

MICAELA PATRÍCIA LOPES PATRÍCIO

SABER MAIS PARA CUIDAR MELHOR:

A PERCEÇÃO DOS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA
ACERCA DAS SUAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2017

MICAELA PATRÍCIA LOPES PATRÍCIO

SABER MAIS PARA CUIDAR MELHOR:

A PERCEÇÃO DOS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA
ACERCA DAS SUAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

Mestrado em Ciências da Educação e da Formação.
Especialização em Educação e Formação de Adultos.

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Helena Quintas



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2017

SABER MAIS PARA CUIDAR MELHOR:

**A PERCEÇÃO DOS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA
ACERCA DAS SUAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA**

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito.

Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, 29 de Setembro de 2017

© 2017 Micaela Patrícia Lopes Patrício

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

**“Não somos o que sabemos.
Somos o que estamos dispostos a aprender.”**

Autor Desconhecido

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Ana Paula, que me ensinou que cada novo dia que nasce é mais uma oportunidade para aprender e evoluir.

Ao meu noivo Rui, cuja compreensão, carinho e apoio foram imprescindíveis para que eu conseguisse atingir os meus objetivos académicos.

À Professora Doutora Helena Quintas, pela orientação e aconselhamento tão oportunos e indispensáveis ao longo de todo este processo.

E, por fim, à minha filha Safira, de quem estou grávida de oito meses e que se tornou a minha maior fonte de motivação e autoconfiança.

RESUMO

A problemática desta dissertação foca a importância de formar os Auxiliares de Ação Direta enquanto cuidadores formais de idosos.

Estes cuidadores, que atendem às necessidades básicas da população da terceira idade institucionalizada, deverão ser dotados de competências-chave para saber fazê-lo de forma eficiente e em tempo útil, assegurando assim a manutenção da sua saúde e qualidade de vida.

A formação destes profissionais deverá ter em conta as suas experiências pessoais e profissionais anteriores, das quais emergem dúvidas e exemplos pertinentes e úteis para definir o percurso formativo a seguir. Ainda, as suas preferências em termos de estratégias pedagógicas enquanto formandos adultos, de modo a ir ao encontro das suas expectativas e métodos pessoais de aprendizagem, tornando-a mais fácil e motivadora.

As intenções desta investigação de cariz exploratório/descritivo foram traçar o perfil do Auxiliar de Ação Direta da Residência Sénior Sol & Mar, local onde a investigação decorreu, compreender quais as suas necessidades formativas prioritárias na sua perspetiva e compreender quais as estratégias pedagógicas da preferência dos mesmos.

Foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa com recurso à entrevista semiestruturada e à análise documental.

A análise de resultados permitiu concluir que os Auxiliares de Ação Direta que trabalham atualmente na referida residência sénior, indivíduos do sexo feminino, na sua maioria com o 4º ano de escolaridade, com idades entre os 30 e os 59, e a exercer as referidas funções na instituição desde a sua inauguração, não possuem, na sua maioria, formação específica para o desempenho das suas funções. Identificam como principais necessidades formativas as temáticas dos primeiros socorros e do suporte básico de vida. Relativamente às estratégias pedagógicas da sua preferência, foram apontadas as metodologias ativas e demonstrativas, por meio de simulações práticas (*role-playing*) e análise em grupo de estudos de caso.

Palavras-chave: Idosos, Auxiliares de Ação Direta, Formação Profissional.

ABSTRACT

The problematic of this dissertation focuses on the importance of training Direct Action Assistants as formal caregivers of the elderly.

These caregivers, who meet the basic needs of the institutionalized elderly population, should be provided with key competencies to be able to do it efficiently and in a timely manner, ensuring the maintenance of their health and quality of life.

The training of these professionals should consider their previous personal and professional experience, from which relevant and useful questions and examples emerge to define the training course to follow. Yet, their preferences in terms of pedagogical strategies as adult learners, in order to match with their expectations and personal learning methods, making it easier and more motivating.

The intentions of this exploratory/descriptive study were to outline the profile of the Direct Action Assistants of Sol & Mar Senior Residence, where the study took place, to understand what their priority training needs are in their perspective and to understand which pedagogical strategies they prefer.

A qualitative methodological approach was used, with a semi-structured interview and documentary analysis as resources.

The analysis of the results allowed to conclude that the Direct Action Assistants currently working in the aforementioned senior residence, female subjects, mostly with the 4th grade of education, between the ages of 30 and 59, and performing those functions in the institution since its inauguration, do not have, for the most part, specific training for the performance of their duties. They identify as main formative needs the themes of first aids and basic life support. Regarding the pedagogical strategies of their choice, the active and demonstrative methodologies were pointed out, through practical simulations (*role-playing*) and group analysis of case studies.

Keywords: Elderly, Direct Action Assistants, Professional Training.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I.....	3
1. Idoso	3
1.1. Processo de envelhecimento	3
1.2. Mudanças físicas, psicológicas e sociais	5
1.3. Relação com a família	8
1.4. Institucionalização	11
2. Auxiliares de Ação Direta	13
2.1. Relação com o idoso	13
2.2. Formação e funções	15
3. Diagnóstico de necessidades de formação	20
4. Estratégias pedagógicas para adultos	22
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
CAPÍTULO II	28
1. Objetivos	28
2. Desenho de Investigação	28
3. Seleção e caracterização dos participantes	29
4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	30
5. Aspectos éticos	32
6. Plano de recolha de dados	33
7. Plano de análise e tratamento de dados	34
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
CAPÍTULO III	35
1. Análise do Bloco “Experiências anteriores e adaptação às funções”	35
1.1. Experiências de vida como cuidadores de idosos	35
1.2. Motivo para trabalhar na área da Geriatria/Interesse pela profissão	36
1.3. Adaptação à profissão de Auxiliar de Ação Direta	37
1.4. Utilidade das experiências pessoais no desempenho da profissão de Auxiliar de Ação Direta	38
2. Análise do Bloco “Cuidados que presta e relação com os idosos”	38
2.1. Perceção da qualidade dos cuidados que presta aos idosos	39

2.2. Percepção da qualidade do relacionamento que mantém com os idosos	40
2.3. Cuidados que considera mais fáceis/agradáveis de prestar	41
2.4. Cuidados que considera mais difíceis/desagradáveis de prestar	41
2.5. Situação mais difícil de resolver/ultrapassar em serviço	42
2.6. Estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas	42
3. Análise do Bloco “Formação e estratégias pedagógicas preferidas”	43
3.1. Cursos e formações que possui relacionados com a Geriatria ou com utilidade para a mesma	43
3.2. Utilidade que atribui aos cursos e formações que possui para a profissão de Auxiliar de Ação Direta	44
3.3. Intenção de obter formação contínua na área da Geriatria	44
3.4. Necessidades formativas sentidas como prioritárias	45
3.5. Estratégias e métodos pedagógicos preferidos	45
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
CAPÍTULO IV	46
1. Discussão do Bloco “Experiências anteriores e adaptação às funções”	46
2. Discussão do Bloco “Cuidados que presta e relação com os idosos”.....	47
3. Discussão do Bloco “Formação e estratégias pedagógicas preferidas”	48
CONCLUSÕES	50
CAPÍTULO V	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
Anexos	60
Anexo 1 – Caracterização da Residência Sol & Mar	61
Anexo 2 – Guião da entrevista	66
Anexo 3 – Termo de Consentimento Informado	70
Anexo 4 – Análise de Conteúdo das entrevistas	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização individual dos participantes	29
Tabela 2 – Organização dos blocos temáticos da entrevista	31

INTRODUÇÃO

Deparamo-nos, hoje em dia, com um cenário de envelhecimento populacional global. Este resulta da combinação de múltiplos fatores, tais como a melhoria das condições de vida, da tecnologia, farmacologia e medicina, aumento da preocupação e procura pelos cuidados de saúde e por estilos de vida mais saudáveis, sobretudo no sentido da prevenção da doença, entre outros, na sequência dos quais se deu um aumento exponencial da esperança média de vida.

Este aumento, que vem ocorrendo a par de uma diminuição da taxa de natalidade, de alterações estruturais das famílias, de uma visão focada cada vez mais na carreira e menos no suporte e acompanhamento familiar, deixa-nos perante uma percentagem crescente de idosos que, à medida que vão perdendo a sua autossuficiência no que respeita ao desempenho das suas atividades de vida diária, necessitam muitas vezes de recorrer a um lugar que os acolha onde estejam ao cuidado de terceiros.

Atualmente, os centros de dia, lares e residências seniores são instituições onde os idosos encontram uma “nova família”, composta por profissionais que os acolhem e lhes prestam o apoio necessário para não se sentirem sós e terminarem os seus dias com conforto e dignidade.

Destes profissionais destacam-se os Auxiliares de Ação Direta, foco desta investigação, dado que são quem mais tempo dedica junto a estes idosos institucionalizados e quem lhes presta os cuidados pessoais básicos e essenciais à sua qualidade de vida.

Para tal, este grupo socioprofissional deve estar dotado de competências específicas para atender ao público idoso, que requer cuidados próprios de uma faixa etária gradualmente marcada pela fragilidade e dependência.

As questões que se impõem remetem para as perceções e para a experiência destes profissionais no dia-a-dia. Que formação têm estas pessoas de modo a estarem capacitadas para cuidar de outras pessoas? Que sentido tem esta formação para elas em contexto prático? Será ela suficiente? Adequada? Que dificuldades e dúvidas emergem da sua experiência no contacto diário com os idosos? Como aprender mais para cuidar melhor?

A escolha do tema “A perceção dos Auxiliares de Ação Direta acerca das suas necessidades de formação contínua” justifica-se por motivos de ordem profissional, mas sobretudo por se tratar de um importante foco de intervenção, nomeadamente se pensarmos no envelhecimento populacional que se vem observando na zona geográfica do Algarve e no conseqüente aumento da procura de instituições para acolher idosos, da parte das quais se

esperam cuidados e cuidadores de excelência. Por outro lado, o facto de a Enfermagem desempenhar um papel importante na formação contínua e em serviço dos Auxiliares de Ação Direta foi também responsável pelo interesse por esta temática.

Em termos de abordagem, foi realizada uma investigação de cariz exploratório/descritivo, assente na metodologia qualitativa, com recurso a estratégias mistas de recolha de informação, nomeadamente uma entrevista semiestruturada e a análise documental.

Por questões de facilidade de acesso, esta investigação realizou-se na freguesia de Conceição de Tavira, em particular na Residência Sol & Mar.

Foram estudados os indivíduos que trabalham nesta instituição ocupando o cargo de Auxiliares de Ação Direta e que acederam ao pedido de colaboração.

Em termos de objetivo geral, esta investigação teve como intenção conhecer as necessidades de formação contínua dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar, numa perspetiva de intervenção futura no campo da formação em serviço.

Fundamentalmente, pretendeu-se enquanto objetivos específicos traçar o perfil do Auxiliar de Ação Direta da Residência Sol & Mar, compreender, na sua perspetiva, quais as suas necessidades formativas prioritárias na sua perspetiva e perceber que estratégias pedagógicas preferem estes profissionais.

A presente dissertação inclui uma fundamentação teórica para enquadramento da problemática em estudo, seguida da explanação da metodologia adotada e das atividades levadas a cabo a fim de atingir os objetivos definidos. Na terceira parte são apresentados e discutidos os dados recolhidos e, finalmente, são apresentadas as conclusões da investigação realizada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Idoso

1.1. Processo de envelhecimento

Segundo Conceição (2012), “não existe um só envelhecimento, mas sim processos de envelhecimento que estão relacionados com o género, a etnia, a classe social e cultura e que são determinados socialmente pela desigualdade de condições de vida e de trabalho a que estiveram submetidos os indivíduos” (p. 22), o que alerta para a influência exercida “por factores externos ou ambientais, socioeconómicos e profissionais, e não somente por factores pessoais” (p. 22).

É sabido que “condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo (Schneider & Irigaray, 2008, p. 585)”.

Em todo o caso, falar em envelhecer remete, de imediato, para uma noção temporal, para uma idade cronológica. “A pessoa mais velha, na maioria das vezes, é definida como idosa (...) independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Entretanto, o conceito de idade é multidimensional e não é uma boa medida do desenvolvimento humano”, dado que “a idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica (Schneider & Irigaray, 2008, p. 586)”.

O conceito de “idoso” tornou-se, assim, igualmente discutível. Apesar de se considerar, em termos gerais, que é idoso todo o homem ou mulher na idade da reforma, ou seja, com idade igual ou superior a 65 anos, parece inapropriado considerar a idade tão decisiva e classificativa, dado que o envelhecimento ocorre gradualmente, o que remete para uma categorização abstrata e normativa daquilo que a pessoa idosa representa (Pimentel, 2001).

Schneider e Irigaray (2008) admitem que “os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos” (p. 586), consoante se situem entre os 65 e os 74 anos, apresentando-se ativas e vigorosas, entre os 75 e os 84 anos ou, se tiverem mais de 85 anos,

possuindo já maior tendência para a falta de vitalidade e para a doença, o que poderá resultar numa maior dificuldade no desempenho das suas atividades de vida diária. Contudo, estes autores defendem que “embora esta categorização seja bastante usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual” (p. 586).

É evidente que o processo de senescência traz com ele inúmeras alterações orgânicas, tais como a perda de massa muscular e óssea, a diminuição da acuidade visual e auditiva, a mortalidade neuronal, diminuição do equilíbrio, entre outros, mas também alberga inúmeros aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Ao envelhecer, são muitas vezes vivenciadas situações difíceis de superar, como a viuvez, o choque ou depressão, por tornar-se dependente de outros, a dificuldade e resistência à mudança e diminuição da capacidade adaptativa, nomeadamente no caso da mudança de residência, a perda e alteração de papéis sociais e familiares, e muitos outros (Leandro, 2013).

Os dados do Instituto Nacional de Estatística referentes a 2011 demonstram que por cada 100 jovens existem 129 idosos, comprovando a existência de um elevado índice de envelhecimento, mais acentuado no Alentejo e Região Centro, aos quais se segue imediatamente o Algarve. De acordo com Neves (2012), “verifica-se, ainda, que a maioria da população idosa vive sozinha ou coabita com outros idosos, sendo a maioria do sexo feminino. (...) dados da Eurostat (2011) estimam que, até 2060, haverá uma duplicação da população com mais de 65 anos e um aumento da prevalência das doenças crónicas até 40%”. Como se não bastasse, “haverá mais pessoas octogenárias e nonagenárias no Mundo do que nunca, de tal forma que, entre 2000 e 2050, o número de pessoas com 80 anos ou mais aumentará quase quatro vezes chegando a 395 milhões” (p. 1-2).

Esta situação torna-se alarmante considerando que a exclusão social dos idosos, particularmente em Portugal, é uma problemática cada vez mais presente. A própria reforma acaba por causar essa exclusão, por um lado porque aos olhos do Estado, e conseqüentemente da população em geral, estes indivíduos deixam de ser considerados como população ativa e, por outro, porque o facto de deixarem de ter uma atividade, torna-os mais propensos à inatividade, ao desinteresse na vida social e ao isolamento.

Sabe-se que “as associações negativas relacionadas à velhice atravessaram os séculos e, ainda hoje, mesmo com tantos recursos para prevenir doenças e retardá-la, é temida por muitas pessoas e vista como uma etapa detestável (Schneider & Irigaray, 2008, p. 586)”.

O idoso carrega o ingrato rótulo de “incómodo para a sociedade”, pois é um ser improdutivo aos olhos dos demais, que requer cuidados e mobilização de verbas e recursos

para a satisfação das suas necessidades. Esta “rotulagem” deve-se também “à ênfase contemporânea na juventude, beleza, autonomia, independência e na habilidade de ser produtivo ou reprodutivo. Assim, ‘ser velho’ assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso” (Schneider & Irigaray, 2008, p. 587). A sociedade, que “absorve” esta visão depreciativa dos mais velhos, acaba por negligenciá-los e excluí-los, o que se torna um ciclo vicioso (Schneider & Irigaray, 2008). Os mesmos autores afirmam que “a velhice é uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer” (p. 592). Fica no ar uma questão curiosa: “Os estereótipos negativos são atribuídos principalmente pelos próprios idosos, que não se reconhecem como tal e falam da categoria ‘velho’ como se não fizessem parte da mesma. Tal atitude seria uma falsa consciência ou uma atitude preconceituosa?” (Schneider & Irigaray, 2008, p. 587).

É imperativo estar desperto para estas tendências sociais e atuar na procura de soluções, promovendo um envelhecimento ativo que tire partido do potencial do idoso e rompa com as mesmas, no qual exista um baixo risco de doença e incapacidades, se mantenha a capacidade cognitiva e da linguagem, e se façam contactos sociais frequentes mediante a participação em atividades produtivas, prevalecendo o bem-estar e a qualidade de vida.

A promoção deste envelhecimento ativo está, em parte, nas mãos dos profissionais que cuidam dos nossos idosos e numa formação adequada dos mesmos, normalmente levada a cabo por profissionais de Enfermagem que dominam as especificidades do processo de envelhecimento, para que sejam conscientizados e saibam agir neste sentido.

1.2. Mudanças físicas, psicológicas e sociais

O processo de envelhecimento envolve uma série de mudanças, sendo as físicas as mais evidentes. Estas mudanças correspondem a uma “decadência progressiva do organismo” que pode ocorrer associada ou não ao “aparecimento de algumas doenças, nomeadamente as doenças crónicas” (Leandro, 2013, p. 15), que muitas vezes condicionam a sua capacidade de continuar a cuidar de si mesmos, levando-os à perda progressiva da sua capacidade funcional.

Leandro (2013) distribuiu as mudanças físicas em dois grupos: externas e internas. Nas externas enumera emagrecimento, queda e descoloração dos pelos e cabelos, aparecimento de rugas e flacidez da pele, alongamento do nariz e lobos das orelhas, aparecimento e enrijecimento dos pelos do nariz e orelhas, olhos mais húmidos e fundos, diminuição da estatura por desgaste dos discos intervertebrais, encurvamento postural, perda

de tecido muscular e gordo, lentificação da marcha, entre outros. As mudanças internas traduzem-se na diminuição da força muscular e amplitude de movimentos, diminuição da produção hormonal, alterações cardiovasculares, alterações urinárias, perda de cálcio ósseo, endurecimento e entupimento dos vasos sanguíneos, alterações respiratórias por perda de elasticidade das estruturas pulmonares, alterações digestivas, alterações do sono e aumento da fadiga, elevação da tensão arterial, alterações degenerativas ao nível do sistema nervoso central, perturbando capacidades como a concentração e a memória, diminuição da acuidade sensorial, entre outros. Todas estas alterações manifestam-se mais ou menos em simultâneo e de forma gradual, afetando as várias funções orgânicas e, dependendo do grau de incapacidade que causam, podem significar a perda total ou parcial da independência do idoso no desempenho das suas atividades quotidianas.

A par das mudanças físicas, são também notáveis algumas mudanças psicológicas e comportamentais, influenciadas, em parte, pelas físicas, em parte pelas características da personalidade do idoso e, ainda, pelas condições sociais em que se encontra.

Erickson (1976), um dos primeiros psicólogos a debruçar-se sobre a velhice, representou-a no oitavo e último estágio do seu modelo de desenvolvimento psicossocial, o qual se expressa pelo dilema “integridade *versus* desespero”, e refere-se à fase em que as pessoas se questionam e refletem sobre o seu percurso vital. Quando se sentem satisfeitas com tudo o que fizeram e conseguiram ao longo da vida, adaptam-se positivamente à nova etapa que enfrentam, a etapa da sabedoria, continuando a desenvolver capacidades e a ter esperança e objetivos realistas perante o futuro. Quando a adaptação não decorre como seria desejável, o idoso torna-se infeliz, revoltado, insatisfeito e desesperado, como que se deixa cair no vazio à espera da morte, o que é ainda agravado pelos estereótipos e preconceitos sociais acerca da velhice (Erickson, 1976, citado por Leandro, 2013).

Leandro (2013) afirma que “a falta de motivação, sensação de inutilidade, solidão; dificuldade de se adaptar aos novos papéis; baixa autoestima e baixa autoimagem” (p. 18) constituem as principais alterações psicológicas identificadas nos idosos, sobretudo naqueles que encaram negativamente o processo de envelhecimento. Acrescenta, ainda, como características comuns à maioria dos idosos, os lapsos de atenção, a dificuldade em realizar mais de uma atividade ao mesmo tempo, a diminuição da tolerância com os outros e a diminuição da velocidade psicomotora. Estas características não se devem somente ao processo de senescência por si só mas, também, à falta de prática, consumo de álcool, tabaco e medicamentos, entre outros, o que significa que “estes declínios não são irreversíveis, pois o indivíduo pode sempre restabelecer o nível anterior de performance mediante um treino

apropriado, se assim o quiser” (p. 19), e a prova disso é que “a grande maioria das pessoas chega aos 75/80 anos de idade com um bom nível de desempenho intelectual” (p. 19).

A sensação de solidão, muitas vezes associada à depressão, é uma realidade vivida por muitos idosos, a qual só pode ser combatida com um envelhecimento bem-sucedido, ao longo do qual o positivismo e o empenho na própria vida se verifiquem, bem como um acesso facilitado aos serviços sociais que possam suprir eventuais necessidades e um suporte social onde possa encontrar conforto psicológico (Paúl & Fonseca, 2005, citados por Graça, 2007).

Contudo, o conceito de solidão é vago. Muito embora seja mais frequentemente conotado de forma negativa e associado ao sentimento de insatisfação face às relações sociais, pode não ser, necessariamente, referente à ausência delas, mas, por vezes, à qualidade das mesmas ou face a algum ente querido em particular, o que pode surgir após a reforma, viuvez ou mudança de residência, ou simplesmente resumir-se à perda de objetivos perante a vida (Paúl & Fonseca, 2005, citados por Graça, 2007).

Como relembra Graça (2007), “a intervenção formal do Estado e Autarquias nas vidas das pessoas idosas, limita-se, normalmente, à criação de novos espaços residenciais” (p. 22), e nem sempre existe a preocupação de “implementar uma nova pedagogia de convivência que provoque uma mudança de cultura e promova outras solidariedades” (p. 22).

Segundo Neto (2005), “os níveis de dependência funcional são factores de risco para o aparecimento da depressão e, por sua vez, a presença de depressão aumenta a probabilidade do desenvolvimento de limitações na actividade e restrições na participação” (p. 16). O mesmo autor indica a perda de estatuto social, o sedentarismo e a institucionalização como outros fatores predisponentes à instalação da depressão. Afirma, porém, que “a depressão, especialmente nos idosos, é uma doença de diagnóstico difícil. Isto porque, os idosos raramente relatam situações de stress, ansiedade ou depressão aos seus próprios médicos” (p. 16), e muitos dos sintomas que lhe são próprios são frequentemente confundidos com meras consequências do processo de senescência.

Por outro lado, a perda e desvalorização dos papéis sociais do idoso conduzem a uma perda de estatuto na sociedade, o que por sua vez conduz a uma limitação de oportunidades (Neto, 2005) e, de forma quase cíclica, o seu estado de saúde física e psicológica acaba por ver-se abalado, o que prova que o rol de condições sociais e emoções que o envelhecimento acarreta colocam o idoso quase sempre numa posição ingrata.

Mas Graça (2007) refere que os idosos mais interventivos e fisicamente ativos, que mantêm as suas amizades e participam em atividades de lazer do seu gosto, tendem a sentir os efeitos da velhice mais tardiamente, prolongando a sua saúde e o seu bem-estar psicológico,

necessitando de menos idas ao médico e medicamentos, manifestam alegria e têm objetivos futuros, ou seja, “nada os faz distinguir dos outros seres sociais da comunidade” (p. 23).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo consiste em ter qualidade de vida ao envelhecer, otimizando oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO, 2002, citada por Leandro, 2013).

Mascaro (2004, citado por Leandro, 2013) afirma que saber envelhecer pressupõe saber equilibrar limitações e possibilidades. É preciso ser resiliente, ou seja, fazer frente às diversas frustrações e perdas de modo a superá-las e aceitá-las para manter esse equilíbrio.

Não obstante, manter uma boa saúde física influencia beneficemente a saúde psicológica e, conseqüentemente, a sensação de bem-estar e qualidade de vida, pelo que é importante que o idoso mantenha um estilo de vida saudável e isento de comportamentos nocivos (como fumar e consumir álcool), uma alimentação adequada e um nível de atividade física adaptado às suas capacidades, bem como integrar-se em atividades do seu agrado, mantendo uma vida social satisfatória (Viegas & Gomes, 2007, citados por Leandro, 2013).

Se assim é, ser idoso é apenas mais uma etapa da vida, a qual, como qualquer outra, para ser vivida em pleno, deverá assentar numa sensação de bem-estar geral lograda pelo envolvimento naquilo que faz bem e alegra, mantendo-se, o idoso, perto de quem lhe é importante.

1.3. Relação com a família

Figueiredo (2007, citado por Leandro, 2013) define “família” como uma rede emocional e relacional onde os elementos têm papéis e funções ativos, baseados na atenção, respeito e comunicação, tornando-se um núcleo importante para o desenvolvimento dos indivíduos, pois nele encontram (genericamente falando) bem-estar e equilíbrio material, físico e mental.

Para aquele que está a envelhecer e a sentir todas as transformações anteriormente abordadas, algumas das quais geradoras de *stress* e até de algum sofrimento, a família representa, assim, um importante pilar para a vivência desta fase da vida.

Permanecer junto da família deve representar, para o idoso, a segurança e o apoio de que precisa de modo a manter o seu equilíbrio interno, a sensação de pertença, utilidade e valorização enquanto pessoa, e ainda a possibilidade de se manter junto dos entes queridos e do ambiente a que está acostumado e com o qual se identifica.

É, contudo, importante, compreender o desafio que a longevidade progressiva tem imposto às famílias de hoje, que se deparam com a necessidade de amparar os seus idosos por mais tempo, o que muitas vezes significa lidar com processos de doença e incapacidade gradual ou permanente.

Leandro (2013) afirma que “a tarefa de cuidar (...) não é planeada, nem esperada, nem escolhida. Normalmente a aquisição de tal papel, dentro da família, recai sobre a mulher” (p. 37), enquanto cuidadora informal, ou seja, não remunerada. A reorganização da estrutura familiar, ocorrida sobretudo no que respeita ao papel da mulher e à sua valorização profissional, veio alterar a dinâmica da família, na medida em que o seu antigo papel de “dona do lar”, responsável pelos trabalhos domésticos, pela educação dos filhos e ainda pelos elementos mais velhos, vê-se, atualmente, somado ao trabalho fora de casa (p. 34-35). A mesma autora apresenta uma interessante visão das consequências desta alteração do papel da mulher, ao afirmar que, pelo anteriormente referido, a família vê-se obrigada a institucionalizar os filhos em creches ou jardins-de-infância para que a mulher não comprometa o emprego e a carreira, do mesmo modo que, por vezes, a única solução para assegurar que os seus idosos recebam os cuidados que precisam seja também institucionalizá-los. Então, institucionalizar é (sempre) sinónimo de negligenciar ou abandonar, ou será antes uma forma de evitar essa negligência e abandono?

Na estrutura familiar padrão dos nossos dias, conforme refere Graça (2007), “é comum haver o afastamento de idosos dos seus filhos e netos, havendo por vezes, afastamento total entre os idosos e as suas famílias” (p. 28), podendo tratar-se de um distanciamento físico mas também afetivo pela falta de contacto, permanecendo laços mais ténues e menos propensos à disponibilidade que pressupõe assumir a responsabilidade de tornar-se cuidador de um idoso, ainda que seja seu familiar.

Por outro lado, encarar e cuidar de um familiar, ainda que idoso, num estado de elevada dependência ou de doença crónica pode também ser devastador para quem assume esse papel (e até mesmo para os restantes membros da família). Cuidar requer paciência, conhecimento e algum “sangue frio”, e nem sempre se está preparado para assumir certas funções neste sentido, principalmente pessoas mais sensíveis e pouco familiarizadas com determinados cuidados de saúde que o idoso pode necessitar. Mas também a nível psicológico se pode tornar cansativo ter a cargo um ou mais idosos, visto que algumas das mudanças comportamentais e mentais que o envelhecimento acarreta se tornam desafiantes para quem lida diariamente com elas, nomeadamente perturbações do humor e processos demenciais.

Figueiredo (2007, citado por Leandro, 2013) afirma que, apesar de existir um hábito errôneo e até desculpabilizante de considerar que as famílias cujos filhos que têm de cuidar dos pais vivem uma inversão de papéis, essa inversão é impossível, pois os papéis de filhos e pais jamais se trocam; o que se inverte é a condição de cuidador e cuidado em diferentes momentos da vida.

Existe, porém, uma realidade oposta, na qual o idoso constitui uma estrutura de apoio à família, frequentemente no que respeita a questões económicas, sendo a sua reforma um apoio ou mesmo um meio de subsistência no seio familiar. Esta situação deve-se, sobretudo, ao desemprego dos filhos ou à necessidade de amparar financeiramente o crescimento e a educação dos netos enquanto os filhos trabalham. Neste caso, são os idosos a assumir novos papéis, como o de cuidador dos netos e até algumas tarefas domésticas. Esta proximidade geracional é geralmente positiva, pela partilha de valores transmitida de pais para filhos e de avós para netos, além de permitir que o idoso se sinta útil, ativo e valorizado no meio familiar. Mas se a família estiver muito dependente dele, a situação pode subitamente tornar-se caótica se, por exemplo, pelo agravamento da sua condição de saúde este tiver de ser hospitalizado e/ou precisar de cuidados.

Neste sentido, e reconhecendo os benefícios de cuidar do idoso em casa, também as famílias precisam de ser dotadas “dos requisitos indispensáveis para uma assistência de qualidade” (Graça, 2007, p. 28), o que inclui apoios nas despesas do idoso, uma casa segura e uma alimentação adequada.

Segundo Graça (2007), entre as maiores dificuldades enfrentadas pela família para manter os idosos ao seu cuidado são referidas dificuldades financeiras e alterações comportamentais e do estado de saúde dos mesmos, e acrescenta que, apesar do cenário ideal se manter para o idoso, e cuidá-lo no seio familiar, isso implica a existência de apoios domiciliários e serviços de proximidade que atuem não só como facilitadores dos cuidados mas também como prevenção da exaustão da família cuidadora.

A nossa cultura como que exige da família a obrigação de olhar pelos seus membros mais velhos como se de uma questão de honra, de dever moral e de tradição se tratasse, ignorando frequentemente a situação global em que a mesma se encontra e quais as condições reais de que dispõe para fazê-lo.

Quando, pelos vários motivos possíveis, a família não pode assegurar que, tendo o idoso ao seu cuidado, a sua qualidade de vida seja estável, a institucionalização é o passo seguinte e inevitável, e não deve por isso ser culpabilizada, mas sim englobada no plano de cuidados do idoso, ainda que este decorra no meio extrafamiliar.

1.4. Institucionalização

Entende-se por “dependência”, conforme se pode ler no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (capítulo I, artigo 3, alínea h), “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só realizar as actividades da vida diária”, actividades estas que incluem, por exemplo, lavar-se, vestir-se, alimentar-se, ou seja, que estão diretamente relacionadas com a satisfação de necessidades básicas.

Na maioria das vezes, a dependência do idoso é devida a situações incapacitantes e demências, quase sempre associadas à impossibilidade por parte da família de tomar conta do mesmo. Em Enfermagem, esta dependência pode ser subclassificada em total ou parcial, conforme o indivíduo seja total ou parcialmente capaz de proceder ao autocuidado.

Perante esta perda de autonomia do idoso, a família vê-se muitas vezes confrontada com a necessidade de procurar uma instituição que o possa receber e apoiar.

Conforme refere Conceição (2012), “a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, uma vez que suporta uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do Estado e, pelo Estado, são comparticipadas” (p. 43), para acolher e apoiar idosos consoante as suas necessidades e grau de autonomia. Refira-se, a título de exemplo, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite (CN), Acolhimento Familiar para pessoas idosas, Residência, Centro de Férias e Lazer e Lar de Idosos. Esta oferta denota também uma preocupação estadual com a disponibilidade de recursos que possam dar resposta às necessidades emergentes da camada mais velha da sociedade com qualidade e de forma humanizada. Durante o século XIX e transição para o século XX, “o idoso era cuidado e apoiado pelas famílias, em que a mulher ficava no seio familiar e apoiava os seus descendentes e os seus ascendentes, num conceito de família alargada” (Conceição, 2012, p. 43). Porém, na atualidade as famílias são “muitas vezes confrontadas com grandes dilemas tanto a nível moral como económico, isto é, moralmente têm de dar apoio aos seus parentes e economicamente nem sempre possuem meios para suportar as despesas” (Conceição, 2012, p. 43), além de que outros fatores como a “mobilidade geográfica e social; aumento da escolaridade e profissionalização da mulher; insuficiência de espaços habitacionais; barreiras arquitectónicas” (Conceição, 2012, p. 43) e outros mais, que exercem também a sua influência nesta tomada de decisão.

Quando a decisão de institucionalizar é tomada, “a admissão realizada na instituição está relacionada com o tipo de estadia que se prevê para o idoso, sendo que em alguns casos, o acesso ao tratamento tem primazia sobre o ambiente vivido (ex. reabilitações) e noutras circunstâncias o elemento mais importante dos cuidados é o ambiente que se proporciona (ex. doentes terminais) (Neves, 2012, p. 10)”. Segundo o despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, entre os objetivos dos cuidados prestados em lares encontra-se a promoção de um ambiente seguro e confortante para doentes crónicos ou dependentes, a restauração e manutenção do mais alto nível possível de independência funcional e autonomia individual, a maximização da qualidade de vida e bem-estar, a estabilização e retardamento (se possível) da progressão das doenças crónicas e a prevenção do aparecimento de novas doenças, bem como a sua deteção e tratamento atempados.

Na institucionalização do idoso, é importante que o seu grau de dependência seja avaliado corretamente e respeitado, isto é, os indivíduos deverão ser estimulados a manter as suas capacidades autónomas e até, se possível, a recuperar algumas que haviam perdido, não devendo jamais ser tratados como incapazes, visto que isso apenas aumentará o seu grau de dependência e diminuirá a sua qualidade de vida e autoestima. Ainda assim, segundo Montenegro e Silva (2007, citados por Neves, 2012), “a institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas” (p. 8).

A maioria dos autores defende a não institucionalização por motivos que se prendem com a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos. A institucionalização é encarada como traumática por ser frequentemente interpretada como um depósito sem retorno, “podendo resultar em maiores sentimentos de infelicidade, dificuldades de adaptação e dificuldades de comunicação com os outros, factores que são considerados como preponderantes para a aceleração do processo patológico de envelhecimento (Conceição, 2012, p. 46)”. O idoso vê-se obrigado a abandonar o ser lar, a sua privacidade, os seus pertences e tudo o que lhe era familiar para entrar num espaço desconhecido, onde existem regras e rotinas que nem sempre são compatíveis com os seus hábitos e preferências. Daqui advêm muitas vezes uma autoestima baixa e uma perda de interesse pela vida. A maioria dos estudos disponibilizados acerca da relação entre os estados depressivos do idoso e a institucionalização concluiu “que a prevalência de depressão em idosos aumenta com a sua institucionalização” (Silva et al, 2011, citados por Neves, 2012, p. 9). Mas é importante compreender que nem sempre existe uma rede de suporte em torno do idoso que lhe permita

ser acompanhado e receber cuidados em casa, pelo que muitas vezes a institucionalização, apesar do caráter depreciativo que lhe é reconhecido, é por vezes a única e a melhor solução.

Resta esperar que as instituições que os recebem e os profissionais que os cuidam, nomeadamente os Auxiliares de Ação Direta, que estão presentes nas suas vidas e rotinas a todas as horas do dia, estejam alerta para todas estas questões, que as compreendam e valorizem, tratando de minimizar os inconvenientes e maximizar os benefícios. Normalmente, uma formação adequada é determinante neste sentido.

2. Auxiliares de Ação Direta

2.1. Relação com o Idoso

O cuidar é transversal à História da Vida e da Humanidade, e é o seu precioso contributo para a proteção e continuidade das mesmas.

Lima (2012) afirma que “muitas vezes ao adoecer, perde-se a capacidade individual do cuidar, tornando-se dependente dos outros” (p. 10).

Ao assumirmos a responsabilidade de cuidar de alguém, assumimos também uma atitude para conosco mesmos, o que ultrapassa o atendimento às necessidades básicas dessa pessoa, pois representa um compromisso e o início de uma relação com ela, que pressupõe a existência de empatia, escuta ativa, aceitação incondicional, autenticidade e congruência (Lima, 2012) e espírito de equipa (Batista, 2012). “Conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual, são competências impostas a um cuidador formal de idosos, tal como as tarefas de prestação de cuidados nas actividades diárias básicas” (Batista, 2012, p. 37).

Então, cuidar, mais que um ato, é uma atitude (Boff, 1999, citado por Lima, 2012). “O cuidado ocorre assim no domínio do metafísico. O que significa que não podem vê-lo, mas senti-lo, pois transcende o mundo físico emergindo no mundo subjetivo e interior dos intervenientes” (Ferreira, 2013, p. 51). Por conseguinte, “caminhar rumo a uma assistência complexa depende, fundamentalmente, de uma reforma de pensamento” (Lima, 2012, p. 13).

Aos funcionários das instituições que acolhem idosos, que são contratados e remunerados para prestar cuidados aos mesmos, tais como os Auxiliares de Ação Direta, designamos por cuidadores formais (Sequeira, 2007, citado por Graça, 2007), os quais deverão ser detentores de conhecimentos e competências técnicas para o desenvolvimento da sua atividade profissional.

Estes cuidadores são, na sua maioria, do sexo feminino, devido ao facto de ser reconhecido à mulher o papel de cuidar, por motivos que se prendem com as nossas raízes sociais, culturais e históricas (Melo, 2005; Yee & Shulz, 2000, citados por Graça, 2007), e deles pretende-se que o idoso obtenha assistência técnica e emocional, ou seja, por um lado que desempenhe determinadas tarefas práticas para auxiliar o idoso na satisfação das suas necessidades biofisiológicas e, por outro, que mantenha com ele uma relação afetiva que satisfaça as suas necessidades emocionais, que o estimule, que o faça sentir-se acarinhado e que respeite a sua personalidade e preferências.

Como tal, também a personalidade, o sexo, o nível de educação do cuidador, os seus valores e crenças estão intimamente relacionados com a qualidade dos cuidados que oferece, pelo que não sendo detentor de uma formação especializada, poderá pôr em causa não só a relação terapêutica a estabelecer com o idoso mas também a sua própria saúde, visto que a importância do saber-ser muitas vezes se sobrepõe à do saber-fazer em matéria de cuidados, e as competências que respeitam a ambos os saberes podem e devem ser aprendidas e trabalhadas em contexto educativo e prático.

Os princípios e valores orientadores do cuidar do outro nas estruturas residenciais, tais como a dignidade, respeito, individualidade, privacidade e intimidade, confidencialidade e participação, baseiam-se nos direitos fundamentais e englobam não só os residentes, mas também as famílias, cuidadores, dirigentes, especialistas e restantes elementos parceiros da organização (Manual de Boas Práticas, 2001).

Cuidar de idosos representa uma exigência para o cuidador formal, que interfere de uma forma ou de outra na sua multidimensionalidade. É da sua responsabilidade dar a escolher ao idoso um caminho a seguir dentro das suas possibilidades e preferências (Hesbeen, 2000), combinando “a destreza com o saber e a intuição” (Leitão & Almeida, 2000, citados por Ferreira, 2013, p. 61), apoiando, aliviando a dor e a doença, assumindo um lugar de destaque junto dos idosos (Ferreira, 2013).

Na base da prestação de qualquer cuidado deverá estar uma boa comunicação.

Este processo interpessoal é complexo e envolve uma partilha de elementos (informações, ideias, comportamentos) verbais e não-verbais (Alves, 2003).

Para Lage (1996), ser um bom comunicador é fundamental para saber ser um cuidador de qualidade. Uma comunicação eficiente tem que ser clara e concisa, primar por frases simples e curtas, indicações concretas e um vocabulário, ritmo e significado adequados à capacidade de entendimento do recetor (Alves, 2003).

Os sinais não-verbais são tão ou mais importantes que a comunicação verbal, pois transmitem atitudes, estados de alma, emoções, e muitas vezes de forma involuntária, pelo que se torna imperativo estar desperto para estas “mensagens”, que passam através da expressão facial e postura corporal a fim de que a relação com o idoso não seja prejudicada, mas, antes, fortalecida. O toque, por exemplo, é uma forma de comunicação não-verbal e quando usado de forma propositada, respeitosa e terapêutica, pode ter efeitos confortantes e até paliativos.

Quando a formação dos cuidadores é pouca ou nenhuma, esta e outras dimensões do cuidar são por vezes negligenciadas, conduzindo a cuidados pouco profissionais e até ineficazes, gerando situações de desagrado e sofrimento quer para os próprios, quer para os idosos envolvidos. “As longas horas de trabalho, o número insuficiente de cuidadores formais, os riscos a que estão expostos, o contacto constante com o sofrimento, dor e morte, predispõe a experiências de intenso sofrimento” (Jamieson, et al, 2010, citados por Ferreira, 2013, p. 63), o que, face ao desconhecimento de estratégias de controlo de emoções, conduz os cuidadores à negação, à agressividade, à hiperatividade, ao humor (nem sempre adequado) e, conseqüentemente, ao distanciamento, afetando negativamente a relação cuidador-idoso.

Lidar com idosos é desafiante e pode tornar-se muito desgastante, mas a formação faz toda a diferença para quem faz disso o seu dia-a-dia e/ou a sua profissão.

2.2. Formação e funções

Em 1993, Berbaum afirmava que a formação consistia num processo interventivo com vista à emergência de novas respostas comportamentais nos indivíduos.

Mais recentemente, Velada (2007, citado por Fonseca, 2012) veio afirmar que “o objetivo da formação é contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos e, também, contribuir para a melhoria do desempenho organizacional” (p. 8).

A formação profissional pode dividir-se em inicial, para aquisição de capacidades fundamentais para iniciar o exercício de uma profissão, e contínua, para dar continuidade à inicial, permitindo uma adaptação à evolução tecnológica e técnica, e contribuindo para o desenvolvimento cultural, económico e social (Fonseca, 2012).

Para “um colaborador que já se encontra no mercado de trabalho, aprender é uma condição de sobrevivência e de desenvolvimento (...) retardando uma desqualificação que arrisca agravar-se com a idade” (Fonseca, 2012, p. 8-9). Não esqueçamos que “em Portugal, para além de existirem hoje elevados índices de desemprego pouco qualificado, assiste-se a

um baixo nível de habilitações e de qualificações da população empregada” (Bernardes, 2008, p. 60).

Os cuidadores formais são entendidos como profissionais com competência técnica e/ou clínica e conhecimentos especializados, capazes de intervir numa abordagem holística do envelhecimento (Azevedo, et al, 2010, citado por Batista, 2012). A competência, conforme lembra Mestrinho (2002, citado por Batista, 2012), pressupõe conhecimento empírico para a resolução de problemas específicos pois é ele que aprimora as características pessoais e dá sentido a experiências anteriores significativas.

Assim, “o processo de prestação de cuidados será então um processo complexo e dinâmico (...) nas necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência” (Brito, 2002, citado por Batista, 2012, p. 38).

A formação prepara os cuidadores para isto, mas a relevância atribuída à mesma é ainda muito recente, “pelo que nem todos os cuidadores de estruturas residenciais possuem formação básica” (Reys, 2000, citado por Ferreira, 2013, p. 61).

Diz-nos Conceição (2012) que “a educação/formação é um meio para alcançar o ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício da cidadania ativa” (p. 50).

O nível de formação do cuidador influencia diretamente a qualidade da assistência prestada ao idoso, bem como a evolução do seu estado emocional e de saúde no geral (Graça, 2007).

Estando a sociedade permanentemente em mudança e evolução, ninguém pode adquirir conhecimentos para toda a vida dada a necessidade de atualização constante, o que pode lograr-se através de uma aprendizagem contínua, permitindo aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos na formação inicial e na prática.

Segundo Canário (2000, citado por Graça, 2007), a aprendizagem ao longo da vida é “um processo contínuo que, desde o nascimento à morte, se confunde com a existência e a construção da pessoa” (p. 33).

Alonso (2006) encara-a como uma forma de confronto com os desafios da atualidade trazidos pela globalização, inovação e valorização do conhecimento, refletidos na necessidade de ter capacidades para enfrentar a mudança constante e emergente, e de aprender a aprender.

Esta aprendizagem deverá considerar e valorizar todos os conhecimentos e competências adquiridos pelos indivíduos em contextos heterogêneos, isto é, formais, não formais e informais, incluindo aspetos da vida pessoal, social e profissional, pois não só em contexto profissional se aprende, o que acentua a importância de aprender a partir da prática.

Os métodos de formação de adultos têm sofrido uma grande evolução devido a esta constatação de que a aprendizagem é um fenómeno ininterrupto e influenciado diretamente pelo meio em que os indivíduos se movem, bem como pelas crenças, hábitos e valores que nele imperam.

Charlot (2002, citado por Silva, 2005) afirma que “a aprendizagem e a formação são, neste sentido, uma aproximação do sujeito ao mundo, aos outros e a si próprio”, já que “a aproximação ao saber não inclui apenas a apropriação de saberes-objects (...) supõe também uma relação identitária” (p. 2076).

Assim, as entidades e infraestruturas da sociedade civil destinadas à formação de adultos estão cada vez mais despertas e preparadas para oferecer oportunidades educativas contextualizadas na realidade dos seus formandos e que demonstrem ter sentido e utilidade prática para os mesmos, procurando tornar-se motivantes e eficientes.

Não apenas o “aprender a aprender”, mas também o “aprender a continuar aprendendo”, são competências-chave imprescindíveis a adquirir e a desenvolver, determinantes aquando da escolha e organização dos ambientes e processos de aprendizagem (Alonso, 2006).

“Entre a formação contínua e o local de trabalho”, conforme explica Conceição (2012, p.51), “existe uma interacção permanente. É um processo contínuo que possibilita ao indivíduo estar sempre actualizado e prestar um melhor serviço na instituição onde trabalha, criando-se uma valorização pessoal e institucional”. Considerando que “o desenvolvimento de competências e de aprendizagens para os profissionais da área do apoio às atividades de vida diária dos idosos provém, em grande parte, da sua experiência profissional e da formação ocorrida enquanto desempenham as suas funções” (Conceição, 2012, p. 53), o ideal é realizá-la dentro do contexto real de trabalho, para uma melhor compreensão da realidade vivida pelos funcionários a formar e incidir nas suas dificuldades e necessidades formativas prioritárias a fim de melhorar os cuidados por eles oferecidos. “Os profissionais em contexto de trabalho formam-se a partir das interações entre si, das situações apresentadas e da reflexão individual e conjunta. A formação destes não ocorre a partir de um conjunto de objetivos pré-definidos mas a partir de um processo reflexivo (...), da interação entre eles e das negociações com as diferentes formas de poder” (Abreu, 1997, citado por Conceição, 2012, p. 54).

No caso das Auxiliares de Ação Direta, “o contexto de trabalho é um local de experiências variadas, apresentando, portanto, grande potencial formativo por via experiencial. (...) Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância para estes profissionais” (Conceição, 2012, p.

57), ao dar sentido aos saberes adquiridos e consciencialização dos mesmos. “A capacidade de comunicar e cooperar nos cuidadores (...) associada a um bom ambiente profissional, propicia uma maior satisfação no cuidador (...) o que se vai evidenciar numa melhor qualidade de vida também para os idosos” (Ferreira, 2012, p. 20-21).

Esta formação deverá ter em consideração não só as necessidades do público-alvo, mas também as particularidades da instituição em causa. Ao melhorar a qualificação dos seus funcionários, as instituições habilitam-nos a dar respostas adequadas e atempadas às diversas exigências profissionais com que são diariamente deparados. Almeida (2008) defende que esta aprendizagem continuada facilita o contacto entre os idosos e os seus cuidadores, fomentando uma melhor relação empática e terapêutica entre ambos.

Contudo, alguns autores (Potter, Churilla & Smith, 2006, citados por Conceição, 2012) defendem que não tem havido o investimento necessário na formação dos Auxiliares de Ação Direta por não ser visto como prioritário, “não se verificando a reposição numérica dos trabalhadores, (...) os benefícios sociais e outros promotores de estabilidade e de dignificação de uma profissão que tem permanecido na sombra do sistema de cuidados” (p. 59). Contudo, o Código do Trabalho garante o direito à formação profissional independentemente da situação laboral do trabalhador, obrigando as entidades patronais a proporcionar oportunidades formativas aos seus trabalhadores, sendo que o incumprimento desta lei é passível de penalização pelas entidades competentes. Então, ainda que os Auxiliares de Ação Direta pudessem não ser detentores de uma formação inicial, deveriam obter anualmente por parte das organizações para as quais trabalham um mínimo de 35 horas de formação contínua previsto na lei. Como se explica que alguns deles exerçam esta profissão sem qualquer tipo de formação?

Bernardes (2008) lembra que “a formação está, cada vez mais, também, nas mãos de cada um e aos poucos a deixar de ser da responsabilidade das políticas públicas. Espera-se que cada indivíduo seja responsável pela sua formação” (p. 61).

Em termos de enquadramento legal, no quadro dos Auxiliares de Ação Direta, fruto de acordos entre a Federação Nacional dos Sindicatos da Educação, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e o Ministério do Trabalho, estão definidas como condições para o exercer da profissão ter 18 anos de idade e a escolaridade obrigatória legalmente definida. É uma carreira extremamente exigente e das menos remuneradas (Conceição, 2012).

Das funções que lhes são atribuídas, a desempenhar junto dos idosos individualmente ou em grupo, no contrato coletivo que rege as IPSS encontram-se as seguintes:

- Receber os utentes e integrá-los no que respeita à utilização de novos equipamentos/serviços;
- Fazer um acompanhamento diurno e/ou noturno dos utentes no interior e exterior dos estabelecimentos e serviços;
- Alimentar os utentes regularmente e recolher os utensílios e equipamentos usados nas refeições;
- Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes colaborando com os profissionais de saúde;
- Tratar da arrumação, substituição e transporte de todo o vestuário e roupa de cama e casa de banho dos utentes, bem como de outros artigos de higiene e conforto;
- Informar a instituição e os profissionais de saúde de eventuais intercorrências que decorram durante o exercício das duas funções.

Paúl (1997) agrupa estes cuidados da seguinte forma:

- Cuidados antecipatórios (necessidades antecipadas do idoso);
- Cuidados preventivos (prevenção de doenças, sequelas, complicações);
- Cuidados de supervisão (vigiar, olhar pelo idoso);
- Cuidados instrumentais (proteção da integridade física e da saúde);
- Cuidados protetores (proteção da integridade emocional).

Considerando os requisitos mínimos indispensáveis ao desempenho destas alíneas, quando comparados com a lista de funções a desempenhar, e se a esta se juntarem os saberes que é necessário mobilizar em cada uma delas, surgem as questões: i) é deontologicamente aceitável (ainda que o seja legalmente) que, a pessoas que cuidam de pessoas, inseridas numa realidade envolta em tamanhas especificidades e sujeitas às mais variadas complicações, lhes seja exigido somente que cumpram o critério de ser detentoras da maioridade e da escolaridade mínima obrigatória?; ii) é legítimo considerar-se que os Auxiliares de Ação Direta são cuidadores formais, uma vez que são contratados e exercem uma atividade reconhecida e remunerada, ainda que possam não ser detentores de uma formação adequada ao desempenho das suas funções? Neste contexto, torna-se mais que compreensível a imprescindibilidade da formação, inicial e contínua, dos Auxiliares de Ação Direta que trabalham em contexto geriátrico.

Por todos os motivos implícitos e explícitos, vários autores defendem que a formação destes profissionais deverá abordar temas como a linguagem, a comunicação e relações interpessoais, o trabalho em equipa, estudos de caso geriátricos, competências culturais, particularidades de certas doenças, espiritualidade e comportamento (Mcmillan, Bunning & Pring, 2000; Coogle, Parham, Wellwford & Neitling, 2005, citados por Conceição, 2012).

3. Diagnóstico de necessidades de formação

Citando Grilo (2012), “uma formação que não tome como ponto de partida a recolha e análise minuciosa de necessidades, jamais poderá cativar a vontade dos sujeitos. Que resultados trarão esta formação ‘deficiente’?” (p. 36).

As cinco fases do processo de formação nas organizações, segundo Cardim (2009), são:

1. Proceder ao estudo sumário da organização.
2. Detetar as necessidades de formação através da investigação por inquérito na organização.
3. Elaborar a proposta formativa constituindo o plano de formação.
4. Desenvolver a ação formativa
5. Controlar/avaliar a ação formativa através do feedback da mesma.

Deste modo, é fundamental procurar um conhecimento real e concreto sobre o público-alvo, suas dificuldades, expectativas e potencial; sobre o contexto envolvente, a disponibilidade, os recursos; e sobre a utilidade prática da formação idealizada, de forma a definir um plano de formação adaptado a essa realidade particular. Por outras palavras, quando se decide efetuar uma formação, é necessário responder a três questões de partida: “a quem?”, “quando?” e “porquê?” (Silveira, 2000). Este diagnóstico deve ser claro, preciso e oportuno, podendo partir dos próprios indivíduos que desejam a formação como de terceiros.

D’ Hainaut, em 1979 (citado por Grilo, 2012), determinou quatro fases que o diagnóstico de necessidades de formação deverá englobar:

- Diagnóstico das necessidades humanas (expressas e ocultas);
- Diagnóstico da procura em relação com o sistema (papéis e funções dos interessados);

- Tomada de decisão sobre as necessidades e a procura (estabelecimento de uma posição comum acerca das necessidades a satisfazer conforme a opinião dos interessados);
- Especificação das exigências de formação (definição de saberes).

Steadham (1989, citado por Grilo, 2012), definiu as seguintes técnicas de análise de necessidades:

- Observação (deteção e descrição de situações reais);
- Entrevista (individual ou de grupo);
- Questionário;
- Materiais impressos (documentos oficiais);
- Registo e relatos (diários).

Chanfana (2011) relembra que as necessidades formativas da instituição e/ou do público-alvo mudam ao longo do tempo, pelo que deverão ser reavaliadas periodicamente para que o desenho do plano de formação seja adequado e frutífero, já que o que se pretende com esta formação é, por um lado, preparar este público para reagir às mudanças e dificuldades emergentes aquando do desempenho da sua atividade na instituição e, por outro, preparar a instituição para aceitar e promover as mudanças necessárias para o seu crescimento e desenvolvimento.

Este autor defende, ainda, que para levar a cabo este diagnóstico inicial a entrevista individual e a análise de documentos da instituição são dois trunfos proveitosos a usar. Existe ainda um outro método que consiste em fazer circular pela instituição uma lista de formações disponíveis, entre as quais os colaboradores deverão manifestar o seu interesse em frequentar aquelas que correspondem às suas preferências pessoais.

Considerando que cada pessoa tem uma personalidade com capacidades e preferências próprias, assim como cada instituição tem características particulares consoante as suas instalações, os idosos que alberga e suas necessidades específicas, os funcionários que nela trabalham e a própria filosofia sob a qual se rege, é necessário ter em conta todas essas questões de modo a ir ao encontro das lacunas que a formação poderá colmatar, bem como à correta seleção da informação a transmitir e à tipologia mais adequada ao público-alvo de modo a fazê-lo de forma eficaz.

Ferreira (2012) afirma que a maioria dos cuidadores formais de idosos não tem formação adequada às funções que desempenha e que, como seria de esperar, quanto menos

formação e experiência têm na área em que desempenham funções, mais dificuldades sentem (Barbosa, et al, 2007, citado por Ferreira, 2012), muito embora aqueles que partilham experiências e saberes entre colegas façam aprendizagens proveitosas entre si.

Alguns estudos levados a cabo neste sentido (Ferreira, 2012), apuraram que as principais dificuldades enunciadas pelos cuidadores formais de idosos incidem sobre o estabelecimento da relação cuidador-idoso-família, falta de conhecimentos sobre doenças, escassez de tempo e recursos humanos, impacto físico e emocional, organização do trabalho e planeamento de atividades, áreas temáticas que geralmente constituem alguns dos principais módulos das formações dirigidas aos mesmos, o que denota a sua pertinência.

Torna-se também importante preparar estes cuidadores para lidar com a morte e o sofrimento, visto que em geriatria é uma realidade que terão de enfrentar com mais frequência, e para prevenir a exaustão do cuidador, que pode acontecer quer com cuidadores formais, quer com os informais, devido ao desgaste físico e emocional que o trabalho com idosos implica para quem o pratica diariamente. Uma formação adequada ensina os cuidadores a compreenderem e a agirem em conformidade e de forma positiva face a estes processos, melhorando o seu desempenho profissional e a qualidade dos cuidados que prestam (Ferreira, 2013).

Em suma, a formação dos Auxiliares de Ação Direta enquanto cuidadores formais de idosos é essencial para aprender e aperfeiçoar as técnicas que empregam e para fortalecer a relação terapêutica com aqueles que cuidam (Ferreira, 2012). Contudo impõe-se uma consciencialização por parte das instituições seniores de que “cuidar em fim de vida exige dos cuidadores formais maior disponibilidade e formação (...) baseada no treino de competências e no aumento de informação” (Ferreira, 2013, p. 124-125), pois estas estruturas deverão ser as primeiras a detetar necessidades nos seus trabalhadores e sugerir e/ou providenciar alternativas formativas para colmatá-las.

O diagnóstico de necessidades formativas levado a cabo de forma regrada é a melhor forma de estabelecer objetivos de formação pertinentes e realistas, iniciando eficazmente este processo (Grilo, 2012).

4. Estratégias pedagógicas para adultos

Relembrando que estamos a falar de educar e de formar adultos, como defendem Cachioni, et al (2015), o que estes procuram na formação “é a fruição, o gosto por aprender (...), a necessidade de se sentir ativo, atualizado e inserido na sua comunidade”, pelo que

“esse aluno não deve fazer nada a que seja obrigado (...) deve poder buscar seu crescimento pessoal e coletivo” (p. 84).

Giubilei (1993, citado por Cachioni, et al, 2015) refere que muitas vezes se cai no erro de “transplantar os conhecimentos que se tem das características da criança e do adolescente para a compreensão da personalidade do adulto. E é justamente por esse motivo que se dão os grandes impactos”, quer para o formando adulto quer para o formador, “que geralmente não consegue alcançar suas metas de trabalho” (p. 84).

Segundo Chagas e Ferreira (2013), o formando adulto “tem opinião própria, gostos e comportamento muito diferente de uma criança, daí a necessidade de técnicas de ensino diferentes e mais apropriadas a seu contexto e realidade” (p. 4).

Muchielli (1991, citado por Chagas & Ferreira, 2013) defende que a formação de adultos não pode ser feita da forma tradicional pela resistência que estes têm à “volta à escola” e pela crença-tendência de que o conhecimento acadêmico não tem utilidade prática. Propõe-se, pois, uma formação menos disciplinar, menos acadêmica e mais identificada com as necessidades sentidas pelos formandos (Sáez & Escarjabal, 1998, citados por Cachioni, et al, 2015).

Osório (2003, citado por Chanfana, 2011) considera que a formação implica um investimento prolongado por parte dos indivíduos, com o sentido do cumprimento de objetivos previamente estipulados e da sua adaptação e readaptação permanente e bem-sucedida às mudanças ocorridas no seu contexto socio laboral. Deve ser difusa, específica, sistemática, integral e flexível, permitindo a articulação dos conhecimentos com a experiência, a aprendizagem formal com a informal.

Deste modo, um programa pedagógico para adultos deverá, segundo Clavijo (1999, citado por Cachioni, et al, 2015) ter em conta:

- O aspeto humano (relação formador-formando centrada no formando e conduzida por ele; o formador é um mero elemento facilitador);
- O paradigma didático (aula como espaço de interação e partilha de experiências; construção de conhecimentos socialmente compartilhados);
- A conceitualização da aprendizagem (conhecimentos com valor prático relevante).

Considerando que aos Auxiliares de Ação Direta não lhes é exigida uma formação-base específica para exercer na sua área funcional, ganha sentido promover esta qualificação partindo da experiência, pois ainda que estas pessoas possam carecer de conhecimentos

teóricos, muitas delas têm valiosos saberes adquiridos na prática, os quais resta reconhecer, validar e aperfeiçoar.

Conforme afirma Graça (2007), “durante muito tempo os formandos adquiriam cumulativamente conhecimentos teóricos e, só depois, os punham em prática” (p. 38). Os conhecimentos teóricos e práticos estavam, por assim dizer, separados entre o que se considerava, respetivamente, “fundamental, indispensável, fácil de identificar e definir”, e o que representava “o saber em acção, difícil de definir, porque não existem referentes que o descrevam (p. 38)”.

Os campos do saber teórico e prático eram vistos como autónomos, o que atualmente é inaceitável, pois sabemos que “são duas faces que se complementam” (Toniazzi, 2009, p. 75) e carecem de coerência e sentido quando considerados separadamente.

Hoje em dia, a experiência pessoal dos indivíduos é, por isso, valorizada como nunca o foi, e assume uma importância crescente em contextos formativos. Percebeu-se, pois, que dela podem advir competências válidas e também dúvidas que funcionam como propulsoras da procura e compreensão de conceitos teóricos.

Fernandes (2014) refere-se à aprendizagem como um processo que se materializa na interação com o meio, sendo que “desta interação resultam saberes adquiridos que, no entanto, pertencem a domínios diferentes” (p. 27-28), tais como o saber-saber (domínio cognitivo), o saber-fazer (domínio psicomotor), o saber-ser e o saber-estar (domínio afetivo). “Há medida que o homem reflete sobre o seu contexto e responde aos seus desafios, ele se compromete, cria cultura, constrói a si mesmo e se torna sujeito (Palma, 2000, citado por Cachioni, 2015, p. 85)”.

Alonso (2006) defende que a construção de competências nos processos formativos é inseparável da resolução de problemas específicos relacionados com situações reais e significativas para os formandos. Este autor refere que deverá existir uma intencionalidade pedagógica mais que um debitar de conhecimentos, e que é possível fazê-lo partindo de uma situação pessoal, problematizando, questionando, procurando soluções e refletindo sobre os resultados obtidos. Se, por um lado, tem de haver predisposição e motivação por parte dos formandos para aprenderem, quando não existe este significado e funcionalidade no processo de aprendizagem, estes facilmente desmotivam e desistem, pois não encontram relevância para a sua vida e trabalho concreto que exercem (Silva, 2005).

Sabe-se que “em muitos contextos da prática profissional não existe uma correspondência entre a formação que os indivíduos adquiriram e o tipo de desempenho que lhes é solicitado” (Graça, 2007, p. 39), o que significa que nem sempre o contexto profissional

real com que estes se deparam corresponde ao contexto profissional aprendido e idealizado, e isso requer adaptação e capacidade de interpretar e transferir conhecimentos teóricos para situações práticas, tornando-os aplicáveis, úteis.

Nassif, et al (2007) afirmam que o ambiente educacional não deve ser uma realidade “estaque”, mas sim um espaço onde as dificuldades diárias dos formandos se repercutem, para que, através delas, se encontrem soluções para o que encontram na vida real. O debate e a partilha são essenciais neste processo.

As ofertas formativas atualmente disponibilizadas pelas entidades competentes, particularmente na área da saúde e prestação de cuidados, apostam em programas teórico-práticos no sentido de preparar o mais possível os indivíduos para os contextos reais de trabalho em que irão atuar. De acordo com Santos (2011, citado por Fernandes, 2014), “as pedagogias ativas surgiram em meados do século passado e centram-se essencialmente nos alunos e nos seus interesses, como contraposição aos princípios e métodos daquilo a que hoje chamamos ‘escola tradicional’”, assentes numa corrente pedagógica em que o sujeito “é responsabilizado pelo processo de aquisição de conhecimentos, transformando-os numa busca de informações para dar resposta às situações com as quais é confrontado ou na construção de soluções para os problemas que lhe são colocados” (p. 31). Esta é a lógica do ensino pela ação.

Segundo Graça (2007), “o saber teórico permite agir com clareza, isto é, permite ajustar de maneira muito precisa as intervenções práticas sobre a realidade, prever os seus efeitos, o seu sucesso ou o seu insucesso, fixar as suas condições e os seus limites de validade” (p.41), tornando-se como que um conjunto de regras nas quais os indivíduos devem basear a sua conduta prática; do mesmo modo “as competências que são construídas por via da experiência profissional, pessoal, social, familiar, são equiparáveis às adquiridas nos processos de formação tradicionais (p. 47)”. Face ao exposto, o desejável é apostar numa formação em contexto real de trabalho, na qual ambas as vias de aquisição de competências sejam valorizadas e aplicáveis, rompendo com os métodos tradicionais de ensino e permitindo uma aprendizagem mais personalizada e dinâmica.

No caso particular dos Auxiliares de Ação Direta, sobretudo aqueles que não possuem formação específica para o desempenho da sua profissão, o contexto de trabalho representa o lugar onde se deparam pela primeira vez com todas as situações e, assim, aprendem e melhoram gradualmente o seu desempenho através da experiência. Proporcionar-lhes uma formação neste contexto faz absolutamente todo o sentido, pois só ela “será o caminho para superar os constrangimentos encontrados no processo de cuidar” (Ferreira, 2013, p. 124).

A formação pode ser ministrada consoante os objetivos a atingir e as particularidades do público-alvo, sob a forma de cursos, painéis, seminários, conferências, workshops, estágios, entre outros. Para conceber o plano de formação é necessário fazer esta escolha (Chanfana, 2011).

Tendo em conta que cada pessoa tem um método próprio de aprender, se esse método for proporcionado maior será a sua motivação e probabilidade de sucesso formativo. Seria, pois, importante respeitar as preferências pessoais dos indivíduos aquando da escolha da tipologia de formação a oferecer. Logicamente, e sobretudo tratando-se de um número elevado de sujeitos, torna-se difícil personalizar a formação à medida de cada um, mas é possível procurar as estratégias de formação de eleição da maioria dos futuros formandos, e até optar por combiná-las.

Estudos realizados no âmbito das estratégias pedagógicas para adultos demonstraram que formandos adultos preferem atividades pedagógicas interativas e extra-aulas, que permitam ter tempo de pesquisa e reflexão que depois sejam discutidos e postos à prova *in loco* (Chudo & Sonzogno, 2007).

Indivíduos com idades e habilitações académicas díspares relacionam-se sem obstáculos e valorizam os saberes e experiências uns dos outros quando coincidem no mesmo meio formativo. Enquanto adultos, denotam preferência por métodos expositivos seguidos de dinâmicas de grupo, como debates e atividades baseadas na pedagogia da problematização, isto é, na descoberta de soluções criativas para problemas reais. Nesta perspetiva, o formando assume uma postura ativa, participativa, observadora, e desenvolve a capacidade de análise, avaliação e transferência de saberes (Cachioni, et al, 2015).

Fernandes (2014) afirma que “um dos mais populares métodos ativos de aprendizagem foi e é, sem dúvida, o trabalho em grupo (...) ultrapassando o método expositivo e fomentando a interação entre pares” (p.32), visto que as estratégias de formação cooperativas produzem efeitos mais significativos que as individuais. O método demonstrativo, seguido de atividades práticas, torna-se também importante para materializar e mobilizar conhecimentos.

No estudo de Chagas e Ferreira (2013) ficou claro que as sessões formativas para adultos devem ser curtas e com pausas, baseadas em métodos ativos, tais como encenações (roleplay), debates, tempestades de ideias e outras atividades feitas em grupo, como a discussão de estudos de caso e a criação de cartazes informativos, fazendo uso de vários recursos didáticos que permitam a realização de pesquisas na internet, a visualização de filmes, a consulta e o contacto com documentos e instrumentos importantes, entre outros.

São, pois, as estratégias pedagógicas baseadas em metodologias ativas e recursos didáticos as que parecem prevalecer entre as preferências dos formandos adultos, facto a ter em conta aquando da planificação de uma formação dirigida aos mesmos, de modo a motivá-los para a aprendizagem e facilitar a mesma.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II

A fase metodológica de um estudo é a constituição dos meios e atividades adequados para “responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual (Fortin, 2009, p. 211)”.

1. Objetivos

De acordo com Ander-Egg (1986, citado por Serrano, 2008), os objetivos representam o enunciado dos nossos projetos, ou seja, daquilo que pretendemos alcançar mediante a realização de determinadas ações que darão resposta às questões de investigação, devendo, para tal, ser racionais, relevantes, concretos, realistas e avaliáveis.

O objetivo geral que guiou esta investigação foi conhecer as necessidades de formação contínua dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar, numa perspetiva de intervenção futura no campo da formação em serviço. A caracterização da referida residência consta do anexo 1.

Quanto aos objetivos específicos, pretendeu-se traçar o perfil do Auxiliar de Ação Direta da Residência Sol & Mar, compreender quais as suas necessidades formativas prioritárias na sua perspetiva e compreender quais as estratégias pedagógicas da preferência dos mesmos.

2. Desenho de Investigação

Fortin (2009) define o desenho de investigação como um plano lógico delineado pelo investigador a fim de responder às questões que se colocou.

Considerando que a questão de investigação é “Qual a perceção dos Auxiliares de Ação Direta acerca das suas necessidades de formação contínua?”, a investigação adotou o paradigma qualitativo, dado que o seu propósito era “explorar e compreender um fenómeno tal como é vivido e descrito”, bem como examinar “significações e a busca de sentido” (Fortin, 2009, p. 39).

Tratou-se de uma investigação exploratória/descritiva, a fim de “compreender um fenómeno, identificar a essência do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que fizeram a experiência” (Fortin, 2009, p. 36). Mais do que simplesmente observar/descrever o fenómeno, “a vertente da pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros factores com os quais ele está relacionado” (Fortin, 2009, p. 34). Recorreu-se a várias estratégias de recolha de informação, nomeadamente uma entrevista semiestruturada e a análise documental.

O local onde a investigação foi levada a cabo foi a Residência Sénior Sol & Mar, localizada na freguesia da Conceição de Tavira.

3. Seleção e Caracterização dos Participantes

Para esta investigação foram considerados os indivíduos que mantêm atualmente um vínculo profissional com a referida Residência enquanto Auxiliares de Ação Direta, num total de 15 profissionais. De entre estes, os sujeitos foram os indivíduos que aceitaram participar na investigação. Procedeu-se a uma amostragem por conveniência/acidental, sendo os participantes selecionados em função da sua disponibilidade (Polit, 2004), num total de 8 sujeitos, os quais foram caracterizados quanto ao sexo, idade, escolaridade e tempo de serviço na instituição a exercer as funções atuais. Os nomes dos mesmos foram ocultados para manter o anonimato.

Tabela 1 – Caracterização individual dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de serviço como AAD* na instituição
AAD1	Feminino	55	4º ano	3 anos
AAD2	Feminino	59	4º ano	3 anos
AAD3	Feminino	53	4º ano	3 anos
AAD4	Feminino	30	12º ano	3 anos
AAD5	Feminino	32	12º ano	3 anos
AAD6	Feminino	38	9º ano	3 anos
AAD7	Feminino	57	4º ano	3 anos
AAD8	Feminino	41	9º ano	3 meses

*AAD: Auxiliar de Ação Direta

Na Tabela 1, verifica-se que os 8 Auxiliares de Ação Direta participantes todos são do sexo feminino, facto que se deve a que, no momento, apenas existem mulheres a exercer essas funções na residência em causa.

As suas idades situam-se entre os 30 e os 59 anos.

Relativamente á escolaridade, 4 das participantes concluíram o 4º ano, 2 o 9º ano e 2 o 12º ano.

No que respeita ao tempo de serviço a exercer funções como Auxiliares de Ação Direta na instituição, todas as participantes têm 3 anos completos, com exceção de uma que iniciou essas funções há 3 meses.

4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre Outubro de 2016 e Março de 2017.

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em conta “o nível de investigação, o tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis” (Fortin, 2009, p. 368), bem como as “características do desenho, dos participantes, do investigador e das etapas de colheita” (p. 298).

A análise documental foi uma das estratégias de recolha de dados empregues nesta investigação, a qual, de acordo com Díaz e Valdés (2003), permite ordenar o caos para resolver problemas, criando informação nova ou secundária a partir de fontes primárias, com base na descrição bibliográfica, classificação, anotações/resumos e transcrição técnico-científica.

Foi também escolhida a entrevista (semiestruturada), a mais “utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes” (Fortin, 2009, p. 376). Quando usa uma entrevista semiestruturada, “o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriado” (Fortin, 2009, p. 376-377). A entrevista permite um contacto direto com a experiência pessoal da pessoa entrevistada (Laperrière, 2000, citado por Fortin, 2009), assim como a possibilidade de obter mais informações sobre “temas complexos e carregados de emoção, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas (Fortin, 2009, p. 379)”. No entanto, apresenta algumas desvantagens como o tempo despendido na entrevista ser elevado, assim como os seus custos, e os dados podem ser “difíceis de codificar e de analisar” (Fortin, 2009, p. 379).

Tendo em conta o referido, foi elaborado um guião de entrevista, submetido “à apreciação de pessoas peritas na matéria” (Fortin, 2009, p. 386). A apreciação do guião da entrevista foi levada a cabo pela Professora Doutora Helena Quintas, docente da Universidade do Algarve e orientadora desta dissertação.

O processo de construção do guião da entrevista teve em conta os objetivos a alcançar e as dimensões de análise correspondentes. Deste modo, a primeira parte do guião destinou-se à caracterização individual do participante com a resposta aos aspetos sexo, idade, escolaridade e tempo a exercer as funções de Auxiliar de Ação Direta na instituição. Na segunda parte do guião as questões foram divididas por 3 blocos temáticos (Tabela 2): i) experiências anteriores e adaptação às funções; ii) cuidados que presta e relação com o idoso; e iii) formação e estratégias pedagógicas preferidas.

Tabela 2 – Organização dos blocos temáticos da entrevista

Blocos Temáticos	Aspetos a abordar
Experiências anteriores e adaptação às funções	<ul style="list-style-type: none"> • Experiências de vida como cuidador de idosos • Motivo para trabalhar na área da Geriatria • Adaptação à profissão de AAD* • Utilidade das experiências pessoais no desempenho da profissão
Cuidados que presta e relação com os idosos	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção da qualidade dos cuidados que presta aos idosos • Perceção da qualidade da relação que mantém com os idosos • Cuidados mais fáceis/agradáveis de prestar • Cuidados mais difíceis/desagradáveis de prestar • Descrição da situação mais difícil de resolver/ultrapassar em serviço • Estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas
Formação e estratégias pedagógicas preferidas	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos e formações que possui relacionadas com a Geriatria ou com utilidade para a mesma • Utilidade desses cursos e formações na profissão de AAD • Intenção de obter formação contínua na área da Geriatria • Necessidades formativas sentidas como prioritárias • Estratégias e métodos pedagógicos preferidos

*AAD: Auxiliar de Ação Direta

O bloco “Experiências anteriores e adaptação às funções” teve como principal função introduzir a temática da entrevista por meio da colocação de questões pertinentes sobre experiências de vida do participante, para ajudar a enquadrar, de forma lógica, as questões dos blocos seguintes.

Os blocos “Cuidados que presta e relação com os idosos” e “Formação e estratégias pedagógicas preferidas” contribuíram essencialmente para perceber as necessidades formativas prioritárias sentidas pelas participantes, bem como as estratégias e métodos pedagógicos preferidos das mesmas.

As questões que permitiram traçar o perfil dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar são transversais a todos os blocos e, também, à primeira parte da entrevista, correspondente à sua caracterização.

O guião da entrevista pode ser consultado no Anexo 2.

Para cada um dos blocos temáticos foram descritos os indicadores, baseados no conteúdo das questões, e identificadas as unidades de registo (trechos das entrevistas que realçam a existência do indicador em questão), que podem ser consultados no Anexo 4.

5. Aspetos éticos

Note-se que “as decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin, 2009, p. 180). Em toda a investigação, “qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética” (p. 181), já que, ao estudar fenómenos biopsicossociais, pode causar danos/prejuízos nos participantes do estudo, de forma consciente ou não, pelo que está em presença de um problema ético potencial sempre que julga que os inconvenientes excedem as vantagens.

Esta investigação garantiu a salvaguarda dos participantes e o cumprimento de todos os princípios éticos abaixo mencionados (Fortin, 2009):

- Respeito pelo consentimento livre e informado: o indivíduo tem direito e capacidade para decidir por si próprio e capacidade para fazê-lo;
- Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: todo o indivíduo tem direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade;
- Respeito pela justiça e pela equidade: os intervenientes nesta investigação têm direito a ser selecionados com imparcialidade e equidade no que diz respeito à

aplicação dos métodos e repartição imparcial dos benefícios e inconvenientes da investigação;

- Equilíbrio entre vantagens e inconvenientes: o investigador deve informar os participantes das vantagens e inconvenientes da sua participação na investigação (Fortin, 2009), de modo a que estes possam decidir de livre vontade se desejam fazê-lo ou não;
- Redução dos inconvenientes (não maleficência): o investigador deverá reduzir, na medida do possível, as potenciais desvantagens causadas no decorrer da investigação aos participantes, tais como lembrar/intensificar acontecimentos dolorosos/marcantes;
- Otimização das vantagens (beneficência): o investigador tem o dever de fazer o bem e promover benefícios para os intervenientes no decorrer da investigação.

6. Plano de recolha de dados

Esta etapa auxilia numa estruturação eficaz dos passos a seguir na investigação, das estratégias para cumpri-los e sua correta priorização. O plano idealizado foi cumprido, seguindo-se as etapas que o constituíram:

- Reunir com a Direção da Residência Sol & Mar, com o objetivo de expor o plano de dissertação e solicitar a sua autorização e colaboração no decurso da investigação;
- Proceder junto da Direção ao levantamento dos nomes dos Auxiliares de Ação Direta atualmente a trabalhar na Residência;
- Proceder junto dos Auxiliares de Ação Direta da Residência à divulgação da investigação, seus objetivos, metodologia e período para o qual a recolha de dados foi projetada, averiguando a sua disponibilidade para participar no mesmo e garantindo confidencialidade;
- Contatar com os elementos da amostra, a fim de acordar a data, hora, formato e local da entrevista de acordo com a disponibilidade dos mesmos;
- Realizar as entrevistas conforme previamente acordado com os intervenientes, após a leitura e assinatura do consentimento informado (Anexo 3), recorrendo à gravação áudio da mesma, em ambiente adequado e privado de estímulos distratores.

As entrevistas decorreram como previsto, tendo sido escolhida uma das salas de reunião da instituição para o decurso das mesmas, pelo que os intervenientes beneficiaram da privação de estímulos externos indesejáveis e da privacidade necessária. Todas as participantes concordaram com a gravação áudio das entrevistas, cuja duração média foi de 15 minutos cada, tendo sido necessárias cerca de duas horas no total para a realização das oito entrevistas.

7. Plano de análise e tratamento de dados

Diz-nos Fortin (2009) que, ao contrário da investigação quantitativa, na investigação qualitativa analisamos palavras e não números. Estas são recolhidas durante as entrevistas ou observações e são estudadas ao pormenor, “a fim de determinar se há necessidade de explorar novas questões com os participantes” (Gillis & Jackson, 2002, citados por Fortin, 2009, p. 301). Neste tipo de investigação o investigador tem como “objectivo pôr em evidência os enunciados significativos e destacar unidades de sentido assim como a ‘essência’ da experiência” (p. 301).

Primeiramente, procedeu-se à transcrição integral do conteúdo da entrevista, constituindo esta o verbatim. Posteriormente foi então realizada a análise de conteúdo dos dados recolhidos, análise esta que se traduziu na descrição e compreensão do conteúdo das mensagens recebidas através de procedimentos sistemáticos e objetivos, num processo de decorreu em três fases (Bardin, 2006):

- **Pré-análise:** organização e sistematização dos dados;
- **Exploração do material:** codificação, enumeração ou desconto da informação;
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** esquematização/interpretação dos resultados e a sua transformação em unidades de registo.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO III

Feita a organização dos testemunhos das participantes segundo os blocos temáticos estabelecidos, procedeu-se à análise dos resultados descrita de seguida.

1. Análise do Bloco “Experiências anteriores e adaptação às funções”

A preocupação fundamental no bloco inicial prendeu-se com a indagação acerca dos motivos da escolha das participantes pela profissão de Auxiliar de Ação Direta, a fim de distinguir se esta resultou da necessidade de ter um emprego ou da motivação e do desejo de trabalhar na área. As questões foram, então, colocadas no sentido de perceber se tinham tido experiências de vida significativas com idosos que possam tê-las conduzido a essa escolha e se, mais tarde, já como profissionais, estas tiveram alguma influência na sua adaptação às funções atuais e utilidade para o desempenho das mesmas.

1.1. Experiências de vida como cuidadores de idosos

Após analisadas as transcrições, constatou-se que todas as participantes tinham tido contatos familiares significativos com idosos, resultando terem alguma experiência pessoal relativamente a estes cuidados, sendo que este facto poderá ter constituído um fator importante para enveredar nesta profissão. O mesmo pode ser comprovado por testemunhos como:

- AAD1: *“Fui criada pelos meus avós paternos, por isso toda a vida vivi com idosos, aprendi com eles e, quando eles foram envelhecendo, fui cuidando deles também nas coisas que lhes foi custando fazer (...).”*
- AAD2: *“Cuidei do meu pai até à morte e agora cuido da minha sogra (...).”*
- AAD4: *“Tirando ter ajudado a minha avó em casa quando ela partiu a bacia, só tive mais contacto com idosos quando comecei a trabalhar aqui.”*
- AAD6: *“Cuido dos meus pais (...) adoeceram os dois de cancro nos intestinos e já têm uma certa idade (...).”*

- AAD7: *“Ajudei a minha mãe a cuidar dos meus bisavós desde pequena e agora cuido dela, apesar de ela ser muito independente para a idade que tem (...).”*
- AAD8: *“Sempre fui muito próxima da minha avó e da minha tia, que já têm as duas mais de 80 anos, e sempre vou ajudando em qualquer coisa que me peçam, mas cuidar mesmo de idosos só desde que trabalho aqui.”*

Algumas das participantes tinham já experiência em regime de cuidado formal com idosos antes de iniciarem funções na atual instituição:

- AAD3: *“Toda a vida cuidei de idosos, tanto em casa como no trabalho (...) toda a vida fiz isto (...).”*
- AAD5: *“O meu avô vive na casa dos meus pais porque deixou de poder orientar-se sozinho depois da minha avó morrer, e eu ajudei a cuidar dele enquanto lá vivi também. (...) Quando tirei o curso de Animadora Sociocultural para acabar o 12º ano fiz um estágio numa instituição tipo centro de dia e fazia atividades com os idosos (...).”*

1.2. Motivo para trabalhar na área da Geriatria/Interesse pela profissão

À exceção de duas participantes, a maior parte referiu a entrada na Instituição como sendo a primeira experiência profissional com idosos, motivada, sobretudo, pela necessidade de emprego. Nos testemunhos seguintes, constatou-se que a profissão era vista como algo novo e que necessitava de um processo de adaptação:

- AAD1: *“Precisava de trabalhar e foi isto que apareceu, e eu também como já estava habituada a cuidar de idosos na minha família, achei que ia ter jeito e comecei num lar ao pé da minha antiga casa (...).”*
- AAD2: *“Foi por necessidade de emprego, mas gosto do que faço.”*
- AAD3: *“Eu nasci para isto, é o que faço melhor e gosto de fazer (...).”*
- AAD4: *“Calhou. Andava à procura de emprego e não pensei duas vezes quando surgiu esta oportunidade.”*
- AAD5: *“Depois de tirar o meu curso e fazer aquele estágio, percebi que gostava de trabalhar nesta área, por isso comecei a procurar emprego em lares e outras instituições de idosos e acabei por vir parar aqui.”*

- AAD6: *“Eu sempre me dei bem com os mais velhos, por isso nunca pus de parte trabalhar neste tipo de lugares. (...) Quando a residência abriu eu pensei que era bom para mim vir para aqui porque moro aqui perto, experimentei e estou cá até agora.”*
- AAD7: *“Eu só fiz a 4ª classe e para quem estuda pouco, estes são os trabalhos que há (...).”*
- AAD8: *“Só comecei nisto há 3 meses, ainda estou a ver se me adapto, mas até agora acho que está a correr bem e eu preciso de trabalhar (...).”*

1.3. Adaptação à profissão de Auxiliar de Ação Direta

A questão da adaptação à profissão atual levantou sobretudo o problema da insegurança inicial e do medo de falhar por desconhecimento dos cuidados a prestar e das rotinas do serviço, tendo sido também, como dificuldades de adaptação, o excesso de trabalho e o cansaço sentido. Porém, todas as participantes demonstraram que atualmente se sentem bem adaptadas, conforme os exemplos de testemunhos que se podem ler adiante:

- AAD1: *“Foi boa (...) a gente tem sempre medo de fazer alguma coisa mal ao princípio mas depois aprende-se (...).”*
- AAD2: *“Correu bem, apesar de ser exigido muito trabalho, mas com o tempo habituamo-nos (...).”*
- AAD4: *“O início foi um pouco difícil. Sentia-me muito cansada ao fim do turno, principalmente porque eu fazia quase sempre as noites. De noite é quando eles descompensam mais e nem sempre é fácil controlar a situação, até porque normalmente só somos duas auxiliares aqui de serviço. (...) Quando mudei para o turno da tarde comecei a gostar mais (...).”*
- AAD5: *“Quando comecei aqui este foi o meu primeiro emprego, por isso vim com muita vontade de mostrar o que sabia mas também com muito nervosismo. Mas até correu bem. Ao fim do primeiro mês já conhecia as rotinas todas (...).”*
- AAD8: *“No início era mais lenta a fazer as coisas, tinha medo de fazer certas coisas mal e também não estava habituada a trabalhar em equipa, mas agora acho já estou a ter um bom ritmo de trabalho e há medida que me vou adaptando, vou ganhando mais gosto e interesse por esta área.”*

1.4. Utilidade das experiências pessoais no desempenho da profissão de Auxiliar de Ação Direta

A opinião das participantes foi unânime relativamente à utilidade das experiências pessoais para o desempenho da sua profissão atual, concordando que estas têm influência na sua atividade laboral, destacando-se, como exemplo, as seguintes respostas:

- AAD1: *“É claro que tem influência. Tudo o que eu aprendi a fazer em casa, quer nos banhos, quer na alimentação dos meus avós, quer nas feridas que vi serem tratadas, foi importante porque já me sentia à-vontade quando comecei a fazer isso aqui (...).”*
- AAD2: *“Claro que sim. Principalmente no meu caso, que lidei de perto com duas pessoas com uma doença grave e que há cuidados próprios que se têm de ter que só quando os vemos a ser feitos e praticamos muito é que conseguimos fazer bem, e isso nos trabalhos com idosos é o nosso dia-a-dia (...).”*
- AAD3: *“Sim. Tudo o que a gente aprende com a família, e mesmo sem ser com os idosos, por exemplo com as crianças, às vezes é útil no trabalho. Eu já sou avó de dois netos e há coisas que faço com eles em casa que também faço aqui aos residentes. Por exemplo, dar uma colher de sopa e depois uma colher de fruta para os convencer a comer (...).”*
- AAD5: *“Sim. Eu sinto que muitas das coisas que aprendi no meu curso e no meu estágio me fizeram ver os idosos de outra forma e isso tem influência no meu trabalho e na forma como falo com eles (...).”*

2. Análise do Bloco “Cuidados que presta e relação com os idosos”

Com as questões projetadas no segundo bloco, a intenção foi compreender qual a perceção das participantes relativamente à qualidade dos cuidados por elas prestados aos idosos e ainda a qualidade da relação mantida com os mesmos, relacionando-as com a formação, que possuem ou não, na área da Geriatria. Pretendeu-se, ainda, identificar os cuidados que prestavam com maior satisfação e insatisfação e respetivos motivos, assim como as estratégias usadas para superar as maiores dificuldades encontradas em serviço.

2.1. Percepção da qualidade dos cuidados que presta aos idosos

Todas as participantes consideram que os cuidados que prestam aos idosos são de boa qualidade, alegando que, até ao momento, ainda nada as fez crer o contrário, embora dois dos testemunhos reconheçam a possibilidade de melhorar:

- AAD1: *“Acho que é boa. Até agora ainda ninguém se queixou (...).”*
- AAD3: *“Até agora só me têm agradecido, por isso devo estar a trabalhar bem (...).”*
- AAD4: *“Penso que seja boa, mas há sempre coisas que se podem melhorar (...).”*
- AAD8: *“Tudo me leva a crer que é boa, mas sei que posso melhorar em muitas coisas que faço e isso só vai lá com o tempo e com a formação também.”*

Quando questionadas relativamente à possibilidade de a falta de conhecimentos geriátricos específicos comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a maioria das participantes reconheceu que sim, embora três tenham desvalorizado essa relação direta:

- AAD1: *“Sim, às vezes há situações que uma pessoa não sabe bem o que fazer porque não tem mais conhecimentos (...).”*
- AAD2: *“Neste trabalho não se pode pensar muito. Quando não se sabe, inventa-se. A gente tem de aprender a desenrascar-se.”*
- AAD3: *“Eu normalmente consigo dar conta do recado, porque também já faço isto há muitos anos, mas às vezes quando não sei o que fazer tenho de pedir ajuda (...).”*
- AAD4: *“Sim. Sinto falta de aprender mais sobre certos temas (...).”*
- AAD5: *“Sem dúvida que a qualidade do que eu faço tem a ver com a minha formação. Se eu não tivesse aprendido certas coisas sobre os idosos não ia saber como agir agora. E mesmo assim há coisas que eu também não sei e que gostava de aprender a fazer (...).”*
- AAD6: *“Sim, tenho muitas dúvidas e nem sempre as minhas colegas sabem a resposta quando lhes pergunto algo para me poderem ajudar (...).”*
- AAD7: *“Eu acho que os cursos não servem de nada sem a experiência. Há coisas que eu não sabia fazer mas aprendi a ver fazer. Não é desculpa não ter cursos para não fazer bem as coisas. Quando se quer, tudo se consegue (...).”*
- AAD8: *“Claro que sim. Eu não tenho formação específica em Geriatria e sei que se tivesse, muitas coisas que faço poderia fazer melhor. Mas tenho um curso de*

primeiros socorros que tirei pelo instituto de emprego e já foi útil nestes últimos 3 meses de trabalho (...).”

2.2. Percepção da qualidade do relacionamento que mantém com os idosos

Na sua maioria, as participantes referiram que mantêm, na generalidade, um bom relacionamento com os idosos que cuidam:

- AAD4: *“Há sempre aqueles idosos com quem nos damos melhor que outros, mas no geral é boa.”*
- AAD7: *“Tem dias. Eles também têm cada um o seu feito e nem todos têm um feito fácil (...).”*
- AAD8: *“Até agora acho que tem sido sempre muito positiva, tenho aprendido muito com eles (...).”*

Quanto à influência que a formação em Geriatria poderá ter nesse relacionamento, as opiniões não foram tão consensuais, pois três das participantes referiram que a formação não interferia na relação. Uma delas considera que a falta de formação não justifica uma má relação, podendo, porém, ajudar a que haja uma maior compreensão dos comportamentos dos idosos, e apenas três afirmaram inequivocamente que sim. Seguem-se algumas unidades de significado apuradas:

- AAD3: *“Talvez. Quem não conhece certas doenças às vezes não percebe porque é que os idosos fazem certas coisas e podem levar a mal e pensar que estão a fazer de propósito (...).”*
- AAD4: *“Acho que a falta de informação não é razão para prejudicar a relação com os idosos, mas tendo mais informação e percebendo melhor a forma de pensar deles e alguns comportamentos que têm, a relação pode é vir a melhorar (...).”*
- AAD5: *“Sim, porque quando temos uma boa formação sobre o envelhecimento e aprendemos alguns aspetos relacionados com as alterações que os idosos têm a nível psicológico, conseguimos percebê-los melhor e isso faz com que sejamos mais pacientes e compreensivos com eles (...).”*
- AAD6: *“Sim. Quando não se percebe o que é envelhecer, tem-se mais tendência a ficar zangado quando os idosos fazem alguma asneira e eles notam logo isso (...).”*

- AAD8: *“Na minha opinião, sim. Cada etapa da vida tem as suas particularidades. Se conhecermos bem as da terceira idade vamos saber lidar melhor com os idosos (...).”*

2.3. Cuidados que considera mais fáceis/agradáveis de prestar

Ajudar a fazer a higiene diária e a alimentar os idosos foram os cuidados identificados como mais agradáveis pelas participantes, embora duas delas tenham ainda referido as atividades de tempos livres:

- AAD1/AAD6: *“O banho, porque lhes dá muita satisfação.”*
- AAD2: *“Para mim o mais fácil é alimentar os idosos. Geralmente é quando eles menos se queixam.”*
- AAD3: *“Dar banho, vestir, pentear e deixá-los bonitos e perfumados. Gostam eles e gosto eu (...).”*
- AAD4: *“Gosto de dar-lhes as refeições, porque é um momento mais calmo, quando eles já estão com a higiene feita e nós auxiliares também podemos sentar-nos um pouco com eles, a fazer-lhes companhia e conversar (...).”*
- AAD5: *“O que me agrada mais é fazer atividades com eles nos tempos livres (...) jogar dominó, jogar às cartas, contar anedotas... sou animadora, é o que mais gosto de fazer, é animá-los.”*
- AAD7: *“Gosto de passear com eles no jardim quando faz bom tempo. É um momento de relaxamento muito bom e eles costumam gostar muito.”*
- AAD8: *“Gosto de ajudá-los a tomar banho e a escolher a roupa do dia, principalmente as senhoras, e maquilhar as mais vaidosas, que elas ficam logo cheias de autoestima (...).”*

2.4. Cuidados que considera mais difíceis/desagradáveis de prestar

O cuidado referido mais vezes como mais desagradável de prestar foi a muda da fralda, tendo sido ainda mencionada a lavagem das dentaduras e a higiene após o falecimento do idoso, e ainda as situações de emergência:

- AAD1/AAD2/AAD7/AAD4: *“Mudar a fralda porque é desagradável ver e cheirar a urina e as fezes.”*

- AAD6: *“Lavar as dentaduras (...) ficam sempre muito sujas, não gosto de mexer naquilo cheio de restos de comida, mas tem de ser.”*
- AAD3/AAD5: *“Lavar e vestir os idosos mortos. Dá muita impressão.”*
- AAD8: *“As situações de emergência são as mais difíceis de resolver, porque nem sempre sabemos o que fazer (...).”*

2.5. Situação mais difícil de resolver/ultrapassar em serviço

As situações relatadas como mais difíceis de resolver e ultrapassar em serviço relatadas pelas participantes foram muito heterogêneas, tendo realce as três referências a situações de emergência e, também, três referências a situações relacionadas com a morte:

- AAD2: *“Uma vez, um residente faleceu sentado à mesa do pequeno-almoço (...) foi um pandemónio para tentar tirá-lo da sala sem que os outros se apercebessem (...).”*
- AAD3: *“Para mim foi assistir à morte de uma idosa que tinha problemas respiratórios, porque parecia que estava em agonia, mesmo com o oxigénio a correr (...).”*
- AAD4: *“Os maiores sustos que já tive aqui foram as quedas, principalmente aquelas em que bateram com a cabeça, porque depois tinha sempre receio que fizessem traumatismos cranianos e morressem de um momento para o outro.”*
- AAD5: *“Uma destas noites, uma residente começou a sangrar do nariz sem parar e tinha a tensão muito alta (...) fiquei muito aflita porque o sangue correu durante quase uma hora sem parar e a tensão não baixava (...).”*
- AAD6: *“As piores situações foram as paragens cardiorrespiratórias e as convulsões. Ainda por cima parece que estas coisas só acontecem à noite e quem cá está não sabe o que fazer (...).”*
- AAD7: *“Quando eles estão perto da morte parece que pressentem e começam a perguntar ‘Vou morrer, não vou?’ Uma pessoa fica sem saber o que diga (...).”*

2.6. Estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas

Em termos de estratégias às quais recorrem habitualmente para ultrapassar as principais dificuldades e dúvidas com que se deparam em serviço, houve consenso nas respostas, tendo todas as participantes referido o recurso ao trabalho em equipa e a outros

técnicos da residência em busca de auxílio, nomeadamente a Enfermeira ou algum elemento da Direção, e ainda ao serviço de INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e à Saúde24 (linha telefónica de aconselhamento e encaminhamento de utentes para as instituições mais adequadas do Sistema Nacional de Saúde).

3. Análise do Bloco “Formação e estratégias pedagógicas preferidas”

Com o último bloco, pretendia-se essencialmente averiguar se as participantes possuíam cursos e formações relacionados com a Geriatria, se lhes reconheciam utilidade na profissão que desempenham atualmente. Ainda, se tinham intenções de continuar a obter formação de modo a atualizarem conhecimentos e a colmatar as suas necessidades formativas pessoais por estas identificadas como prioritárias. Neste bloco foram também incluídas questões relacionadas com as preferências pedagógicas das mesmas enquanto formandas adultas.

3.1. Cursos e formações que possui relacionados com a Geriatria ou com utilidade para a mesma

A análise desta área temática permitiu verificar que nenhuma das participantes tem formação específica na área da Geriatria, embora duas delas tenham formação com utilidade para a mesma, nomeadamente o curso de Animação Sociocultural e o curso de Primeiros Socorros:

- AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD6/AAD7: “Não.”
- AAD5: “*Sim, aprendi muitas coisas sobre idosos no meu curso de animação sociocultural e no estágio também.*”
- AAD8: “*Para já só o curso de primeiros socorros, mas já pensei tirar o suporte básico de vida e o de cuidadores de idosos, só que não tenho tempo (...).*”

Quando lhes foi perguntado se se sentiam atualizadas em termos de conhecimentos geriátricos, todas as participantes concordaram que não, à exceção da detentora do curso de Animação Sociocultural, embora se demonstre interessada em dar continuidade à sua formação:

- AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD6/AAD7: “Não.”
- AAD5: “Acho que o que aprendi ainda está atualizado, porque acabei o curso só há 3 anos, mas também gostava de continuar a aprender mais coisas sobre Geriatria (...).”
- AAD8: “Já tirei o curso de primeiros socorros há algum tempo, para aí dois anos e meio. Por isso sei que está na hora de me atualizar outra vez e explorar outros cursos também.”

3.2. Utilidade que atribui aos cursos e formações que possui para a profissão de Auxiliar de Ação Direta

Quanto a existir ou não utilidade nos cursos e formações em Geriatria para a sua profissão atual, a maioria das respostas limitou-se ao “sim”, destacando-se os restantes testemunhos:

- AAD1: “Eu sei que se tivesse estudado mais tinha chegado mais longe, e hoje em dia de certeza que ia saber fazer mais coisas (...).”
- AAD2: “Sim, tinha sido bom ter algum curso sobre idosos para aprender a fazer bem as coisas mais importantes.”
- AAD3: “No meu tempo pouco se estudava. Íamos logo trabalhar para ajudar a família e foi o que eu fiz. Mesmo sem cursos fui aprendendo o que tinha de fazer (...).”

3.3. Intenção de obter formação contínua na área da Geriatria

Todas as participantes referiram ter intenções de obter formação contínua na área da Geriatria, tratando-se de uma formação proporcionada pela entidade patronal em contexto de trabalho. Contudo, quando lhes foi perguntado se procurariam essa formação por autorrecreação caso não lhes fosse proporcionada, metade das participantes referiu que não teria tempo extralaboral para dedicar à sua formação e outra metade, além do tempo, referiu não possuir recursos económicos para poder investir na mesma.

3.4. Necessidades formativas sentidas como prioritárias

Sete das oito participantes coincidiram nas suas respostas, afirmando que as suas necessidades formativas prioritárias neste momento são as temáticas dos Primeiros Socorros e do Suporte Básico de Vida, sendo que uma das participantes, além desta última, referiu ainda as Técnicas para Cuidadores de Idosos como temática do seu interesse, visto já possuir o curso de Primeiros Socorros.

3.5. Estratégias e métodos pedagógicos preferidos

Relativamente à melhor forma de ensinar e aprender em adulto, metade das participantes referiram que seria observando e praticando, enquanto a outra metade, concordando com as restantes, somou ainda o trabalho em grupo como uma forma de facilitar a aprendizagem.

Em termos de métodos pedagógicos, todas afirmaram preferir aprender através do método ativo e demonstrativo, o que corrobora as suas afirmações anteriores.

Quanto às técnicas pedagógicas enumeradas, o grupo foi relativamente consensual ao enumerar o *role-playing*, os exercícios práticos, trabalhos de grupo e análise de estudos de caso.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV

Após a análise, segue-se a discussão dos resultados por blocos.

1. Discussão do Bloco “Experiências anteriores e adaptação às funções”

A profissão de AAD é majoritariamente dominada por indivíduos do sexo feminino, o que foi comprovado neste caso específico, visto apenas existirem AAD do sexo feminino ao serviço da Residência em que esta investigação decorreu (Tabela 1), facto que, segundo o enquadramento teórico, por motivos sociais, culturais e históricos, é reconhecido à mulher o papel de cuidar (Melo, 2005; Yee & Shulz, citados por Graça, 2007). Esta tendência pode estar, ainda que inconsciente e indiretamente, relacionada com a escolha desta profissão, visto que a maioria das AAD entrevistadas referiu ter tido experiências anteriores como cuidadoras de idosos, nomeadamente em contexto familiar e, segundo as mesmas, os conhecimentos adquiridos nesse contexto motivaram a escolha da profissão.

Conforme mencionado anteriormente, Jamieson, et al (2010, citados por Ferreira, 2013) consideram que “as longas horas de trabalho, o número insuficiente de cuidadores formais, os riscos a que estão expostos, o contacto constante com o sofrimento, dor e morte, predispõe a experiências de intenso sofrimento” (p.63), o que coincide com as afirmações das AAD relativamente às suas principais dificuldades de adaptação às funções atuais. O desconhecimento face aos cuidados a prestar nas referidas situações críticas poderia produzir a insegurança inicial à qual fizeram referência, bem como ao excesso de trabalho, entendido por demasiadas horas de trabalho seguidas e/ou falta de cuidadores formais na equipa, que permitiriam repartir de forma mais equilibrada e, assim, aligeirar a quantidade das tarefas atribuídas a cada cuidador.

Relativamente à utilidade atribuída pelas AAD às suas experiências anteriores no desempenho das funções atuais, note-se que Graça (2007) refere que as competências adquiridas através da experiência (profissional, pessoal, social, familiar) são equiparáveis às habilidades aprendidas através dos processos formativos teóricos, pelo que é compreensível que todas as entrevistadas lhes reconheça muita utilidade.

2. Discussão do Bloco “Cuidados que presta e relação com os idosos”

Graça (2007) afirma que o nível de formação do cuidador influencia diretamente a qualidade da assistência prestada ao idoso. Note-se que, conforme afirma Lima (2012), assumir a responsabilidade de cuidar de alguém não representa apenas atender às suas necessidades básicas, mas também o início de uma relação empática. A qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador pode, pois, ser posta em causa aquando da falta de uma formação específica por parte do mesmo, conduzindo a cuidados pouco profissionais e ineficazes, bem como ao desagrado do próprio e dos idosos ao seu cuidado (Jamieson, et al, 2010, citados por Ferreira, 2013). Por outro lado, segundo Conceição (2012), a institucionalização dos idosos acarreta, por vezes, sentimentos de infelicidade e problemas de comunicação com terceiros, o que pode resultar em dificuldades de adaptação e estados depressivos. Dadas estas evidências teóricas, seria de esperar que a perceção das AAD entrevistadas, cuja formação específica em geriatria é pouca ou nenhuma, reconhecesse que há vários aspetos que poderiam melhorar quando questionadas acerca da qualidade dos cuidados que prestam e da relação que mantêm com os idosos que assistem. Porém, talvez pela própria falta de conhecimentos geriátricos acerca de aspetos relacionais e de precisão técnica, parecem estar relativamente conformadas com o nível de qualidade do trabalho prestado, e chegam mesmo a afirmar que a qualidade das relações terapêuticas que mantêm em nada depende da formação de que são detentoras, contrariamente ao que afirma Almeida (2008), que defende que a formação adequada dos cuidadores fomenta uma melhor relação empática e terapêutica com os idosos.

Contraditoriamente, quando questionadas acerca dos cuidados que consideram mais fáceis/agradáveis e mais difíceis/menos agradáveis de prestar, denotam, claramente, mais prazer em realizar atividades que exigem menos conhecimentos teóricos e competências técnicas no seu desempenho, mas sim uma realização repetida e habilidades sociais, facilmente adquiridas através das suas experiências anteriores com idosos, como a higiene, a alimentação e as atividades de tempos livres. Já os cuidados que apontaram como mais “repulsivos”, como a muda da fralda e a limpeza de dentaduras, exigiriam uma abordagem ética que as preparasse para uma compreensão diferente dos mesmos, de modo a focarem o conforto e o bem-estar do idoso como objetivo desses cuidados, em vez de se centrarem no cheiro ou aspeto desagradável daquilo que observam nessas situações. A referência às dificuldades sentidas aquando da necessidade de prestação de cuidados de emergência e pós-morte, também apontadas enquanto piores experiências vivenciadas em serviço, é outro sinal

de carência formativa, pois demonstram igualmente não terem sido preparadas para lidar com tais situações. Barbosa, et al (2007) e Ferreira (2012) confirmam precisamente que, quanto menos formação os cuidadores formais têm no âmbito dos cuidados prestados, mais dificuldades sentem e pior desempenho apresentam na realização dos mesmos.

Relativamente às estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades encontradas, foi referido, entre outras, o trabalho em equipa, que, segundo Ferreira (2012) é uma estratégia útil para conseguir manter a harmonia e satisfação no desempenho das suas funções, sempre e quando se baseie numa boa comunicação e cooperação.

3. Discussão do Bloco “Formação e estratégias pedagógicas preferidas”

Reis (2000, citado por Ferreira, 2013) afirma que “nem todos os cuidadores de estruturas residenciais possuem formação básica” (p. 61), apesar de, no quadro dos Auxiliares de Ação Direta, fruto de acordos entre a Federação Nacional dos Sindicatos da Educação, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e o Ministério do Trabalho, estarem definidas como condições para o exercer da profissão ter 18 anos de idade e a escolaridade obrigatória legalmente definida (Conceição, 2012). Porém, aquando da análise das habilitações das AAD entrevistadas (Tabela 1) verificou-se que nem todas cumprem estes requisitos. O facto de a maioria não ter frequentado cursos relacionados ou com incidência na área da geriatria e não se sentir atualizada nesse sentido, vai ao encontro das afirmações de Potter, Churilla e Smith (2006, citados por Conceição, 2012), que defendem que não tem havido o investimento necessário na formação dos Auxiliares de Ação Direta por não ser visto como prioritário. No entanto, e sobretudo as duas AAD que referiram ter cursos com algum interesse no âmbito geriátrico, reconhecem a utilidade dos conhecimentos e competências adquiridas, e demonstram ter confiança nos mesmos, pois tal como defende Conceição (2012), a formação contínua destes profissionais conduz a uma maior valorização pessoal e institucional. Deste modo, todas referiram ter intenções de obter formação a este nível, desde que proporcionada pela entidade patronal e em contexto de trabalho. Efetivamente, o contexto real de trabalho é considerado o cenário ideal para a formação contínua dos AAD, por permitir uma melhor compreensão da realidade profissional, assim como das dificuldades e necessidades formativas prioritárias (Conceição, 2012). Cachioni, et al (2005) referem que os formandos procuram na formação contínua atualizar-se e sentir-se ativos de modo a evoluir a nível pessoal e coletivo. Contudo, a sua motivação para aprender, tratando-se de formandos

adultos, depende diretamente de uma aprendizagem guiada por processos personalizados e dinâmicos em contexto de trabalho, em detrimento dos sistemas tradicionais de formação (Silva, 2005).

Segundo Ferreira (2012), as maiores dificuldades detetadas nos AAD e, portanto, as suas necessidades formativas prioritárias, incidem, entre outras, nos conhecimentos específicos sobre doenças e no impacto físico e emocional relacionados com a morte e o sofrimento, o que vai ao encontro das respostas dadas pelas AAD entrevistadas, ao apontarem como suas necessidades formativas prioritárias os Primeiros Socorros, Suporte Básico de Vida e Técnicas para Cuidadores de Idosos.

Conforme referido por Chudo e Sonzogni (2007), Cachioni, et al (2015), Fernandes (2014) e Chagas e Ferreira (2013), que afirmam que os formandos adultos preferem atividades pedagógicas interativas, dinâmicas, ativas e participativas, nas respostas dadas pelas AAD relativamente às estratégias pedagógicas da sua preferência foram escolhidos os métodos ativo e demonstrativo, com recurso a técnicas como o trabalho de grupo, *role-playing*, exercícios práticos e análise de estudos de caso.

CONCLUSÕES

CAPÍTULO V

Esta investigação resulta de um processo organizado em diferentes etapas que se complementam no sentido de alcançar o propósito inicial: conhecer a perceção dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar quanto às suas necessidades de formação contínua, a fim de intervir futuramente no campo da formação em serviço.

Ao longo do enquadramento teórico, foi feita referência ao envelhecimento demográfico em que o nosso país se encontra, bem como ao conjunto de mudanças socioculturais que temos vindo a experimentar e que colocam a pessoa idosa num lugar vulnerável na sociedade, que parece não ter tempo nem condições para lhes prestar o apoio necessário e condená-los a um fim de vida solitário e desprotegido.

Dado que um dos grandes desafios contemporâneos é o de quebrar o preconceito de que os mais velhos são inúteis e representam um fardo familiar e social, impõe-se cada vez mais a criação de soluções humanas e estruturais para um acolhimento sénior que lhes proporcione um envelhecimento ativo, saudável e com a maior qualidade possível, rentabilizando as suas capacidades e minimizando as suas limitações.

Foi, assim, pertinente abordar esta nova situação de vida do idoso que, comumente, encontra na própria institucionalização a assistência e os cuidados necessários para viver o envelhecimento ideal. Neste cenário, o AAD assume o papel de cuidador principal, o qual se reveste de deveres, responsabilidades e competências técnicas e relacionais que só uma boa formação e experiência poderão conceder.

Contudo, constatou-se que a formação destes profissionais em Portugal assume ainda contornos rudimentares e é pouco valorizada, não sendo legalmente exigido para a admissão e desempenho da profissão nada mais que a maioria e a completude da escolaridade mínima obrigatória, o que, na realidade e apesar de insuficiente, nem sempre é cumprido, visto que esta investigação incluiu AAD em pleno exercício das suas funções que apenas tinham concluído o 4º ano de escolaridade.

Esta investigação seguiu uma abordagem qualitativa. A entrevista semiestruturada assumiu-se como a técnica mais adequada para recolher dados, em especial devido à possibilidade de obter informação verbal, mas também a perceção de gestos, silêncios, hesitações e emoções que enriquecem o discurso e que possibilitam interpretações. Após a realização das entrevistas, foi perceptível que poderiam ser feitas algumas melhorias,

nomeadamente: i) a introdução de questões relacionadas com os fatores que condicionam a aprendizagem e a intenção de formar-se das participantes; ii) as experiências formativas anteriores que pudessem interferir com essa intenção; iii) a atitude face à aprendizagem enquanto adultas; iv) a perceção dos benefícios pessoais da formação e não apenas dos profissionais; v) a influência do grau de formação na satisfação profissional, entre outros.

Com a análise dos testemunhos das participantes foi possível concluir alguns aspetos relativos a este grupo específico.

O grupo de participantes é homogéneo quanto ao sexo, porém heterogéneo em termos etários e de habilitações académicas, sendo constituído somente por mulheres entre os 30 e os 59 anos de idade, na sua maioria com o 4º ano de escolaridade completo, duas delas com o 9º ano e outras duas com o 12º ano. A grande maioria trabalha na residência em causa desde a sua inauguração, sendo que apenas uma iniciou funções há cerca de 3 meses. A prevalência da figura feminina no papel de cuidadora comprovada por esta investigação corrobora os achados da análise documental relativamente a esta tendência social ancestral.

Embora a maior parte das participantes afirme ter enveredado pela profissão pela necessidade de ter emprego, demonstraram ter ultrapassado os constrangimentos iniciais e terem ganho gosto pela profissão.

Parece não haver uma relação direta representativa entre as componentes idade, sexo e tempo de serviço na instituição atual e as respostas dadas. Contudo, em algumas respostas foi referida a idade como condicionante para ter estudado menos e preocupar-se mais com o ganho de experiência que com a aquisição de conhecimentos teóricos.

O grau de escolaridade das participantes e o facto de possuírem outros cursos parece ter alguma influência quanto à perceção da utilidade da formação na prática, sendo que as Auxiliares com menos habilitações valorizam sobretudo a experiência pessoal e profissional para ganhar destreza e competências, enquanto as Auxiliares com mais habilitações demonstraram mais interesse pela formação enquanto preparação para exercer a profissão atual, não menosprezando, a experiência prática.

Por outro lado, as Auxiliares com menos habilitações não reconheceram a influência da formação na qualidade do relacionamento mantido com os idosos contrariamente às restantes colegas, que demonstraram uma maior consciência relativamente à importância de conhecer as mudanças comportamentais dos idosos e suas causas, para melhor os compreender e relacionar-se com eles. Do mesmo modo, as que possuem mais habilitações são as que admitem, mais facilmente que, embora considerada boa, a qualidade dos cuidados prestados por elas aos idosos poderia melhorar.

Em termos de tarefas que lhes dão mais prazer realizar, na sua maioria foram referidos o apoio no banho e na alimentação e o acompanhamento nas atividades de lazer, justificando-se pela satisfação proporcionada aos idosos nesses momentos específicos. Como tarefas menos prazerosas foram citadas, pela maioria e entre outras, a muda da fralda, a gestão de situações de urgência e a pós-morte. Estes resultados permitem concluir que quanto mais conhecimentos técnicos e teóricos são exigidos para realizar uma tarefa, menos prazer e mais dificuldades são encontrados pelas participantes na sua realização, o que comprova, mais uma vez, a importância de obterem formação a este nível. Aquando da descrição das situações mais difíceis de resolver/ultrapassar em serviço, as respostas vieram reforçar ainda mais esta ideia.

Quando questionadas acerca das estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades e dúvidas com que se deparam no decorrer da profissão, todas as Auxiliares demonstraram um grau de autonomia reduzido na resolução de problemas, dado que as suas respostas passaram pelo recurso à ajuda de outros colegas, consulta de técnicos da instituição ou procura de auxílio através do INEM e Saúde24. Esta atitude, apesar de correta do ponto de vista institucional e eficaz no que respeita à assistência ao idoso, revela falta de conhecimentos e competências que lhes confirmam a segurança necessária para agir autonomamente em determinados casos nos quais uma intervenção simples seria suficiente para resolver a situação. Contudo, a falta de formação adequada mais uma vez traduz-se numa atuação menos imediata por parte das Auxiliares, que se vêm obrigados a recorrer a terceiros para saber o que fazer.

Nenhuma das Auxiliares entrevistadas possuía formação específica na área da Geriatria, embora duas delas tenham cursos com utilidade para o desempenho das suas funções, nomeadamente o curso de Animação Sociocultural e o curso de Primeiros Socorros.

Como suas necessidades formativas prioritárias, a maioria identificou as áreas dos Primeiros Socorros e do Suporte Básico de Vida, visto que é saber agir em situações de urgência o que mais as preocupa.

A observação seguida da prática foi a forma de aprendizagem que todas identificaram como a melhor para adultos, e metade das participantes ainda mencionou, como bom exemplo, o trabalho de grupo.

Todas concordaram que preferiam aprender através do método ativo e demonstrativo, e houve consonância nos recursos pedagógicos da sua preferência, tais como o *role-playing*, a análise de estudos de caso, os trabalhos de grupo e os exercícios práticos.

Apesar de, na sua maioria, terem reconhecido não se considerarem atualizadas em termos formativos e não terem procurado formação para reverter a situação pelo menos nos últimos 2 a 3 anos, todas revelaram interesse em aumentar os seus conhecimentos na sua área de trabalho, principalmente se disponibilizados pela sua entidade patronal em contexto de trabalho, pois afirmam não dispor do tempo pós-laboral e recursos económicos necessários para investir numa formação contínua por sua autorrecreação.

Parte da responsabilidade por melhorar as competências destas profissionais passa, pois, pela conscientização da própria entidade patronal das suas necessidades formativas, bem como da organização de um plano de formação à sua medida, visto que, deste modo, todos colherão os frutos deste investimento: as Auxiliares melhorarão o seu desempenho; a residência obterá melhores resultados em termos de produtividade dos seus funcionários e rentabilização de recursos materiais e humanos; e os idosos obterão uma assistência com mais qualidade, o que, conseqüentemente, trará mais satisfação a todos.

Considera-se que os objetivos traçados para a realização desta investigação foram atingidos, sendo que se conseguiu traçar o perfil dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar através da sua caracterização, compreender a sua perceção face às suas necessidades formativas prioritárias e as suas estratégias pedagógicas de eleição enquanto formandos adultos. Esta informação é útil no sentido de constituir um ponto de partida para a projeção e planeamento de opções formativas em serviço para os funcionários da referida residência.

É necessário continuar a fazer investigações neste mesmo âmbito mas em diferentes contextos e meios institucionais para introduzir fatores distintos que possam enriquecer os resultados obtidos e servir para fazer comparações que tragam conclusões importantes.

Apesar de existir muita bibliografia sobre o envelhecimento, foi difícil encontrar investigações similares a esta no âmbito da formação dos cuidadores para poder estabelecer um termo de comparação de resultados. Por outro lado, é uma investigação que não permite a generalização dos mesmos pois foca um espaço institucional específico e um número de participantes muito reduzido, podendo, no entanto, constituir um ponto de partida para outras investigações mais aprofundadas, que venham a abranger diferentes realidades institucionais e cuidadores formais com diferentes percursos de vida e características individuais distintas.

No caso específico da residência onde decorreu a investigação, por exemplo, trata-se de uma instituição sénior particular. Mudando de cenário para uma instituição pública talvez ressaltem *nuanças* interessantes para a investigação. Seria igualmente interessante abordar cuidadores com experiência profissional em ambos os contextos de modo a perceber se

existem diferenças na importância atribuída à sua formação, se as necessidades formativas sentidas são idênticas ou diferem dependendo do contexto, e se as soluções formativas oferecidas em cada caso vão ao encontro das mesmas.

Importa desenvolver programas de intervenção com os cuidadores formais que incidam na promoção de conhecimentos e de competências relativas ao cuidado de idosos e aspetos relacionais com os mesmos, tornando-os profissionais mais capacitados e autónomos no desempenho das suas funções.

O Enfermeiro é um dos elementos responsáveis por desenvolver e proceder à formação dos Auxiliares de Ação Direta. Daí o interesse pela escolha deste tema de estudo, a fim de compreender qual a forma mais adequada de o fazer tendo em conta a amostra desta investigação em particular, e de idealizar, futuramente e para a mesma, um plano de formação personalizado tendo em conta a perceção pessoal dos mesmos quanto ao que precisam de aprender, bem como a sua forma preferida de o frequentar enquanto formandos adultos.

Aprender é uma das capacidades mais valiosas que nos acompanha ao longo da vida e independentemente da idade, pelo que devemos ser sempre conscientes das nossas limitações e aproveitar todas as oportunidades que nos sejam disponibilizadas para poder superá-las, evoluindo tanto a nível pessoal como a nível profissional, de forma voluntária, gradual e contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida* [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Alonso, L. (2006). *Formação ao longo da vida e aprender a aprender*. Braga: Universidade do Minho.
- Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.
- Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio* [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.
- Bernardes, A. (2008). Políticas e práticas de formação em grandes empresas – Situação actual e perspectivas futuras. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. ISSN 1646-4990. 6: 57-70.
- Cachioni, M. et al (2015). Metodologias e Estratégias Pedagógicas utilizadas por Educadores de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Educação & Realidade*. Porto Alegre. 40 (1): 81-103.
- Cardim, J. (2009). *Gestão da Formação nas organizações*. Lisboa: Lidel.
- Chagas, E., & Ferreira, F. (2013). Como despertar o interesse do Aluno Adulto nos Estudos. Ensaios Pedagógicos – Revista Electrónica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET. ISSN 2175-1773.

- Chanfana, A. (2011). *A importância da formação profissional na Polícia de Segurança Pública* [dissertação]. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Chudo, M., & Sonzogno, M. (2007). O Processo de Ensino-Aprendizagem de Adultos Universitários: Um caso da Biologia Educacional na Formação de Educadores. *Investigações em Ensino de Ciências*. São Paulo: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. 12 (2): 183-203.
- Conceição, J. (2012). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados. Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Dias, A. (2015). *Diagnóstico de Necessidades de Formação em Contexto Organizacional*. Évora: Departamento de Sociologia do Colégio Espírito Santo da Universidade de Évora.
- Díaz, M., & Valdés, J. (2003). Algunos aspectos teórico-conceptuales sobre el análisis documental y el análisis de información. *Revista Ciencias de la Información*. Cuba: Instituto de Información Científica y Tecnológica. 34 (2): 49-60.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde*. Diário da República: I série-A, nº 109 (2006). Acedido a 24 de Janeiro de 2017. Disponível em: www.dre.pt.
- Fernandes, A. (2014). *Práticas Pedagógicas no Ensino Profissional* [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.
- Ferreira, C. (2013). *Sentimentos experienciados pelos cuidadores formais em estruturas residenciais para idosos perante o cuidado ao idoso em fim de vida* [dissertação]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

- Ferreira, M. (2012). *Ser Cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* [dissertação]. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança.
- Fonseca, J. (2012). *Formação em empresa: Opções, conceções e práticas* [dissertação]. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Graça, S. (2007). *A formação profissional e a qualidade dos serviços prestados a idosos institucionalizados – um estudo de caso* [dissertação]. Beja: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja.
- Grilo, A. (2012). *A Análise de Necessidades de Formação e a Planificação da Formação – Um Estudo Empírico*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Lage, M. (1996). *A empatia e a comunicação não-verbal nas perspetivas da enfermeira e do cliente* [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Leandro, D. (2013). *A (re)capacitação social como instrumento para um envelhecimento bem-sucedido* [tese]. Évora: Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora.
- Lima, A. (2012). *Posso ajudar? Cuidador formal e relação de ajuda: a perceção do idoso acerca do apoio oferecido por um serviço socioassistencial de um município do interior de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Manual de Boas Práticas (2001). Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência. Instituto da Segurança Social, I.P..

Nassif, V., et al (2007). É possível integrar a Teoria à Prática no contexto de Sala de Aula? Uma resposta através do Método da Pesquisa-Ação em um curso de Administração. *Revista de Ciências da Administração*. 9 (18): 11-34.

Neto, T. (2005). *Relação entre alcance funcional e quedas no indivíduo muito idoso institucionalizado*. Lisboa: Escola Superior de Saúde Atlântica da Universidade Atlântica.

Neves, H. (2012). *Causas e consequências da Institucionalização de Idosos – Estudo tipo série de casos* [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Paúl, C. (1997). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Polit, D., et al (trad. Ana Thorell) (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed. 5ª ed.

Regulamento Interno da Residência Sol & Mar (2017).

Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 25 (4): 585-593.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora.

Silva, A. (2005). *Formação, Trabalho e Aprendizagem ao Longo da Vida*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Silveira, L. (2000). *Detenção. Identificação e Análise de Formação e Aprendizagem*. Matosinhos: Contemporânea Editora.

Toniazzo, N. (2009). *Didática: A Teoria e a Prática na Educação*. Paraná: Fsculdade de Ampére da Universidade de Ampére.

Anexos

ANEXO 1 – Caracterização da Residência Sol & Mar

Conforme consultado no regulamento interno da respetiva instituição, e após reunião informal com alguns dos elementos do órgão de gestão da mesma a fim de realizar esta breve colheita de dados, verifica-se que a Residência Sol & Mar, é uma organização social privada, cuja principal finalidade se baseia na prestação de apoio residencial a idosos e pessoas com necessidades especiais impossibilitadas de permanecer no seu domicílio, proporcionando-lhes qualidade de vida através da excelência e rigor dos serviços que disponibiliza.

Esta instituição, inaugurada a 21 de Setembro de 2013 na presença do ilustre ator português Ruy de Carvalho e sua família, localiza-se no Sítio do Carapeto, circunscrito na Freguesia da Conceição de Tavira, Concelho de Tavira, Distrito de Faro (Portugal).

Entre os objetivos deste espaço sénior encontram-se: o acolhimento e prestação de cuidados básicos e de lazer; a garantia da qualidade de vida, segurança, conforto e condições de bem-estar físico e social; respeito pelos direitos individuais, dignidade e privacidade dos residentes; o estímulo do espírito de solidariedade entre residentes; a preservação e reforço das relações familiares e intergeracionais mediante contatos programados com outros elementos da comunidade; o retardamento do processo de envelhecimento, o qual se pretende que decorra com a máxima autonomia e saúde.

Deste modo, a Sol & Mar acolhe de forma permanente ou temporária residentes de ambos os sexos, proporcionando-lhes serviços ao nível do alojamento, alimentação, saúde, segurança, conforto, lazer, autonomia e bem-estar, excetuando o acolhimento de doentes do foro psiquiátrico que possam, pela sua condição psíquica, constituir risco para a segurança física dos demais residentes ou para o normal funcionamento da instituição,

Os serviços prestados incluídos na mensalidade base incluem, assim:

- Alojamento (permanente ou temporário) em quarto individual ou duplo;
- 5 refeições diárias;
- Cuidados de higiene;
- Acompanhamento interno 24 horas;
- Tratamento de roupas;
- Consulta de Medicina Geral uma vez por semana;
- Serviço permanente de Enfermagem Geral;
- Gestão e marcação de consultas;
- Gestão e transporte de Medicação;

- Acesso ao Ginásio, Capela e demais equipamentos comuns disponíveis;
- Aulas de Hidroginástica e Relaxamento em grupo uma vez por semana;
- Fisioterapia de Grupo duas vezes por semana;
- Sessões de Psicomotricidade;
- Acompanhamento básico de Nutrição;
- Serviço permanente de Gerontologia;
- Serviço Social;
- Psicologia;
- Animação e Lazer;
- Acesso à internet e televisão.

Entre os serviços não incluídos na mensalidade base, porém igualmente disponíveis, encontram-se:

- Sessões individuais de Fisioterapia e Hidroterapia;
- Consultas Médicas de urgência, Externas, de Nutrição, Terapia da Fala ou Psicologia;
- Fornecimento de refeições extra, oxigênio, medicação, fraldas ou pensos;
- Atos específicos de Enfermagem (Algáliação, pensos, etc);
- Exames complementares de diagnóstico;
- Aluguer de equipamentos (cadeira de rodas, colchão anti-escaras, etc);
- Transporte (ambulância, táxi, etc) e acompanhamento ao exterior;
- Taxas moderadoras ou outros serviços do Sistema Nacional de Saúde público ou privado;
- Serviço de Cabeleireira e Estética;
- Chamadas telefônicas;
- Excursões e outras atividades de lazer;
- Marcação de roupa.

O alojamento temporário nesta residência pode assumir três vertentes:

- Por situação de convalescença: para estabilização clínica de residentes sem necessidade de internamento hospitalar e sem condições físicas, familiares, habitacionais e/ou sociais para regressar ao domicílio.

- Para descanso do Cuidador: permite acolher residentes cujo Cuidador familiar/informal esteja temporariamente impossibilitado de cuidá-los ou necessite de um período de descanso por se encontrar em exaustão.
- Em regime de lazer e férias: destinado aos residentes sénior com ou sem limitações que pretendam usufruir de diferentes programas ao nível do Turismo Sénior, de Saúde ou Adaptado.

Para iniciar o processo de admissão, geralmente precedido de uma visita guiada às instalações da residência feita pela Diretora Técnica, é necessária a apresentação dos documentos de identificação, fotografias, relatório médico comprovativo da inexistência de doenças infetocontagiosas, relatório médico com a medicação prescrita e com a história pregressa de saúde e preenchimento da ficha de inscrição disponibilizada pela instituição. A Direção da Sol & Mar toma a decisão final de aceitação ou recusa do pedido de admissão após apreciação dos dados do interessado e, uma vez aceite, agenda a data e hora de acolhimento, momento no qual é celebrado o contrato de prestação de serviços.

Aquando do acolhimento, o residente efetua o pagamento de uma caução, são definidos os cuidados e serviços a prestar ao mesmo, é feito o inventário dos seus bens e dá-se início ao período de integração correspondente aos primeiros 30 dias de institucionalização, após os quais, conforme o decurso da mesma, é contactada a família e decidido se a permanência do residente deverá continuar ou cessar, sendo a caução inicial devolvida neste último caso.

Para cada residente da instituição é criado um processo individual composto por uma parte administrativa (onde constam dados pessoais do mesmo, consentimento informado para a captação de imagens e os termos em que foi assinado o contrato), uma parte sociofamiliar (onde constam todos os dados relevantes para comunicar à família relativos à permanência do residente na instituição, tais como monitorizações, avaliações, ocorrências anómalas, etc) e uma parte clínica (onde constam todos os atos e ocorrências relativos à saúde e estado clínico do residente).

Os residentes da Sol & Mar têm direito:

- Ao respeito pela honra, intimidade e dignidade pessoais;
- À prestação dos serviços anteriormente enumerados;
- À informação sobre as regras e normas da residência;
- Ao tratamento com consideração, reconhecimento e respeito pelas suas convicções religiosas, sociais e políticas;

- A participar em todas as atividades do seu interesse;
- A apresentar reclamações e sugestões;
- A receber visitas (entre as 11h00 e as 18h30) e efetuar saídas de acordo com as regras vigentes;
- A permanecer num ambiente tranquilo, seguro e confortável com assistência permanente;
- A usufruir dos serviços extra disponíveis mediante o pagamento do respetivo custo.

Quanto aos seus deveres, os residentes da Sol & Mar comprometem-se a:

- Assumir comportamentos adequados, demonstrando respeito pelos demais e zelando pela conservação dos bens materiais envolventes;
- Garantir o pagamento pontual da mensalidade estabelecida, bem como despesas extra;
- Comunicar atempadamente à Direção Técnica as intenções de saída e ausência;
- Participar ativamente nas dinâmicas e rotinas da instituição;
- Cumprir e fazer cumprir aos seus familiares e/ou visitas as normas da instituição.

Existem ainda regras de segurança específicas a cumprir pelo residente, entre as quais é interdita a automedicação, o uso de aparelhos ruidosos durante a noite e/ou que incomodem terceiros, o uso de aparelhos ou utensílios que ponham em causa a segurança do próprio ou terceiros (cobertores elétricos, armas, etc), o acompanhamento de animais domésticos e o consumo de álcool e tabaco nas instalações da residência.

A Sol & Mar tem uma lotação máxima de 90 camas, albergando neste momento 45 residentes, todos em regime permanente, sendo na sua grande maioria mulheres algarvias semidependentes nas atividades de vida diárias, em média com 80 anos de idade.

Em termos de instalações, possui, além dos 58 quartos com casa de banho privativa, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de fisioterapia, um ginásio, uma piscina, um jacuzzi, uma sala de estética e massagens, um salão de cabeleireiro, uma capela, uma biblioteca, diversas salas de terapia, convívio e reuniões, terraços, um jardim e uma horta biológica.

De acordo com o organograma da instituição, o Órgão de Direção é constituído por três elementos: duas Assistentes de Direção, o Departamento Financeiro no qual se situa a

proprietária da residência, responsável pela Contabilidade, Fiscalidade, Tesouraria, Crédito/Cobrança, Salários e Orçamentos, e a Diretora Técnica, com formação académica superior na área das ciências sociais e humanas, responsável pela coordenação dos vários departamentos, os quais incluem:

- Departamento de Recursos Humanos (Seleção e Recrutamento): 4 funcionários.
- Departamento dos Serviços Gerais (Cozinha, Auxiliares de Ação Direta, Lavandaria, Limpeza e Motorista): 24 funcionários.
- Departamento de Saúde e Bem-estar (Equipa Médica, Equipa de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Cabeleireira/Esteticista): 7 funcionários.
- Departamento de Animação Sociocultural (Equipa de Animação): 2 funcionários.
- Departamento de Manutenção: 2 funcionários.

Existem, portanto, neste momento, 43 funcionários ao serviço desta instituição.

ANEXO 2 – Guião da entrevista

Entrevista aos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar

A presente entrevista enquadra-se no âmbito de uma Dissertação do Mestrado de Ciências da Educação e Formação, na área de Especialização de Educação e Formação de Adultos, e tem como finalidade recolher testemunhos de Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar para averiguar a sua perceção acerca das suas necessidades formativas e as suas preferências em termos de estratégias pedagógicas.

As respostas obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta investigação e será guardada total confidencialidade dos entrevistados.

Guião da entrevista

Tema: Saber mais para Cuidar Melhor: A perceção dos Auxiliares de Ação Direta acerca das suas necessidades de formação contínua

Objetivo geral: Conhecer as necessidades de formação contínua dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar, numa perspetiva de intervenção futura no campo da formação em serviço.

Tipo: Semi-estruturada

1. Caracterização Individual

- Sexo _____

- Idade _____

- Escolaridade _____

- Tempo de exercício da profissão na Instituição _____

2. Blocos temáticos, objetivos específicos e questões

Blocos Temáticos	Objetivos específicos	Questões
Experiências anteriores e adaptação às funções	Conhecer experiências de vida como cuidador de idosos	À parte da sua profissão atual, em que outras circunstâncias de vida manteve uma relação significativa com e/ou cuidou de idosos?
	Conhecer o motivo para trabalhar na área da Geriatria	Como decidiu trabalhar na área da Geriatria?
		Como surgiu o seu interesse por esta profissão?
	Perceber como foi a adaptação à profissão de AAD*	Como correu a sua adaptação à sua atual profissão/local de trabalho?
	Perceber qual a utilidade das experiências pessoais no desempenho da profissão de AAD	Considera que as suas experiências pessoais anteriores com idosos têm influência/utilidade no desempenho da sua profissão atual?
Cuidados que presta e relação com os idosos	Conhecer a perceção da qualidade dos cuidados que presta aos idosos	Como avaliaria a qualidade dos cuidados que presta aos idosos no decurso da sua profissão?
		Considera que as suas dúvidas/falta de informação e esclarecimento em determinados assuntos comprometem ou podem vir a comprometer a qualidade dos cuidados que presta? E/Ou Considera que a sua formação na área da Geriatria tem influência na qualidade dos cuidados que presta?/É suficiente?
	Conhecer a perceção da qualidade do relacionamento	Como avaliaria a qualidade da relação que mantém com os idosos que cuida?

	que mantém com os idosos	<p>Considera que as suas dúvidas/falta de informação e esclarecimento em determinados assuntos comprometem ou podem vir a comprometer a qualidade dessa relação?</p> <p>E/Ou</p> <p>Considera que a sua formação na área da Geriatria tem influência na qualidade dessa relação?</p>
	Averiguar quais os cuidados que considera mais fáceis/agradáveis de prestar	Quais os cuidados que sente mais facilidade/prazer em prestar? Porquê?
	Averiguar quais os cuidados que considera mais difíceis/desagradáveis de prestar	Quais os cuidados que sente mais dificuldade/menos prazer em prestar? Porquê?
	Obter a descrição da situação mais difícil de resolver/ultrapassar em serviço	Considerando a sua experiência como AAD, descreva a situação mais difícil que teve de resolver/ultrapassar em serviço.
	Conhecer as estratégias usadas para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas	Como/onde costuma procurar soluções/estratégias/informação para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas em serviço.
Formação e estratégias pedagógicas preferidas	Averiguar cursos e formações que possui relacionadas com a Geriatria ou com utilidade para a mesma	Possui formação específica na área da Geriatria ou que tenha utilidade nessa área? Quais os cursos/formações?
		<p>Considera-se atualizado(a) nesta área em termos formativos?</p> <p>E/Ou</p> <p>Há quanto tempo obteve a sua última formação nesta área?</p>

	Averiguar a utilidade que atribui a esses cursos e formações na profissão de AAD	Considera que esses cursos/formações têm/teriam tido utilidade na sua profissão?
	Averiguar a intenção de obter formação contínua na área da Geriatria	Gostaria de continuar a obter formação de modo a melhorar os seus conhecimentos geriátricos?
		Gostaria que a sua entidade patronal lhe proporcionasse oportunidades formativas em contexto de trabalho?
		Pretende procurar essa formação por sua autorrecreação caso ela não lhe seja proporcionada?
	Conhecer as necessidades formativas sentidas como prioritárias	Quais as áreas formativas em que sente mais dúvidas/necessidade de esclarecimento/interesse?
	Conhecer as estratégias e métodos pedagógicos preferidos	Qual é, na sua opinião, a melhor/mais fácil forma de ensinar e aprender enquanto adulto?
		Qual o seu método pedagógico preferido: ativo, demonstrativo, expositivo, interrogativo?
		Cite alguns exemplos de técnicas pedagógicas através das quais gostaria de obter a sua formação (ex: trabalhos de grupo, <i>role-playing</i> , estudos de caso, brainstorming, etc).

*AAD: Auxiliar de Ação Direta

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Micaela Patrícia Lopes Patrício e encontro-me atualmente a frequentar o segundo ano do Mestrado em Ciências da Educação e da Formação na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, estando a elaborar uma dissertação cuja temática assenta nas necessidades de formação contínua dos Auxiliares de Ação Direta, sob a orientação da Professora Doutora Helena Quintas.

O objetivo geral desta investigação consiste em conhecer as necessidades de formação contínua dos Auxiliares de Ação Direta da Residência Sol & Mar, numa perspetiva de intervenção futura no campo da formação em serviço.

No âmbito desta investigação estou a proceder a uma recolha de dados, para a qual venho solicitar a sua colaboração através da uma entrevista. Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista, gostaria de obter uma autorização para a gravação da mesma em áudio.

Caso aceite participar na mesma, é-lhe garantido o anonimato e todas as informações fornecidas por si serão confidenciais, sendo os dados recolhidos usados exclusivamente para esta investigação.

Tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento e de não responder a questões que não queira. Não existem respostas corretas ou incorretas, apenas as suas opiniões e relatos sobre a sua experiência.

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a investigação: “Saber mais para Cuidar Melhor: A perceção dos Auxiliares de Ação Direta acerca das suas necessidades de formação contínua” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo, bem como a gravação áudio da entrevista à qual aceito submeter-me.

Carapeto, _____ de _____ de 2017

Assinatura: _____

ANEXO 4 – Análise de conteúdo das entrevistas

Blocos Temáticos	Objetivos específicos	Questões	Indicadores	Unidades de registo
Experiências anteriores e adaptação às funções	Conhecer experiências de vida como cuidador de idosos	À parte da sua profissão atual, em que outras circunstâncias de vida manteve uma relação significativa com e/ou cuidou de idosos?	Identificação de experiências anteriores (familiares/profissionais) com idosos	<p>AAD*1: “Fui criada pelos meus avós paternos, por isso toda a vida vivi com idosos, aprendi com eles e, quando eles foram envelhecendo, fui cuidando deles também nas coisas que lhes foi custando fazer (...).”</p> <p>AAD2: “Cuidei do meu pai até à morte e agora cuido da minha sogra (...).”</p> <p>AAD3: “Toda a vida cuidei de idosos, tanto em casa como no trabalho (...) toda a vida fiz isto (...).”</p> <p>AAD4: “Tirando ter ajudado a minha avó em casa quando ela partiu a bacia, só tive mais contacto com idosos quando comecei a trabalhar aqui.”</p> <p>AAD5: “O meu avô vive na casa dos meus pais porque deixou de poder</p>

			<p>orientar-se sozinho depois da minha avó morrer, e eu ajudei a cuidar dele enquanto lá vivi também. (...) Quando tirei o curso de Animadora Sociocultural para acabar o 12º ano fiz um estágio numa instituição tipo centro de dia e fazia atividades com os idosos (...).”</p> <p>AAD6: “Cuido dos meus pais (...) adoeceram os dois de cancro nos intestinos e já têm uma certa idade os dois (...).”</p> <p>AAD7: “Ajudei a minha mãe a cuidar dos meus bisavós desde pequena e agora cuido dela, apesar de ela ser muito independente para a idade que tem (...).”</p> <p>AAD8: “Sempre fui muito próxima da minha avó e da minha tia, que já têm as duas mais de 80 anos, e sempre vou ajudando em qualquer coisa que me peçam, mas cuidar mesmo de idosos só desde que trabalho aqui.”</p>
--	--	--	--

	Conhecer o motivo para trabalhar na área da Geriatria	Como decidiu trabalhar na área da Geriatria?	Identificação da entrada na profissão por gosto pessoal e/ou necessidade de emprego	<p>AAD1: “Precisava de trabalhar e foi isto que apareceu, e eu também como já estava habituada a cuidar de idosos na minha família, achei que ia ter jeito e comecei num lar ao pé da minha antiga casa (...).”</p> <p>AAD2: “Foi por necessidade de emprego, mas gosto do que faço.”</p> <p>AAD3: “Eu nasci para isto, é o que faço melhor e gosto de fazer (...).”</p> <p>AAD4: “Calhou. Andava à procura de emprego e não pensei duas vezes quando surgiu esta oportunidade.”</p> <p>AAD5: “Depois de tirar o meu curso e fazer aquele estágio, percebi que gostava de trabalhar nesta área, por isso comecei a procurar emprego em lares e outras instituições de idosos e acabei por vir parar aqui.”</p> <p>AAD6: “Eu sempre me dei bem com os mais velhos, por isso nunca pus de parte</p>
		Como surgiu o seu interesse por esta profissão?		

				<p>trabalhar neste tipo de lugares. (...)</p> <p>Quando a residência abriu eu pensei que era bom para mim vir para aqui porque moro aqui perto, experimentei e estou cá até agora.”</p> <p>AAD7: “Eu só fiz a 4ª classe e para quem estuda pouco, estes são os trabalhos que há (...).”</p> <p>AAD8: “Só comecei nisto há 3 meses, ainda estou a ver se me adapto, mas até agora acho que está a correr bem e eu preciso de trabalhar (...).”</p>
	Perceber como foi a adaptação à profissão de AAD	Como correu a sua adaptação à sua atual profissão/local de trabalho?	Identificação das dificuldades inerentes à adaptação à nova profissão	<p>AAD1: “Foi boa (...) a gente tem sempre medo de fazer alguma coisa mal ao princípio mas depois aprende-se (...).”</p> <p>AAD2: “Correu bem, apesar de ser exigido muito trabalho, mas com o tempo habituamo-nos (...).”</p> <p>AAD3: “Sempre bem, nunca tive problemas com o que faço.”</p>

				<p>AAD4: “O início foi um pouco difícil. Sentia-me muito cansada ao fim do turno, principalmente porque eu fazia quase sempre as noites. De noite é quando eles descompensam mais e nem sempre é fácil controlar a situação, até porque normalmente só somos duas auxiliares aqui de serviço. (...) Quando mudei para o turno da tarde comecei a gostar mais (...).”</p> <p>AAD5: “Quando comecei aqui este foi o meu primeiro emprego, por isso vim com muita vontade de mostrar o que sabia mas também com muito nervosismo. Mas até correu bem. Ao fim do primeiro mês já conhecia as rotinas todas (...).”</p> <p>AAD6: “Correu mais ou menos. Não somos só nós que temos de nos adaptar aos idosos e ao trabalho, eles também têm de se adaptar a nós e aceitar que a</p>
--	--	--	--	--

				<p>gente os ajude, e com alguns deles tive mais trabalho que outros (...).”</p> <p>AAD7: “Correu bem, senão já não estava aqui (...).”</p> <p>AAD8: “No início era mais lenta a fazer as coisas, tinha medo de fazer certas coisas mal e também não estava habituada a trabalhar em equipa, mas agora acho já estou a ter um bom ritmo de trabalho e há medida que me vou adaptando, vou ganhando mais gosto e interesse por esta área.”</p>
	<p>Perceber qual a utilidade das experiências pessoais no desempenho da profissão de AAD</p>	<p>Considera que as suas experiências pessoais anteriores com idosos têm influência/utilidade no desempenho da sua profissão atual?</p>	<p>Testemunhos que realçam a influência das experiências pessoais na prática profissional</p>	<p>AAD1: “É claro que tem influência. Tudo o que eu aprendi a fazer em casa, quer nos banhos, quer na alimentação dos meus avós, quer nas feridas que vi serem tratadas, foi importante porque já me sentia à-vontade quando comecei a fazer isso aqui (...).”</p> <p>AAD2: “Claro que sim. Principalmente no meu caso, que lidei de perto com duas</p>

				<p>peças com uma doença grave e que há cuidados próprios que se têm de ter que só quando os vemos a ser feitos e praticamos muito é que conseguimos fazer bem, e isso nos trabalhos com idosos é o nosso dia-a-dia (...).”</p> <p>AAD3: “Sim. Tudo o que a gente aprende com a família, e mesmo sem ser com os idosos, por exemplo com as crianças, às vezes é útil no trabalho. Eu já sou avó de dois netos e há coisas que faço com eles em casa que também faço aqui aos residentes. Por exemplo, dar uma colher de sopa e depois uma colher de fruta para os convencer a comer (...).”</p> <p>AAD4: “Eu como não tinha muita experiência com idosos antes de começar a trabalhar não sou a melhor pessoa para responder a isso, mas acho que quem tem outras experiências deve ter mais</p>
--	--	--	--	---

				<p>facilidade a trabalhar com idosos.”</p> <p>AAD5: “Sim. Eu sinto que muitas das coisas que aprendi no meu curso e no meu estágio me fizeram ver os idosos de outra forma e isso tem influência no meu trabalho e na forma como falo com eles (...).”</p> <p>AAD6: “Sim. Tudo o que aprendemos na vida pode servir a qualquer momento.”</p> <p>AAD7: “Acho que sim. Para mim a experiência é mais importante e é com ela que se aprende a fazer as coisas (...).”</p> <p>AAD8: “De certa forma sim, mas por outro lado, também nos faz falta uma certa ‘bagagem’ que só a formação nos pode dar (...).”</p>
Cuidados que presta e relação com	Conhecer a percepção da qualidade dos cuidados que presta	Como avaliaria a qualidade dos cuidados que presta aos idosos no decurso da sua profissão?	Demonstração da percepção de aspetos que denotam a apreciação	<p>AAD1: “Acho que é boa. Até agora ainda ninguém se queixou (...).”</p> <p>AAD2: “Faço o melhor que sei e faço</p>

os idosos	aos idosos		dos cuidados prestados pelo idoso e justificação para a mesma	<p>com gosto (...).”</p> <p>AAD3: “Até agora só me têm agradecido, por isso devo estar a trabalhar bem (...).”</p> <p>AAD4: “Penso que seja boa, mas há sempre coisas que se podem melhorar (...).”</p> <p>AAD5: “Na minha opinião é boa, mas os residentes é que podem responder a isso.”</p> <p>AAD6: “É impossível agradar a todos, mas no geral acho que é boa.”</p> <p>AAD7: “É normal, podia ser pior.”</p> <p>AAD8: “Tudo me leva a crer que é boa, mas sei que posso melhorar em muitas coisas que faço e isso só vai lá com o tempo e com a formação também.”</p>
		Considera que as suas dúvidas/falta de informação e esclarecimento em determinados assuntos		AAD1: “Sim, às vezes há situações que uma pessoa não sabe bem o que fazer porque não tem mais conhecimentos (...).”

		<p>comprometem ou podem vir a comprometer a qualidade dos cuidados que presta?</p> <p>E/Ou</p> <p>Considera que a sua formação na área da Geriatria tem influência na qualidade dos cuidados que presta?/É suficiente?</p>	<p>AAD2: “Neste trabalho não se pode pensar muito. Quando não se sabe, inventa-se. A gente tem de aprender a desenrascar-se.”</p> <p>AAD3: “Eu normalmente consigo dar conta do recado, porque também já faço isto há muitos anos, mas às vezes quando não sei o que fazer tenho de pedir ajuda (...).”</p> <p>AAD4: “Sim. Sinto falta de aprender mais sobre certos temas (...).”</p> <p>AAD5: “Sem dúvida que a qualidade do que eu faço tem a ver com a minha formação. Se eu não tivesse aprendido certas coisas sobre os idosos não ia saber como agir agora. E mesmo assim há coisas que eu também não sei e que gostava de aprender a fazer (...).”</p> <p>AAD6: “Sim, tenho muitas dúvidas e nem sempre as minhas colegas sabem a resposta quando lhes pergunto algo para</p>
--	--	--	---

				<p>me poderem ajudar (...).”</p> <p>AAD7: “Eu acho que os cursos não servem de nada sem a experiência. Há coisas que eu não sabia fazer mas aprendi a ver fazer. Não é desculpa não ter cursos para não fazer bem as coisas. Quando se quer, tudo se consegue (...).”</p> <p>AAD8: “Claro que sim. Eu não tenho formação específica em Geriatria e sei que se tivesse, muitas coisas que faço poderia fazer melhor. Mas tenho um curso de primeiros socorros que tirei pelo instituto de emprego e já foi útil nestes últimos 3 meses de trabalho (...).”</p>
	<p>Conhecer a percepção da qualidade do relacionamento que mantém com os idosos</p>	<p>Como avaliaria a qualidade da relação que mantém com os idosos que cuida?</p>	<p>Demonstração da percepção de aspetos que denotam dificuldades de relacionamento com os idosos e justificação para as mesmas</p>	<p>AAD1/AAD2/AAD3/AAD5/AAD6: Boa, nada faz pensar o contrário.</p> <p>AAD4: “Há sempre aqueles idosos com quem nos damos melhor que outros, mas no geral é boa.”</p> <p>AAD7: “Tem dias. Eles também têm cada um o seu feito e nem todos têm um</p>

			<p>feito fácil (...).”</p> <p>AAD8: “Até agora acho que tem sido sempre muito positiva, tenho aprendido muito com eles (...).”</p>
		<p>Considera que as suas dúvidas/falta de informação e esclarecimento em determinados assuntos comprometem ou podem vir a comprometer a qualidade dessa relação?</p> <p>E/Ou</p> <p>Considera que a sua formação na área da Geriatria tem influência na qualidade dessa relação?</p>	<p>AAD1/AAD2/AAD7: Não. A falta de informação não interfere na relação.</p> <p>AAD3: “Talvez. Quem não conhece certas doenças às vezes não percebe porque é que os idosos fazem certas coisas e podem levar a mal e pensar que estão a fazer de propósito (...).”</p> <p>AAD4: “Acho que a falta de informação não é razão para prejudicar a relação com os idosos, mas tendo mais informação e percebendo melhor a forma de pensar deles e alguns comportamentos que têm, a relação pode é vir a melhorar (...).”</p> <p>AAD5: “Sim, porque quando temos uma boa formação sobre o envelhecimento e aprendemos alguns aspetos relacionados</p>

				<p>com as alterações que os idosos têm a nível psicológico, conseguimos percebê-los melhor e isso faz com que sejamos mais pacientes e compreensivos com eles (...).”</p> <p>AAD6: “Sim. Quando não se percebe o que é envelhecer, tem-se mais tendência a ficar zangado quando os idosos fazem alguma asneira e eles notam logo isso (...).”</p> <p>AAD8: “Na minha opinião, sim. Cada etapa da vida tem as suas particularidades. Se conhecermos bem as da terceira idade vamos saber lidar melhor com os idosos (...).”</p>
	Averiguar quais os cuidados que considera mais fáceis/gradáveis de prestar	Quais os cuidados que sente mais facilidade/prazer em prestar? Porquê?	Identificação de satisfação no desempenho de tarefas específicas	<p>AAD1/AAD6: O banho, porque lhes dá muita satisfação.</p> <p>AAD2: “Para mim o mais fácil é alimentar os idosos. Geralmente é quando eles menos se queixam.”</p> <p>AAD3: “Dar banho, vestir, pentear e</p>

			<p>deixá-los bonitos e perfumados. Gostam eles e gosto eu (...).”</p> <p>AAD4: “Gosto de dar-lhes as refeições, porque é um momento mais calmo, quando eles já estão com a higiene feita e nós auxiliares também podemos sentar-nos um pouco com eles, a fazer-lhes companhia e conversar (...).”</p> <p>AAD5: “O que me agrada mais é fazer atividades com eles nos tempos livres (...) jogar dominó, jogar às cartas, contar anedotas... sou animadora, é o que mais gosto de fazer, é animá-los.”</p> <p>AAD7: “Gosto de passear com eles no jardim quando faz bom tempo. É um momento de relaxamento muito bom e eles costumam gostar muito.”</p> <p>AAD8: “Gosto de ajudá-los a tomar banho e a escolher a roupa do dia, principalmente as senhoras, e maquilhar as mais vaidosas, que elas ficam logo</p>
--	--	--	---

				cheias de autoestima (...).”
	Averiguar quais os cuidados que considera mais difíceis/desagradáveis de prestar	Quais os cuidados que sente mais dificuldade/menos prazer em prestar? Porquê?	Identificação de dificuldades no desempenho de tarefas específicas	<p>AAD1/AAD2/AAD7/AAD4: Mudar a fralda porque é desagradável ver e cheirar a urina e as fezes.</p> <p>AAD6: “Lavar as dentaduras (...) ficam sempre muito sujas, não gosto de mexer naquilo cheio de restos de comida, mas tem de ser.”</p> <p>AAD3/AAD5: “Lavar e vestir os idosos mortos. Dá muita impressão.”</p> <p>AAD8: “As situações de emergência são as mais difíceis de resolver, porque nem sempre sabemos o que fazer (...).”</p>
	Obter a descrição da situação mais difícil de resolver/ultrapassar em serviço	Considerando a sua experiência como AAD, descreva a situação mais difícil que teve de resolver/ultrapassar em serviço.	Testemunhos acerca de situações profissionais difíceis que teve de resolver/ultrapassar	<p>AAD1: “Tivemos uma vez uma senhora que não dormia durante a noite, só fazia era andar de um lado para o outro nos corredores e entrava nos outros quartos, acordava os outros residentes (...).”</p> <p>AAD2: “Uma vez, um residente faleceu sentado à mesa do pequeno-almoço (...) foi um pandemónio para tentar tirá-lo da</p>

				<p>sala sem que os outros se apercebessem (...).”</p> <p>AAD3: “Para mim foi assistir à morte de uma idosa que tinha problemas respiratórios, porque parecia que estava em agonia, mesmo com o oxigénio a correr (...).”</p> <p>AAD4: “Os maiores sustos que já tive aqui foram as quedas, principalmente aquelas em que bateram com a cabeça, porque depois tinha sempre receio que fizessem traumatismos cranianos e morressem de um momento para o outro.”</p> <p>AAD5: “Uma destas noites, uma residente começou a sangrar do nariz sem parar e tinha a tensão muito alta (...) fiquei muito aflita porque o sangue correu durante quase uma hora sem parar e a tensão não baixava (...).”</p> <p>AAD6: “As piores situações foram as</p>
--	--	--	--	---

				<p>paragens cardiorrespiratórias e as convulsões. Ainda por cima parece que estas coisas só acontecem à noite e quem cá está não sabe o que fazer (...).”</p> <p>AAD7: “Quando eles estão perto da morte parece que pressentem e começam a perguntar ‘Vou morrer, não vou?’ Uma pessoa fica sem saber o que diga (...).”</p> <p>AAD8: “Eu como estou nisto há pouco tempo ainda não tenho muito para contar, mas por exemplo no outro dia uma das nossas idosas que tem Alzheimer apanhou um dos portões de entrada aberto por uns minutos e fugiu da residência. Foi um grande susto para todos, mas fomos dar com ela a passear aqui mesmo ao lado, na Casa das Madeiras. Ainda bem que não lhe aconteceu nada de mal (...).”</p>
	Conhecer as estratégias usadas	Como/onde costuma procurar soluções/estratégias/informação	Identificação de estratégias usadas para	AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD5/AAD6/AAD7/AAD8: Chama-

	para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas	para ultrapassar as dificuldades e dúvidas sentidas em serviço.	ultrapassar dificuldades e dúvidas em serviço	se/telefona-se para a Enfermeira a perguntar o que fazer, telefona-se para o INEM/Saúde24, pede-se ajuda a outra colega ou a alguém da Direção.
Formação e estratégias pedagógicas preferidas	Averiguar cursos e formações que possui relacionados com a Geriatria ou com utilidade para a mesma	Possui formação específica na área da Geriatria ou que tenha utilidade nessa área? Quais os cursos/formações?	Identificação dos cursos/formações que possui e atualização dos mesmos	AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD6/AAD7: Não. AAD5: “Sim, aprendi muitas coisas sobre idosos no meu curso de animação sociocultural e no estágio também.” AAD8: “Para já só o curso de primeiros socorros, mas já pensei tirar o suporte básico de vida e o de cuidadores de idosos, só que não tenho tempo (...).”
		Considera-se atualizado(a) nesta área em termos formativos? E/Ou Há quanto tempo obteve a sua última formação nesta área?		AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD6/AAD7: Não. AAD5: “Acho que o que aprendi ainda está atualizado, porque acabei o curso só há 3 anos, mas também gostava de continuar a aprender mais coisas sobre Geriatria (...).” AAD8: “Já tirei o curso de primeiros

				socorros há algum tempo, para aí dois anos e meio. Por isso sei que está na hora de me atualizar outra vez e explorar outros cursos também.”
Averiguar a utilidade que atribui a esses cursos e formações na profissão de AAD	Considera que esses cursos/formações têm/teriam tido utilidade na sua profissão?	Testemunhos que realçam a utilidade dos cursos/formações frequentados	AAD1: “Eu sei que se tivesse estudado mais tinha chegado mais longe, e hoje em dia de certeza que ia saber fazer mais coisas (...).” AAD2: “Sim, tinha sido bom ter algum curso sobre idosos para aprender a fazer bem as coisas mais importantes.” AAD3: “No meu tempo pouco se estudava. Íamos logo trabalhar para ajudar a família e foi o que eu fiz. Mesmo sem cursos fui aprendendo o que tinha de fazer (...).” AAD4/AAD5/AAD6/AAD7/AAD8: Sim.	
Averiguar a intenção de obter formação contínua na área da	Gostaria de continuar a obter formação de modo a melhorar os seus conhecimentos	Afirmções relativas à vontade de frequentar novos cursos/formações	AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD5/AA6/AAD7/AAD8: Sim.	

	Geriatrics	geriatric?	in service or for self-recreation	
		Would you like your employer to provide training opportunities in the work context?		AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD5/AA6/AAD7/AAD8: Yes.
		Do you intend to seek this training for your self-recreation if it is not provided?		AAD1/AAD3/AA6/AAD7: Yes, but I don't have time or money to invest. AAD2/AAD4/AAD5/AAD8: Yes, but I don't have time now.
	Know the training needs felt as priorities	Which are the training areas that you feel more doubts/need for clarification/interest?	Identification of areas of interest and need for training related to geriatrics	AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD5/AAD6/AAD7: First Aid and Basic Life Support. AAD8: Basic Life Support and Techniques for caregivers of the elderly.
	Know the preferred pedagogical strategies and methods	What is, in your opinion, the best/easiest way to teach and learn as an adult?	Identification of preferred pedagogical strategies and methods as an adult	AAD1/AAD3/AA6/AAD7: Observe and practice. AAD2/AAD4/AAD5/AAD8: Observe, practice and work in a group.
		What is your pedagogical method?		AAD1/AAD2/AAD3/AAD4/AAD5/

		preferido: ativo, demonstrativo, expositivo, interrogativo?		AAD6/AAD7/AAD8: Ativo e demonstrativo.
		Cite alguns exemplos de técnicas pedagógicas através das quais gostaria de obter a sua formação (ex: trabalhos de grupo, <i>role-playing</i> , estudos de caso, brainstorming, etc).		AAD1/AAD2/AAD3: Trabalhos de grupo e exercícios práticos. AAD4/AAD6: <i>Role-playing</i> e estudos de caso. AAD5/AAD7/AAD8: <i>Role-playing</i> , trabalhos de grupo e estudos de caso.

*AAD: Auxiliar de Ação Direta