa apenas desenvolver os aspetos físicos, sociais, intelectuais e mentais associados às competências técnicas da função, mas também visa o desenvolvimento pessoal dos recursos humanos de uma instituição (Manuel et al., 2020).

O cuidar das pessoas mais velhas inclui competências gerais e específicas para a atuação que visa auxiliar os idosos física ou mentalmente incapazes, total ou parcialmente, de realizar as suas atividades de vida diária e de cuidar de si mesmos, a fim de alcançarem a dignidade que lhes é necessária, a sua sobrevivência e uma boa qualidade de vida (Miranda, 2020).

O aumento crescente do número de pessoas idosas traduz-se na necessidade de um olhar atento no cuidado e nos seus cuidadores. Desse jeito, na presença de sociedades cada vez mais envelhecidas é fulcral a mobilização de todos os meios e intervenientes existentes, com o objetivo de encontrar soluções e respostas específicas às necessidades que esta população manifesta (Vicente, Santos & Santiago, 2021).

Atualmente, as instituições são, cada vez mais, confrontadas com as exigências crescentes que se refletem numa necessidade de cuidadores formais detentores de qualificação e de formação profissional adequada para a realização do cuidado permanente de pessoas idosas vulneráveis (Minayo, 2019).

Segundo o estudo realizado por Guerra et al. (2019), os cuidadores inquiridos demonstrarão ser útil a formação na abordagem e cuidado aos idosos, evidenciando a sua

contribuição para o bem-estar dos mesmos e dos seus cuidadores. A partir dos resultados obtidos, é importante ressaltar que as próprias instituições geriátricas encontrem formas de auscultar os cuidadores formais, com vista ao conhecimento das suas reais necessidades, para que possam promover uma maior satisfação profissional, que se refletirá num cuidar mais humano e proficiente com a pessoa idosa (Guerra et al., 2019).

Os cuidadores formais de idosos para que sejam capazes de prestar cuidados de qualidade têm obrigatoriamente de ser detentores de formação específica, o que implica que as instituições vejam a prática do cuidado como um processo centrado na pessoa com demência que possui características próprias que advêm da sua doença e que têm de ser respeitadas (Brondani et al., 2010).

A título de curiosidade para o estudo, segundo Huang et al. (1988), a diferença de tempo concedido para o cuidado com cada tipo de utente varia tendo em conta a prestação de cuidados. Um utente idoso com demência necessita de 36% mais tempo de assistência para prestação de cuidados em relação aos idosos sem demência (Huang, Cartwright & Hu, 1986).

No caso dos cuidadores de idosos com demência, por serem suscetíveis a elevados níveis de stress e insatisfação profissional, bem como à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença, têm sido desenvolvidos programas de formação para cuidadores formais, no entanto, centrados essencialmente na informação, aquisição de conhecimentos e competências em relação a quais demenciais, desvalorizando o stress e a sobrecarga emocional a que são submetidos (Barbosa, et al., 2011). Desta forma, emerge a necessidade de desenvolvimento de programas que promovam conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados na demência, mas também para o incremento de estratégias que promovam o autocuidado, a gestão de stress e a sobrecarga emocional (Beringuilho, 2013).

A avaliação das necessidades de formação envolve a investigação das necessidades de formação de um grupo específico de pessoas, que deve constituir o ponto de partida para a formação. Refere-se à recolha e processamento de informação sobre necessidades a nível individual e/ou coletivo, envolvendo comportamentos,

capacidades e atitudes que podem levar a um mau desempenho e baixa produtividade. Neste caso, a utilização de uma lista de verificação para aferir as áreas de formação específicas para projetar um programa de formação, pode ser uma das estratégias a implementar nas instituições (Ramos, 2003).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Pertinência do Estudo

A pertinência deste estudo prende-se com a crescente relevância de compreender as necessidades formativas dos cuidadores formais de PICD, um grupo profissional fundamental na prestação de cuidados especializados a uma população em rápido crescimento.

Considerando o envelhecimento demográfico e o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas, como a demência, este estudo preenche uma lacuna importante na literatura, ao investigar as perceções subjetivas dos cuidadores sobre sua formação.

A partir de uma abordagem qualitativa, o estudo permite entender as experiências vividas e as estratégias adotadas pelos cuidadores no seu trabalho diário, revelando as necessidades de formação específica para enfrentar os desafios desta prática. Ao identificar essas necessidades, o estudo não só contribui para a melhoria da prática profissional, mas também fornece elementos cruciais para a formulação de políticas públicas que possam apoiar a educação e qualificação contínua destes cuidadores.

Consequentemente, espera-se que os resultados deste estudo possam influenciar positivamente as políticas de cuidado geriátrico, promovendo um cuidado de maior qualidade e, portanto, o bem-estar dos idosos e a sustentabilidade do trabalho dos cuidadores.

2. Objetivos do Estudo

Esta investigação teve como objetivo geral caracterizar as necessidades formativas dos cuidadores formais no âmbito da intervenção com pessoas idosas com demência institucionalizadas, nas várias valências existentes para o efeito.

Para cumprir o objetivo geral foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a nível sociodemográfico e profissional os entrevistados de cada instituição;

- Identificar as dificuldades e necessidades dos cuidadores formais das instituições na prestação de cuidados às Picd;
- Relacionar as principais diferenças entre o contexto rural e urbano e as necessidades sentidas no cuidado;
- Implementar uma ação de formação na instituição de acordo com as necessidades explanadas pelos cuidadores formais de Picd no questionário.

3. Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que se pretendeu identificar as perceções dos participantes relativamente à temática em análise, através do contacto direto com os mesmos e da aplicação de uma técnica de recolha de dados centrada na visão individual de cada cuidador formal.

A opção por uma abordagem qualitativa apresenta várias vantagens, nomeadamente a possibilidade de privilegiar a perspetiva subjetiva de cada inquirido, permitindo assim uma compreensão aprofundada das suas experiências, estratégias e necessidades sentidas no quotidiano laboral e no contexto do cuidado às PICD. Esta metodologia valoriza a dimensão interpretativa da realidade social e favorece a construção de conhecimento a partir da vivência concreta dos sujeitos (Flick, 2023; deMarrais et al., 2024).

4. Amostra

A seleção da amostra para este estudo foi realizada de acordo com o método de amostragem por conveniência que consiste na utilização de um grupo de indivíduos que esteja disponível ou que seja voluntário e que cumpra os critérios de inclusão (Bryman, 2008).

A seleção da amostra foi feita por conveniência, tendo em consideração a disponibilidade das instituições e dos profissionais para colaborarem com o estudo. Esta diversidade geográfica permite obter uma perspetiva mais abrangente sobre a perceção dos cuidadores formais relativamente à prestação de cuidados a Picd, bem como às suas necessidades formativas, tanto em contextos urbanos como em contextos rurais, onde os recursos e as condições de trabalho podem diferir significativamente.

De acordo com Fortin (2000), a população-alvo é composta pelos indivíduos que atendem aos critérios de seleção previamente estabelecidos, e para os quais o investigador pretende realizar generalizações.

Os critérios de inclusão utilizados para a definição desta amostra foram os seguintes:

- Ser cuidador formal em prestação de cuidados à pessoa idosa com demência institucionalizada nas várias valências existentes;
- Saber ler e escrever;
- Aceitar participar no estudo;
- Dar o seu consentimento informado.

Como critério de exclusão, foram excluídos todos os cuidadores formais que não reuniam os critérios de inclusão acima mencionados.

Não foi definido um número específico de participantes nem de instituições, de forma a tornar uma investigação mais rica, completa e abrangente da realidade existente. No entanto, pretendeu-se aferir um número de participantes elevado e diverso para responder aos objetivos da presente investigação.

A amostra deste estudo foi constituída por cuidadores formais que prestam cuidados a pessoas idosas com demência em diferentes instituições de apoio social localizadas em vários pontos do país, com especial incidência em contextos de meio rural e periurbano. No total e final do estudo, participaram 82 cuidadores formais, com diferentes níveis de experiência profissional e formação específica na área da demência.

Importa referir que o número de participantes que integrou a ação de formação não coincidiu com o número de respostas do questionário de levantamento de necessidades formativas. Especificamente, participaram 69 cuidadores formais na fase inicial de diagnóstico, através do preenchimento do questionário, enquanto a ação de formação contou com a presença de 82 profissionais.

Esta diferença numérica explica-se, por um lado, pela dinâmica própria das instituições envolvidas, que possibilitaram a integração de cuidadores que não participaram no momento inicial da investigação. Por outro lado, reflete a adesão espontânea de alguns profissionais que, embora não tenham contribuído para o levantamento das necessidades, demonstraram interesse em participar na formação proposta.

Apesar dessa diferença, considera-se que os dados recolhidos na fase de diagnóstico mantêm relevância para a compreensão das principais necessidades formativas identificadas pelos cuidadores formais e serviram como base orientadora para a conceção da ação de formação.

No total, participaram na ação de formação 82 cuidadores formais, provenientes de diferentes instituições de apoio social localizadas em várias regiões do país. A distribuição dos participantes por localidade e respetiva instituição foi a seguinte: 11 cuidadores da Instituição A, situada no Faial (Açores); 20 cuidadores da Instituição B, no concelho de Seia; 11 cuidadores da Instituição C, em Coimbra; 20 cuidadores da Instituição D, em Anadia; e 20 cuidadores da Instituição E, localizada em Oliveira do Hospital.

5. Consentimento Informado

A investigação científica que envolve participantes humanos exige a observação rigorosa de princípios éticos fundamentais, tais como o respeito pela autonomia, a proteção da privacidade, o consentimento informado e a minimização de riscos. Estes princípios pretendem assegurar que os direitos, a dignidade e o bem-estar dos

participantes sejam plenamente salvaguardados (Resnik, 2018; World Health Organization [WHO], 2022).

No âmbito deste estudo, foram cumpridas todas as diretrizes éticas e legais aplicáveis a esta investigação. Para a realização da mesma nos diferentes contextos institucionais, foi solicitada e obtida autorização formal junto das entidades responsáveis, mediante contacto prévio por correio eletrónico, após apresentação do objetivo do estudo e dos seus procedimentos metodológicos.

Antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (questionário), os cuidadores formais receberam informação clara e detalhada sobre o propósito da investigação, a natureza voluntária da sua participação e o tratamento confidencial dos dados recolhidos.

Adicionalmente, foi disponibilizado um termo de consentimento informado, que os responsáveis das instituições assinaram após o devido esclarecimento, garantindo assim que a sua participação ocorreu de forma livre, consciente e informada (Apêndice 1).

6. Instrumento de Recolha de Dados

Para a concretização dos objetivos do presente estudo, foram utilizados três instrumentos distintos, cada um com finalidades específicas e complementares.

a) Questionário sobre necessidades formativas

Foi elaborado um inquérito por questionário (Apêndice 2), em formato digital, com o objetivo de identificar as principais necessidades formativas dos cuidadores formais no contexto da prestação de cuidados a pessoas idosas com demência institucionalizadas.

Este questionário incluiu questões abertas e fechadas, abordando áreas como formação prévia, dificuldades enfrentadas no exercício das funções e sugestões de temas para ações formativas futuras. A sua elaboração e aplicação foram realizadas através da

plataforma Google Forms, permitindo uma estrutura padronizada e flexível, adequada à recolha de dados em estudos de natureza qualitativa (Hill & Hill, 2012; Gil, 2008).

b) Questionário Sociodemográfico

Foi também aplicado um questionário sociodemográfico (Apêndice 3), de preenchimento presencial, com o objetivo de recolher dados sobre as características da amostra, nomeadamente, idade, género, nível de escolaridade, estado civil, função desempenhada na instituição e tempo de serviço.

Este instrumento permitiu caracterizar o perfil dos participantes e contextualizar a análise dos dados recolhidos.

c) Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Por fim, foi utilizado um questionário de satisfação (Apêndice 4), com o objetivo de avaliar o impacto e o desempenho da ação de formação implementada nas instituições participantes. Este questionário encontra-se estruturado em três secções: (1) avaliação geral da ação, (2) avaliação da formadora (conteúdo e exposição), e (3) apreciação global, incluindo sugestões e críticas.

Este instrumento permitiu recolher as perceções dos cuidadores quanto à utilidade dos conteúdos e à aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos.

7. Recolha de Dados e Análise de Dados

a) Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu em três momentos distintos, de acordo com os objetivos de cada instrumento.

Esta foi realizada entre os meses de maio e setembro de 2024. Por conseguinte, as ações de formação foram implementadas nos meses de setembro, outubro de 2024 e fevereiro de 2025.

O questionário sobre necessidades formativas foi disponibilizado em formato digital através da plataforma Google Forms. Esta opção permitiu um maior alcance

geográfico, uma melhor otimização dos recursos, bem como flexibilidade temporal, permitindo que os cuidadores respondessem ao questionário de forma autónoma e em momento mais conveniente. Esta abordagem respeitou os princípios éticos da investigação, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O questionário sociodemográfico foi aplicado presencialmente, no início do processo de recolha de dados. Esta modalidade possibilitou um maior acompanhamento dos participantes, o esclarecimento imediato de dúvidas e, consequentemente, uma maior fiabilidade nas respostas. Os dados obtidos permitiram descrever o perfil sociodemográfico dos cuidadores, fundamental para a análise contextual da informação recolhida.

Após a realização da ação de formação, foi aplicado o questionário de avaliação, também em formato presencial, com o intuito de recolher as perceções dos participantes relativamente à qualidade da intervenção e à sua utilidade prática. A recolha decorreu em ambiente institucional, após o encerramento das sessões formativas, em espaço reservado para garantir a privacidade e conforto dos inquiridos.

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da investigação e assinaram um termo de consentimento informado, em conformidade com os princípios éticos da investigação científica.

b) Análise de Dados

Para o tratamento dos questionários, e tendo em conta o número reduzido de participantes, optou-se por uma análise descritiva simples, realizada manualmente, sem recurso a um software estatístico específico. Desta forma, para melhor análise e compreensão dos dados obtidos foi utilizado o Microsoft Office com recurso ao formato de Excel.

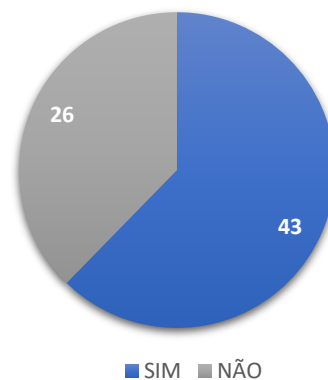
A abordagem adotada permitiu uma leitura mais direta e interpretativa dos dados, adequada à natureza qualitativa e ao pequeno volume de informação recolhida, assegurando assim, a coerência metodológica com os objetivos propostos do estudo.

PARTE III - RESULTADOS

1. Apresentação dos Resultados

No primeiro instrumento de recolha de dados aplicado, responderam 69 pessoas que trabalham diariamente com pessoas idosas com demência pertencentes às cinco instituições referidas anteriormente.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a assistência a formação sobre a demência

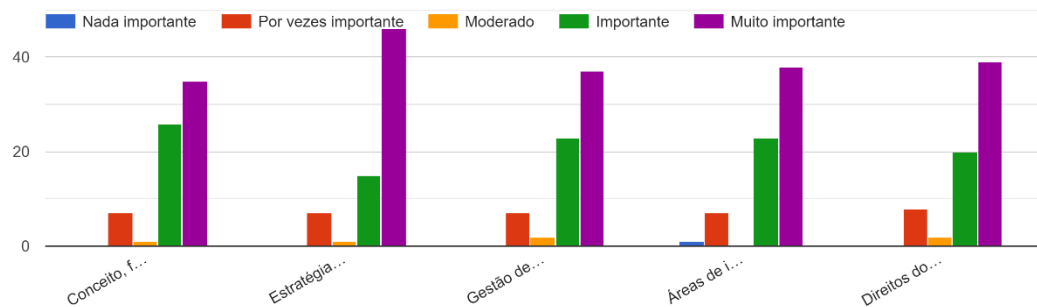


Do total de participantes, e de acordo com o Gráfico 1, 62,3% das pessoas (43) referiram que já tinham participado em formações na área da demência, enquanto 37,7% (26) indicaram não possuir qualquer tipo de formação neste âmbito.

Estes dados indicam-nos que, apesar de mais da metade dos profissionais já ter tido contato com formação na temática exposta, ainda permanece uma parcela significativa de inquiridos que atua sem capacitação específica o que se considera um fator preocupante, tendo em conta os desafios próprios do cuidado neste público.

As respostas relativas ao grau de importância de cada área de atuação na demência com base nas necessidades de cada cuidador foram categorizadas numa escala de Likert, variando entre “Nada importante” e “Muito importante”.

As áreas de atuação designadas foram conceito, fases, sintomas, causas, tipos, diagnóstico e prevenção; estratégias comunicativas; gestão de comportamentos desafiantes; áreas de intervenção não farmacológicas e direitos dos idosos com demência.

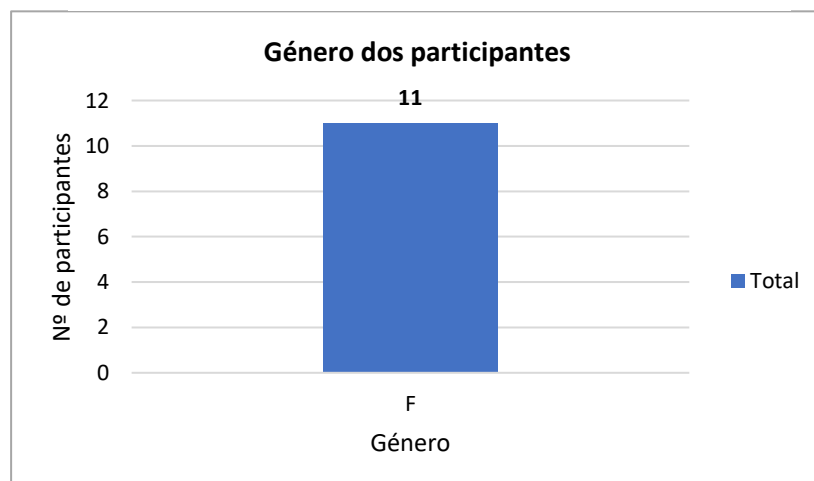
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes com base no grau de necessidade/ dificuldade nas várias áreas de atuação da demência

Com base no Gráfico 2, todos os temas analisados foram considerados relevantes por mais de 85% dos profissionais, com destaque para as estratégias comunicativas, intervenções não farmacológicas e direitos das pessoas com demência. Isto demonstra uma forte consciência ética e técnica nas instituições envolvidas, mas também evidencia as necessidades formativas importantes, especialmente na gestão de comportamentos e comunicação com os idosos.

Apenas após análise detalhada dos dados de cada parâmetro deste questionário, foi possível identificar as principais áreas que os cuidadores identificam como áreas necessitadas e com alguma dificuldade de execução na sua prática profissional, de forma a serem desenvolvidas posteriormente na ação de formação.

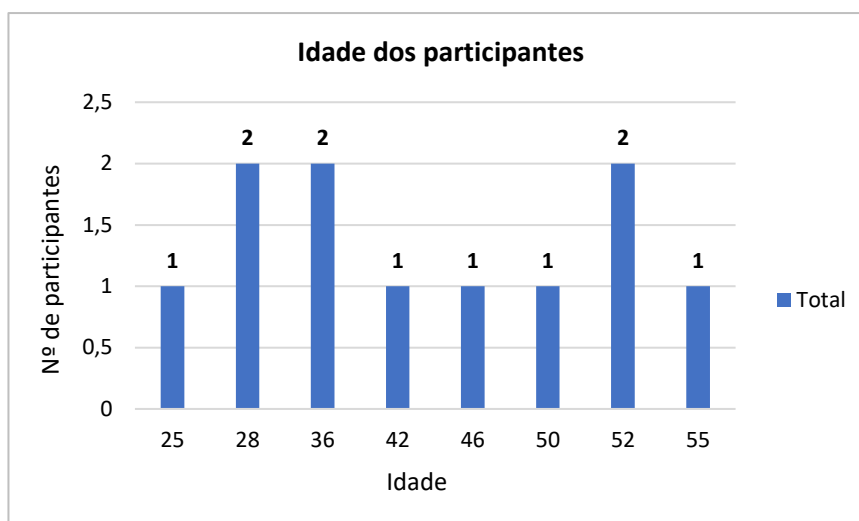
1.1. Instituição A

A totalidade da amostra da instituição D é composto por 11 colaboradores todos pertencentes ao sexo feminino, tal como sugere o gráfico.

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes de acordo com o Género – Instituição A

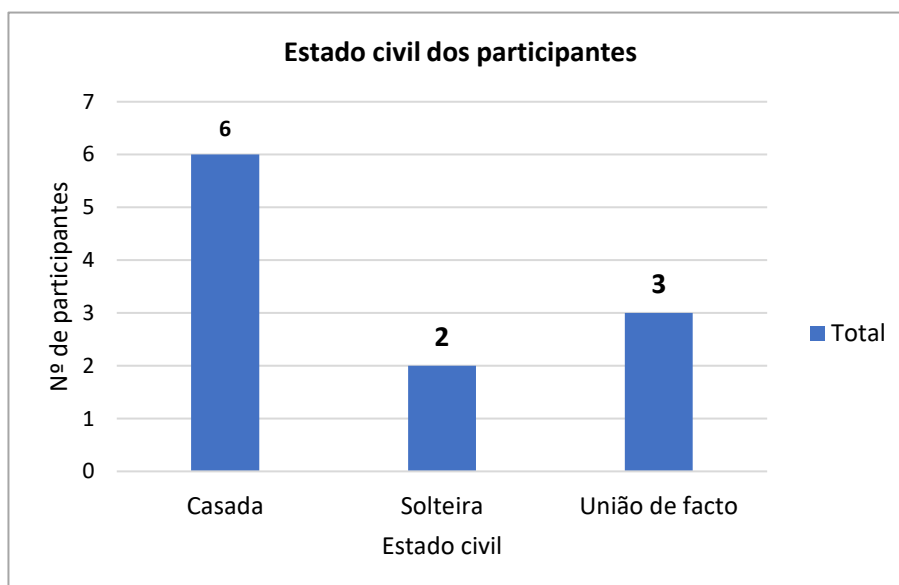
A idade dos participantes vai dos 25 aos 55 anos, cobrindo um intervalo de 30 anos. As idades 28, 36 e 52 anos destacam-se, cada uma com 2 participantes. Isto sugere que há uma ligeira concentração nestas faixas etárias.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade – Instituição A



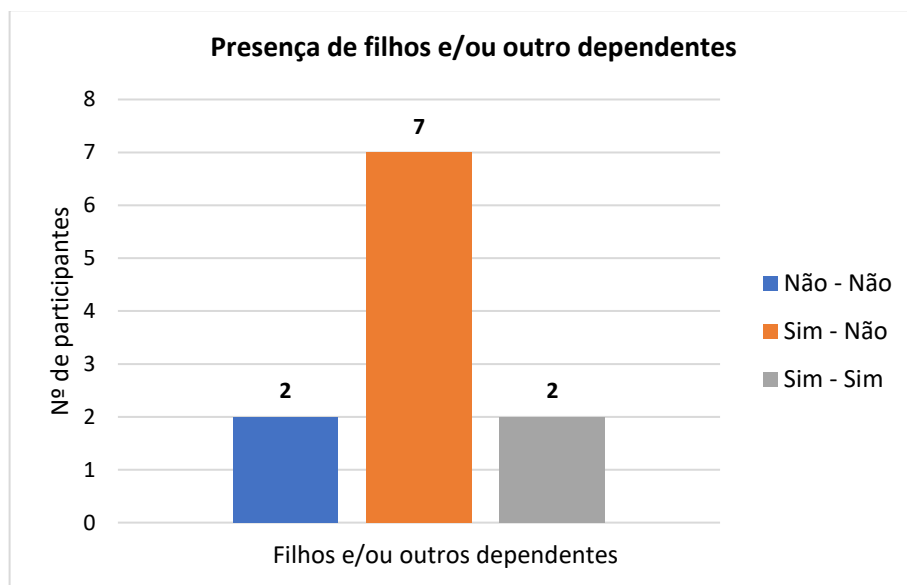
O grupo analisado é maioritariamente composto por 6 participantes casadas (54,5%), seguidas por 3 participantes em união de facto (27,3%) e 2 estão solteiras (18,2%).

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil – Instituição A



Os inquiridos analisados desta amostra são maioritariamente compostos por pessoas com filhos e sem outros dependentes (7). A presença de participantes com múltiplos tipos de dependentes é igual à dos que não têm qualquer dependente, mas ambos são minorias, correspondentemente 2 participantes em cada um.

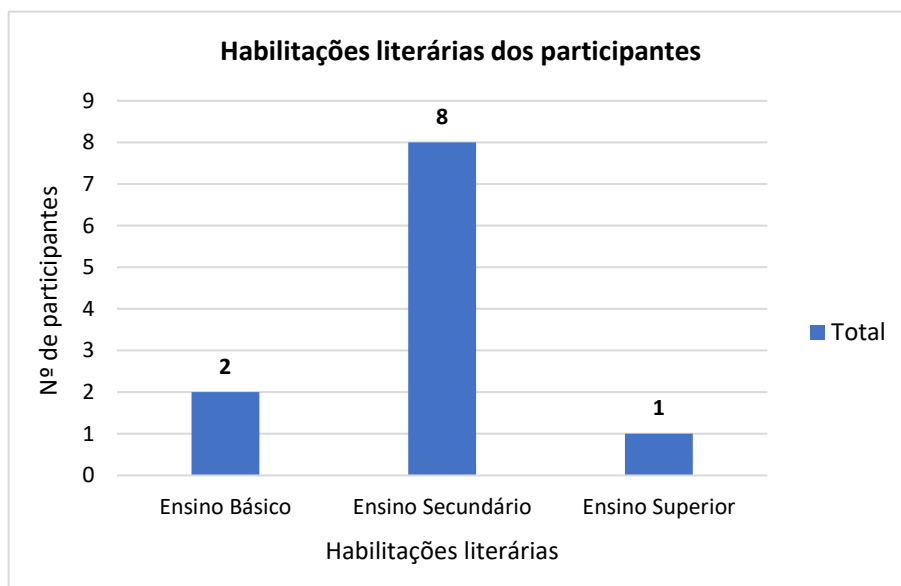
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de filhos e/ou outros dependentes – Instituição A



O gráfico 6 apresenta a distribuição das habilitações literárias dos participantes em três categorias: Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior.

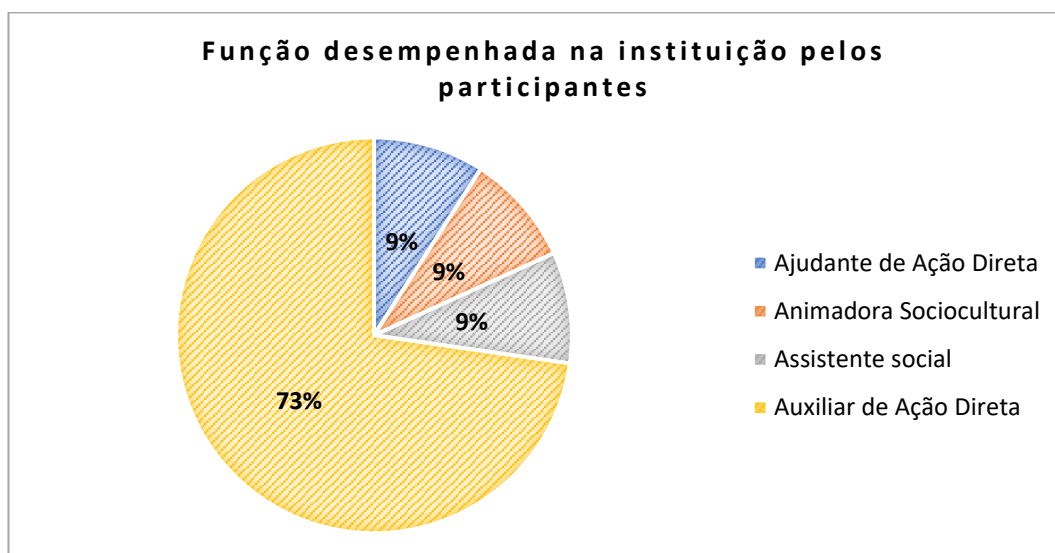
Deste modo, podemos averiguar que a maioria dos participantes possui ensino secundário (8), apenas 2 participantes têm o ensino básico e apenas 1 participante possui habilitações de ensino superior.

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações literárias- Instituição A



A maioria expressiva dos participantes (73% - 8 pessoas) exerce a função de auxiliar de ação direta. As demais funções estão igualmente representadas, cada uma com 9% dos participantes.

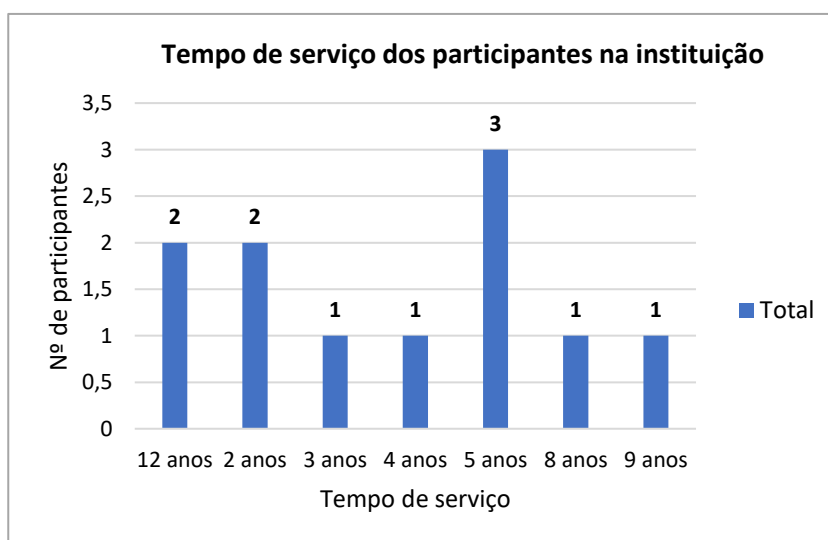
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com a função desempenhada na instituição - Instituição A



O gráfico apresenta a distribuição do tempo de serviço dos participantes na instituição, medido em anos.

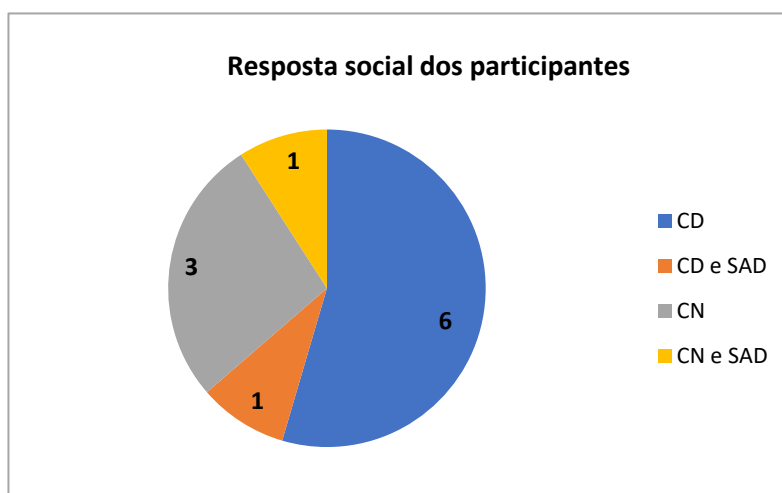
O tempo de serviço mais frequente é de 5 anos (3), seguindo-se os tempos de serviço de 2 anos e 12 anos com 2 participantes cada e os tempos de 3, 4, 8 e 9 anos contam apenas com 1 participante cada.

Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de serviço - Instituição A



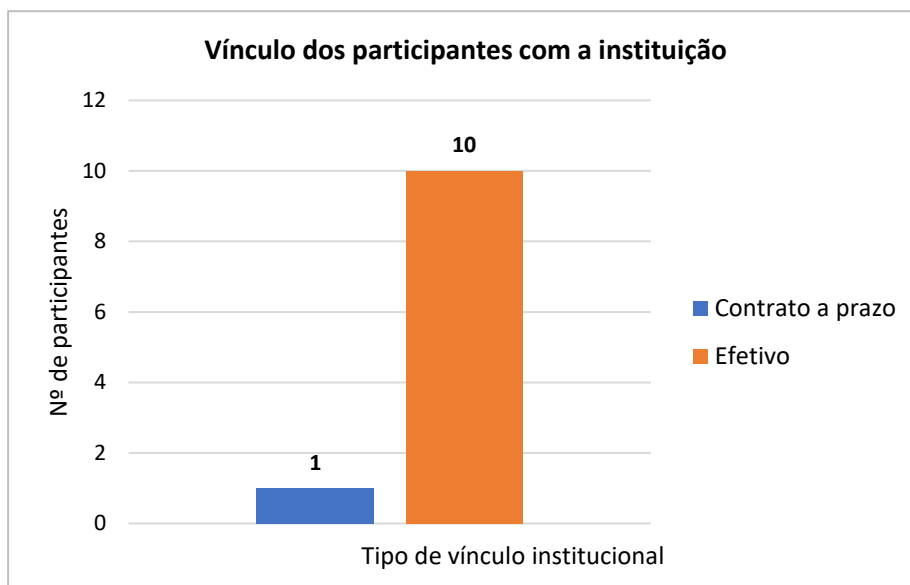
Com apoio no gráfico seguinte percebemos que a maioria dos participantes (6) atua no Centro de Dia (CD), 3 participantes trabalham no Centro de Noite (CN), 1 participante atua em CD e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e 1 participante atua em CN e SAD.

Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com a resposta social - Instituição A



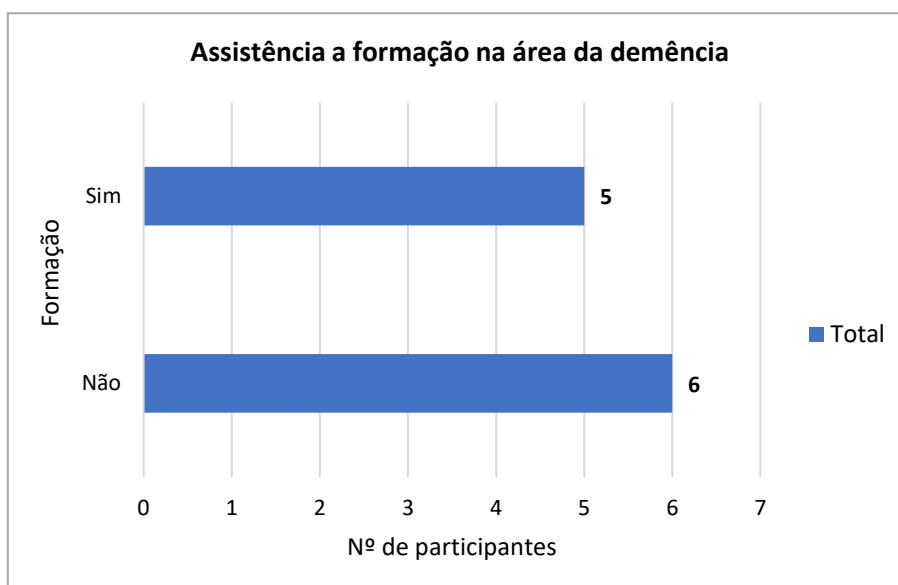
Com base no gráfico, concluímos que grande maioria dos participantes (10) possuem vínculo efetivo com a instituição e apenas 1 participante está com contrato a prazo.

Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com o vínculo institucional – Instituição A



O gráfico apresenta a distribuição dos participantes quanto à frequência em ações de formação na área da demência. A maioria dos participantes 54,5% (6) não possui formação específica em demência, enquanto 45,5% (5) já participaram em ações formativas.

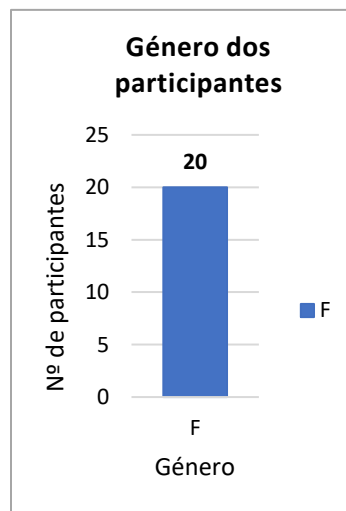
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de formação na área da demência – Instituição A



1.2. Instituição B

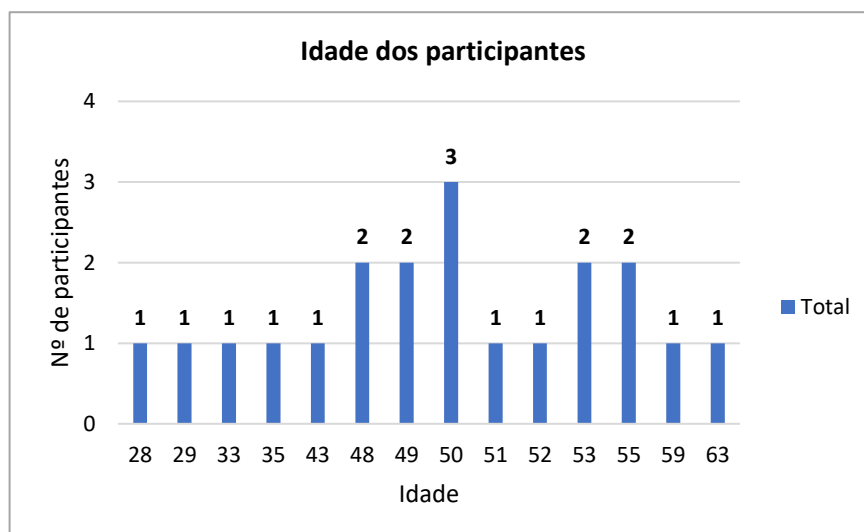
O gráfico apresentado mostra a distribuição de gênero dos participantes, revelando que todos os 20 participantes são do sexo feminino. Deste modo, não há representação do gênero masculino ou de outras identidades de gênero na amostra analisada.

Gráfico 13 - Distribuição dos participantes de acordo com o gênero- Instituição B



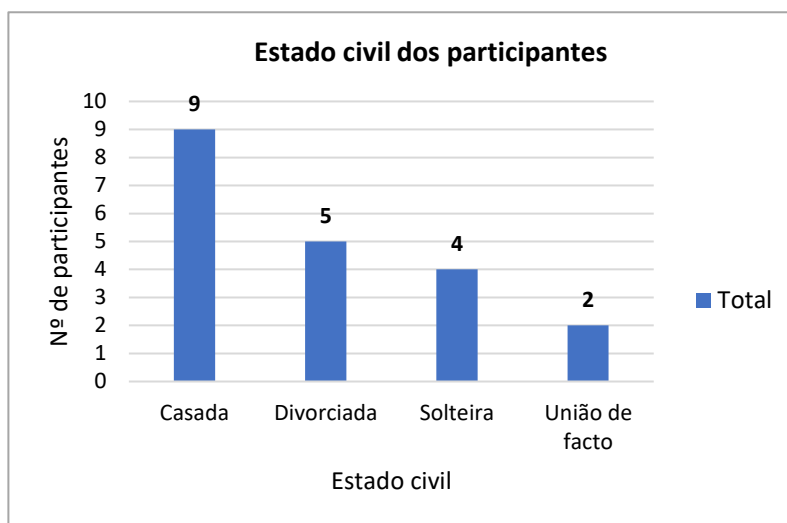
Em comparação com o gráfico seguinte, as idades variam entre os 28 e 63 anos, mostrando um grupo bastante heterogêneo em termos etários. A maioria dos participantes encontra-se na faixa dos 48 aos 55 anos de o pico de frequência ocorre aos 50 anos, com 3 participantes.

Gráfico 14 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade – Instituição B



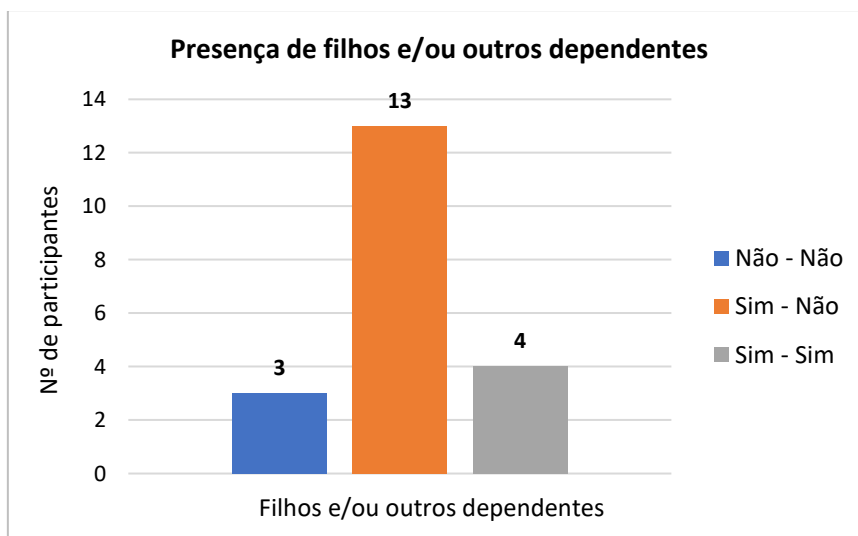
O gráfico 15 mostra que a maioria dos participantes é casada, totalizando 9 pessoas. O segundo estado civil mais frequente é divorciado, com 5 participantes. Em seguida, 4 participantes são solteiras e apenas 2 vivem em união de facto. Esta distribuição indica que o grupo é maioritariamente composto por pessoas casadas, mas também apresenta diversidade de estados civis, com presença significativa de divorciadas e solteiras, e uma menor incidência de união de facto.

Gráfico 15 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil – Instituição B



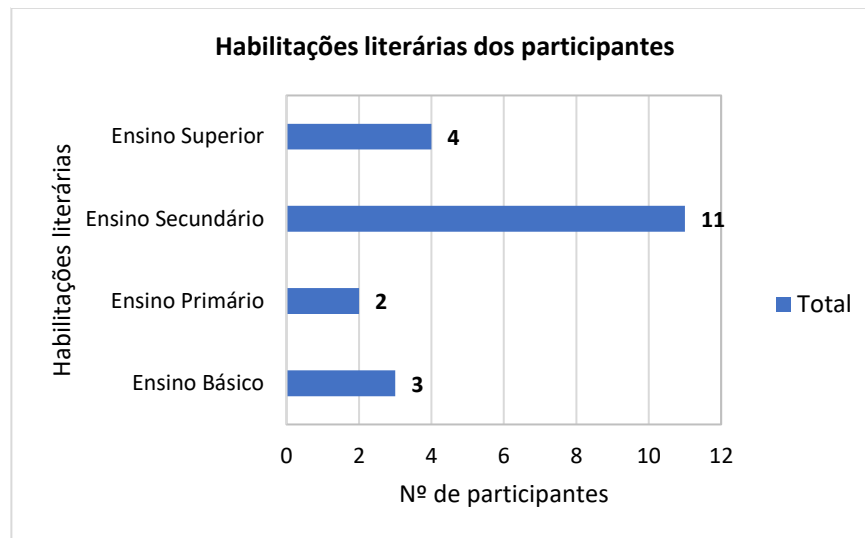
Em suma da análise do gráfico temos que a maior parte dos participantes (13) possui filhos, mas não possui outros dependentes, 4 participantes têm filhos e também outros dependentes e somente três participantes não têm filhos nem outros dependentes.

Gráfico 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de filhos e/ou outros dependentes – Instituição B



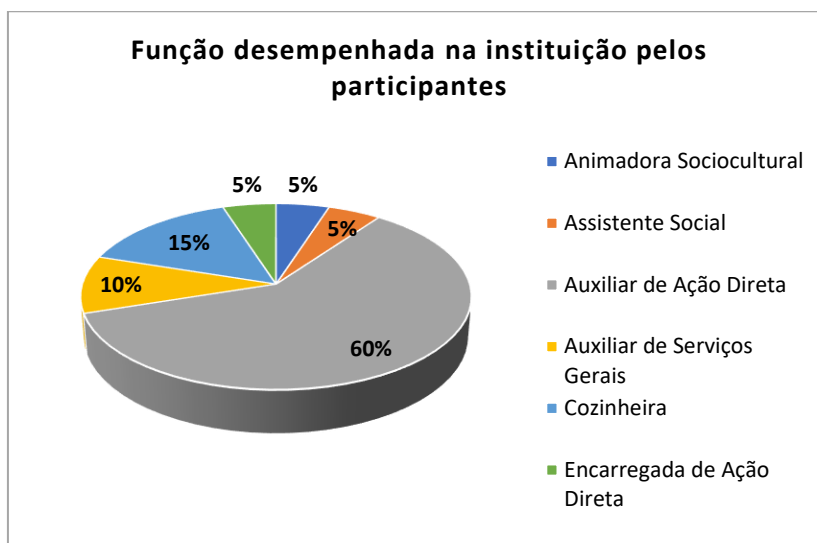
Com base no gráfico, a maioria concluiu o ensino secundário, com um total de 11 pessoas, quatro participantes possuem ensino superior, três participantes têm o ensino básico e apenas dois completaram o ensino primário. Estes dados mostram que o grupo é maioritariamente composto por pessoas com pelo menos habilitações literárias no ensino secundário.

Gráfico 17 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações literárias – Instituição B



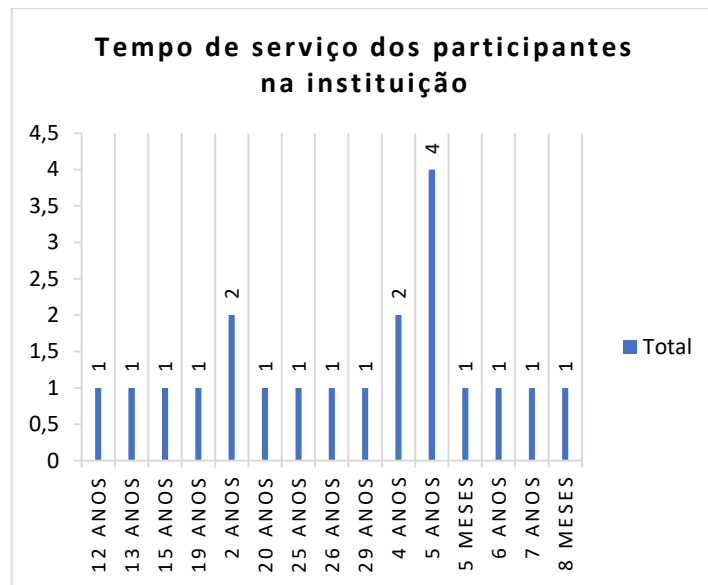
Após leitura e análise do gráfico, verificou-se que a maioria dos participantes exerce a função de auxiliar de ação direta, correspondendo a 60% da amostra. As restantes categorias profissionais encontram-se representadas em proporções significativamente menores: cozinheira (15%), auxiliar de serviços gerais (10%), animadora sociocultural (5%), assistente social (5%) e encarregada de ação direta (5%).

Gráfico 18 - Distribuição dos participantes de acordo com a função desempenhada na instituição - Instituição B

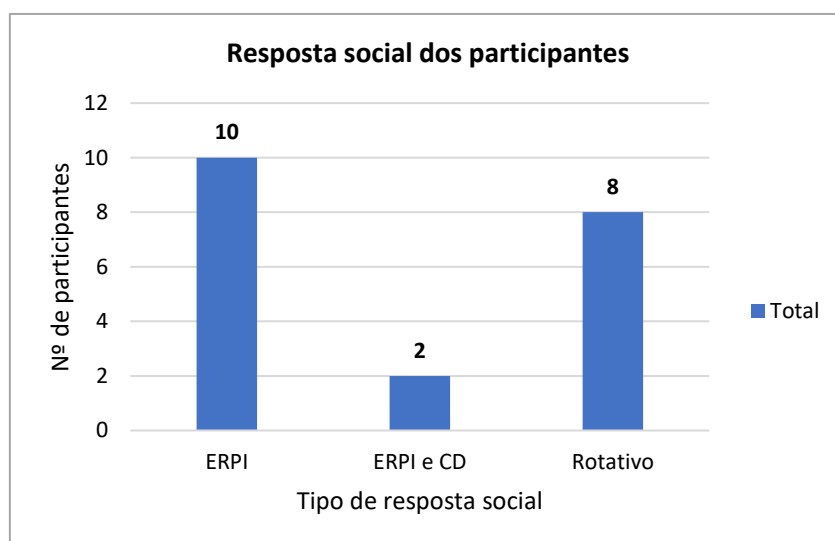


O gráfico de barras que se segue apresenta a distribuição do tempo de serviço dos participantes na instituição, medido em anos e meses.

Verifica-se uma grande heterogeneidade no que respeita ao tempo de serviço dos participantes, oscilando entre 5 meses e 26 anos. A maioria dos períodos é representada por apenas um participante, com exceção dos intervalos de 2 anos e 4 anos, que contam com quatro participantes cada, e de 24 anos, com dois participantes. Apenas um indivíduo apresenta um tempo de serviço superior a duas décadas, com 26 anos de experiência. Regista-se ainda a presença de participantes com menos de um ano de serviço, nomeadamente com 5 e 8 meses.

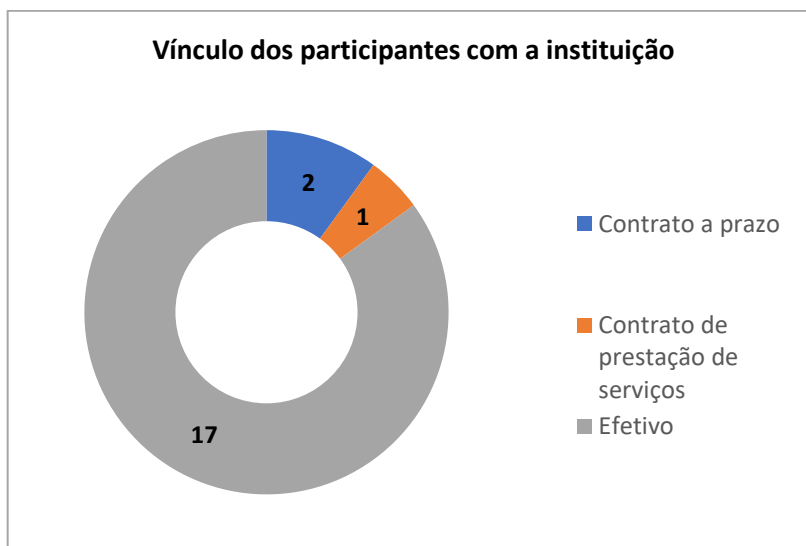
Gráfico 19 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de serviço na instituição - Instituição B

A maioria dos participantes ($n = 10$) exerce funções exclusivamente na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), constituindo o grupo mais representativo da amostra. O segundo maior grupo é composto por profissionais com atuação rotativa entre diferentes respostas sociais ($n = 8$), o que evidencia uma prática profissional caracterizada pela mobilidade entre valências. Apenas dois participantes referem desempenhar funções simultaneamente na ERPI e no Centro de Dia (CD).

Gráfico 20 - Distribuição dos participantes de acordo com a resposta social - Instituição B

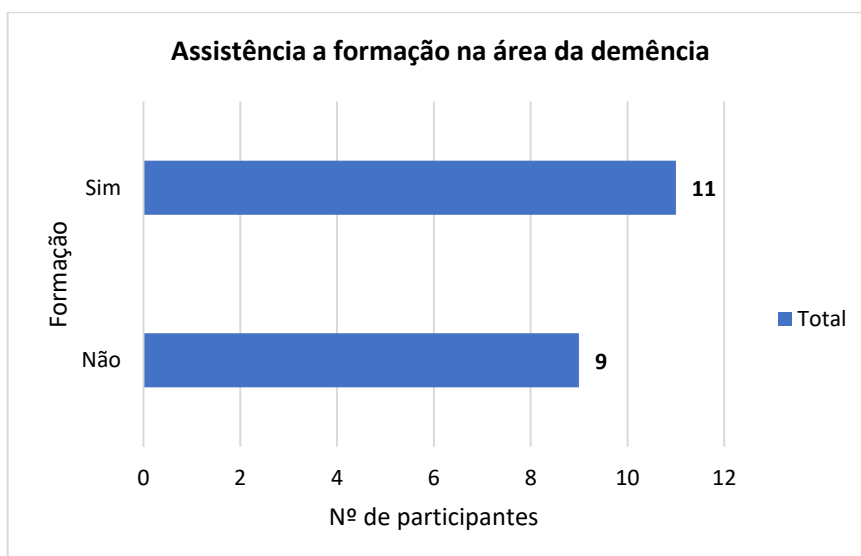
A maioria dos participantes (17), correspondente a 85% da amostra, possui vínculo efetivo com a instituição. Apenas 2 participantes (10%) têm contrato a termo, e 1 participante (5%) exerce funções através de contrato de prestação de serviços.

Gráfico 21 - Distribuição dos participantes de acordo com o vínculo institucional - Instituição B



Do total de participantes, 11 pessoas (55%) afirmam ter recebido formação na área da demência, enquanto 9 (45%) não tiveram essa oportunidade. A diferença entre os dois grupos é pequena, evidenciando que o acesso à formação específica em demência ainda não é universal entre os colaboradores.

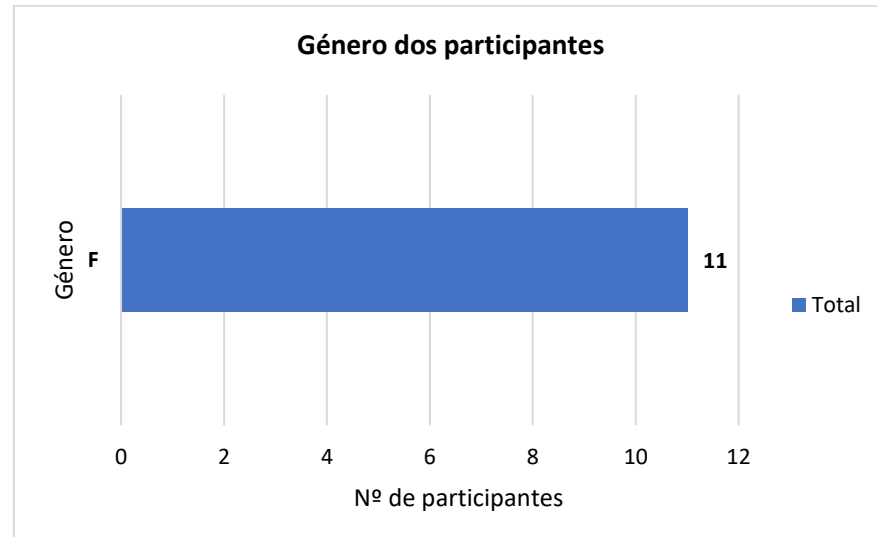
Gráfico 22 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de formação na área da demência - Instituição B



1.3. Instituição C

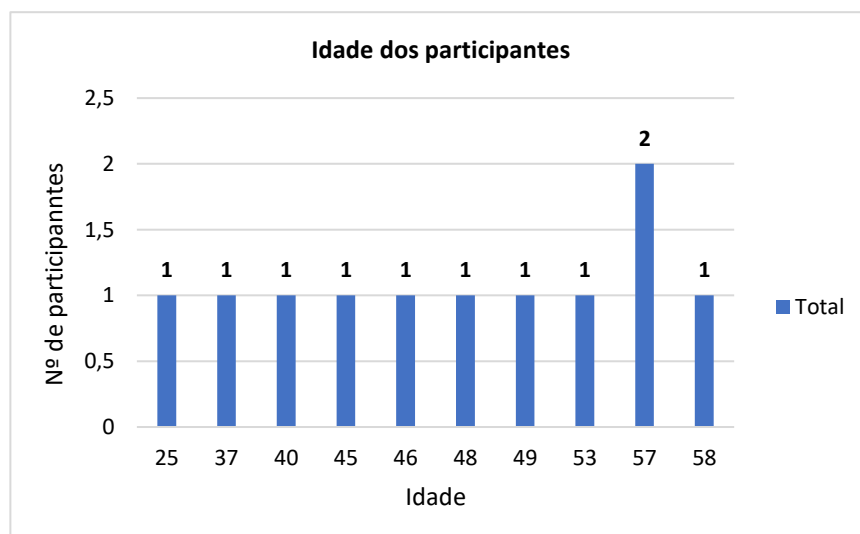
O gráfico evidencia uma total homogeneidade quanto ao gênero dos participantes. Desta forma a totalidade de participantes, 11, são do sexo feminino.

Gráfico 23 - Distribuição dos participantes de acordo com o gênero – Instituição C



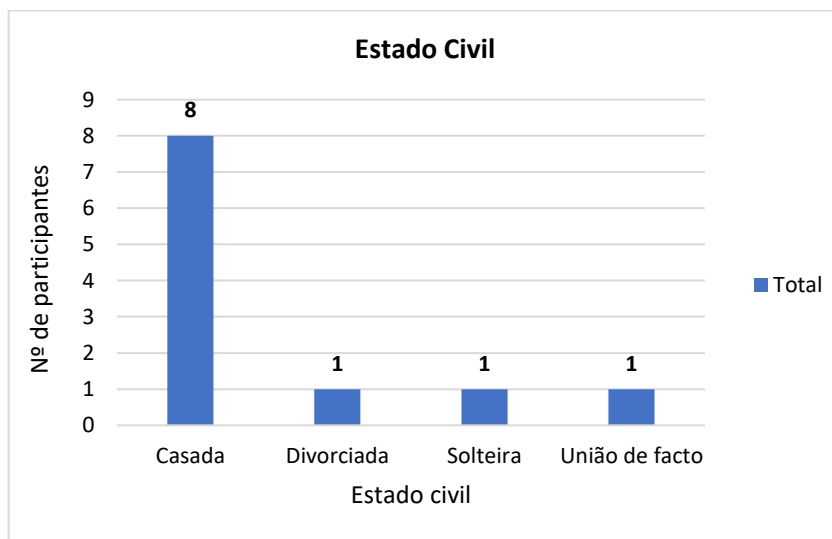
A idade dos participantes, de acordo com o gráfico, varia entre 25 e 58 anos, evidenciando uma ampla distribuição etária. A faixa etária com maior número de participantes corresponde a 57 anos, com 2 indivíduos. As demais idades — 25, 37, 40, 45, 46, 48, 49, 53 e 58 anos - são representadas por um participante cada.

Gráfico 24 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade – Instituição C



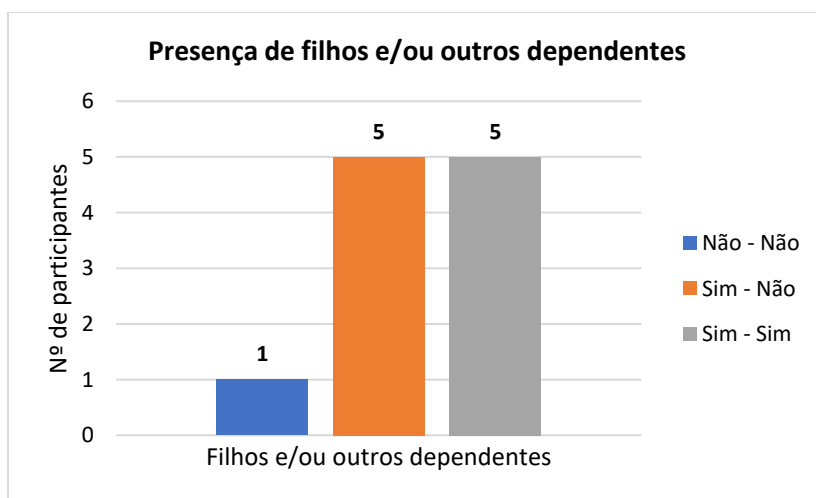
A maioria dos participantes (8), equivalente a aproximadamente 72,7% da amostra, é casada, configurando um perfil relativamente homogéneo quanto ao estado civil. As restantes categorias de divorciada, solteira e em união de facto são representadas por um participante cada, correspondendo a cerca de 9,1% do total em cada grupo.

Gráfico 25 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil - Instituição C



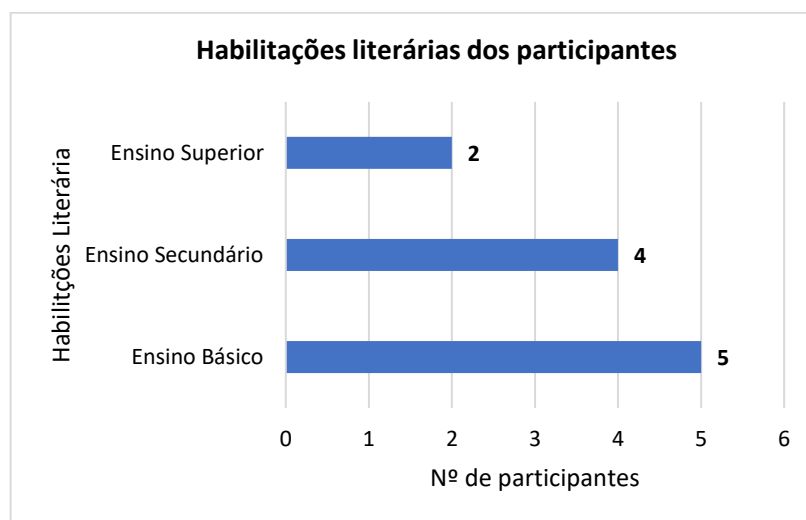
A maioria dos participantes possui algum tipo de dependente. Cinco participantes (45,5%) têm filhos, mas não outros dependentes (Sim - Não), e outros cinco (45,5%) têm tanto filhos quanto outros dependentes (Sim - Sim). Apenas um participante (9,1%) não possui filhos nem outros dependentes (Não - Não).

Gráfico 26 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de filhos e /ou outros dependentes - Instituição C



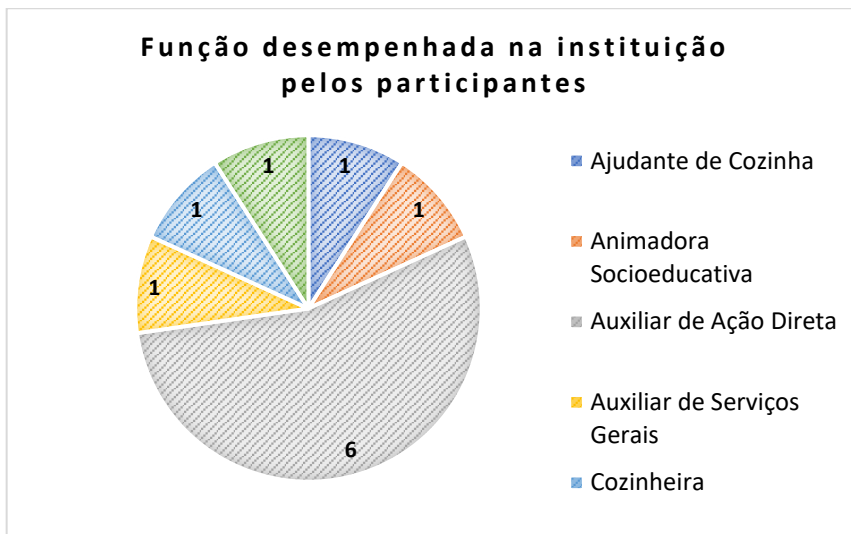
O gráfico de barras seguinte ilustra a distribuição dos participantes segundo o nível máximo de habilitação literária de cada participante. A maior parte da amostra (5 participantes; 45,5%) possui apenas o ensino básico. Quatro participantes (36,4%) completaram o ensino secundário, representando uma proporção relevante, porém inferior ao grupo com ensino básico. Apenas dois participantes (18,1%) detêm ensino superior, evidenciando uma presença reduzida de formação académica avançada entre os profissionais avaliados.

Gráfico 27 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações literárias - Instituição C



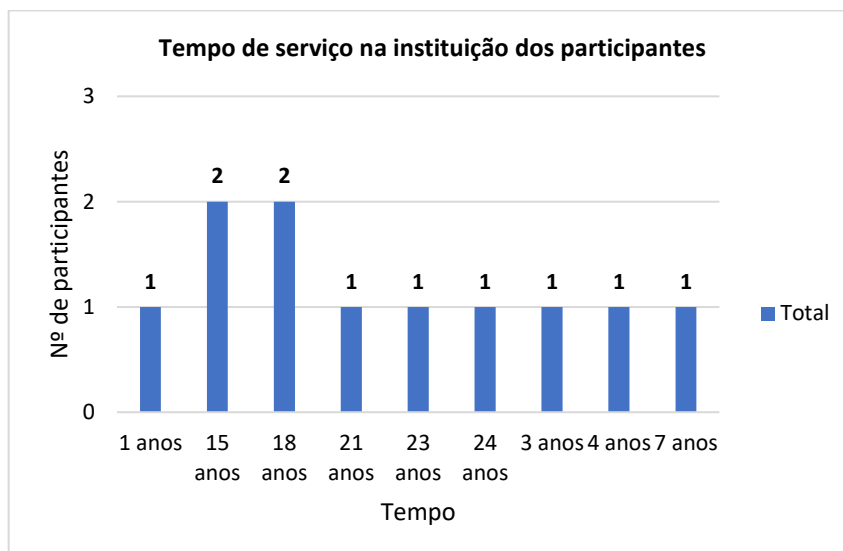
Relativamente à função desempenhada pelos participantes na instituição B, a maioria é composta por auxiliares de ação direta (6 participantes - 54,5%). As restantes funções estão representadas por um participante cada, correspondendo a aproximadamente 9,1% por função, nomeadamente ajudante de cozinha, animadora socioeducativa, auxiliar de serviços gerais e cozinheira.

Gráfico 28 - Distribuição dos participantes de acordo com a função desempenhada - Instituição C



O tempo de serviço dos participantes oscila entre 1 e 24 anos, indicando a coexistência de colaboradores recém-integrados e profissionais com extensa experiência na instituição. As durações de 15 e 18 anos são as mais frequentes, com dois participantes em cada uma (18,2%). As restantes faixas de tempo - 1, 3, 4, 7, 21, 23 e 24 anos - contam com um participante cada, representando 9,1% da amostra por categoria.

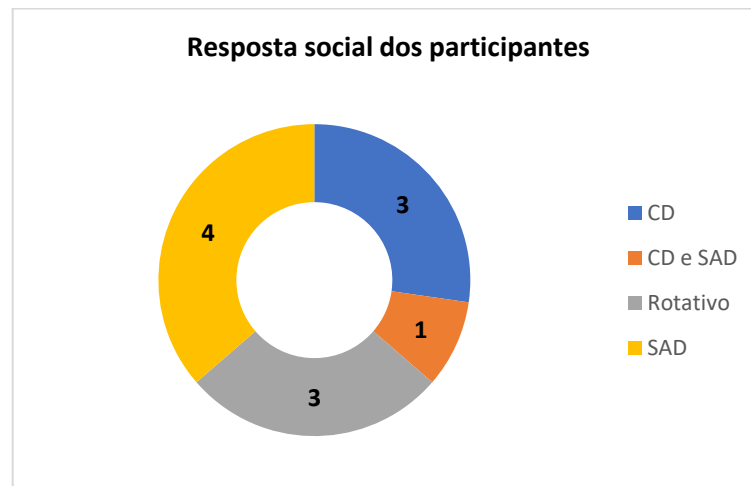
Gráfico 29 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de serviço na instituição - Instituição C



De acordo com o gráfico que se segue, o SAD reúne o maior número de participantes, com 4 profissionais, correspondendo a 36,4% da amostra, atuando exclusivamente nessa resposta social. A valência de CD e da atuação em serviço rotativo

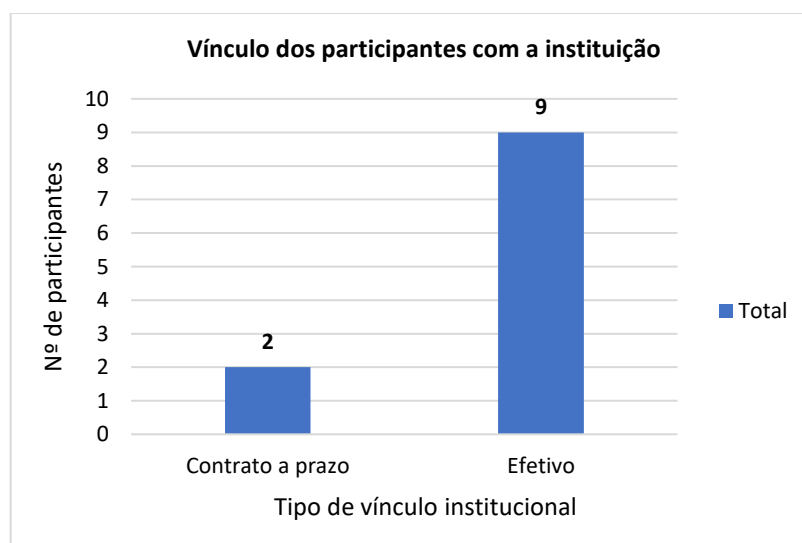
apresentam uma distribuição equilibrada, com 3 participantes cada, equivalente a 27,3% em cada modalidade, evidenciando uma representatividade significativa. Apenas 1 participante (9,1%) atua simultaneamente no CD e no SAD, o que nos indica que a sobreposição de funções entre esses dois serviços é menos comum.

Gráfico 30 - Distribuição dos participantes de acordo com a resposta social - Instituição C



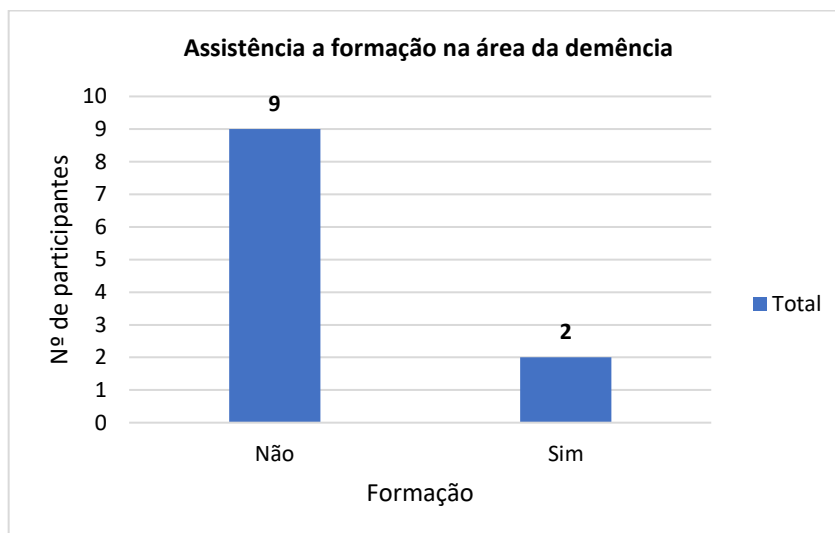
A maioria dos participantes (9), correspondente a 81,8% da amostra, possui vínculo efetivo com a instituição, o que evidencia uma predominância de contratos permanentes. Apenas 2 participantes (18,2%) têm contrato a prazo, indicando uma utilização reduzida de vínculos temporários no contexto analisado.

Gráfico 31 - Distribuição dos participantes de acordo com o vínculo institucional - Instituição C



Verifica-se no gráfico , um predomínio da ausência de formação na área da demência, com 9 participantes (81,8%) a referirem não ter tido acesso a esse tipo de capacitação. Apenas 2 participantes (18,2%) indicaram ter frequentado formação específica nesta área, revelando uma participação ainda limitada.

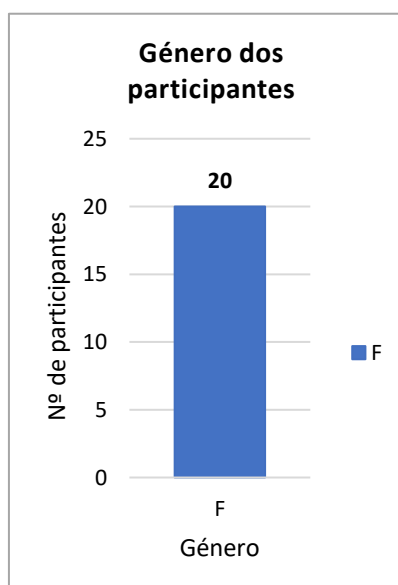
Gráfico 32 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de formação na área da demência - Instituição C



1.4. Instituição D

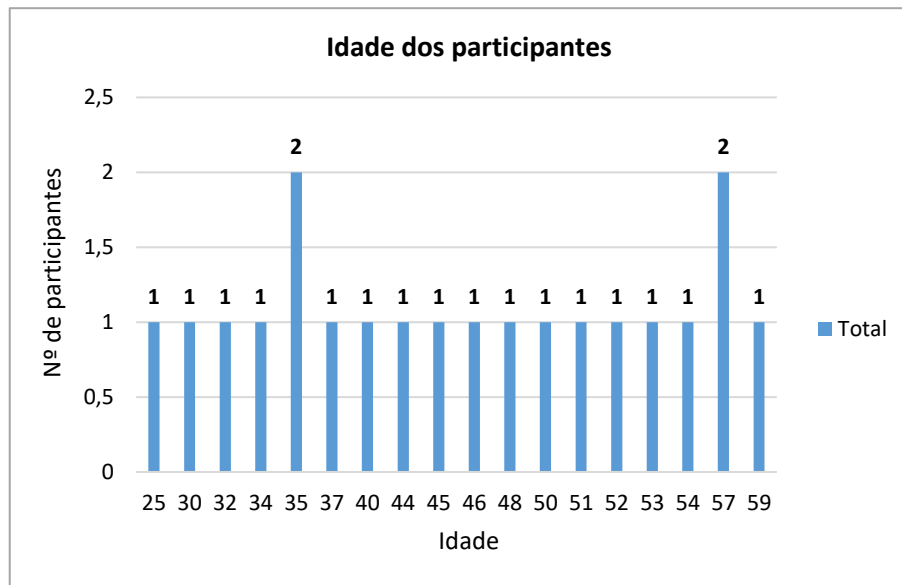
O grupo de cuidadores formais da instituição D é composto por 20 colaboradores do sexo feminino, tal como segue o gráfico.

Gráfico 33 - Distribuição dos participantes de acordo com o género - Instituição D



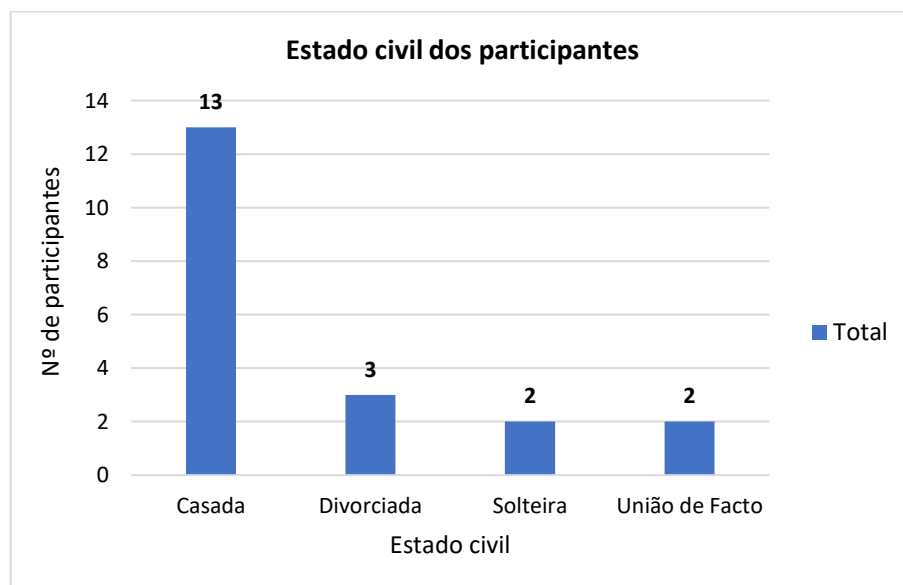
Como podemos observar pelo gráfico seguinte, as idades variam entre os 25 e os 59 anos, com maior concentração entre os 30 e 57 anos, com uma média de idade corresponde a 44.2 anos.

Gráfico 34 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade - Instituição D



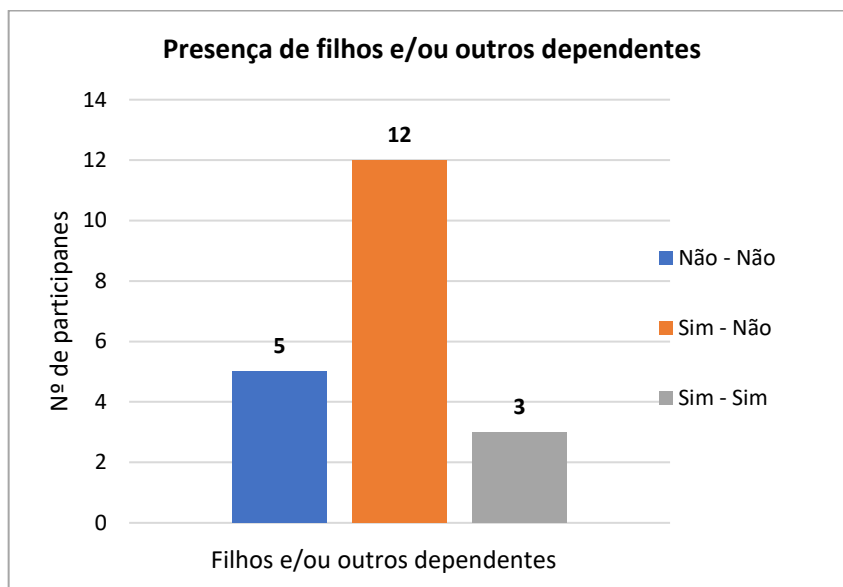
A maioria das participantes encontram-se no estado civil de casada (13) demonstrando uma clara predominância em relação aos restantes grupos. As categorias de divorciada (3), solteira (2) e união de facto (2) apresentam proporções semelhantes, mas significativamente mais baixas.

Gráfico 35 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil - Instituição D



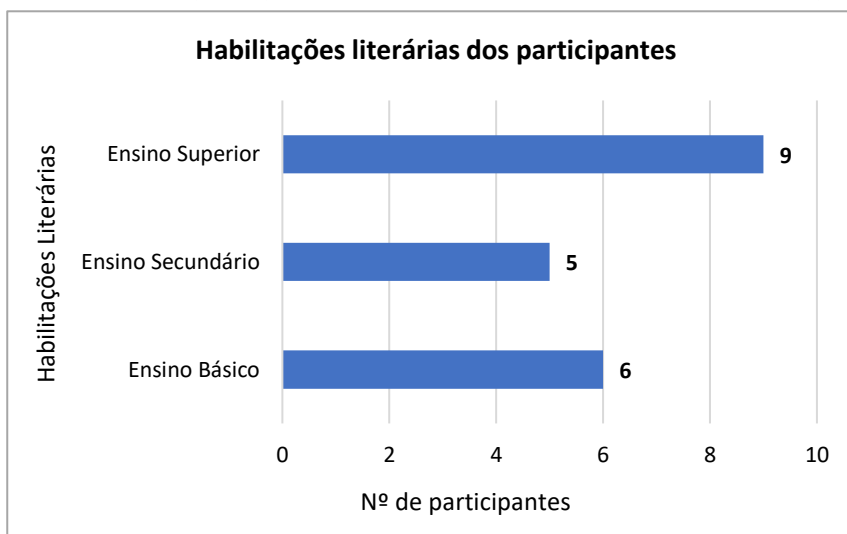
A maioria dos participantes tem filhos, mas não outros dependentes adicionais (12). Um número menor de participantes não tem qualquer tipo de dependente (5), e uma minoria acumula responsabilidades com filhos e outros dependentes, correspondente a 3 inquiridos.

Gráfico 36 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de filhos e/ou outros dependentes



Com o gráfico seguinte, podemos aferir que a maior parte dos participantes possui ensino superior (9) , seguido pelo ensino básico (6) e, por fim, pelo ensino secundário (5).

Gráfico 37 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações literárias - Instituição D

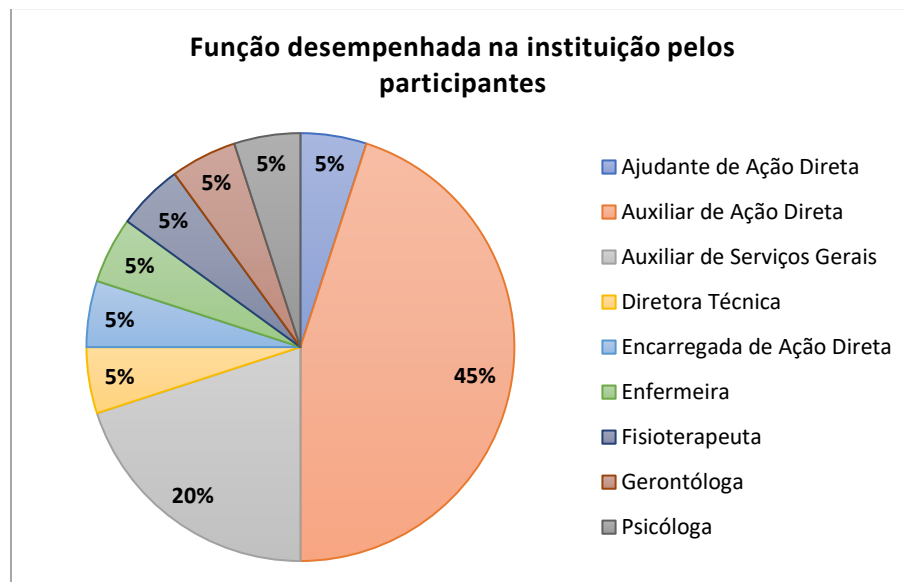


O gráfico apresentado abaixo, ilustra a distribuição dos profissionais de acordo com as funções desempenhadas na instituição. Observa-se uma clara predominância de uma função específica, seguida por uma distribuição equilibrada entre as demais funções.

A categoria de auxiliar de ação direta representa a maior parte dos colaboradores, com 45% do total, seguindo-se auxiliar de serviços gerais como o segundo grupo mais numeroso, com 20% dos profissionais.

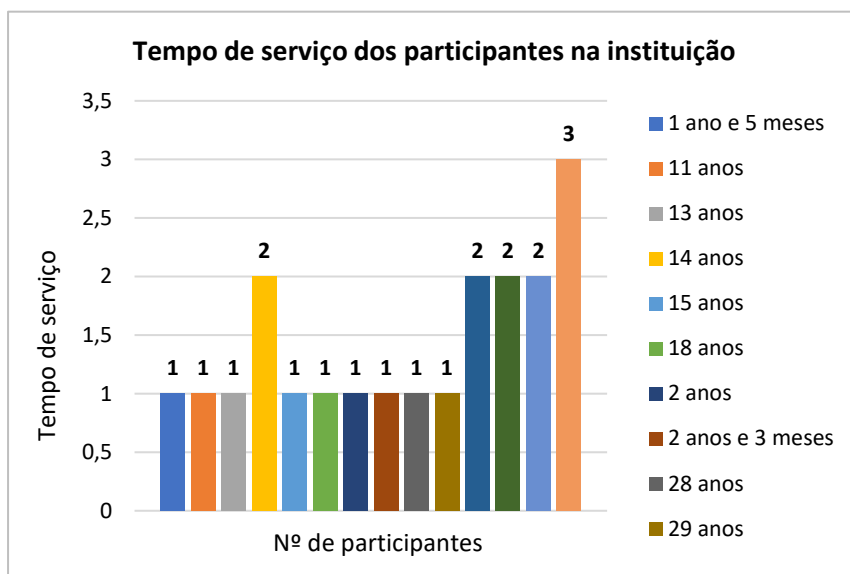
As restantes funções, tais como, ajudante de ação direta, diretora técnica, encarregada de ação direta, enfermeira, fisioterapeuta, gerontóloga e psicóloga, apresentam-se igualmente distribuídas, cada uma representação de 5% do total.

Gráfico 38 - Distribuição dos participantes de acordo com a função desempenhada na instituição - Instituição D



O gráfico 39 revela uma equipa heterogênea em termos de tempo de serviço, com predominância de experiências únicas, mas também com alguns grupos que partilham períodos semelhantes de permanência.

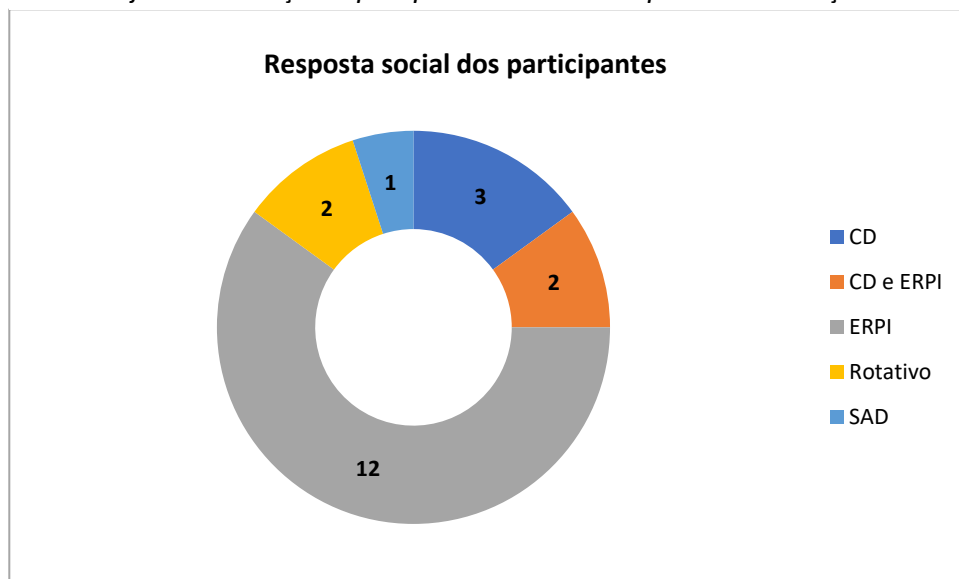
Deste modo, existem participantes com tempos de serviço bastante variados, a variar ente 1 ano e 5 meses até aos 29 anos.

Gráfico 39 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de serviço na instituição - Instituição D

O gráfico apresentado mostra a distribuição dos participantes segundo a resposta social em que exercem funções, sendo estas CD (Centro de Dia), CD e ERPI, ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas), serviço rotativo e SAD (Serviço de Apoio Domiciliário).

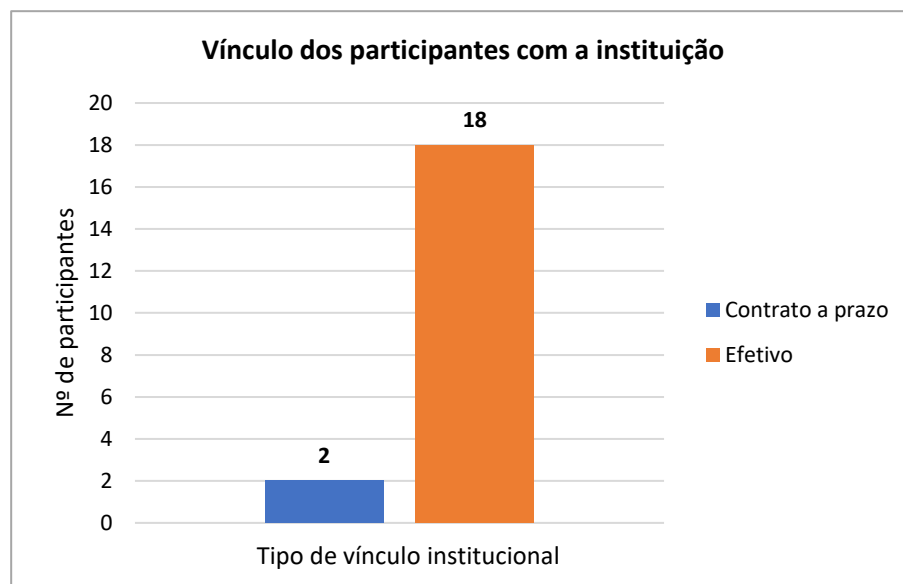
Desta forma, ERPI corresponde à resposta social com maior número de participantes, totalizando 12. Isto representa a grande maioria da amostra, indicando que a maioria dos profissionais trabalha em contexto residencial com pessoas idosas. A resposta social de CD conta com 3 participantes, 2 participantes que desempenham funções em ambos os contextos (CD e ERPI), e por último, no SAD apenas 1 participante atua neste serviço, evidenciando uma representatividade muito reduzida deste tipo de resposta social na amostra.

Gráfico 40 - Distribuição dos participantes de acordo com a reposta social - Instituição D



De acordo com o gráfico, a grande maioria dos participantes (18) possui vínculo efetivo com a instituição e apenas 2 participantes têm contrato a prazo.

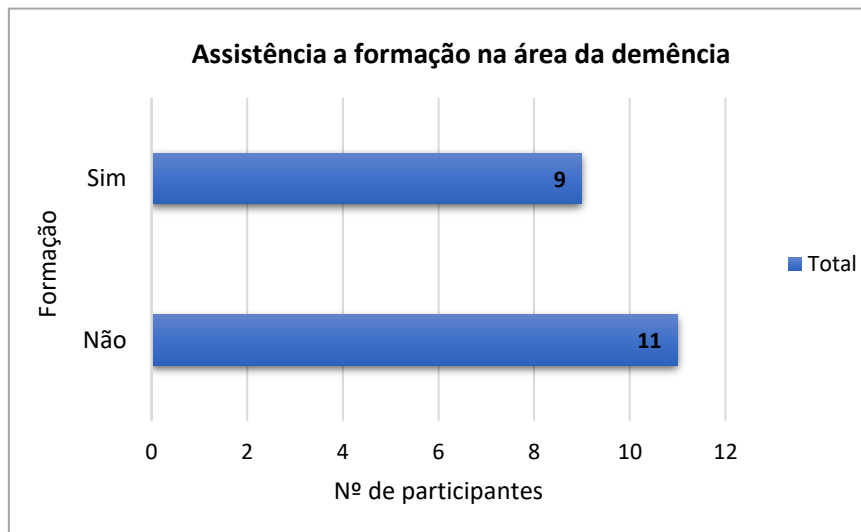
Gráfico 41 - Distribuição dos participantes de acordo com o vínculo institucional - Instituição D



A maioria dos participantes (11 em 20) nunca participou em formação na área da demência. Isto representa 55% da amostra, indicando que mais de metade dos profissionais não teve acesso a qualquer tipo de formação especializada sobre esta temática.

Apenas 9 participantes (45%) afirmam já ter assistido à formação na área da demência. Este número, embora significativo, revela que ainda existe um caminho a percorrer para garantir que todos os profissionais estejam devidamente preparados para lidar com os desafios da sua prática profissional com pessoas idosas com demência.

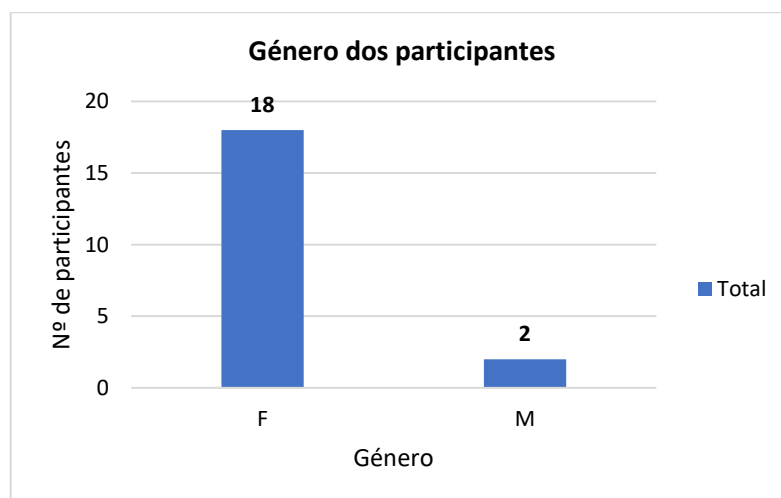
Gráfico 42 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de formação na área da demência - Instituição D



1.5. Instituição E

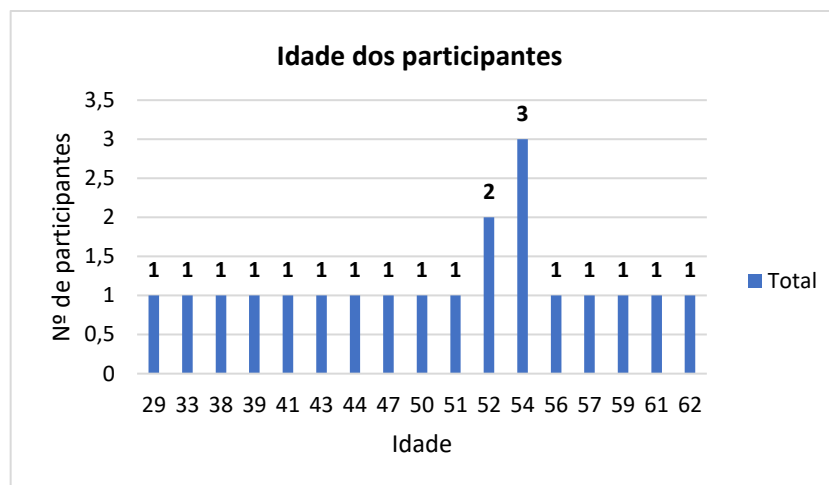
O gráfico 43 demonstra um predomínio absoluto do género feminino entre os participantes. Do total de 20 indivíduos da instituição E que participaram no estudo, 18 (90%) são mulheres, enquanto apenas 2 (10%) são homens, refletindo uma representatividade masculina bastante reduzida no grupo analisado.

Gráfico 43 - Distribuição do género dos participantes - Instituição E

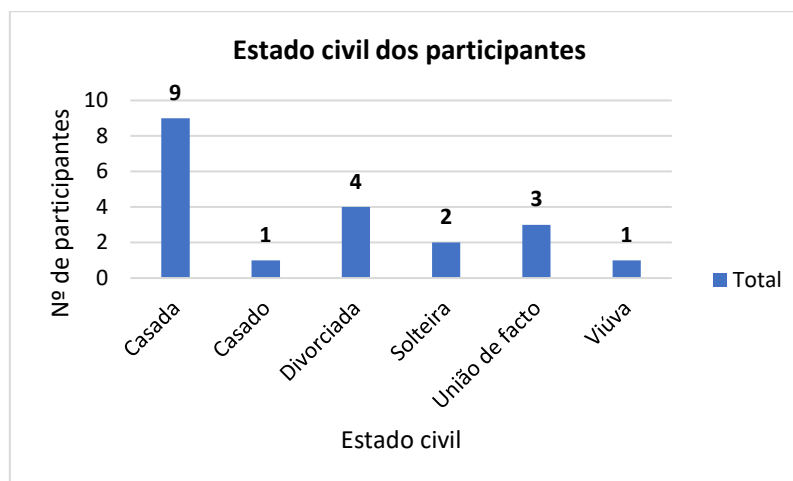


O gráfico de barras apresenta a distribuição etária dos 20 participantes, cujas idades variam entre 29 e 62 anos. A maioria das faixas etárias - 29, 33, 38, 39, 41, 43, 44, 47, 50, 51, 56, 57, 59, 61 e 62 anos - é representada por um único participante, correspondendo a 5% da amostra em cada caso. A idade de 52 anos é partilhada por 2 participantes (10%), enquanto a de 54 anos apresenta a maior concentração, com 3 participantes (15%).

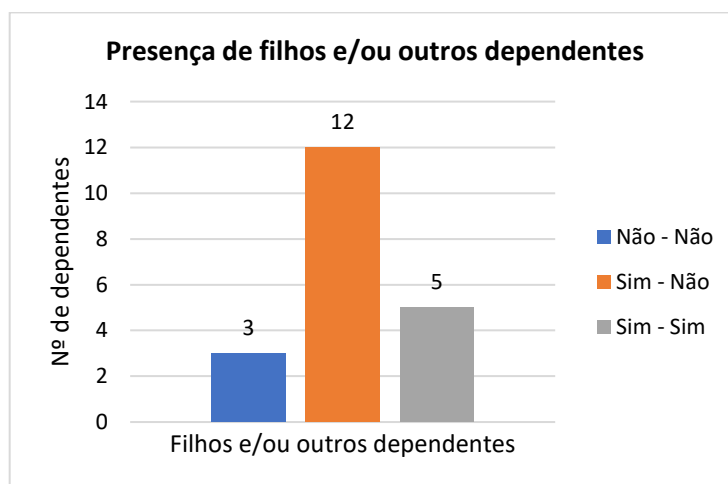
Gráfico 44 - Distribuição da idade dos participantes - Instituição E



A categoria "Casada" é a mais representativa entre os participantes, com 9 pessoas, o que corresponde a 45% da amostra. Em seguida, surge a categoria "Divorciada", com 4 participantes (20%). A situação de "União de facto" é referida por 3 participantes (15%), enquanto a categoria "Solteira" inclui 2 pessoas (10%). As categorias "Casado" e "Viúva" são as menos representadas, com apenas 1 participante cada, correspondendo a 5% da amostra em cada caso.

Gráfico 45 - Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil - Instituição E

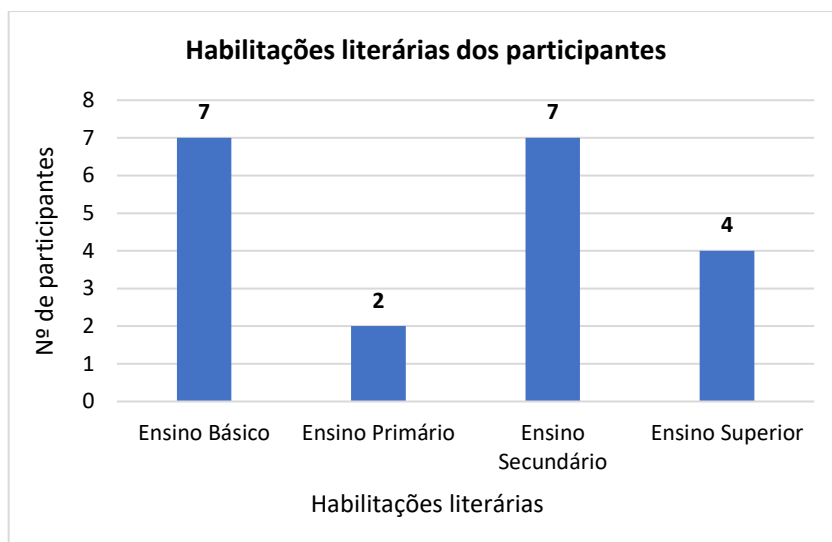
A maioria dos participantes, de acordo com o gráfico, (12; 60%) possui filhos, mas não outros dependentes (Sim - Não). Um grupo menor, composto por 5 participantes (25%), declara ter tanto filhos quanto outros dependentes (Sim - Sim). Apenas 3 participantes (15%) não possuem filhos nem outros dependentes (Não - Não). Não foi identificado nenhum participante com apenas outros dependentes, sem filhos.

Gráfico 46 - Distribuição dos participantes de acordo com a presença de filhos e/ou outros dependentes - Instituição E

Tendo em conta o seguinte gráfico de dados, a maior parte dos participantes possui escolaridade correspondente ao Ensino Básico ou ao Ensino Secundário, com 7 indivíduos em cada categoria, totalizando 70% da amostra. Apenas 2 participantes (10%) têm como nível máximo o Ensino Primário, enquanto 4 participantes (20%) concluíram o

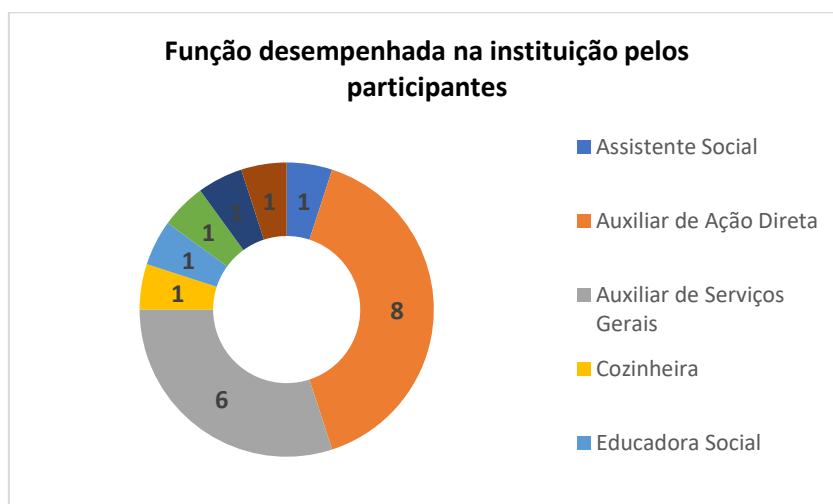
Ensino Superior. Apesar de ser um grupo minoritário, o número de pessoas com formação superior demonstra a presença de qualificação acadêmica avançada no grupo.

Gráfico 47 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações literárias – Instituição E



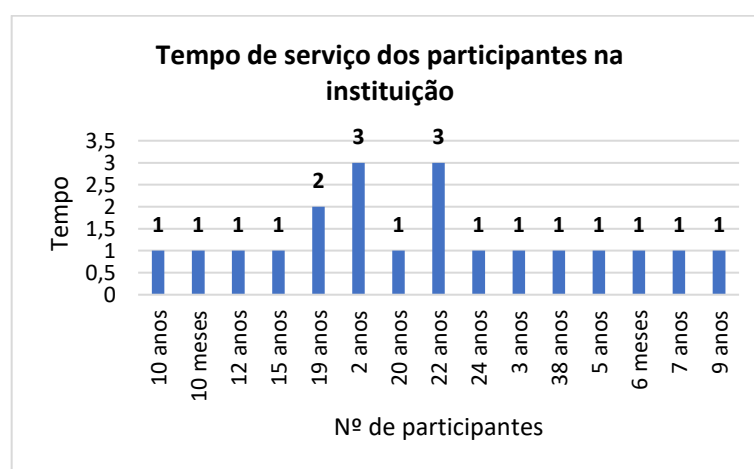
O quadro de funcionários é maioritariamente composto por auxiliares de ação direta e auxiliares de serviços gerais, que juntos correspondem a quase 75% do total. As demais funções - assistente social, motorista, cozinheira, educadora social e fisioterapeuta - contam com apenas um representante cada, indicando uma limitada diversidade nas áreas técnicas e especializadas de apoio.

Gráfico 48 - Distribuição dos participantes de acordo com a função desempenhada na instituição - Instituição E



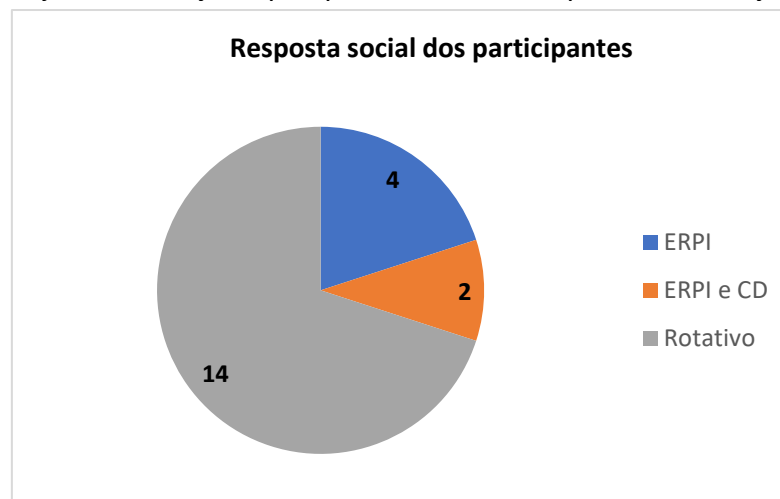
Com base no gráfico seguinte, o tempo de serviço dos participantes na instituição varia de 6 meses a 38 anos, refletindo uma ampla diversidade de permanência. As durações de 20 e 24 anos concentram o maior número de colaboradores, com 3 pessoas em cada faixa. A seguir, a faixa de 22 anos destaca-se como a segunda mais frequente, reunindo 2 participantes. As demais faixas de tempo - incluindo 6 meses, 10 meses, 3, 7, 9, 10, 12, 15, 19, 21 e 38 anos - são representadas por apenas um participante cada, indicando menor concentração nessas durações.

Gráfico 49 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de serviço na instituição – Instituição E



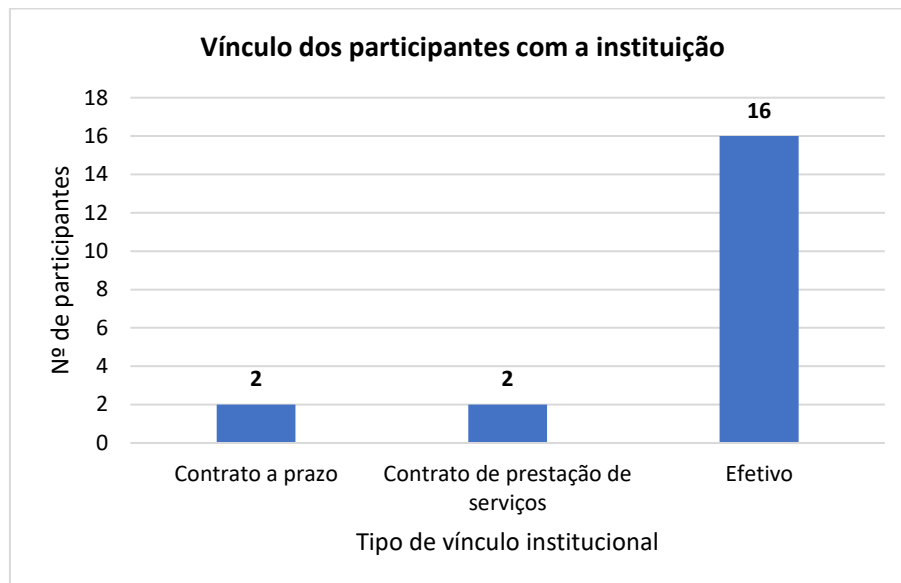
O gráfico que se segue de setores mostra a distribuição dos 20 participantes conforme a resposta social em que atuam na instituição. A maioria significativa, com 14 participantes (70%), trabalha em regime rotativo. Em contraste, 4 participantes (20%) atuam exclusivamente em ERPI, enquanto 2 participantes (10%) dividem as suas funções entre a ERPI e o CD.

Gráfico 50 - Distribuição dos participantes de acordo com a resposta social – Instituição E



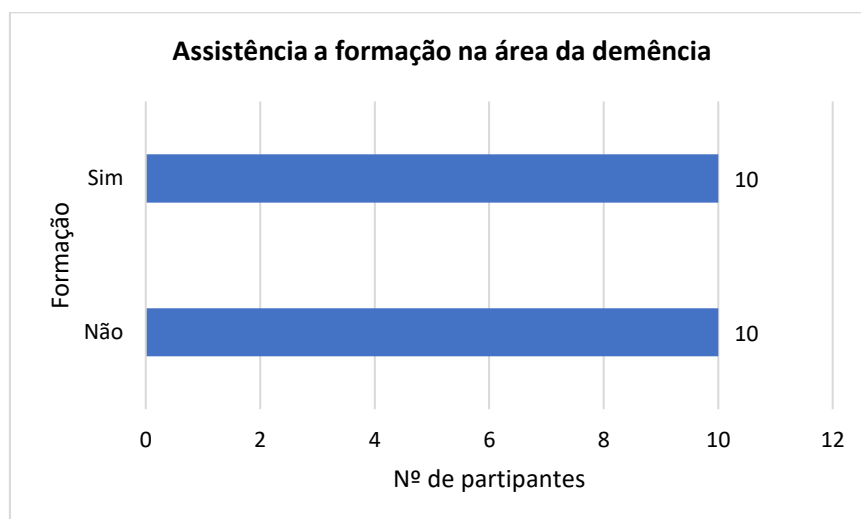
O gráfico seguinte evidencia que o vínculo efetivo predomina entre os participantes, correspondendo a 80% do total. Apenas uma pequena parcela atua sob contratos temporários ou terceirizados, sendo 10% com contrato a prazo e outros 10% sob contrato de prestação de serviços.

Gráfico 51 - Distribuição dos participantes de acordo com o vínculo instituição - Instituição E



O grupo está dividido de forma igualitária entre aqueles que já tiveram acesso a formação específica na área da demência (n= 10) e aqueles que nunca participaram desse tipo de formação (n=10).

Gráfico 52 - Distribuição dos participantes de acordo com a existência de formação na área da demência - Instituição E



1.6. Questionário de satisfação da ação de formação

Neste ponto, os participantes responderam a um questionário de avaliação da ação de formação, onde classificaram de 1 a 5, na escala Likert, o grau de concordância com várias afirmações relacionadas à formação recebida.

Para melhor compreensão dos dados obtidos através da aplicação dos questionários de satisfação da ação de formação ministrada em cada instituição, os mesmos foram organizados por secções (avaliação geral da ação, avaliação da formadora (conteúdo e exposição), e apreciação global, e estas por sua vez, divididas por questões, nas quais denominei por números (Apêndice 4).

1.6.1. Avaliação geral da ação de formação

Questões/Instituição	Instituição A	Instituição B	Instituição C	Instituição D	Instituição E
P1	4,91	4,80	4,73	4,90	4,45
P2	4,91	4,80	4,64	4,70	4,50
P3	4,91	4,75	4,55	4,75	4,50
P4	4,82	4,65	4,55	4,70	4,50
P5	5,00	4,70	4,64	4,80	4,60
P6	4,64	4,70	4,73	4,80	4,50
P7	4,82	4,70	4,64	4,85	4,55
P8	4,73	4,75	4,64	4,70	4,40
P9	4,64	4,75	4,64	4,80	4,60

Tabela 1 - Média das respostas - Avaliação geral da ação de formação

1.6.2. Avaliação da Mestranda

Conhecimentos/Conteúdos

Instituição/Questão	P1	P2	P3	P4
Instituição A	5,00	4,91	4,91	5,00
Instituição B	4,70	4,60	4,65	4,90
Instituição C	4,82	4,82	4,82	4,82
Instituição D	5,00	4,60	4,75	4,90
Instituição E	4,75	4,55	4,70	4,85

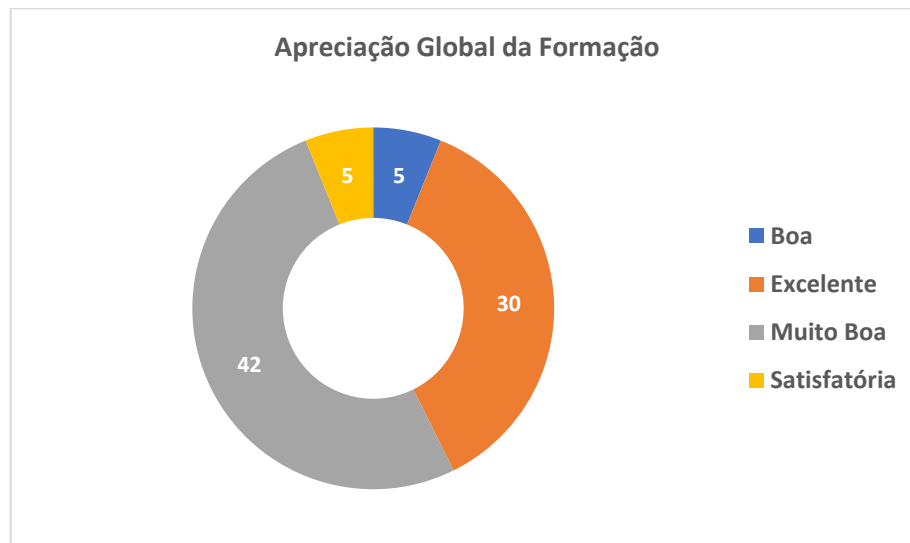
Tabela 2 - Média das respostas - Avaliação da mestranda (Conhecimentos/Conteúdos)

Exposição

Instituições/Questões	P1	P2	P3
Instituição A	5,00	5,00	4,91
Instituição B	4,95	4,70	4,75
Instituição C	5,00	4,91	4,91
Instituição D	4,95	4,90	4,90
Instituição E	4,90	4,70	4,85

Tabela 3 - Média de respostas - Avaliação da mestranda (Exposição)

1.6.3. Apreciação Global

Gráfico 53 - Distribuição da apreciação global realizada pelos participantes sobre a ação de formação

A apreciação global da ação de formação realizada nas instituições foi amplamente positiva, de acordo com os resultados do questionário de satisfação. A maioria dos participantes classificou a formação como "Muito Boa" (42 respostas) e "Excelente" (30 respostas), o que demonstra um elevado grau de satisfação relativamente à iniciativa e apenas uma minoria considerou a formação "Boa" (5 respostas) ou "Satisfatória" (5 respostas). Estes dados destacam a qualidade e a relevância da ação formativa implementada em cada instituição.

2. Discussão dos Resultados

2.1. Questionário sociodemográfico

A amostra deste estudo é composta por 82 profissionais de diversas instituições de apoio à pessoa, localizadas em várias regiões de Portugal. Estes profissionais desempenham funções diretamente ligadas à prestação de cuidados a pessoas idosas, incluindo indivíduos com demência. A análise dos seus perfis sociodemográficos e profissionais, bem como das suas perceções sobre o trabalho e a formação, permite compreender melhor os desafios e recursos das equipas que operam neste setor.

Dos 82 participantes, 80 são do sexo feminino (97,6%) e apenas dois são do sexo masculino (2,4%). Esta diferença é indicativa da profunda feminização do trabalho no setor dos cuidados, fenómeno amplamente reconhecido pela literatura (Silva & Gomes, 2021). Esta realidade remonta a construções sociais de género que atribuem à mulher o

papel de cuidadora, sendo esta tendência reforçada pela precarização do setor e pela invisibilidade atribuída ao trabalho de cuidado (Tronto, 1993).

As idades variam entre os 25 e os 63 anos, com uma média etária de aproximadamente 45 anos. A distribuição etária aponta para uma força de trabalho madura, com predomínio de profissionais em idades intermédias, o que pode ser positivo em termos de experiência, mas também indicativo de desgaste acumulado ao longo dos anos. Estudos anteriores apontam que profissionais mais velhos tendem a demonstrar maior resistência ao stress laboral, mas também enfrentam desafios ao nível da saúde física e emocional (Martins et al., 2018).

Ao nível do estado civil da amostra, a maioria é casada (68,3%), enquanto os restantes se distribuem entre união de facto (13,4%), solteiros (11,0%), divorciados (6,1%) e uma viúva (1,2%). Sessenta e cinco participantes (79,3%) têm filhos, e dezoito (22%) referem ter outros dependentes a seu cargo, como pais idosos, netos ou outros familiares. Este dado é particularmente significativo, considerando o impacto da “dupla jornada” que afeta sobretudo as mulheres, ao conciliarem o trabalho profissional com as responsabilidades familiares. Esta acumulação de papéis é frequentemente associada a níveis mais elevados de exaustão emocional e stress (Sousa et al., 2019), o que pode influenciar negativamente o desempenho e a motivação no contexto profissional.

As habilitações literárias dos participantes demonstram alguma diversidade, nomeadamente 24 participantes que frequentaram o ensino superior, 36 o ensino secundário, 20 o ensino básico e 2 o ensino primário.

A presença significativa de profissionais com ensino secundário e básico confirma a realidade de muitas instituições sociais, onde os recursos humanos operacionais como auxiliares de ação direta e de serviços gerais possuem níveis de escolaridade mais baixos. Embora isso não comprometa diretamente a prestação de cuidados básicos, limita o acesso à formação contínua mais técnica e reduz a capacidade de resposta a situações clínicas mais complexas, associadas às demências (Carvalho & Gomes, 2022).

Por outro lado, a presença de técnicos com formação superior como é o caso dos assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e gerontólogos revela uma preocupação crescente com a qualificação e especialização dos recursos humanos nas instituições.

Contudo, a sua distribuição continua desigual, com algumas estruturas a dependerem de poucos elementos técnicos para responder a múltiplas necessidades.

A variável tempo de serviço varia entre 5 meses e 38 anos, com uma média de 11,6 anos. Observa-se assim uma distribuição equilibrada entre profissionais com menos de cinco anos de serviço e aqueles com mais de uma década de experiência. Este dado indica estabilidade contratual e uma permanência prolongada nas instituições por parte de muitos dos trabalhadores.

A longevidade no exercício da função pode traduzir-se em maior domínio técnico, conhecimento institucional e relação consolidada com os utentes. No entanto, também pode estar associada a fenómenos de rotinização, desmotivação e *burnout*, sobretudo em contextos marcados pela escassez de recursos e pela elevada sobrecarga emocional associada ao trabalho (Monteiro et al., 2020).

A função mais frequente entre os participantes é a de auxiliar de ação direta (n = 44; 53,7%), seguida de auxiliares de serviços gerais (n = 11), ajudantes de ação direta (n = 4), cozinheiros (n = 5), e técnicos superiores (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, animadores socioculturais, entre outros; n = 18). Esta estrutura reflete a composição habitual das equipas em valências destinadas a pessoas idosas, onde os cuidados diretos são assegurados por auxiliares com formação prática, enquanto o apoio técnico e psicossocial é garantido por um número mais reduzido de profissionais especializados (ISS, 2023).

A maioria dos participantes possui contrato efetivo (n = 70; 85,4%), enquanto 8 (9,8%) têm contratos a prazo e 4 (4,9%) trabalham em regime de prestação de serviços. A prevalência de vínculos estáveis constitui um fator protetor face ao desgaste profissional, ao garantir maior previsibilidade e segurança laboral (Antunes et al., 2021). No entanto, os vínculos precários mantêm-se como realidade para alguns profissionais, sobretudo os mais jovens ou com menos tempo de serviço.

Os profissionais distribuem-se pelas diferentes respostas sociais, desde ERPI (45,1%), CD (18,3%), SAD (9,8%), CN (3,7%) e Respostas rotativas com atuação em múltiplas valências (23,2%).

O predomínio das ERPI reflete a prioridade atribuída às estruturas de acolhimento permanente, onde se concentra uma proporção significativa de pessoas com dependência funcional e patologias crónicas, incluindo demência. A atuação em respostas rotativas exige competências de adaptação e polivalência, mas pode também implicar falta de continuidade no acompanhamento aos utentes (DGS, 2023).

Apenas 34 profissionais (41,5%) referem possuir formação na área da demência. Este dado é preocupante, considerando que a maioria trabalha em contextos com elevada prevalência de utentes com doenças neurodegenerativas. A ausência de formação adequada compromete a capacidade de resposta às necessidades complexas destes utentes e pode aumentar o risco de práticas inadequadas ou despersonalizadas (Alzheimer Europe, 2022; WHO, 2021).

Este défice formativo é mais acentuado entre os auxiliares de ação direta, precisamente aqueles que estão em contacto mais próximo com os utentes. De acordo com Oliveira et al. (2019), a formação contínua nesta área contribui não apenas para a qualidade dos cuidados, mas também para a autoestima e realização dos cuidadores formais.

As instituições A, B e E constituídas por 60 pessoas representam contextos rurais, caracterizados por menor densidade populacional, menor acesso a recursos formativos e maior isolamento geográfico. A instituição B é a que apresenta maior proporção de profissionais com formação em demência (mais de metade dos participantes). Na instituição E, observa-se uma diversidade maior de funções com formação específica (ex. gerontólogos/as, assistentes sociais, auxiliares). Apesar das limitações geográficas, a taxa de formação é relativamente equilibrada neste contexto (quase 1 em cada 2 profissionais), ou seja, 48,3% dos profissionais são detentores de formação.

A instituição D constituída por 20 pessoas encontra-se localizada num meio urbano, com maior acesso a formação certificada, redes de apoio e proximidade de instituições de ensino. Mesmo com condições logísticas e institucionais favoráveis, a maioria dos profissionais da instituição urbana não tem formação na área da demência, sendo que a formação está mais presente entre os técnicos superiores.

Este resultado sugere que a presença em meio urbano não garante, por si só, uma formação mais abrangente entre todos os níveis de função. A formação tende a ser mais concentrada nos quadros técnicos, sendo menos acessível aos profissionais operacionais, o que reforça a necessidade de políticas internas de formação mais equitativas (DGS, 2023).

A instituição C representa um contexto periurbano — uma zona de transição entre o urbano e o rural, geralmente com acesso moderado a serviços e oportunidades. Esta é a instituição com menor percentagem de formação em demência, contando apenas uma profissional (diretora técnica) apresenta formação específica. A maioria dos auxiliares e pessoal operacional não possui formação, apesar de prestarem cuidados diretos a idosos dependentes.

Estes dados sugerem que o meio periurbano pode representar uma zona negligenciada em termos de políticas de capacitação, isto é, não se encontra tão bem servida como o urbano, nem detém os mecanismos adaptativos desenvolvidos no meio rural. Isso pode traduzir-se numa desatenção por parte das entidades gestoras quanto à importância da formação contínua.

2.2. Questionário de satisfação da Ação de Formação

Ao cruzar os critérios avaliados com os resultados quantitativos obtidos, é possível identificar tendências relevantes no que diz respeito à perceção dos formandos sobre a ação de formação.

2.2.1. Avaliação geral da ação de formação

No que se refere ao cumprimento dos objetivos e à adequação da metodologia, as médias elevadas registadas na maioria das instituições (superiores a 4,7) evidenciam que os participantes consideraram que a formação foi bem planeada e executada, com objetivos claros e uma metodologia ajustada ao perfil de necessidades de cada instituição.

Relativamente à duração da formação, à gestão dos recursos e à coerência do trabalho prático, embora as médias se mantenham globalmente altas, observa-se uma ligeira descida em algumas instituições. Este facto sugere que a gestão do tempo, dos

recursos e a coerência dos trabalhos práticos sejam aspetos que merecem atenção, sobretudo nos contextos onde as médias ficaram abaixo de 4,6.

No que concerne à adequação da formação às necessidades dos participantes e à relação estabelecida com a formadora, os resultados apontam para uma valorização destes aspetos, com médias geralmente superiores a 4,6, o que indica que a formação foi considerada relevante e que a interação com a mestranda foi avaliada de forma positiva.

No que diz respeito à aquisição de conhecimentos e ao impacto profissional, estas dimensões avaliam o teor mais prático da formação. Apesar de se registarem médias positivas, destaca-se que a Instituição E apresentou valores mais baixos nestas questões, o que pode indicar que, para alguns participantes, a formação teve menor impacto ou aplicabilidade direta na sua atividade profissional.

2.2.2. Avaliação da mestranda – Conhecimentos/conteúdos

A análise das respostas relativas aos conhecimentos e conteúdos abordados na formação revela uma avaliação global muito positiva, com a média geral de todas as instituições a situar-se em torno dos 4,80. Este resultado reflete o reconhecimento da qualidade dos conteúdos programáticos e da sua adequação às necessidades dos participantes.

Destaca-se, em particular, a consistência das respostas à questão “A mestranda demonstrou dominar os conteúdos tratados”, que obteve médias elevadas e estáveis em todas as instituições, evidenciando o domínio e a segurança da formadora na condução dos temas.

A Instituição A registou as avaliações mais elevadas, atingindo a nota máxima nas questões relativas à adequação dos conteúdos e ao domínio dos conteúdos. A Instituição D também se destacou, concedendo pontuações máximas em “Conteúdos Adequados” e demonstrando elevada consistência nas restantes dimensões avaliadas. Por sua vez, a Instituição C apresentou um desempenho uniforme, com uma média exata de 4,82 em todas as categorias, o que evidencia uma perceção homogénea da qualidade dos conteúdos.

A Instituição B, embora tenha registado as médias mais baixas entre as instituições, manteve ainda assim avaliações bastante positivas, todas superiores a 4,5. Já a Instituição E apresentou alguma oscilação nas respostas, com a média mais baixa a verificar-se na dimensão do aprofundamento dos temas.

2.2.3. Avaliação da mestrandia - Exposição

Neste parâmetro foram avaliadas três dimensões principais relacionadas à linguagem, adequação do discurso e capacidade de esclarecimento e quanto à eficácia da comunicação durante a ação.

Esta dimensão registou avaliações máximas nas Instituições A e C, evidenciando uma comunicação verbal particularmente eficaz, direta e de fácil compreensão por parte da formadora. As restantes instituições apresentaram igualmente resultados elevados, situando-se entre 4,90 e 4,95, o que indica uma excelente capacidade de expressão clara e objetiva, transversal a todos os contextos analisados.

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se o reforço da personalização do discurso, ajustando exemplos e vocabulário à realidade específica de cada meio institucional, sobretudo em contextos mais heterogéneos. Esta estratégia permite uma maior identificação dos participantes com os conteúdos e potencia a eficácia da comunicação.

Paralelamente, importa manter e aprofundar práticas que favoreçam a clareza e a escuta ativa, como a realização de pausas para perguntas, a reformulação de respostas quando necessário e a utilização de uma linguagem acessível a todos os intervenientes.

Adicionalmente, deve ser incentivada uma abertura contínua ao diálogo e à participação, criando ambientes formativos em que os cuidadores se sintam seguros e motivados para intervir.

PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Limitações do estudo e propostas de melhoria

Este estudo, apesar de apresentar contributos significativos para a compreensão da importância da formação de cuidadores formais na área da demência, não está isento de limitações, as quais importa reconhecer para a correta interpretação dos resultados e para a orientação de futuras investigações.

Uma das principais limitações prende-se com a dimensão e abrangência da amostra, circunscrita a um número restrito de instituições e profissionais. Embora a seleção tenha procurado abranger diferentes contextos geográficos (urbano, rural e periurbano), os resultados obtidos não podem ser generalizados para a totalidade do universo de cuidadores formais em Portugal, dada a heterogeneidade do setor e das práticas institucionais.

Outra limitação refere-se à utilização de instrumentos de autorrelato, baseados na perceção dos participantes. Embora os questionários de satisfação sejam ferramentas válidas e amplamente utilizadas na avaliação de ações formativas, a sua natureza subjetiva pode induzir enviesamentos, nomeadamente o viés de desejabilidade social. Acresce que a avaliação foi realizada imediatamente após a formação, não permitindo aferir o impacto a médio e longo prazo na prática profissional dos formandos, nem eventuais mudanças na qualidade dos cuidados prestados.

A ausência de um grupo de controlo constitui igualmente uma limitação metodológica, na medida em que impede a comparação dos efeitos da formação com a ausência da mesma ou com outras metodologias pedagógicas. Do mesmo modo, não foram utilizados indicadores objetivos de desempenho, o que poderia enriquecer a análise da eficácia da intervenção.

Destas limitações emergem várias linhas de investigação futura que se consideram relevantes. Em primeiro lugar, recomenda-se a replicação do estudo com uma amostra mais ampla e diversificada, englobando diferentes tipos de instituições, regiões e realidades organizacionais. A inclusão de avaliações longitudinais permitiria aferir a sustentabilidade dos efeitos da formação ao longo do tempo, bem como o seu impacto real na qualidade dos cuidados e na satisfação dos utentes.

Adicionalmente, sugere-se a adoção de metodologias mistas, que combinem dados quantitativos e qualitativos, nomeadamente através da realização de entrevistas, grupos focais ou observação direta, de modo a aprofundar a compreensão das experiências dos cuidadores e dos desafios enfrentados na aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Por fim, torna-se essencial que futuras investigações explorem as barreiras institucionais à formação contínua, sobretudo entre os profissionais operacionais, promovendo estratégias de inclusão formativa mais equitativas e eficazes.

2. Principais Conclusões

A presente dissertação teve como objetivo analisar a importância da formação contínua dos cuidadores formais na área da demência, avaliando o impacto de uma ação formativa implementada em diferentes instituições de apoio à pessoa idosa em Portugal. Através da aplicação de questionários sociodemográficos e de satisfação, foi possível compreender não só o perfil dos profissionais envolvidos, mas também as suas perceções quanto à relevância, aplicabilidade e qualidade da formação recebida.

Os resultados obtidos revelam uma apreciação amplamente positiva da ação de formação, tanto em termos da sua estrutura, conteúdos e metodologia, como da atuação da mestranda enquanto formadora. As médias gerais superiores a 4,7 (numa escala de 1 a 5) refletem um elevado grau de satisfação por parte dos participantes, com destaque para a clareza da exposição, a pertinência dos conteúdos abordados e a adequação às necessidades do público-alvo. Estes dados confirmam a importância da formação como ferramenta de valorização profissional, reforçando os argumentos de autores como Oliveira et al. (2019) e Guerra et al. (2019), que destacam a influência positiva da capacitação na qualidade dos cuidados prestados e na motivação dos cuidadores.

Verificou-se ainda uma disparidade preocupante no acesso à formação entre os diferentes níveis funcionais e tipos de instituição. Profissionais operacionais, especialmente auxiliares de ação direta, continuam a ter menor acesso a formação específica, mesmo estando em contacto direto e contínuo com utentes com demência. Este facto reforça a necessidade de políticas de formação mais equitativas e acessíveis, tal como defendido por organismos internacionais como a WHO (2021) e Alzheimer Europe (2022).

A análise sociodemográfica evidencia igualmente que o setor dos cuidados continua profundamente feminizado e marcado por uma sobrecarga emocional e física, acentuada pela acumulação de responsabilidades familiares. Este cenário realça o valor de ações formativas que, para além de transmitirem conhecimento técnico, também promovam o reconhecimento e a valorização dos profissionais, contribuindo para a sua autoestima e bem-estar.

Em síntese, os dados deste estudo confirmam que a formação contínua na área da demência que não é apenas desejável, mas necessária, para garantir cuidados mais humanizados, seguros e eficazes. Investir na capacitação dos cuidadores formais representa um passo fundamental para responder aos desafios colocados pelo envelhecimento populacional e pelas doenças neurodegenerativas. Assim, recomenda-se que as instituições promovam planos formativos estruturados, regulares e inclusivos, que abranjam todos os níveis funcionais, contribuindo para o desenvolvimento de equipas mais preparadas, motivadas e valorizadas.

BIBLIOGRAFIA

ADI – *About Alzheimer's & Dementia*. (12 de janeiro de 2024). Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/about/>

Almeida, M., Barrios, H., Pereira, C., Santos, C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A., & Pedrosa, H. (2015). *Manual de boas práticas: Demência*. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesa.

Alzheimer Europe. (2022). *Dementia in Europe Yearbook 2022*. <https://www.alzheimer-europe.org>

Antunes, A., Moreira, T., & Ferreira, S. (2021). *Trabalho, precariedade e cuidados em instituições sociais*. Edições Afrontamento.

Araújo, I., Gomez, V., Teixeira, C., & Ribeiro, Ó. (2011). Programa de terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 103-111. <https://doi.org/10.12707/RIII1159>

Baillom, S., Diepen, E. V., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 444-450.

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

Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Berger, L. M. P. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lusodidacta

Beringuilho, F. A. R. (2013). *Quem cuida dos idosos?: Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas* [Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco]. <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem%20cuida%20dos%20idosos..pdf>

Brondani, M. A., Beuter, M., Alvim, N. A. T., Szareski, C. S., & Rocha, L. S. (2010). Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Revista*

Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13(1), 175–183. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000100019>

Carvalho, M., & Gomes, A. R. (2022). Formação e competências dos profissionais em instituições geriátricas: Uma análise crítica. *Revista Kairós-Gerontologia*, 25(1), 23–35.

Carvalho, M. I. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

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.
Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376ss>

Coutinho, M. C. S. (2015). *Cuidadores formais e informais: olhares sobre idosos com demência* [Dissertação de Mestrado em Empreendedorismo e Serviço Social, Departamento de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior]. Repositório da UBI. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6066/1/4388_8455.pdf

deMarrais, K., Roulston, K., & Copple, J. (2024). *Qualitative research design and methods: An introduction*. Myers Education Press.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). *Plano de ação para as demências 2021-2025*. <https://www.dgs.pt>

Dourado, M., Henriques, L., & Marques, T. R. (2023). *Guia de boas práticas para cuidadores*. Lidel.

Figueiredo, D., Marques, A., & Barbosa, A. L. (2016). *Demência. E agora?: Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições* (1ª ed.) Loures: Lusodidacta.

Flick, U. (2023). *An introduction to qualitative research* (7.ª ed.). SAGE Publications Ltd.

Fragoso, V. (2006). A arte de cuidar e ser cuidado: cuidar-se para cuidar. *IGT na Rede*, 3(5). <https://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/9>

Folsom, J. C. (1968). Reality Orientation for the Elderly Mental Patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291–307.

Fortin, M. F. (2000). *Métodos de pesquisa: A abordagem quantitativa* (3.ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Garre-Olmo J. (2018). Epidemiologia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Revista de neurologia*, 66(11), 377–386.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6.ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.

Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. (1987). Cognitive, affective and behavioural effects of Reminiscence Group Therapy on Demented elderly. *Int. J. Aging and Human Development*; 25(3): 209-222. Doi: [10.2190/8UX8-68VC-RDYF-VK4F](https://doi.org/10.2190/8UX8-68VC-RDYF-VK4F)

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: Perceções e satisfação profissional. *Gestão de Desenvolvimento*, 27 (291-313). Doi: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>

Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Huang, L., Cartwright, W., & Hu, T. (1986). The economic cost of senile dementia in the United States, 1985. *Public Health Report*, 103(1), 3-7.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. [file:///C:/Users/maria/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20(1).pdf)

Instituto de Segurança Social. (2014). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7

Instituto da Segurança Social (ISS). (2023). *Manual de Qualidade para as Respostas Sociais*. <https://www.seg-social.pt>

Kart, C., & Kinney, J. (2001). *The realities of aging. An introduction to Gerontology*. Boston: Allyn and Bacon.

Lagarto, L., Rafaela, D. & Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In Saraiva, C. & Cerejeira, J. *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*, 390(10113), 2673–2734. Doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Mailloux-Poirier, D., & Berger, L. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lusodidacta.

Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N. & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In Anica, A. & Sousa, C (Eds), *Envelhecimento ativo e educação* (II) (pp. 87-100). Faro: Universidade do Algarve. [file:///C:/Users/maria/Downloads/Envelhecimento_Ativo_Educac%CC%A7a%CC%83o%20\(novo\)_AF.pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/Envelhecimento_Ativo_Educac%CC%A7a%CC%83o%20(novo)_AF.pdf)

Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Santos, C. P. (2018). Burnout e motivação intrínseca em cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 45–52.

Miranda, A. M. A. M. (2020). *Impacto de um programa de apoio educativo a cuidadores formais de pessoas idosas com demência em contexto institucional* [Tese de doutoramento em Gerontologia e Geriatria, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto e Universidade de Aveiro]. Reportório Aberto da Universidade de Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/132382/2/445040.pdf>

- Miranda, A., Dias, M., & Guenes, A. (2019). The impact of na Educational support program on formal caregivers of elderly people with dementia in the institucional contexto. *Journal of social science research*. 14: 2321-1091, Doi: <https://doi.org/10.24297/jssr.v14i0.8496>
- Minayo, M.C.S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24 (1): 247- 252. Doi: [10.1590/1413-81232018241.29912018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018)
- Monteiro, F., Sousa, L., & Almeida, M. D. (2020). Equipas multidisciplinares em ERPI: Organização e impacto nos cuidados. *Cadernos de Saúde*, 12(3), 101–117.
- Oliveira, D., Simões, C., & Ferreira, L. (2019). Formação profissional em demência: Impactos na prática dos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 678–689.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 275–287. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426540419011>
- Pera, L. F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes* [Dissertação de mestrado em Envelhecimento Ativo, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8064/1/Pera_L%c3%addia.pdf
- Pocinho, R. S. P. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las universidades de mayores en Portugal* [Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València]. http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf
- Proença, A. C. S. G. (2019). *Cuidar + programa de formação de cuidadores para situações de demência* [Dissertação de mestrado, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19472/4/master_ana_gomes_proenca.pdf
- Ramos, M. (2003). *A ação social na área do emprego e da formação profissional*. Lisboa: Universidade aberta.

Resnik, D. B. (2018). *The ethics of research with human subjects: Protecting people, advancing science, promoting trust*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-68756-8>

Rocha, L. P. F. (2020). *Necessidades em cuidados paliativos em utentes com demência avançada: Subsídios para a definição de um programa multidimensional de apoio à pessoa e aos familiares cuidadores no domicílio* [Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/35000/1/Tese%20mestrado_L%C3%ADgia%20Rocha.pdf

Rodrigues, C. A. L. (2014). Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Estudo de caso [Dissertação de mestrado em Gestão das Organizações, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico Instituto de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sedgewick, F., & Ireland, J. L. (2016). The importance of non-verbal communication in the workplace. *Salus Journal*, 4(1), 28–47.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior – práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. <http://hdl.handle.net/10400.1/659>

Silva, C., & Gomes, R. (2021). A feminização do cuidado em instituições: Reflexões sobre a divisão sexual do trabalho. *Sociologia Online*, (26), 55–70.

Silva, L. G. P. (2020). *A humanização das práticas da equipa de assistência a idosos com demência, no Solar de São Gião: realidades e desafios* [Dissertação de mestrado em

serviço social, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/21152/4/master_leonor_pimenta_silva.pdf

Sousa, L., Monteiro, S., & Pereira, R. (2019). Profissionais de cuidado e envelhecimento: Representações e desafios. *Revista de Ciências Sociais*, 24(2), 89–104.

The British Association of Art Therapist – What is art therapy?. (08 de janeiro de 2024). The British Association of Art Therapist. <https://baat.org/art-therapy/what-is-art-therapy/>

Torres-Godoy, P. H. (2001). *Dramaterapia: dramaturgia, teatro, terapia*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.

Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.

van Weert, J. C. M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M. M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care, on nurse–patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 312–326. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.07.011>

Vicente B., Santos I., & Santiago C. (2021). Capacitar as ajudantes de ação direta para bem comunicar com o idoso. *Revista da UI_IPSantarém*. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1):27-41. Doi: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24830>

World Health Organization (WHO). (2021). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. <https://www.who.int>

World Health Organization (WHO) (2022). *Guidance for managing ethical issues in health research*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062872>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Consentimento Informado e autorização para participação no estudo

Consentimento informado e autorização

O presente estudo “A importância da formação dos cuidadores formais para o trabalho com pessoas idosas com demência” decorre no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, e tem como principal objetivo conhecer a perceção dos cuidadores formais de Pessoas idosas com demência (Picd) sobre a prestação de cuidados e os respetivos conhecimentos e necessidades formativas relacionadas com demência.

Desta forma, pretendo contribuir para um melhor conhecimento sobre as práticas de prestação de cuidados a pessoas que vivem com demência, as dificuldades e necessidades sentidas pelos cuidadores formais.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não da instituição laboral a que pertencem.

A sua participação é voluntária e, por isso, pode abandoná-la em qualquer momento. Se decidir participar, será garantida a total confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos no decorrer de todo o estudo.

Depois de devidamente informado(a) autorizo a participação da nossa instituição neste estudo.

Data: ____/____/2024

Responsável pela Instituição

Apêndice 2 – Questionário de levantamento das necessidades formativas dos cuidadores formais

Levantamento das necessidades formativas no cuidado às Pessoas idosas com demência

Caro/a inquirido/a,

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito da realização da tese de Mestrado em Gerontologia Social, desenvolvida na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.

Esta recolha de dados tem como objetivo o levantamento das necessidades formativas dos cuidadores formais de idosos com pessoas idosas com demência.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não da instituição laboral a que pertencem.

A sua participação é voluntária e, por isso, pode abandoná-la em qualquer momento. Se decidir participar, será garantida a total confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Não existem respostas certas ou erradas. Neste sentido, solicita-se que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

O presente questionário tem a duração máxima de três minutos.

Investigadora: Mariana Rodrigues da Rosa
E-mail: marianarodriguesrosa8@gmail.com

Obrigado pela sua participação.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Consentimento Informado *

Marcar apenas uma oval.

☐ Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

2. Nome da instituição a que pertence? *

3. Cargo/Função que desempenha na instituição? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Animador(a) Sociocultural
- ☐ Assistente Social
- ☐ Auxiliar de Ação Direta
- ☐ Auxiliar de Serviços Gerais
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Gerontólogo(a)
- ☐ Médico(a)
- ☐ Outra: _____

4. Resposta social onde presta a maioria dos serviços? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
- ☐ Centro de Dia
- ☐ Centro de Noite
- ☐ Centro de Convívio
- ☐ Serviço de Apoio Domiciliário
- ☐ Outra: _____

5. Trabalha diariamente com pessoas idosas com demência? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

6. "As pessoas idosas com demência necessitam de cuidados diferenciados e especializados". Qual a sua opinião sobre esta afirmação?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo
☐ Não concordo

7. Já assistiu a alguma formação na área da demência? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

8. De acordo com as áreas de atuação na demência presentes nas linhas indique o seu grau de necessidade/dificuldade na importância da abordagem das mesmas numa escala de Likert que varia entre "Nada importante" e "Muito importante". *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada importante	Por vezes importante	Moderado	Importante	Muito importante
Conceito, fases, sintomas, causas, tipos, diagnóstico e prevenção	☐	☐	☐	☐	☐
Estratégias comunicativas	☐	☐	☐	☐	☐
Gestão de comportamentos desafiantes	☐	☐	☐	☐	☐
Áreas de intervenção não farmacológicas (estimulação cognitiva, multissensorial, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
Direitos dos idosos com demência	☐	☐	☐	☐	☐

Obrigada pela sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Bom trabalho.

Apêndice 3 – Questionário sociodemográfico dos participantes do estudo

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA

Este questionário destina-se aos cuidadores formais de pessoas idosas com demência institucionalizados. Para que o mesmo seja válido todas as questões devem ser respondidas com a maior precisão possível. O questionário é anónimo e todas as informações concedidas são confidenciais, sendo usadas apenas para o estudo de investigação em questão.

1. Género:

Feminino

Masculino

Outro:

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

Outro:

4. Nível de instrução:

Sem instrução

1º Ciclo

2º Ciclo

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outro:

5. Tem filhos?

Sim

--

Não

☐

6. Tem outros dependentes?

Sim

☐

Não

Quantos?

7. Local de Residência?

Rural

☐

Urbano

☐

8. Há quanto tempo presta cuidados na instituição?

9. Qual o tipo de vinculação que tem com a instituição?

Contrato a prazo

☐

Efetivo

☐

Estagiário/a

☐

Contrato de prestação de serviços

☐

10. Qual a função que desempenha na instituição?

11. Qual a resposta social onde presta a maioria dos serviços?

Centro de Dia/Centro de Convívio

☐

Serviço de Apoio Domiciliário

☐

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

☐

Serviço Rotativo

☐

12. No desempenho das suas funções, trabalha com idosos com demência?

Sim

☐

Não

☐

13. Possui alguma formação específica na área do cuidado a pessoas idosas com demência?

Sim

☐

Não

☐

Especifique:

14. Como considera a dificuldade da prestação de cuidados a idosos com demência?

Muito difícil	☐
Com alguma dificuldade	☐
Difícil	☐
Sem dificuldade nenhuma	☐

15. Profissionalmente, quão realizado/a se sente?

Muito realizado(a)	☐
Realizado	☐
Pouco realizado	☐
Nada realizado	☐

16. Se pudesse, mudaria de profissão?

Sim	☐
Não	☐

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice 4 – Questionário de satisfação com a ação de formação**Questionário de satisfação da Ação de Formação**

Designação da Ação: A importância da formação dos cuidadores formais para o trabalho com pessoas idosas com demência

Assinale com o X o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo e 5 o nível, mais alto).

I. Avaliação geral da ação de formação

		1	2	3	4	5
P1	Os objetivos foram cumpridos					
P2	A metodologia foi adequada aos participantes					
P3	A duração da ação de formação foi adequada ao tema					
P4	A gestão dos recursos foi adequada					
P5	O trabalho prático proposto apresentou coerência					
P6	A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
P7	Relação da mestrandia com os participantes					
P8	A ação permitiu a aquisição/renovação de conhecimentos					
P9	As competências adquiridas vão ter impacto na minha atividade profissional					

II. Avaliação da Mestranda**Conhecimentos/Conteúdos**

		1	2	3	4	5
P1	Os conhecimentos foram adequados					

P2	Houve aprofundamento dos temas					
P3	A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foi concretizada					
P4	A mestranda demonstrou dominar os conteúdos tratados					

Exposição

		1	2	3	4	5
P1	A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
P2	A adaptação do discurso aos destinatários/finalidades foi conseguida					
P3	Houve capacidade para esclarecimento de dúvidas					

III. Apreciação Global

Fraca	
Satisfatória	
Boa	
Muito Boa	
Excelente	

Sugestões/Críticas

(Temas considerados importantes, a desenvolver com maior profundidade ou a incluir

em ações deste tipo; aspetos a melhorar. Sugestões e outras observações.)
