

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Cuidar + Programa de Formação de Cuidadores para situações de
Demência**

Ana Carolina Sousa Gomes Proença

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador(a):
Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira
Professor Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Cuidar + Programa de Formação de Cuidadores para situações de
Demência

Ana Carolina Sousa Gomes Proença

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador(a):
Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira
Professor Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2019

Dedicatória

Para o meu avô Joaquim:

Por ser o meu exemplo de vida.

Por ser o meu porto de abrigo.

Por ter sido a minha fonte de inspiração e motivação ao longo destes dois anos difíceis.

Especialmente, por já não estar aqui.

Agradecimentos

Num primeiro momento, tenho que agradecer à minha mãe que tornou possível o meu acesso ao ensino superior e que nunca me deixou desistir nos momentos mais difíceis. Obrigada por todas as vezes que me ouviste a falar deste projeto e pelas milhares de vezes que o leste.

Ao meu “Pai” Carlos e aos meus “Irmãos” André e Tiago, pela paciência durante estes anos e por terem me apoiado durante este percurso.

Ao Ricardo por me motivar nos dias mais cinzentos, por me apoiar em todas as minhas decisões e acompanhar nas noites de trabalho para este projeto.

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, que me acompanhou neste percurso e que tornou possível a chegada a esta meta final.

Ao ISCTE-IUL por me ter aberto portas e ter permitido experienciar outra realidade.

Aos meus colegas e chefes de trabalho, nomeadamente à Viviana Peres, Hugo Leitão e Diana Damas, que debateram várias vezes o tema do projeto comigo e ouviram alguns dos meus desabafos.

Às minhas amigas Ana Ferreira e Ana Cavaco, pelo apoio incansável.

A todos os meus amigos que me ouviram a falar incessantemente sobre este projeto.

E, especialmente, a todos os que participaram no inquérito aplicado e na elaboração deste projeto, nomeadamente à Dra. Paula Xana, que me motivou numa fase menos positiva deste percurso.

Resumo

O presente trabalho de projeto “Cuidar + Programa de Formação de Cuidadores para situações de Demência” foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Serviço Social no Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-UL. O projeto tem como objetivo geral desenvolver boas práticas e conhecimentos necessários a cuidadores com idade igual ou superior 60 anos que prestam cuidado a outros com idade igual ou superior à sua, assim como à restante população, através do desenvolvimento de ações de formação e de sensibilização.

A elaboração do projeto tem por base uma metodologia qualitativa, com interpretação de dados estatísticos e a aplicação de questionário, de modo a sistematizarmos o conhecimento sobre o tema e aprofundamento diagnóstico do projeto. Quanto à metodologia do projeto, este terá por base uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa) através da aplicação de um inquérito de satisfação e a realização de focus group com cuidadores com idade igual ou superior a 60 anos.

Após a análise do diagnóstico, denotou-se alguns problemas na formação, ou falta desta, dos cuidadores, bem como a falta de informação da população portuguesa, justificando o desenvolvimento do presente projeto, de modo a combater as problemáticas identificadas.

Os resultados esperados com a realização deste projeto são melhorar efetivamente a formação de cuidadores em Portugal, promovendo maior eficácia na resposta ao público alvo, tanto no domínio da sensibilização e da informação sobre a Demência.

Palavras chave: Demência, Cuidadores Informais, Necessidades Formativas, Formação, Serviço Social.

Abstract

This project work “Caring + - Caregivers Training Program for Dementia” was developed as part of the master’s degree in Social Work at the Lisbon University Institute- ISCTE-UL.

The project’s overall objective is to develop good practices and knowledge necessary for caregivers aged 60 and over who provide care for others aged above and beyond, as well as the rest of the population, by developing training and awareness raising.

The elaboration of the project is based on a qualitative methodology, with interpretation of statistical data and the application of a questionnaire, in order to systematize the knowledge about the theme and deepening the project diagnosis. As for the project methodology, this will be based on a mixed methodology (qualitative and quantitative) through the application of a satisfaction survey and focus group with caregivers aged 60 years and over.

After analyzing the diagnosis made, there were some problems in the training, or lack thereof, of caregivers, as well as the lack of information of the Portuguese population, justifying the development of this project, in order to combat the problems identified.

The expected results of this project are to effectively improve caregiver training in Portugal, promoting greater effectiveness in responding to the target audience, both in the field of awareness and information on dementia.

Key words: Dementia, Informal Caregivers, Training Needs, Training, Social Work.

Dedicatória	i
Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Índice.....	v
Índice de Figuras	vii
Introdução.....	1
Capítulo I: Construção do objeto	3
1. Tema	3
2. Problemática de estudo.....	4
3. Diagnóstico.....	9
3.1. Análise do problema	10
3.2. Análise empírica do problema	19
Capítulo II: Projeto “Programa de Formação de Cuidadores para situações de Demência” ...	30
1. Justificação	30
2. Objetivo geral do projeto.....	31
3. Destinatários / população – alvo do projeto	31
4. Ações a desenvolver	31
4.1. Objetivos específicos das ações do projeto	32
4.2. Ações de sensibilização.....	32
4.3. Ações de formação	33
4.3.1. Programa do Curso	35
5. Metodologia do projeto: métodos e técnicas	42
6. Orçamento	45
7. Resultados esperados	45
8. Indicadores de avaliação a aplicar ao projeto (Modelo de Avaliação aplicado)	46
Reflexão Crítica.....	48

Anexos.....	53
Anexo A – Programa das Ações de Sensibilização.....	53
Anexo B – Cronograma Presencial	54
Anexo C – Cronograma <i>B-Learning</i>	55
Anexo D – Ficha de Avaliação do Processo Formativo.....	56
Curriculum Vitae.....	58

Índice de Figuras

Gráfico 1.1.....	11
Gráfico 1.2.....	12
Gráfico 1.3.....	12
Gráfico 1.4.....	13
Gráfico 1.5.....	14
Gráfico 1.6.....	15
Gráfico 1.7.....	16
Gráfico 1.8.....	17
Gráfico 1.9.....	18
Gráfico 1.10.....	20
Gráfico 1.11.....	21
Gráfico 1.12.....	21
Gráfico 1.13.....	22
Gráfico 1.14.....	23
Gráfico 1.15.....	25
Gráfico 1.16.....	26
Gráfico 1.17.....	26
Gráfico 1.18.....	27
Gráfico 1.19.....	28
Gráfico 1.20.....	28

Introdução

O presente trabalho de projeto aprofunda o tema da Demência e da prestação de cuidados a indivíduos com esta problemática.

Atualmente, a não renovação da pirâmide etária é uma realidade presente em Portugal, o que significa que assistimos a um efetivo envelhecimento da população. Apesar de ser um processo natural e que ocorre em todos os indivíduos, este é acompanhado por algumas decadências nas funções e capacidades do indivíduo, nomeadamente no foro psicológico, físico e social.

É no declínio das funções psicológicas ou cognitivas que encontramos o foco do presente trabalho: a Demência. Esta é associada à deterioração das funções cognitivas bem como à alteração do comportamento do idoso. É na fase em que o indivíduo perde as faculdades que o permitem ser dependente que necessita da ajuda de uma terceira pessoa: o Cuidador Informal. Este é normalmente um membro da família próximo que se dedica a cuidar do outro, nomeadamente no que diz respeito à alimentação, higiene, comunicação, prevenção de complicações ou acidentes e administração de medicamentos.

O número de casos com Demência tem aumentado gradualmente ao longo dos anos, pelo que é importante que o máximo de número possível da população esteja informada sobre esta doença, as suas características e necessidades, assim como aprender a lidar com um indivíduo demente.

A primeira fase deste projeto dedica-se à exploração teórica e ao enquadramento legal em Portugal sobre a Demência e os Cuidadores Informais.

O segundo capítulo se foca no diagnóstico através da análise de dados estatísticos, tanto com valores na Europa como em Portugal, de modo a comparar os nossos coeficientes com os restantes países da União Europeia.

De modo a complementar a informação obtida nesses dados, focámo-nos a investigar esta problemática diretamente da fonte, ou seja, dos próprios cuidadores informais e conhecer a opinião da população em geral sobre a Demência. Assim foi possível conhecer o objeto de estudo e a problemática a resolver, o que se traduziu na falta de informação da população em geral bem como na escassez de informação e formação dos cuidadores informais.

Para combater as problemáticas identificadas, propomos um conjunto de atividades, ações e estratégias, nomeadamente a criação de ações de formação, que devido à sua especificidade de construção, permitem ser sempre atualizadas e adaptadas à população escolhida, o que neste caso foi adaptado para cuidadores com idade igual ou superior a 60 anos que prestem cuidados a outrem com idade igual ou superior à sua. É pretendido que os cuidadores não sejam afetados negativamente pela existência desta doença na sua vida, combatendo todo o desgaste físico e emocional através do fornecimento de informação para que possam cuidar de forma eficaz do outro e criar mecanismos para que consigam cuidar igualmente si próprios.

Para além da formação, o projeto foca-se igualmente no desenvolvimento de ações de sensibilização para a população em diferentes pontos fulcrais em Portugal Continental e respetivas ilhas (Madeira e Açores), de modo a combater falta de informação da população em geral.

Capítulo I: Construção do objeto

1. Tema

O Cuidador Informal é, tal como o nome indica, alguém que se dedica a cuidar do outro, podendo ser membro ou não da família.

“É o cuidador quem fica a maior parte do tempo ao lado do paciente, seja ele um familiar, um amigo ou um profissional contratado pela família. É dele a responsabilidade de dedicar-se aos cuidados do paciente no tocante à alimentação, higiene, comunicação, prevenção de complicações e acidentes como quedas, queimaduras, intoxicações e administração de medicamentos.” (Duarte & Santos, 2015: 99).

Deste modo, o presente projeto foca-se na criação de uma formação adaptada às especificidades destes cuidadores que apresentem uma idade igual ou superior a 60 e prestem cuidados a indivíduos com idade igual ou superior à sua, assim como o desenvolvimento de ações de sensibilização para a população em geral.

A justificação da escolha deste tema deve-se ao meu interesse pela área da Demência e da prestação de cuidados a indivíduos com esta especificidade, que apesar de ser uma doença reconhecida há bastante tempo, encontra-se sempre aberta a novas questões, debates e abordagens.

“O termo “Demência” refere-se a uma série de sintomas que são habitualmente observados em pessoas com doença cerebral resultante de dano ou perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, mas nas doenças que conduzem à Demência isto acontece de uma forma muito mais rápida, e faz com que o cérebro da pessoa deixe de funcionar da maneira habitual.” (*Alzheimer Portugal & Alzheimer Europe*, 2006: 17).

Todavia, apesar de ser um tema bastante discutido e já ter inúmeras investigações sobre a mesma, continua a existir um “(...) desconhecimento e falta de informação sobre a mesma” (Vargas *et. Al.* 2012, citado por Rocha, 2016: 32), o que acaba por originar um nível de frustração, *stress* e de isolamento por parte do cuidador.

Este projeto pretende que os cuidadores não sejam afetados negativamente pela existência desta doença na sua vida, combatendo todo o desgaste físico e emocional através do

fornecimento de informação para que possam cuidar de forma eficaz do outro e criar mecanismos para que consigam cuidar igualmente si próprios.

Dado que, segundo Rocha (2016), o número de casos com Demência tem duplicado a cada cinco anos, é importante que o máximo de número possível da população esteja informada sobre esta doença, as suas características e necessidades bem como lidar com um indivíduo demente.

Existem ainda outras motivações, nomeadamente o contacto direto com o mundo da formação e do *e-learning* no mundo profissional, uma das fases do projeto ser o desenvolvimento de ações de formação, tendo como base uma visão crítica sobre as formações existentes ou, até mesmo, a escassez das mesmas. Assim, o facto de trabalhar na área e conciliar ambas as minhas áreas académicas (Licenciatura em Educação e Formação e Mestrado em Serviço Social), faz com que tenha um conhecimento transversal perante o tema abordado, o que me expor algum conhecimento já adquirido.

2. Problemática de estudo

O envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais acentuada nas sociedades atuais, dado que a pirâmide etária da população residente está invertida, as gerações não se conseguem renovar. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2018, Portugal apresentava uma população total de 10 276 617 habitantes, sendo que o seu índice de envelhecimento indicava 159,4 residentes com 65 ou mais anos por cada 100 residentes com menos de 15 anos.

O processo de envelhecimento ocorre de forma natural e progressiva em todos os indivíduos e é resultado do desenvolvimento degenerativo das células vivas, manifestando-se pela perda gradual de capacidades. Estas alterações podem manifestar-se numa idade mais precoce ou mais avançada, apresentado diferentes níveis de intensidade, dependendo das características genéticas e do estilo de vida de cada sujeito (Fonseca, 2014).

Este processo é acompanhado por alterações significativas em diferentes tipos de áreas do ser humano, nomeadamente na área psicológica, biológica / física e social. Por norma, os sintomas mais frequentes do envelhecimento são o enfraquecimento dos músculos e a perda de inúmeras funções corporais e intelectuais (Fonseca, 2014 & Sequeira, 2007 citado por Carvalho & Silva, 2014).

Um grande número de pessoas idosas apresenta queixas de perturbações cognitivas, nomeadamente ao nível da memória, da atenção, da capacidade de perceção, das funções que nos permitem executar tarefas e da velocidade do processamento de informação (Fonseca, 2014; Nunes, 2008, citado por Carvalho & Silva, 2014).

Nunes (2008, citado por Carvalho & Silva, 2014), acrescenta que as doenças de origem mental estão, na sua maioria, relacionadas a alterações cerebrais, nomeadamente a nível cognitivo, como a falta de memória. Assim, devido a este envelhecimento gradual da população, são os idosos que constituem o grupo mais afetado pelas doenças mentais (Fonseca, 2014).

O conceito de saúde mental remete para o equilíbrio entre as nossas propriedades internas e as exigências externas, é a identificação dos seus próprios limites e o conhecimento de que é necessário procurar ajuda de um profissional (Carvalho & Silva, 2014).

De acordo com os dados do Plano Nacional para a Saúde Mental apresentados pela Direção Geral de Saúde (2013, citado por Fonseca, 2014: 13), “(...) os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12 % da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23 % nos países desenvolvidos”. A Demência, é um exemplo das doenças que ocorrem no foro mental, afetando um grande número de idosos, por estar associada a este processo de envelhecimento e ao declínio de funções cognitivas, físicas e sociais.

O termo de Demência provém da palavra *mentis* em latim, que significa diminuição ou falta de mente, caracteriza indivíduos que demonstravam uma deterioração das funções a nível da cognição e do comportamento (Soares, 2017).

A Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde define a doença de Demência como:

“(...) síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação” (Classificação

Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, citado por Caldas, 2005, in Fonseca, 2014: 24).

As funções cognitivas como a memória, a atenção, a linguagem, o raciocínio e a percepção são afetadas e são estas que nos permitem executar as atividades do nosso dia a dia, dado que estes elementos são a base do pensamento, da ação, da comunicação e do desenvolvimento intelectual do indivíduo (Fonseca, 2014). Deste modo, o indivíduo vai perdendo progressivamente a sua independência, o que faz com gradualmente necessite da ajuda de uma terceira pessoa: o Cuidador Informal.

“A dependência é o resultado de um estado de fragilidade, vulnerabilidade que uma pessoa apresenta, face aos desafios do meio em que está rodeado. É ainda uma incapacidade que impossibilita a pessoa de realizar as suas atividades diárias, necessitando assim de um cuidador” (Soares, 2017: 5).

Este cuidador é uma pessoa que tem uma ligação direta com o indivíduo demente, maioritariamente um familiar, que fica totalmente responsável pelo cuidado e pelas tarefas de apoio no quotidiano do idoso. O facto de o cuidador ser um familiar, contribui para que o idoso continue no seu ambiente familiar (Soares, 2017).

O papel do Cuidador Informal, que não é reconhecido pelo Estado, sempre existiu ao longo das décadas, pois quando não existia possibilidade de apoios sociais e técnicos, a família ficava encarregue dessas funções (Soares, 2017).

Cuidar não é uma tarefa fácil e pode levar a um desgaste emocional e físico do cuidador, dado que, por vezes, este assume o papel de forma repentina, sem qualquer tipo de (in)formação ou preparação. Para além disso, esta função pode demorar de horas a anos e afetar a vida pessoal e profissional do cuidador (Soares, 2017).

“Cuidar de alguém com Demência pode significar, literalmente, um trabalho de 24 sobre 24 horas. Para além dos cuidados prestados pelas famílias reduzirem a necessidade de cuidados profissionais, os cuidadores informares deixam de ter tempo para trabalhar remuneradamente ou para desenvolver qualquer outro tipo atividade, nomeadamente a de cuidar dos filhos. As pessoas ficam isoladas do convívio social e familiar e, à medida que a doença progride, cuidar torna-se num trabalho a tempo inteiro.” (*Alzheimer Portugal*, 2009: 5).

Segundo Soares (2017), Portugal é o país da União Europeia que apresenta um maior número de cuidadores informais, o que significa que existem cada vez mais idosos dependentes dos seus cuidadores.

Alzheimer Europe (citado por Fonseca, 2014) salienta que existem 7,3 milhões cidadãos europeus diagnosticados com Demência. Em Portugal, estima-se que existam 153.000 indivíduos, onde 90.000 apresentam Demência de *Alzheimer*. Porém, diversos especialistas de diferentes Estados-membros da União Europeia estimam que estes valores tenham tendência para aumentar gradualmente ao longo dos anos (*Alzheimer Portugal*, 2009).

Independentemente do reconhecimento da gravidade desta doença, Portugal é ainda um dos poucos Governos que não tornou esta doença uma prioridade de saúde. Porém, é de salientar que este ano (2019), já foi aprovada a legislação que aborda o reconhecimento do estatuto de cuidador.

Ao longo dos anos, foram realizados alguns esforços para o reconhecimento e priorização desta doença, como iremos aprofundar de seguida. Porém apesar de existir um plano que abrange toda a área da saúde mental e outro plano especificamente desenvolvido para os doentes com Demência, as estruturas, as oportunidades e os recursos oferecidos são precários (Sousa, 2014).

Em 2003, a *Alzheimer Portugal* abriu o primeiro centro de dia, nomeado como “Casa do Alecrim”, e o primeiro serviço de apoio domiciliário concebidos e destinados unicamente a pessoas com a Demência de *Alzheimer* (*Alzheimer Portugal*, 2009). Essa mesma entidade, em 2009, desenvolveu um Plano Nacional de Intervenção *Alzheimer* orientado pelos princípios de respeito pelo direito à liberdade e à autodeterminação e pela abordagem centrada no indivíduo (*Alzheimer Portugal*, 2009). Este plano salienta o impacto da doença, a importância de existir um plano de intervenção em Portugal e reforça esta ideia comparando as ações entre Portugal e outros Países da União Europeia (*Alzheimer Portugal*, 2009)

“Na legislação portuguesa, a doença de *Alzheimer* surge apenas nos diplomas que prevêm o regime de comparticipação dos medicamentos específicos para esta patologia, e, muito recentemente, na Lei nº 90/09 de 31.08 que “define o regime especial de protecção social na invalidez no âmbito do regime geral de segurança social do sistema previdencial, do regime não contributivo do subsistema de solidariedade e do regime de protecção social convergente”,

prevendo-se aí protecção especial na eventualidade de invalidez para algumas doenças, nas quais se encontra a Doença de *Alzheimer*.” (*Alzheimer Portugal*, 2009: 6).

Em 2010, foram aprovadas as Resoluções da Assembleia em que se pretendia reconhecer a Demência como uma prioridade no nosso país, reconhecer o *Alzheimer* como uma doença crónica, aprovar um programa nacional para a Demência e produzir um estudo nacional cujo o objetivo era realizar um levantamento da realidade exata da Demência e do *Alzheimer* (Diário da República, 1º série – N°324 – 3 de dezembro de 2010).

As medidas abrangidas por este programa pretendem incentivar o diagnóstico precoce da Demência, usufruir das estruturas e serviços da rede de cuidados continuados integrados, criar e desenvolver centros de dia e outras unidades especializadas, desenvolver equipas domiciliárias, potencializar modelos de intervenção comunitária que articulem cuidadores e serviços de saúde e de apoio social, valorizar a intervenção familiar, formar e informar sistemicamente os profissionais de saúde e dos cuidadores informais, garantir a coordenação e colaboração entre o Ministério da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, envolver os órgãos membros que detêm poder local no apoio aos doentes, promover a cidadania ativa e a participação dos indivíduos portadores de Demência, disponibilizar apoio técnico-jurídico às famílias que têm a cargo indivíduos incapazes e, por fim, propiciar o financiamento necessário (Diário da República, 1º série – N°324 – 3 de dezembro de 2010).

Em 2012, foi publicada a Lei nº25/2012, 16 de julho, que determina a conduta da realização antecipada da vontade dos doentes, nomeadamente sob a forma de testamento vital, bem como a nomeação do indivíduo encarregue dos seus cuidados de saúde. Assim, esta Lei fundou o Registo Nacional do Testamento Vital (Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16).

A última ação realizada no âmbito da Demência foi em 2018, em que foi desenvolvida uma proposta de Lei¹, onde se propôs a criação do estatuto do Cuidador Informal e reforçar as

¹Deste modo este projeto de Lei pretende:

1. Identificar os direitos e deveres dos familiares como cuidadores informais;
2. Caracterizar as medidas de apoio a pessoas dependentes, fornecendo um apoio para indivíduos que apresentam dependência grave ou total, mas que não estejam institucionalizadas;
3. Definir os procedimentos e critérios para o reconhecimento do estatuto de Cuidador Informal;

medidas de apoio a pessoas dependentes de outros, a qual foi aprovada em setembro de 2019 na Lei N°100/2019.

Apesar dos esforços realizados pela rede nacional de cuidados continuados integrados para dar resposta aos diversos utentes, continua a existir poucos cuidados formais em Portugal, pelo que as responsabilidades de cuidar recaem sobre os seus familiares, “(...) cerca de 80% dos cuidados são prestados por cuidadores não profissionais que o fazem de forma não remunerada.” (Projeto de Lei N°801/XIII/3°: 2).

Para além dessa falta de cuidados formais, junta-se o pouco ou quase nenhum apoio aos cuidadores informais, tanto ao nível da informação, da formação como da sua capacitação (Projeto de Lei N°801/XIII/3°).

3. Diagnóstico

Para desenvolver um projeto de investigação é necessário percorrer diversas etapas. Em primeiro lugar, identifica-se um problema, sobre o qual o projeto se guia com o objetivo de encontrar uma solução (Oliveira, 2006). Segundo Estrela (1984: 26), a finalidade de uma investigação é contribuir para a formação de uma “(...) *atitude experimental*.” Também se pode descrever o conceito de investigação como uma conexão entre a parte teórica e a parte prática.

Antes de intervir, o investigador deve realizar uma revisão de literatura, de modo a conhecer o que já foi investigado e desenvolvido na área estudada. Posteriormente, identifica-se um problema, através da realização de um diagnóstico, recolhendo-se os dados necessários. Após esta recolha, procede-se à análise dos mesmos (Oliveira, 2006). Segundo Santos (2012:

-
4. Efetivar o direito ao descanso do Cuidador Informal, com o mínimo de quatro dias por mês que devem ser assegurados pela equipa de cuidados integrados ou pela integração do doente em unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados;
 5. Proporcionar o acesso à formação académica, onde o Cuidador Informal possui um estatuto idêntico ao do trabalhador-estudante, ao nível de faltas, avaliação, aproveitamento e apoio;
 6. Organizar planos individuais de cuidados que identifiquem os cuidados formais que o doente necessita, os cuidados informais que o Cuidador Informal presta, os tempos de descanso, a formação e a capacitação desse cuidador e o acesso ao apoio social, saúde, entre outras;
 7. Elaborar recomendações ao código de trabalho, de modo a garantir que o Cuidador Informal tenha direito a usufruir de 30 faltas, de reduzir o tempo de trabalho, a possibilidade de trabalhar a tempo parcial, de obter flexibilidade de horário e ter licenças noutros casos, sempre que necessitar de prestar auxílio ao doente.

5), “O diagnóstico é um procedimento que visa recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente, de forma a possibilitar a caracterização o mais rigorosa possível (...) permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida”.

Para elaborar um diagnóstico devemos ter em conta os seguintes passos: a) definição de objetivos; b) recolha e análise dos dados obtidos; c) identificação dos problemas; d) verificação das causas desses problemas; e) definição da tendência da progressão dos problemas; f) verificação das oportunidades e ameaças; e, g) definição de prioridades (Santos, 2012).

A construção deste diagnóstico é fundamental para o desenvolvimento do projeto, visto que é a partir deste que o investigador delinea a sua atuação (Leitão, 2013). Concluindo assim, para um projeto e diagnóstico sólido, os investigadores necessitam de procurar compreender a realidade que o envolve (Santos, 2012).

Deste modo, o diagnóstico do presente projeto foi organizado em três procedimentos metodológicos:

- 1) Análise de dados estatísticos sobre o número de mortes causadas pela doença, bem como o número de cuidadores, tanto na União Europeia como em Portugal;
- 2) Identificação das necessidades formativas e de caracterização do Cuidador Informal aplicando um questionário de aprofundamento.

Após esta recolha de informação, procede-se ao tratamento e análise dos dados recolhidos, através dos quais o investigador fundamenta e procura uma solução para o problema identificado, criando assim o projeto de intervenção (Oliveira, 2006).

3.1. Análise do problema

A análise de dados estatísticos responde ao objetivo de conhecer as informações já tratadas e recolhidas por outros investigadores ou entidades / organizações. De acordo com Morais (s.d.: 3), “A estatística, é considerada um ramo da Matemática, que tem como principais objectivos obter, organizar e analisar dados, determinar as correlações entre eles, proporcionando conclusões e previsões.”

Atualmente, os dados estatísticos são disponibilizados em inúmeras bases de dados e informação *online*, com acesso aberto a todos os cidadãos (Morais, s.d.), tais como INE (Instituto Nacional de Estatística), Pordata e Eurostat, com dados desde 1999 até 2017.

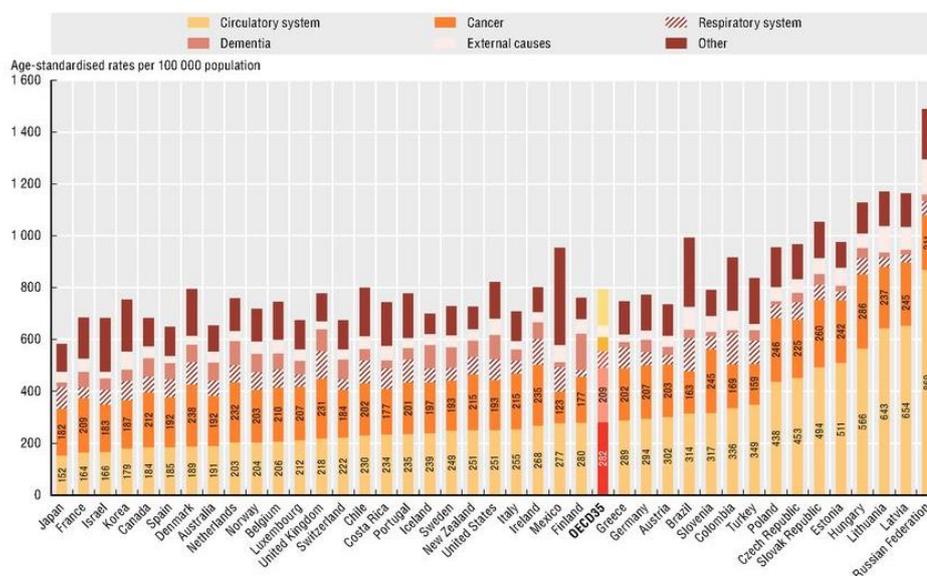
Após explorar os dados estatísticos sobre este tema denotei a existência um grande défice dos mesmos. Como irei analisar posteriormente, a maioria destas bases apresentam inúmeros dados sobre o número de mortes causadas por este tipo de doenças, deixando para segundo plano o número de cuidadores existentes, a duração da prestação de cuidados a outrem, entre outros fatores ligados a quem cuida e não a quem é cuidado.

3.1.1. Mortalidade causada pela Demência

Situação Mundial

A mortalidade causada pela Demência é um dos temas que apresenta maior número de dados estatísticos e detêm a maior atenção no seu tratamento. Deste modo, iremos analisar a sua relevância e a situação de Portugal neste tema, em relação aos restantes países do mundo.

Gráfico 1.1 – Principais causas de Morte por país em 2015 (Retirado de OCDE, 2017)

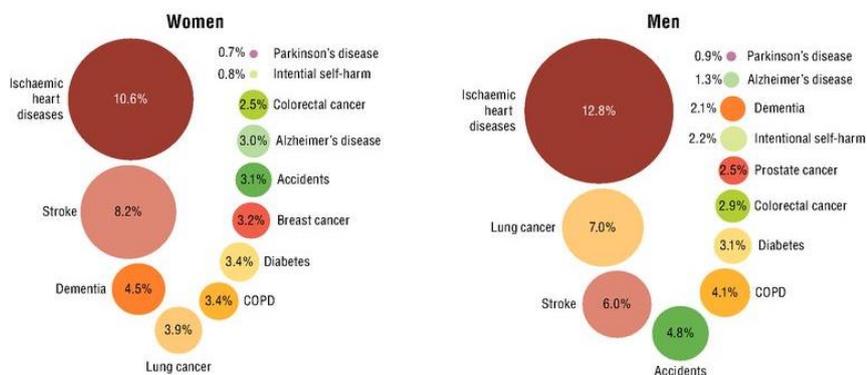


De acordo com o gráfico 1.1, apresentado no Relatório *Health at a Glance* (OCDE, 2017), verificamos que o país mais afetado com a mortalidade, em 2015, devido à Demência era o Japão, com 23.3 situações por cada mil habitantes, seguido por Itália, Alemanha, Portugal, França, Grécia e Espanha, respetivamente.

Assim, Portugal era o 4º país que apresentava um número mais elevado de mortes por Demência por cada mil residentes, ou seja, Portugal apresentava uma estimativa de 19.9 casos por cada mil habitantes, sendo que a média exibida pela OCDE era de 14.8 ocorrências por cada mil indivíduos.

Igualmente no mesmo relatório é apresentado um gráfico com as principais causas de morte por género, como podemos analisar à posteriori.

Gráfico 1.2 – Principais causas de Morte por género em 2015 (Retirado de OCDE, 2017)

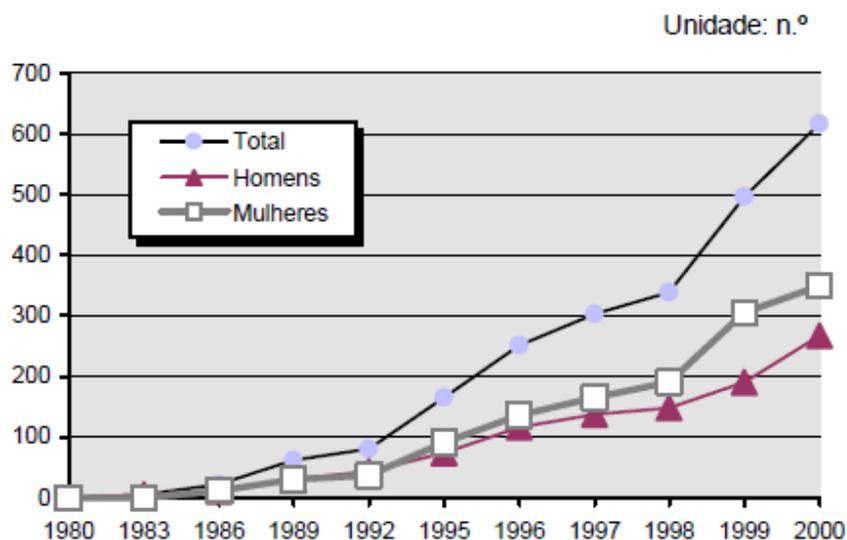


A nível mundial, podemos verificar que de entre as principais causas de morte no sexo feminino, em 2015, a Demência encontrava-se em terceiro lugar ($\approx 4,5\%$), porém a doença de *Alzheimer* ocupava o nono lugar com $\approx 3,6\%$.

Em contrapartida, no sexo masculino, a Demência e a doença de *Alzheimer* ocupavam os últimos lugares nas principais causas de morte ($\approx 2,1\%$ e $\approx 1,3\%$ respetivamente).

Situação Portuguesa

Gráfico 1.3 – Óbitos pela doença de *Alzheimer* por sexo desde 1980 até 2000 (Retirado de Destaque do INE, 2001)



Ao analisarmos a situação portuguesa com base no gráfico anterior, podemos verificar que o aumento do número de óbitos provocados pela doença de *Alzheimer* tem aumentado

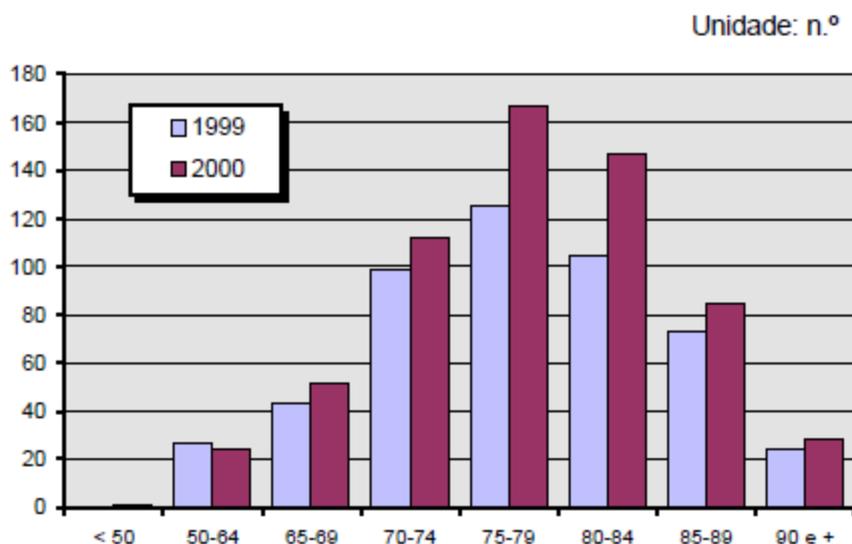
gradualmente desde 1980 até 2000, ano em que não existiram registos de mortalidade causados por esta doença. Porém, existiu uma quebra em 1992 e em 1998 onde este número diminuiu.

Ao detalhar esta análise por ano, verificamos que em 2000, registaram-se 616 óbitos por *Alzheimer*, sendo que 349 desses casos correspondiam a indivíduos do sexo feminino (56,7%) e os restantes 267 ao sexo masculino (43,3%).

Se compararmos o ano 2000 com o ano anterior, 1999, que registou 496 óbitos, podemos concluir que existiu um aumento de 24% de mortes causadas pela doença de *Alzheimer*.

Focalizando no género, denotamos que a partir do ano 1995, os óbitos de indivíduos do sexo masculino não acompanharam o crescimento dos casos dos elementos femininos, revelando uma maior diferença no ano de 1999.

Gráfico 1.4 – Óbitos pela doença de *Alzheimer* por grupo etário em 1999 e 2000 (Retirado de Destaque do INE, 2001)



Ao analisarmos os óbitos por faixa etária, o gráfico 1.4 mostra-nos que em 1999 não existiam dados sobre óbitos causados pela doença de *Alzheimer* antes dos 50 anos de idade. Contudo, em 2000 já existiam registos nesta área.

Na sua generalidade, podemos ver que em todas as faixas etárias, existiu um aumento na mortalidade causada por esta doença, entre 1999 e 2000, com exceção na faixa 50-64. “Em 2000, mais de 69% dos óbitos pela doença de *Alzheimer* (426) ocorreram em indivíduos incluídos no grupo etário dos 70 aos 84 anos (cerca de 66%, em 1999).” (INE, 2001: 1).

No seguimento do presente tema, o INE (Instituto Nacional de Estatística) efetuou um relatório sobre as principais causas de morte em Portugal em 2017, onde é destacada uma seção para o tema da Demência.

Gráfico 1.5 – Dados e indicadores de mortalidade em 2017 (Retirado de INE, 2019)

Dados e indicadores de mortalidade, Total, 2017			
Causa de morte: Demência (CID10: F00-F03)	HM	H	M
Total de óbitos (N.º)	3 839	1 394	2 445
Idade média à morte (N.º anos)	85,7	84,6	86,4
Proporção de óbitos pela causa de morte (% em relação ao total de óbitos)	3,5	2,5	4,5
Óbitos (N.º) com menos de 65 anos	28	17	11
Óbitos (N.º) com 65 e mais anos	3 811	1 377	2 434
Óbitos (N.º) com menos de 70 anos	69	41	28
Óbitos (N.º) com 75 e mais anos	3 615	1 270	2 345
Taxas padronizadas por todas as idades (por 100 000 habitantes)	15,0	14,3	15,4
Taxas padronizadas com menos de 65 anos (por 100 000 habitantes)	0,3	0,3	0,2
Taxas padronizadas com 65 e mais anos (por 100 000 habitantes)	134,4	126,9	138,6
Taxas brutas de mortalidade (por 100 000 habitantes)	37,3	28,6	45,1
Anos potenciais de vida perdidos (N.º)	383	238	145
Taxa de anos potenciais de vida perdidos (por 100 000 habitantes)	4,4	5,6	3,2
Número médio de anos potenciais de vida perdidos (N.º)	5,5	5,8	5,2
Taxas de anos potenciais de vida perdidos padronizadas (por 100 000 habitantes)	3,2	4,3	2,2

Nota: Os resultados estatísticos relativos a 2017 foram obtidos com base na informação do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito disponível até 5 de dezembro de 2018.

O relatório *Causas de Morte 2017* menciona que nesse mesmo ano se registaram 3 839 óbitos causadas pela doença de Demência, o que representa 3,5% da mortalidade em Portugal. Relativamente ao género, 2 445 casos representados na seção das mulheres no gráfico 1.5, representam 4,5% do total de mortes desse género, enquanto os 1 394 significava apenas 2,5% do total de falecimentos dos indivíduos masculinos. Deste modo, podemos concluir que existiu 57 óbitos masculinos por cada 100 femininos.

Por faixa etária, verificamos que a idade média desta causa de morte foi de 85,7 anos, ou seja, 84,6 para o sexo masculino e 86,4 para o sexo feminino. Constatamos que este tipo de causas é pouco provável com menos de 65 anos (total de 28 casos), portanto proximamente

99% destes óbitos ocorreram em indivíduos com 65 e mais anos, e cerca de 94% em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos.

Ao analisarmos a taxa bruta de mortalidade em relação a esta doença, verificamos que ocorreu 37,3 mortes por cada 100 mil habitantes em Portugal, sendo 28,6 no sexo masculino e 45,1 no sexo feminino.

A taxa de mortalidade padronizada para todas as idades foi de 15 mortes por cada 100 mil habitantes, o que corresponde a 14,3 nos homens e 15,4 nas mulheres. Essa mesma taxa para os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, foi de 134,4 óbitos por cada 100 mil habitantes, enquanto para os sujeitos com idade inferior a 65 anos foi apenas de 0,3 falecimentos por cada 100 mil habitantes.

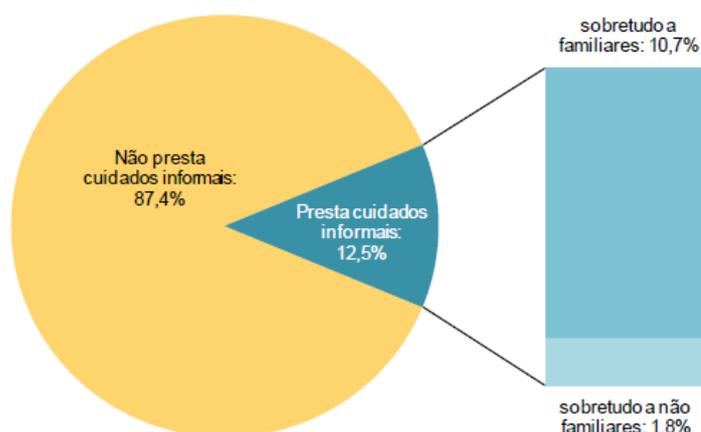
Relativamente, ao número de anos potenciais de vida perdidos por esta doença o valor apresentado era de 383 anos, sendo 238 anos para os homens e 145 para as mulheres. A taxa desses anos potenciais de vida perdidos, correspondia a 4,4 anos por cada 100 mil habitantes, sendo 5,6 para o sexo masculino e 3,2 para o sexo feminino.

Por fim, o número médio de anos potenciais de vida perdidos por morte causada pela Demência correspondia a 5,5 anos, o que significa 5,8 para os homens e 5,2 para as mulheres.

3.1.2. Prestação de cuidados

Em 2014, o Instituto Nacional de Estatística (INE) efetuou um inquérito, onde aborda o tema dos cuidados informais, como iremos ter a oportunidade de analisar posteriormente.

Gráfico 1.6 – Proporção da população com 15 ou mais anos por condição perante a prestação de cuidados informais em 2014 (Retirado de INE, 2016)



De acordo com o gráfico anteriormente apresentado, a maioria da população (87,4%) não prestava cuidados informais a pessoas dependentes que apresentavam algum problema de saúde ou associado ao envelhecimento, porém, 12,5% dos inquiridos, o que corresponde a aproximadamente a 1,1 milhões de indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos, prestavam esse tipo de cuidados. Desses 12,5% de cuidadores informais, mais de 85%, ou seja, 948 mil inquiridos, prestavam esses cuidados a familiares.

No gráfico seguinte, será possível analisar mais detalhadamente as características da amostra de cuidadores inquiridos.

Gráfico 1.7 – População residente com idade igual ou superior a 15 anos por sexo e grupo etário perante os cuidados informais em Portugal, 2014 (Retirado de INE, 2016)

Unidade: N.º

Sexo Grupo etário	População residente	Prestação de cuidados informais				Horas semanais de prestação de cuidados informais		
		Não presta cuidados	Presta cuidados			Total	Menos de 10 horas	10 horas ou mais
			Total	sobretudo a familiares	sobretudo a não familiares			
Total	8 884 581	7 764 305	1 109 963	947 671	159 613	1 109 963	637 613	468 203
15-24 anos	1 105 481	1 009 659	95 822	74 458	x	95 822	77 698	x
25-64 anos	5 673 933	4 882 190	786 625	693 869	90 077	786 625	464 106	319 127
65+ anos	2 105 167	1 872 455	227 516	179 344	48 172	227 516	95 809	131 707
Homens	4 160 180	3 722 584	433 603	380 529	52 939	433 603	266 305	166 992
15-24 anos	561 098	516 395	44 703	34 007	x	44 703	37 647	x
25-64 anos	2 724 899	2 414 055	307 995	280 867	26 993	307 995	192 454	115 234
65+ anos	874 183	792 135	80 905	65 655	x	80 905	36 204	44 702
Mulheres	4 724 401	4 041 721	676 359	567 141	106 674	676 359	371 308	301 210
15-24 anos	544 383	493 265	51 118	40 451	x	51 118	40 051	x
25-64 anos	2 949 034	2 468 135	478 630	413 002	63 084	478 630	271 652	203 892
65+ anos	1 230 984	1 080 321	146 611	113 689	32 922	146 611	59 606	87 005

Em 2014, os cuidadores informais com idade igual ou superior a 15 anos, 637 613 ($\approx 57,4\%$) prestavam cuidados durante menos de 10 horas semanais, enquanto 468 203 ($\approx 42,2\%$) dedicavam 10 ou mais horas semanais a cuidar de outro.

Podemos verificar que as mulheres, independentemente da faixa etária, dedicavam mais horas à prestação de cuidados do que os homens, sendo que estas apresentavam um maior número de cuidadores. Porém, em ambos os sexos dedicavam 10 horas ou mais a partir dos 65 anos de idade.

Gráfico 1.8 – População residente com idade igual ou superior a 15 anos por sexo e situação profissional perante os cuidados informais em Portugal, 2014 (Retirado de INE, 2016)

Unidade: N.º

Sexo Condição perante o trabalho	População residente	Prestação de cuidados informais				Horas semanais de prestação de cuidados informais		
		Não presta cuidados	Presta cuidados			Total	Menos de 10 horas	10 horas ou mais
			Total	sobretudo a familiares	sobretudo a não familiares			
Total	8 884 581	7 764 305	1 109 963	947 671	159 613	1 109 963	637 613	468 203
Empregado	4 173 245	3 656 677	511 081	449 519	59 017	511 081	318 749	189 245
Desempregado	1 098 312	932 336	163 639	136 908	26 595	163 639	100 963	62 370
Reformado	2 186 515	1 932 171	252 346	204 347	47 999	252 346	110 586	141 760
Outro inativo	1 420 603	1 238 720	181 575	155 574	26 001	181 575	106 747	74 828
Homens	4 160 180	3 722 584	433 603	380 529	52 939	433 603	266 305	166 992
Empregado	2 150 665	1 938 011	212 151	188 997	x	212 151	139 077	73 074
Desempregado	516 934	440 151	74 533	67 644	x	74 533	45 447	28 780
Reformado	998 757	895 616	102 121	86 380	x	102 121	45 149	56 972
Outro inativo	492 419	448 066	44 230	36 939	x	44 230	36 064	x
Mulheres	4 724 401	4 041 721	676 359	567 141	106 674	676 359	371 308	301 210
Empregado	2 022 581	1 718 666	298 930	260 522	35 864	298 930	179 672	116 171
Desempregado	581 378	492 185	89 106	69 264	x	89 106	55 516	33 589
Reformado	1 187 757	1 036 555	150 224	117 966	32 258	150 224	65 437	84 788
Outro inativo	928 185	790 654	137 345	118 635	x	137 345	70 684	66 662

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014.

Notas: As estimativas apresentadas não contemplam as situações "não sabe / não responde".

Relativamente à situação profissional, verificamos que a grande maioria dos indivíduos que prestavam cuidados informais, se encontravam empregados ($\approx 46\%$), seguidos pelos reformados ($\approx 22,7\%$), outro inativo ($\approx 16,4\%$) e, por fim, desempregados ($\approx 14,7\%$).

Ainda neste âmbito, o sexo feminino dominava em todas as situações de emprego, exceto a situação de “empregado”, o que significa que apesar de o número de cuidadores do sexo feminino ser superior ao do sexo masculino, estes apresentavam um número maior de indivíduos que prestavam cuidados a outrem enquanto mantinham o seu emprego.

No que diz respeito às horas semanais prestadas, podemos concluir que, independentemente do sexo, a maioria dos indivíduos que se apresentavam como empregado ($\approx 62,4\%$), desempregado ($\approx 61,7$) e outro inativo ($\approx 58,8\%$) dedicavam menos de 10 horas por semana a cuidar de outrem, enquanto a maioria dos indivíduos que se encontravam reformados ($\approx 56,2$) dedicavam 10 ou mais horas na prestação de cuidados.

Gráfico 1.9 – População residente com idade igual ou superior a 15 anos por sexo e situação profissional perante os cuidados informais em Portugal, 2014 (Retirado de INE, 2016)

Unidade: N.º

Sexo Grau de urbanização	População residente	Prestação de cuidados informais				Horas semanais de prestação de cuidados informais		
		Não presta cuidados	Presta cuidados			Total	Menos de 10 horas	10 horas ou mais
			Total	sobretudo a familiares	sobretudo a não familiares			
Total	8 884 581	7 764 305	1 109 963	947 671	159 613	1 109 963	637 613	468 203
Área densamente povoada	3 857 865	3 383 675	466 369	384 235	79 590	466 369	268 784	194 286
Área mediamente povoada	2 628 683	2 292 570	333 799	295 829	37 835	333 799	193 788	139 162
Área pouco povoada	2 398 034	2 088 061	309 795	267 607	42 188	309 795	175 041	134 755
Homens	4 160 180	3 722 584	433 603	380 529	52 939	433 603	266 305	166 992
Área densamente povoada	1 771 191	1 581 344	187 103	162 434	24 668	187 103	119 630	67 473
Área mediamente povoada	1 238 490	1 111 702	125 539	116 354	x	125 539	69 422	55 811
Área pouco povoada	1 150 500	1 029 538	120 962	101 740	x	120 962	77 253	43 709
Mulheres	4 724 401	4 041 721	676 359	567 141	106 674	676 359	371 308	301 210
Área densamente povoada	2 086 674	1 802 330	279 266	221 800	54 922	279 266	149 155	126 813
Área mediamente povoada	1 390 193	1 180 868	208 260	179 475	28 785	208 260	124 366	83 351
Área pouco povoada	1 247 534	1 058 523	188 834	165 867	x	188 834	97 787	91 046

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014.

Notas: As estimativas apresentadas não contemplam as situações "não sabe / não responde".

No gráfico 1.9, analisamos que, independentemente do género, a grande parte dos indivíduos vivia numa área densamente povoada (42%), seguida da área mediamente povoada (30,1%) e, por fim, numa área pouco povoada (27,9%).

Porém, o grau de urbanização em que os cuidadores informais viviam (densamente povoada, mediamente povoada ou pouco povoada), não apresentava qualquer influência sobre as horas semanais despendidas nos cuidados, visto que em todos os graus de urbanização, independentemente do sexo, dominava os cuidados de menos de 10 horas semanais.

3.2. Análise empírica do problema

Após a análise de dados estatísticos existentes, avançamos para a aplicação de um questionário, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a temática em estudo no presente projeto, assim como conhecer a realidade em Portugal.

Vicente, Reis & Ferrão (1996), salientam que a forma mais utilizada de recolher informação desejada diretamente da população² é a aplicação de um questionário. O “(...) questionário é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões apresentadas por escrito. O questionário deverá ser efetuado a pessoas que propiciem determinado conhecimento ao pesquisador.” (Barbosa, 2012: 84).

O questionário aplicado foi dividido em três categorias: 1) Opinião pública sobre as necessidades formativas dos cuidadores informais; 2) Caracterização do Cuidador Informal; e, 3) Disponibilidade para uma entrevista de aprofundamento do tema.

Este tipo de abordagem para obter dados apresenta algumas vantagens, tais como: permite inquirir um grande número de pessoas, garante o anonimato das mesmas, é flexível no momento de resposta, ou seja, esta pode ser fornecida quando for mais oportuno, e o facto de não ter um questionador a exercer influência direta no questionado leva a que este tenha respostas mais exatas (Almeida e Pinto, 1995 citado por Barbosa, 2012).

O autor, refere que as questões devem ser desenvolvidas segundo três princípios: 1) Princípio da Clareza (devem ser claras, concisas e unívocas), 2) Princípio da Coerência (devem corresponder à intenção da própria pergunta) e 3) Princípio da Neutralidade (não devem induzir uma dada resposta, mas sim libertar o inquirido do referencial de juízos de valor ou do preconceito do próprio autor).

O questionário aplicado continha dois tipos de perguntas: resposta aberta e resposta fechada. As questões de resposta aberta permitem ao inquirido construir uma resposta com liberdade de expressão, pois exprime a sua opinião pelas suas próprias palavras. As questões de resposta fechada são questões onde o inquirido assinala a que mais se adequa à sua opinião. “Também é usual aparecerem questões dos dois tipos no mesmo questionário, sendo este considerado misto.” (Barbosa, 2012, p.85), o que ocorre no questionário aplicado.

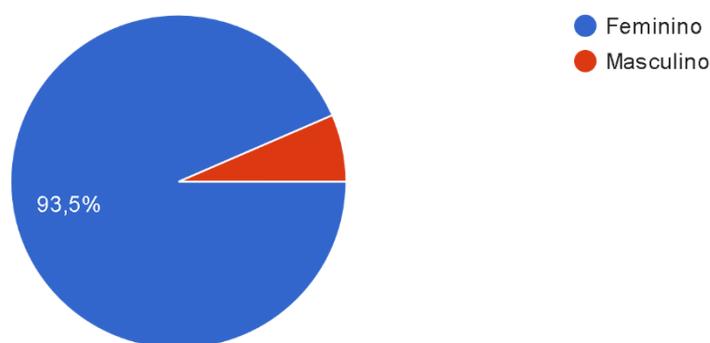
² “É qualquer grupo de indivíduos (pessoas, objectos, empresas, etc.) com uma ou mais características em comum. A população pode ser finita ou infinita (Vicente, Reis & Ferrão, 1996).

3.2.1. População-alvo

Geralmente, um questionário quando é aplicado, destina-se a uma população alvo³ específica. A esse público alvo, diversos autores, nomeiam de amostra. Vicente, Reis & Ferrão (1996: 229) definem amostra como “(...) subconjunto de elementos pertencentes a uma população.”

Silva (1999), salienta que esta amostra deve ser escolhida corretamente, visto que deve representar uma população específica, dando uma conclusão válida ou aproximada desta.

Gráfico 1.10 – Gênero dos inquiridos



A amostra que fez parte da minha investigação, totaliza 291 indivíduos, sendo a grande maioria do sexo feminino, com 272 respostas (93,5%) e apenas 19 respostas do sexo masculino (6,5%), como podemos verificar no gráfico 1.10.

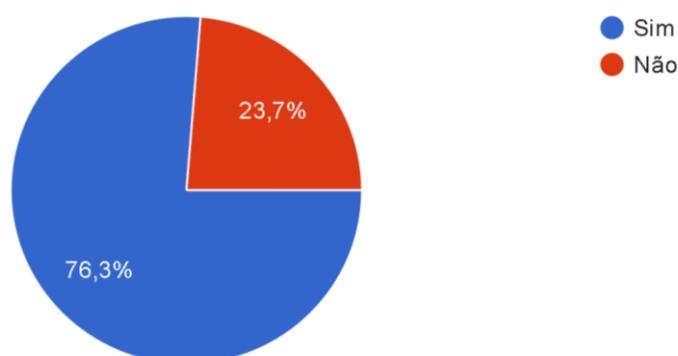
Neste inquérito, dado que o foco da segunda parte é a caracterização do Cuidador Informal, a amostra foi subdividida em cuidadores e não cuidadores, ou seja, população em geral, sendo que do total de 291 respostas, 154 (52,9%) nunca prestaram cuidados a outrem, enquanto 137 (47,1%) têm ou já tiveram essa experiência.

3.2.2. Necessidades Formativas dos Cuidadores Informais

A primeira parte do questionário destinou-se a conhecer a população amostral que respondeu ao questionário e, essencialmente, a opinião pública sobre o tema em estudo, bem como as necessidades formativas dos cuidadores informais.

³ “Conjunto de elementos acerca dos quais se pretende obter informação” (Vicente, Reis & Ferrão, 1996: 232).

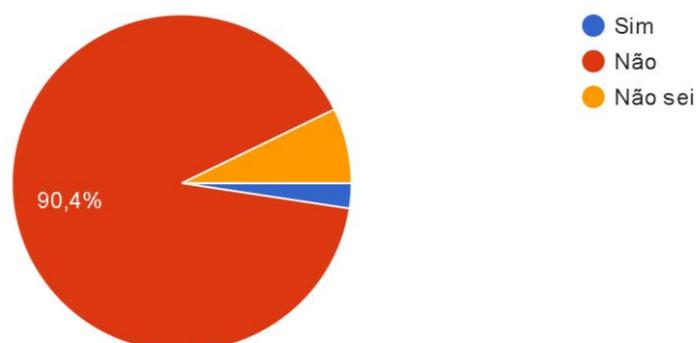
Gráfico 1.11 – Contacto com indivíduos diagnosticados com Demência



Primeiramente, questionei se os inquiridos já tiveram ou mantêm contacto com algum indivíduo diagnosticado com Demência, à qual 222 inquiridos (76,3%) responderam afirmativamente, sendo que 69 (23,7%) não tiveram contacto com este tipo de doença.

Após esta caracterização da amostra, decidi entrar no tema das necessidades formativas com a questão “Considera que as formações e ações de sensibilização desenvolvidos em Portugal são suficientes?”.

Gráfico 1.12 – Opinião sobre o número de formações e ações de sensibilização desenvolvidos em Portugal



Como podemos observar no gráfico 1.12, a grande maioria (263 inquiridos - 90,4%) considerava que as formações ou ações de sensibilização efetuadas no nosso país não são suficientes para o número de doentes com Demência ou de cuidadores. Porém, 21 indivíduos (7,2%) responderam que “não sei”. Os restantes 7 (2,4%) responderam que estas eram suficientes.

Para uma melhor análise, comparei a relação entre as respostas “não sei” à presente questão analisada e as questões “Deveriam existir mais” e “Já foi/é cuidador?”, de modo a justificar a resposta fornecida.

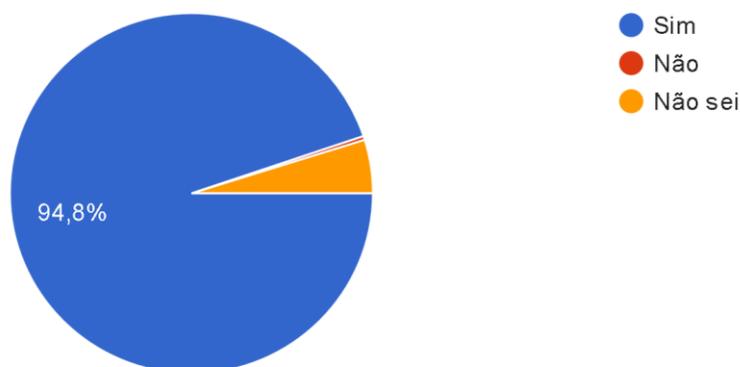
Todavia, não existe nenhuma ligação forte entre as respostas analisadas, visto que 8 dos 21 indivíduos ($\approx 38,1\%$) que responderam “não sei” na questão anterior, responderam afirmativamente à questão sobre a existência de maior número de formação ou ações de sensibilização, sendo que 13 de 21 inquiridos mantiveram a resposta “não sei” a essa mesma questão ($\approx 68,9\%$).

Na pergunta “Já foi/é cuidador?” concluo que existe um maior número de respostas “sim” do que “não”, porém, tal como ocorre na situação anterior, não é uma relação forte, dado que 13 dos 21 inquiridos ($\approx 68,9\%$) que responderam “não sei” à questão “Considera que as formações e ações de sensibilização desenvolvidos em Portugal são suficientes?” foram ou são cuidadores informais. Assim, 8 dos 21 indivíduos ($\approx 38,1\%$) não foram ou são cuidadores.

Saliento assim, que os indivíduos que não sabem se as formações e ações de sensibilização são suficientes em Portugal, não demonstram nenhuma relação com o facto de serem ou não cuidadores e considerarem que deveria ou não existir mais formações e ações de sensibilização.

Posteriormente, foi questionado se os inquiridos consideram que deveriam existir mais ações de formação e ações de sensibilização.

Gráfico 1.13 – Opinião sobre a existência de mais formações e ações de sensibilização sobre o tema da Demência



Assim como correu na questão anterior, a maioria (276 inquiridos – 94,8%) responderam afirmativamente, o que significa que consideram que deveria existir mais formações e ações de sensibilização. Todavia, apenas 1 indivíduo (0,3%) respondeu negativamente e 14 (4,8%) selecionaram a opção “não sei”.

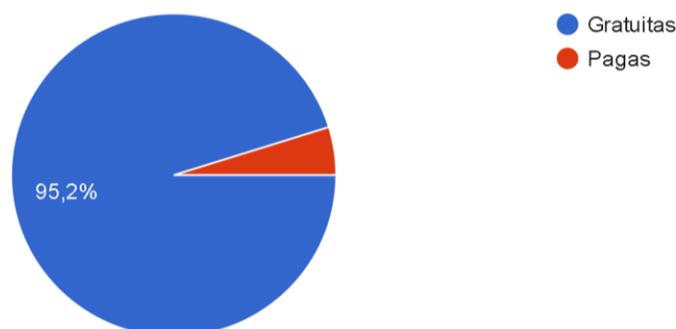
Tal como no gráfico anterior, procurei conhecer se existia alguma relação entre a resposta “não sei” à presente questão e as questões “Já estive/está em contacto com algum indivíduo diagnosticado com Demência?” e “Já foi/é cuidador?”.

Relativamente à relação com a questão do contacto com o utente, concluo que não existe relação entre a resposta “não sei” e o facto de ter contacto com indivíduos com esta particularidade, dado que 6 dos 14 indivíduos ($\approx 42,9\%$) já teve contacto esses utentes, pelo o que 8 dos 14 inquiridos ($\approx 57,1\%$) não experienciaram essa convivência.

Contudo, quando analisei a relação entre a resposta “não sei” e a questão sobre ser ou não cuidador, encontrei uma relação forte entre essa e o facto de não serem cuidadores, pois 11 das 14 respostas ($\approx 78,6\%$) não são nem foram cuidadores enquanto apenas 3 dos 14 indivíduos ($\approx 21,4\%$) ocupam ou já ocuparam esse cargo.

A seguinte questão foi se estas formações deveriam ser pagas ou gratuitas.

Gráfico 1.14 – Opinião sobre o pagamento ou não das formações deste tema



Relativamente às formações serem pagas ou gratuitas, a opinião da maioria da amostra não deixa dúvidas, pelo o que 277 (95,2%) responderam que estas deveriam ser gratuitas, sendo que apenas 14 inquiridos (4,8%) consideram que estas devem ser pagas.

Quando questioneei a justificação da resposta fornecida por cada um dos inquiridos, estas foram consensuais, visto que a grande maioria considera que o facto de estas serem pagas torna-

se uma grande barreira para os indivíduos, tornando-se uma barreira de acesso: “Para que o dinheiro não fosse impedimento a ter acesso a estes recursos tão importante a quem é cuidador”; “É importante que todos tenham acesso”, “Há pessoas que não têm possibilidade de pagar formações mas têm pessoas com Demência ao seu encargo”, “Um cuidador já tem elevadas despesas e a maioria dos casos não têm salário para recorrer a ajudas ou a formações”, “Nem todas as pessoas têm condições para pagar uma formação tão importante e necessária como esta, visto que ninguém está livre de ter contacto com alguém demente”, entre muitas outras respostas escritas pelos inquiridos.

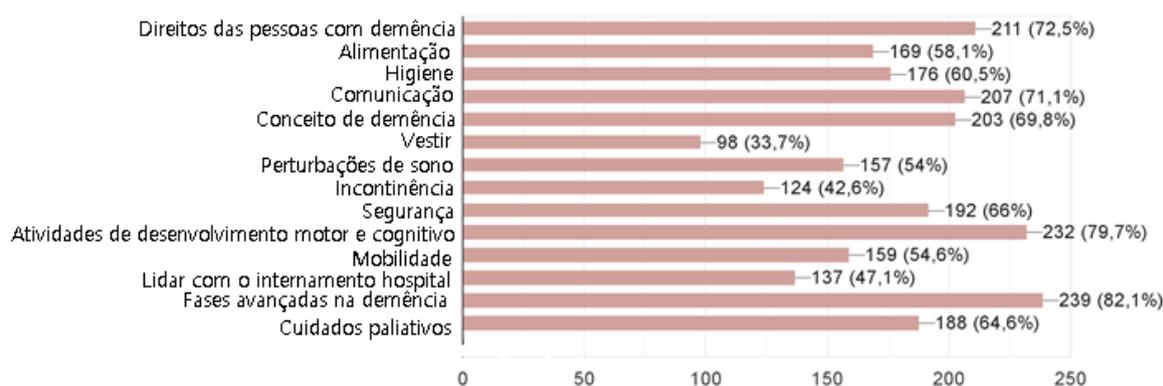
A segunda justificação mais descrita pelos inquiridos foi o facto de estas formações serem gratuitas para a população, mas financiadas pelo o Estado (“(...) o governo devia patrocinar estas formações”) ou dos centros de saúde (“Penso que os nossos centros de saúde, deveriam promover esse tipo de formações” ou “Porque deveria fazer parte do sistema nacional de saúde”). Seguida pela opinião que estas formações deveriam servir para toda a população como sensibilização, dado que “Todos devíamos saber lidar com pessoas com Demência e aprender um pouco”, “Para melhor preparação e responsabilidade” e “Devem ser gratuitas porque são para o bem comum, nunca sabemos quando precisamos de as usar, em casa ou no espaço público”.

Algumas pessoas ainda referiram que as formações deveriam ter as duas modalidades (pagas e gratuitas), dependendo das disponibilidades financeiras dos formandos ou com preços mais acessíveis. Todavia, existe uma resposta que menciona que estas devem ser pagas pelos técnicos, mas não pelos cuidadores.

Quando analisamos as justificações dos inquiridos que salientaram que estas formações devem ser pagas, verificamos que 5 dos 14 indivíduos (35,7%) não manifestaram a sua opinião. Os restantes referiram estas deveriam ser pagas pelos seguintes motivos: as formações terem uma melhor qualidade, é necessário remunerar os formadores e o tempo que estes despendem, assim como é fundamental pagar o local onde as formações ocorrem.

Posteriormente, foi colocada a questão sobre os temas que deveriam ser abordados nestas formações. Sendo que os inquiridos poderiam sugerir outros temas através do campo “Outra opção”.

Gráfico 1.15 – Opinião sobre os temas a abordar nas formações sobre a Demência

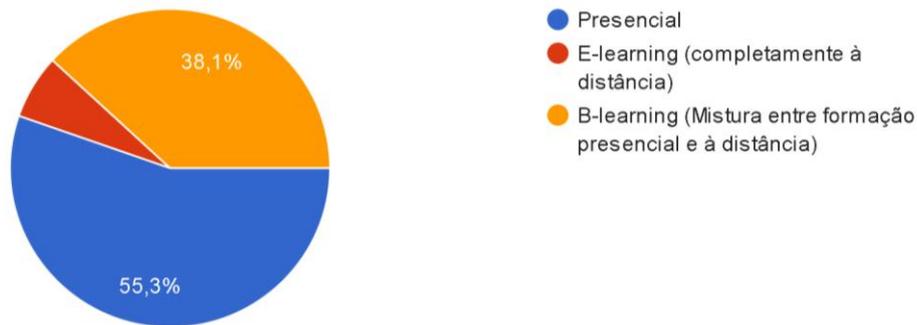


Os temas mais votados que os inquiridos consideram essenciais serem abordados nas formações sobre a Demência foram: Fases avançadas na Demência (239 respostas – 82,1%), Atividades de desenvolvimento motor e cognitivo (232 respostas – 79,7%), Direitos das pessoas com Demência (211 respostas, 72,5%), Comunicação (207 respostas – 71,1%), Conceito de Demência (69,8%), Segurança (192 respostas – 66%), Cuidados paliativos (188 respostas, 64,6%), Higiene (176 respostas - 60,5%), Alimentação (169 respostas – 58,1%), Mobilidade (159 respostas – 54,6%), Perturbações de sono (157 respostas – 54%), Lidar com o internamento hospital (137 respostas – 47,1%), Incontinência (124 respostas – 42,6%) e Vestir (98 respostas – 33,7%).

Para além dos temas identificados foram sugeridos os seguintes pelos inquiridos: Direitos do cuidador, Questões legais sobre a incapacidade, A relação entre familiares, Apoios sociais, Processo de luto, Morte, Aprender a lidar com a pessoa com Demência, A saúde do cuidador, Apoio psicológico para o cuidador e família do doente, Abordagens ao portador de Demência, As instituições e as suas práticas com estes utentes e Tratamento humanizado.

Por fim, antes de entrarmos na categorização dos cuidadores que participaram no inquérito, surge a questão “Quais das seguintes modalidades de formação considera que seria uma mais valia a nível nacional?”.

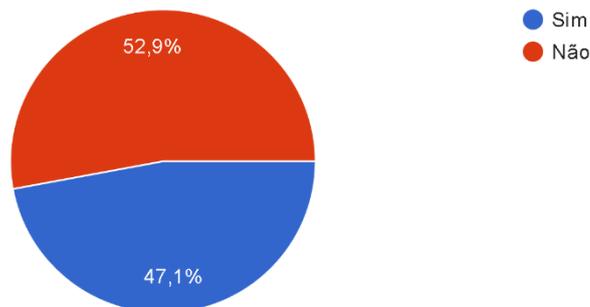
Gráfico 1.16 – Modalidades de formação



Como podemos verificar no gráfico anterior, a modalidade mais votada foi a formação presencial, com 161 votos (55,3%), seguido da modalidade mista (*B-learning*) com 111 (38,1%). O *E-learning* foi a que recebeu menos votos e adesão da amostra, contando com apenas 19 votos (19,5%).

De modo a restringir a amostra apenas a cuidadores e realizar a sua caracterização na segunda parte do questionário, foi efetuada a seguinte pergunta: “É/foi cuidador?”, onde apenas os participantes que responderam afirmativamente poderiam avançar no restante inquérito.

Gráfico 1.17 – Cuidadores e não cuidadores



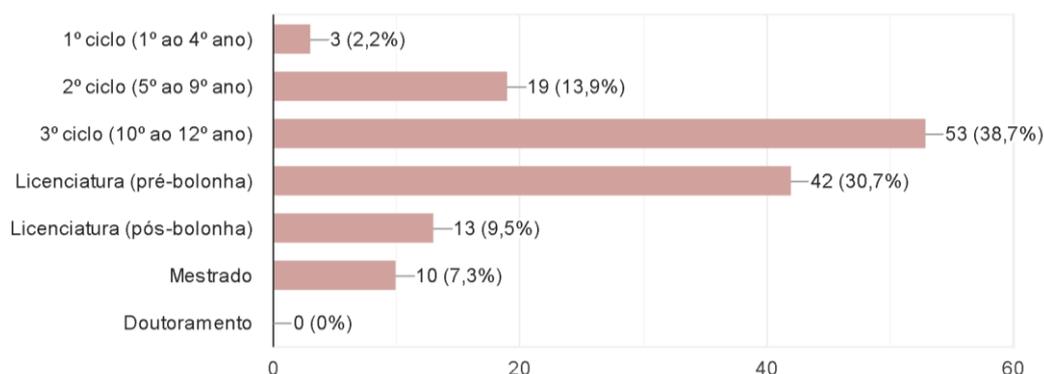
Podemos concluir que, na amostra de 219 indivíduos, 137 são ou já foram cuidadores (47,1%), pelo o que o seguinte ponto “Caracterização dos Cuidadores” apenas de focará nessa subcategoria da amostra com 137 cuidadores.

3.2.3. Caracterização dos Cuidadores

Para caracterizar os cuidadores que responderam ao inquérito, a primeira questão colocada nesta segunda seção, procurou verificar a faixa etária dos mesmos. A faixa etária mais frequente entre os cuidadores informais de utentes com Demência que responderam ao questionário era entre 40 a 49 anos de idade (41 inquiridos – 29,9%), seguida pela 50 a 59 (34 indivíduos – 24,8%), 30 a 39 (28 inquiridos – 20,4%), 20 a 29 (16 indivíduos – 11,7%), 60 a 69 (14 inquiridos – 10,2%) e mais de 70 anos de idade (4 indivíduos – 2,9%). Todavia, a faixa etária com menos de 20 anos, não apresentou nenhum valor, o que significa que nenhum dos cuidadores apresentava idade inferior a 20 anos.

De seguida, procurei conhecer as habilitações dos cuidadores.

Gráfico 1.18 – Habilitações dos cuidadores



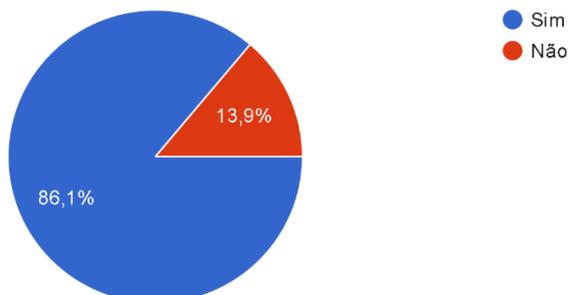
Através do gráfico 1.18, podemos verificar que 53 (38,7%) dos inquiridos possuíam o 3º ciclo, seguido por 42 (30,7%) com uma licenciatura no regime pré-bolonha. Posteriormente, o 2º ciclo (5º ao 9º ano), apresentava 19 respostas (13,9%). A licenciatura (pós-bolonha) contava com 13 indivíduos (9,5%), bem como 10 dos inquiridos que possuíam um mestrado. Por fim, apenas 3 indivíduos (2,2%) possuíam apenas o 1º ciclo (1º ao 4º ano).

Todavia, podemos verificar que o nenhum dos 137 cuidadores, nenhum possuía o doutoramento.

Posteriormente, questioneei qual a profissão de cada um dos cuidadores inquiridos, pelo o que apresentaram resultados muito diversos, tais como enfermeiras, contabilistas, gerontologia, agente de viagens, eletricista, lojista, auxiliar de ação educativa, administrativo, professora, doméstica, advogada, socióloga, tradutor, motorista, terapeuta, costureira, entre

muitos outros. Porém, denotei que existia um grande número de assistentes sociais, desempregados e reformados.

Gráfico 1.19 – Relação familiar com o utente



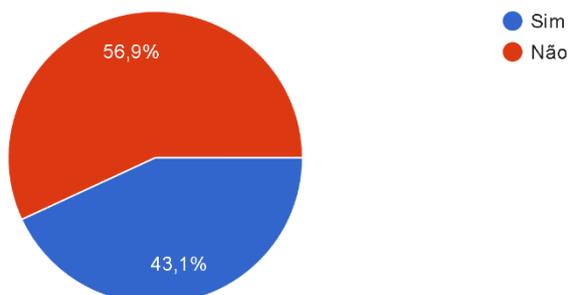
Ao questionar se o cuidador inquirido era familiar do paciente a quem prestava cuidado, verificamos que a resposta afirmativa tem um grande peso entre os inquiridos, pelo o que 118 cuidadores (86,1%) eram familiares do utente, sendo que apenas 19 (13,9%) não tinham ligação familiar com o indivíduo a quem prestaram cuidados.

Relativamente aos anos de prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores apresentavam uma prestação de cuidados superior aos 5 anos, seguidos pelo 2 a 3 anos. Porém, grande parte ainda se encontrava a prestar estes cuidados.

Quando analisamos por horas diárias, a grande parte dos cuidadores inquiridos dedicavam 24 horas por dia ao utente com Demência. Contudo, horas dos restantes indivíduos que não dedicavam 24 horas, variavam entre 2 a 18 horas.

De modo a explorar com maior intensidade este ato de cuidar, coloquei a questão “Tem/teve a colaboração de outros profissionais (como enfermeiras) no ato de cuidar?”.

Gráfico 1.20 – Colaboração com profissionais no ato de cuidar



Deste modo, podemos ver que apesar de não ser uma grande diferença entre as respostas, a opção “Não” teve mais peso nesta pergunta, sendo que 78 indivíduos (56,9%) afirmam que não tinham a colaboração de profissionais quando cuidam de outro. Os restantes 59 (43,1%) contam com a ajuda de profissionais no ato de cuidar.

A seguinte questão colocada no inquérito foi se os inquiridos obtiveram algum apoio formal por parte do estado na prestação de cuidado. Nesta pergunta teriam o campo “Outra opção” para colocarem outro comentário que considerassem pertinente.

As respostas são esmagadoras, visto que 117 cuidadores (85,4%) afirmaram que não receberam nenhum apoio por parte do estado, pelo o que apenas 15 (10,9%) afirmaram receber este tipo de apoio. Os restantes acrescentaram os seguintes comentários: “Mas muito insuficiente dadas as necessidades tão exigentes”, “100€ por mês. Não posso trabalhar”, “Complemento por dependência” e “Enfermagem e fisioterapia em casa”.

Por fim, procuramos conhecer os motivos que levaram os inquiridos a assumir este papel. Irrefutavelmente, posso afirmar que o grande motivo que levaram estes cuidadores a prestar este serviço é o facto de ter uma relação familiar o carinho ou amor que sente por esse indivíduo.

Uma curiosidade foi o facto, de inúmeros inquiridos assumirem que como os seus pais ou avós cuidaram deles enquanto eram menores, atualmente é sua responsabilidade cuidar dos seus antecedentes enquanto se encontram numa situação mais débil. Para além disso, uma grande maioria diz que não tem possibilidades de financiar um lar de idosos nem existe outro indivíduo que possa prestar esse cuidado, por isso não possui outra alternativa se não assumir essa responsabilidade.

Todavia, existem algumas exceções e são cuidadores como profissão, tais como “Gosto pela profissão”, “Afeto. Gosto muito de trabalhar com pessoas idosas.”, “O gosto pela área fez com que fizesse disso o meu futuro”, “Eu amo cuidar das pessoas, principalmente os idosos, que tem sempre muito a nos ensinar, amo a minha profissão faço por amor”, entre outros testemunhos.

Capítulo II: Projeto “Programa de Formação de Cuidadores para situações de Demência”

1. Justificação

O desenvolvimento deste projeto consiste na melhoria das ações de formação existentes para cuidadores informais com idades iguais ou superiores a 60 anos que prestem cuidados a indivíduos com idade igual ou superior à sua, nomeadamente nos seus conteúdos e atividades, bem como a criação de ações de sensibilização para a população em geral.

Como verificamos no capítulo anterior, os cuidadores informais de idosos em situação de Demência são maioritariamente familiares, devido ao nível de proximidade com o utente.

“Apesar das mudanças, a função de cuidar, ao longo dos tempos, tem se mantido associada à família e é neste contexto que habitualmente se insere o papel de cuidador” (Bertini, 2016: 25).

Também, pelo evidente envelhecimento da nossa população, a maioria desses cuidadores apresenta uma idade igual à do doente. Deste modo, quando nos focamos em casais com mais de 60 anos de idade, em que um dos parceiros ainda tem autonomia física e capacidades cognitivas, a função de cuidar fica-lhe automaticamente atribuída. Todavia, quando já não existe essa possibilidade, por norma, a responsabilidade é transmitida para os descendentes ou aquando a falta dos mesmos ou de disponibilidade para cuidar, a restante opção é a inscrição em residências ou instituições.

Através de inúmeras pesquisas já efetuadas nesta área por outros tantos autores e do próprio questionário aplicado no capítulo de diagnóstico do presente projeto, podemos verificar que os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino.

“Devido a questões de atribuições de papéis, a mulher ainda continua com esta tarefa de cuidar, cuidar dos filhos, cuidar da casa, do marido, de doentes. Outro fator essencial na escolha de um cuidador e bem característico das mulheres é o apego emocional, tanto para quem cuida como para quem está sendo cuidado” (Neri, 2002, citado por Areosa, Henz, Lawisch & Areosa, 2012: 484).

O próprio familiar, maioritariamente, do sexo feminino, assume o papel de cuidador de forma autónoma.

Todavia, estes cuidadores, por norma, não possuem qualquer tipo de formação sobre a área de prestação de cuidados ou da Demência, apenas disponibilizam a sua boa vontade e disponibilidade (Areosa, Henz, Lawisch & Areosa, 2012).

Para além disso, o facto de existirem poucos recursos de apoio social que forneçam informação, ajuda no ato de cuidar ou qualquer tipo de formação a estes cuidadores, não torna a situação favorável para o próprio cuidador assim como para o idoso a ser cuidado (Areosa, Henz, Lawisch & Areosa, 2012).

O ato de cuidar pode colocar inúmeros desafios ao Cuidador Informal, pelo o que este se depara com a dificuldade de prestar cuidados ou com a falta de informação sobre como o pode fazer. Deste modo, é necessário formar para cuidar, visto que ainda existe muita falta de conhecimento nesta área. Cuidar não tem que ser um processo complexo!

2. Objetivo geral do projeto

De acordo com Oliveira (2005), o objetivo geral diz respeito à totalidade do que se pretende trabalhar, de forma consistente. O objetivo geral do presente projeto é desenvolver boas práticas a cuidadores com idade igual ou superior a 60 anos que prestem cuidados a outrem com idade igual ou superior à sua, bem como dotar a restante população interessada de conhecimentos sobre o tema da Demência.

3. Destinatários / população – alvo do projeto

Relativamente aos destinatários / população-alvo, a ação de sensibilização destina-se a toda a população portuguesa, o que significa que estas sessões estão abertas a todos os interessados que pretendam desenvolver o seu conhecimento sobre esta doença, com o fim de combater o desconhecimento existente sobre a Demência e as suas especificidades.

Todavia, preconiza-se que os formandos candidatos à frequência das ações de formação, apresentem uma idade superior a 60 anos e prestem cuidados a idosos em situação de Demência, com idade igual ou superior à sua.

4. Ações a desenvolver

O presente projeto divide-se em duas ações dirigidas a públicos diferentes:

1. Ações de sensibilização dirigidas à população em geral, de modo a sensibilizar o número máximo de indivíduos para as especificidades da Demência;

2. Ações de formação para cuidadores que apresentem idade igual ou superior a 60 anos e que prestem cuidados a indivíduos com idade igual ou superior à sua.

4.1. Objetivos específicos das ações do projeto

Os objetivos específicos das ações de sensibilização são:

- Informar a população para as especificidades desta doença;
- Desenvolver competências para lidar com o idoso portador de Demência;
- Identificar estruturas de apoio e instituições especializadas nesta problemática.

Relativamente aos objetivos das ações de formação, estes são:

- Identificar as características da doença de Demência bem como as necessidades dos indivíduos dementes;
- Promover e desenvolver estratégias e ferramentas para cuidar do idoso com Demência;
- Adequar os seus comportamentos e atitudes às características do idoso, de modo a melhorar o cuidado prestado.

4.2. Ações de sensibilização

No diagnóstico elaborado e nas leituras efetuadas, identificou-se um grande problema de falta de informação, não só por parte dos cuidadores, mas igualmente por parte de toda a população portuguesa.

Deste modo, as ações de sensibilização previstas no presente projeto pretendem combater a falta de informação da população portuguesa sobre a Demência, as suas características e de que modo devemos agir.

É pretendido dar conhecer a todos os indivíduos residentes em Portugal as especificidades da Demência, os organismos existentes a consultar em caso de necessidade de ajuda assim como fornecer algumas ferramentas básicas para lidar com um indivíduo diagnosticado com Demência.

Estas ações devem decorrer de Norte a Sul do país, incluindo as ilhas (Açores e Madeira), com principal foco nas zonas rurais, visto que é onde reside uma população mais idosa e com menos acesso a este tipo de informação ou organizações de saúde que lhes possam proporcionar algum tipo apoio.

Estas ações deverão ter a duração de apenas um dia, com o máximo de 50 participantes, sendo que podem ser divididas em mais dias se houver um grande número de interessados.

Os interessados deverão efetuar uma pré-inscrição, de modo a gerir o número de dias das ações. Esta pré-inscrição pode ser feita *online* através de um *site* criado para este mesmo efeito ou junto dos órgãos organizativos, nomeadamente das Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais dos locais onde irão decorrer.

Dado que se trata de um evento gratuito em prol da sociedade e bem-estar da mesma, o ideal seria efetuar parcerias com as Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais, de modo a que estas possam fornecer um espaço da localidade para efetuar as ações de sensibilização.

Relativamente à divulgação das ações de sensibilização, esta deverá ser efetuada com, pelo o menos, um mês de antecedência através de eventos nas redes sociais, cartazes, panfletos em locais e órgãos culturais das localidades assim como através de artigos ou notícias publicadas nos jornais residentes, sendo que estas três últimas serão sempre articuladas com a Junta de Freguesia ou Câmara Municipal.

Cada ação, seja ela de sensibilização ou de Formação, deverá ser acompanhada por um programa, onde está exposto os objetivos, os destinatários, a data, o local, o horário, as parcerias e outras informações relevantes. O programa das ações de sensibilização, que poderá igualmente ser utilizado para cartaz de divulgação, poderá ser consultado no anexo 1.

4.3. Ações de formação

O presente projeto propõe a reestruturação das atuais ações de formação, focada num público alvo específico, através da seguinte proposta de curso.

Designação do Curso	Cuidar + Formação para Cuidadores Informais de Idosos em Situação de Demência
Enquadramento do Curso	Em Portugal, os cuidadores de idosos em situação de demência são maioritariamente familiares, onde a maioria apresenta uma idade igual à do doente. Deste modo, é necessário formar para

	<p>cuidar, visto que ainda existe muita falta de conhecimentos nesta área.</p>
Objetivos	<p>No final do curso, os formandos deverão:</p> <p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver boas práticas no cuidado do doente em situação de Demência. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as características da doença de Demência bem como as necessidades dos indivíduos dementes; • Promover e desenvolver estratégias e ferramentas para cuidar do idoso com Demência; <p>Adequar os seus comportamentos e atitudes às características do idoso, de modo a melhorar o cuidado prestado.</p>
População - Alvo	<p>Preconiza-se que os formandos candidatos à frequência do curso tenham idade igual ou superior a 60 anos e prestem cuidados a idosos em situação de Demência, com idade igual ou superior.</p>
Resultados Esperados	<p>Com a realização das ações de formação, os resultados esperados são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar efetivamente as ações de formação efetuadas em Portugal, adaptando estas ao público alvo; • Sensibilizar e informar o máximo de número possível de pessoas sobre esta doença. <p>Os valores pretendidos seria iniciar pelo o menos 1 ação de formação por mês, o que atingiria 144 cuidadores informais com 60 ou mais anos que prestem cuidados a outro indivíduo com idade igual ou superior à sua.</p>

4.3.1. Programa do Curso

Designação do Curso	Cuidar + - Formação para Cuidadores Informais de Idosos em Situação de Demência
Enquadramento do Curso	Em Portugal, os cuidadores de idosos em situação de Demência são maioritariamente familiares, onde a maioria apresenta uma idade igual à do doente. Deste modo, é necessário formar para cuidar, visto que ainda existe muita falta de conhecimentos nesta área.
Duração do Curso	90 em regime presencial ou 120 horas em regime <i>b-learning</i> (misto – presencial e <i>e-learning</i>).
Destinatários e Pré-Requisitos	Preconiza-se que os formandos candidatos à frequência do curso tenham idade superior a 60 anos e prestem cuidados a idosos em situação de Demência, com idade igual ou superior.
Local de Realização	Plataforma Cuidar + e instalações a definir
Datas e Horários	Horários a definir
Modalidade de Formação	Formação Inicial
Forma de Organização da Formação	Presencial ou <i>B-Learning</i> (Regime misto) – Presencial e a distância

Estrutura Modular e Respetiva Carga Horária

Os conteúdos programáticos do curso “Cuidar +” serão organizados por uma sequência modular.

Módulo	Presencial (horas)	<i>B-Learning</i> (horas)
I – Conceito e Abordagens à Demência	8H	11H
II – Combate e Prevenção da Demência	10H	13H
III – Alimentação, Higiene, Vestuário e Segurança	10H	14H
IV – Comunicação e atividades de Desenvolvimento Motor e Cognitivo	12H	14H
V - Direitos dos Indivíduos com Demência e dos seus Cuidadores	6H	8H
VI – Tratamentos e Medicação	10H	14H
VII – Lidar com Complicações: Perturbações de Sono, Incontinência, Mobilidade e Dor	10H	14H
VIII – Fases Avançadas na Demência	8H	11H
IX – Lidar com o Internamento Hospitalar e Cuidados Paliativos	8H	11H
X – Morte e o Processo de Luto	8H	10H
TOTAL	90H	120H

No primeiro módulo, em que o objetivo é explorar a Demência e focar-se nas abordagens ao portador de Demência, pretende-se analisar o que é a Demência, identificar, reconhecer os sintomas assim como os tipos de Demência existentes, bem como aprender a lidar com um indivíduo demente, através de diferentes tipos de abordagens.

O segundo módulo focaliza-se na prevenção e combate da Demência, como nas estratégias da Demência, técnicas de combate e atividades de estimulação.

No terceiro módulo irá ser abordado a alimentação, higiene, vestuário e a segurança, através da importância da alimentação adequada, identificação dos alimentos apropriados e prejudiciais, dieta mediterrânica, importância da higiene, complicações na execução da higiene, estratégias para contornar essas complicações e dicas para a ação de vestir, bem como, aborda o tema da segurança dentro de casa, no exterior e estratégias de segurança.

O quarto módulo centra-se no tema da comunicação e das atividades de desenvolvimento motor e cognitivo, onde é abordado a comunicação com o doente, as estratégias de comunicação que o cuidador pode ter, os benefícios de atividades de desenvolvimento motor e cognitivo, assim como exemplos de atividades motoras e de atividades cognitivas.

No quinto módulo aborda-se os direitos dos indivíduos com Demência e dos seus cuidadores.

O sexto módulo centraliza-se no tema dos tratamentos e medicação, como a terapia farmacológica, terapia não farmacológica, neurologia e estimulação cognitiva, inibidores de colinesterase e memantina.

No sétimo módulo aborda-se de que forma o cuidador deve lidar com complicações, como perturbações do sono, incontinência, mobilidade e dor. Deste modo, expõe causas e estratégias para as perturbações de sono, cuidar do indivíduo com continência, dificuldade de mobilidade e a dor e os seus diferentes tipos.

O oitavo módulo foca as fases avançadas na Demência, através das características das fases avançadas na Demência e como lidar com o doente em fase avançada.

No nono módulo é abordado como lidar com o internamento hospitalar e os cuidados paliativos, nomeadamente o internamento do doente e a gestão de emoções ou sentimentos, bem como a gestão de sintomas e o encaminhamento do doente para os cuidados paliativos.

No decimo módulo é abordado o tema da morte e o processo de luto, pelas formas de lidar com a morte e a desconstrução do processo de luto.

Metodologia de Formação	Esta formação será desenvolvida com um equilíbrio entre a componente essencialmente prática e teórica, dando oportunidade aos cuidadores para experienciar uma série de situações mobilizadas e dotarem-se de conhecimentos. Ficarão, desta forma, preparados para prestarem melhores cuidados a idosos que apresentem sintomas ou diagnósticos de Demência.
--------------------------------	--

<p>Recursos Pedagógicos</p>	<p>Os recursos pedagógicos a serem utilizados durante este curso são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuais de apoio aos módulos assim como exercícios pedagógicos. • Plataformas colaborativas para a dinamização de atividades <i>online</i>, tais como a visualização de vídeos e a partilha de documentação e comunicação entre os formandos, assim como para a realização de sessões síncronas; • Sempre que existir sessões presenciais, a sala terá um computador portátil, um videoprojector e um <i>flip-chart</i> com as respetivas canetas.
<p>Requisitos Logísticos ou Tecnológicos</p>	<p>Os recursos logísticos ou tecnológicos a serem utilizados durante este curso são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plataforma colaborativa e de aprendizagem com ferramentas formativas e pedagógicas que permitem a realização de atividades síncronas e assíncronas; • Computador, <i>tablet</i> ou telefone que contenha microfone e colunas funcionáveis e ligação à <i>Internet</i>; <p>Para as sessões presenciais, a sala deverá ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala com boa luminosidade, ventilação, temperatura e isolada de ruídos perturbadores ao bom funcionamento, equipada com todos os recursos didáticos necessários para a realização das sessões presenciais. O mobiliário deve respeitar as regras de ergonomia dos formadores e dos formandos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de convívio, cafetaria e restauração no local onde se encontra a sala; • O seu local deverá ser de fácil acesso.
<p>Metodologia de Avaliação</p>	<p>Avaliação final dos formandos assenta nas seguintes percentagens:</p> <p>Avaliação Diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste de diagnóstico sobre os conhecimentos dos formandos – 5% <p>Avaliação Sumativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos Pedagógicos – 45% <p>Participação em debates com os colegas, exercícios e apresentações individuais.</p> <p>Avaliação Sumativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teste final de curso – 20% - Estudo de caso – 30% <p>A classificação final de curso, será realizada com a escala de avaliação numérica de 1 a 5 com a seguinte correspondência em termos qualitativos: Nível 1 – Desempenho Muito Insuficiente; Nível 2 – Desempenho Suficiente; Nível 3 – Desempenho Suficiente; Nível 4 – Desempenho Bom; Nível 5 – Desempenho Muito bom.</p> <p>Desta feita, a aprovação do formando no final do curso será determinada pelos seguintes critérios:</p> <p>Considera-se que um formando teve aproveitamento no curso - apto - quando a sua classificação final for igual ou superior ao nível 3, correspondendo em termos</p>

	<p>qualitativos a “Desempenho Satisfatório” e tendo registado uma assiduidade mínima de 85% sobre a duração global do curso.</p> <p>Considera-se que um formando não teve aproveitamento no curso - não apto - quando a sua classificação final for igual ou inferior ao nível 2, correspondendo em termos qualitativos a “Desempenho Insuficiente” ou não tendo registado uma assiduidade mínima de 85% sobre a duração global do curso.</p> <p>A aprovação final do curso está dependente de uma classificação mínima no módulo final, que terá um teste e um estudo de caso, de “3 - Desempenho Suficiente”.</p>
--	---

Relativamente à justificação da escolha de efetuar esta formação em ambos os regimes (presencial e *b-learning*), deve-se ao inquérito aplicado no diagnóstico, sendo que o regime mais votado foi o presencial, seguido do *b-learning* (regime misto – presencial e a distância). Deste modo, optei por aplicar ambos dado que os indivíduos que habitam nas zonas interiores do país têm mais dificuldades em comparecer em todas as sessões presenciais.

Apesar da idade em que este projeto se foca ser uma idade avançada, cada vez existem mais indivíduos a utilizar as tecnologias e as redes sociais, pelo o que a formação em *b-learning* será adaptada às dificuldades destes indivíduos, focando-se maioritariamente em sessões síncronas com o formador e algumas leituras.

Todavia, a plataforma em que irá decorrer, nomeada de “Plataforma Cuidar+” criada no sistema MOODLE, que é um sistema de gestão de aprendizagem (LMS) de acesso livre e acessível através de qualquer dispositivo com ligação à *internet*, irá ter disponível uma equipa de apoio caso algum dos formandos encontre algum obstáculo ou dificuldade na sua aprendizagem.

Relativamente aos conteúdos programáticos das ações de formação, estes foram definidos com base no questionário aplicado no capítulo do diagnóstico, onde os inquiridos

selecionaram e sugeriram temas que consideraram importantes a abordar numa ação de formação desta especificidade.

Com base no MAPA (Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos) de Schiefer *et. al.* (2006), o programa desenvolvido (anexo 2), que contem os conteúdos anteriormente apresentados, está aberto a modificações de modo a adaptar-se ao máximo ao publico alvo.

Realizam-se duas reuniões antes das ações de formação com um grupo de cuidador com idade igual ou superior a 60 anos que cuidam de um indivíduo com Demência com idade igual ou superior à sua, com o objetivo de avaliar o programa efetuado e adaptar o mesmo.

Este grupo denomina-se de grupo focal, que de acordo com Iervolino e Pelicioni (2001), é utilizado com o objetivo de perceber e conhecer diferentes perceções e atitudes acerca de algum acontecimento, facto, ação ou documento.

“Pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal).” (Iervolino e Pelicioni, 2001: 116).

O grupo deve ser composto por 8 a 10 participante que não apresentem qualquer tipo de laço afetivo ou relacional entre si. Para além disso, cada reunião deverá durar cerca de 4 a 5 horas.

Após a realização destas reuniões, o investigador deve adaptar a ação de formação, os seus conteúdos e o programa, de acordo com as conclusões retiradas dessas reuniões com o grupo focal, de modo a que este seja o mais adequado possível para o seu público alvo.

Cada ação de formação deve ter um programa, como o que foi apresentado anteriormente com todas estas informações para enviar aos formandos.

Para além disso, cada ação de formação deve ter um cronograma que guie, tanto os formandos quanto os formadores, relativamente às datas e aos horários das sessões de formação, sejam estas síncronas ou presenciais, e aos prazos de finalização de cada módulo.

Deste modo, o cronograma divide-se nas seguintes seções:

- Designação de módulos – Identifica o número e o nome de cada módulo por ordem crescente;
- Duração – Expõe o número de horas estimadas que o formando irá despende em cada módulo;
- Formadores – Apresenta o nome do formador responsável em cada módulo;
- Datas – Apresenta os dias e o respetivo mês em que ocorre cada módulo.

Para além disso, no rodapé podemos encontrar o nome da ação, onde decorre o local da ação, a sua data de início e de fim assim como as datas e horários das sessões.

Nos anexos 3 e 4, poderemos encontrar um exemplo de cronograma presencial e outro de regime *b-learning*, respetivamente. Porém, trata-se de cronogramas meramente exemplares visto que o local, os horários e as datas encontram-se a definir.

5. Metodologia do projeto: métodos e técnicas

Segundo Oliveira (2005: 28), “A metodologia como *processo*, onde se aplicam diferentes métodos, técnicas e materiais, tanto laborais como instrumentos e equipamentos para a coleta de dados no campo”.

Deste modo, a metodologia utilizada deve ser adequada aos objetivos anteriormente definidos, bem como ao problema estudado (Oliveira, 2005). Como tal, neste ponto serão referenciados teoricamente os instrumentos e de que forma estes deverão ser aplicados na prática, bem como a descrição de todo o processo.

A justificação da escolha dos métodos e das técnicas, deve-se à procura de soluções para a problemática encontrada. Por norma, não se aplica apenas um método ou uma técnica, tornando-se possível combinar dois ou mais métodos ou técnicas, desde que se adaptem ao problema ou objeto de estudo (Oliveira, 2005).

Todavia, qual a diferença entre os métodos e as técnicas? Severino (2000, citado por Oliveira, 2005: 30) refere que “(...) os métodos são procedimentos mais amplos de raciocínio, enquanto técnicas são procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos, mediante emprego de instrumentos adequados.”.

Os métodos podem dividir-se em duas categorias: quantitativos e qualitativos.

O primeiro tipo de método pretende quantificar os dados e as informações recolhidas pelo investigador assim como formular hipóteses teóricas, de forma a poder generalizar os fenómenos estudados, nomeadamente através de questionários, entrevistas com perguntas de escala e observações, sendo que esta última pode tornar-se mais qualitativa do que quantitativa se o investigador não se focar no objetivo numérico. (Oliveira, 2005; Moreira, 2007).

Contudo, o método qualitativo pretende aprofundar o conhecimento e o significado das informações recolhidas, descrever em detalhe as ações dos indivíduos estudados e refutar a ideia de uma situação descreve outra, generalizando os resultados a diferentes contextos, visto que o investigador deve partir da ideia de que o sentido está ligado apenas a um contexto específico (Moreira, 2007). Por norma, as técnicas mais utilizadas neste tipo de método são as entrevistas e observações.

No presente projeto, consideramos que a metodologia mais adequada à complexidade do tema é a metodologia mista, pelo o que utiliza ambas as categorias apresentadas anteriormente. A justificação dessa opção é o facto de considerar que um método complementa e justifica o outro, ou seja, o método qualitativo acrescenta e enriquece o método quantitativo e vice-versa, pelo que pode enaltecer o projeto em toda a sua intervenção.

Deste modo, no que diz respeito especificamente aos instrumentos e técnicas do método quantitativo, será utilizado como base do projeto, o questionário efetuado no diagnóstico, que “(...) é um importante instrumento de pesquisa, por fornecer subsídios reais do universo ou amostra pesquisada” (Oliveira, 2005: 32).

Este questionário obteve respostas importantes no que diz respeito aos cuidadores, às suas especificidades e dificuldades assim como à opinião sobre as formações e ao conteúdo das mesmas. Assim, o questionário foi essencial para a construção do plano de formação e os seus conteúdos.

Para além disso, no final de cada ação de formação deverá ser preenchido um questionário de avaliação do processo formativo (anexo 5), por parte dos participantes, de modo a perceber se a formação foi de encontro às necessidades e expectativas dos formandos e em que aspetos a mesma pode melhorar.

Porém, esse questionário de avaliação será anónimo, dado que Oliveira (2005: 32) salienta que “é recomendável que, na aplicação do questionário, não conste a identificação da

pessoa que o responde, deixando-se assim uma maior liberdade para o fornecimento de respostas”.

Relativamente ao método qualitativo, deverão ser efetuados *Focus Group* antes da implementação do plano de formação, de modo a que este seja revisto e adaptado por um grupo de cuidadores, previamente escolhidos, com mais de 60 anos e prestem cuidados a idosos em situação de Demência, com idade igual ou superior à sua.

“O grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. (...) Pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal).” (Iervolino e Pelicioni, 2001: 116).

Uma das vantagens do grupo é o facto de o ser humano formar opiniões e atitudes através da interação com outros indivíduos, por isso, este tipo de método contrasta com os questionários fechados ou entrevistas individuais, dado que o inquirido ou entrevistado emite opiniões sobre assuntos que pode nunca tenha refletido anteriormente (Iervolino e Pelicioni, 2001).

O moderador do grupo deve criar um ambiente propício para que todos os indivíduos se manifestem e exponham as diferentes percepções e pontos de vista. Para além disso, não deve existir pressão para que os participantes votem ou cheguem a uma conclusão.

Existem algumas indicações para que seja criado este tipo de ambiente: a) os participantes não devem qualquer tipo de laço afetivo ou relacional ou trabalho; b) os participantes devem ser homogêneos, ou seja devem apresentar uma característica que os ligue ao tema debatido, de modo a que possam trocar opiniões ou experiências.

Consideramos que todos os métodos mencionados se complementam e são relevantes para a implementação e execução plena do projeto anteriormente descrito.

6. Orçamento

Independentemente da origem orçamental dos projetos, todos necessitam de um determinado orçamento para que seja possível transportá-los da teoria para a prática. Deste modo, efetuamos um orçamento com valores estimados, relativamente às despesas em recursos humanos, recursos financeiros e recursos materiais.

Os recursos humanos dizem respeito ao pessoal envolvido no projeto, tal como os formadores e a coordenação pedagógica. (Oliveira, 2005).

Os recursos financeiros envolvem o orçamento de todos os custos de deslocações, serviços de terceiros, material de expediente, entre outros. (Oliveira, 2005). Estes recursos são os menos previsíveis enquanto não existir lugares pré-definidos onde se irão realizar as ações de sensibilização e de formação.

Por fim, os recursos materiais referem-se aos locais, equipamentos e materiais necessários para efetuar com sucesso as ações de formação e de sensibilização (Oliveira, 2005).

Deste modo, apesar de alguns valores serem apenas uma estimativa derivado de fatores imprevisíveis, elaboramos o seguinte plano orçamental:

	Designação	Valores Parciais
Recursos Humanos	Formador / tutor	15€/h = 1350€ (no presencial) e 660€
Recursos Financeiros	Deslocações	40€ (consoante o lugar)
Recursos Materiais	Divulgação	60€
	Custos com Recursos didáticos (fotocópias, manuais, entre outros)	10€/formando = 120€*

* Assumindo que o grupo terá 12 formandos.

7. Resultados esperados

Com o presente projeto pretendemos melhorar efetivamente as ações de formação efetuadas em Portugal, adaptando estas ao público alvo, e sensibilizar e informar o máximo de número possível de pessoas sobre esta doença.

De modo a atingir estes objetivos, os resultados previstos seriam efetuar pelo menos 4 ações de sensibilização por mês, ou seja, 48 ações por ano, o que significa que deveria atingir, pelo menos, 2 000 indivíduos num espaço de um ano.

Com as ações de formação, os valores pretendidos seria iniciar pelo o menos 1 ação de formação por mês, o que atingiria 144 cuidadores informais com 60 ou mais anos que prestem cuidados a outro indivíduo com idade igual ou superior à sua.

Apesar dos dados, outro aspeto importante é a avaliação positiva dos formandos e da restante população a ambas as ações.

Relativamente ao tempo previsto, as ações deveriam decorrer durante 3 ou 4 anos, de modo a atingir um grande número de população, enquanto as formações deveriam ocorrer durante 2 anos. Todavia, o espectável será que ambas as ações durem 1 ano.

8. Indicadores de avaliação a aplicar ao projeto (Modelo de Avaliação aplicado)

De modo a verificar se os resultados pretendidos foram atingidos, o modelo de avaliação aplicado teve como base o MAPA (Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos) de Schiefer *et. al.* (2006).

De modo, no final de um ano de implementação do projeto deverá efetuar-se uma reunião com o grupo que participou no grupo inicial de avaliação e adaptação do programa formativo, com a equipa de coordenação técnico pedagógica, com o investigador e o(s) formador(es).

Este grupo de participantes são os chamados de *stakeholders*. “Um *stakeholder* de um projecto é uma pessoa ou grupo que possui relações com o projeto ou é, de algum modo, afectado por ele – directa ou indirectamente, positiva ou negativamente.” (Schiefer *et. al.*, 2006: 126).

O grupo de *Stakeholder* deverão analisar o número de indivíduos atingidos, o número de ações de sensibilização e de formação efetuadas e nomeadamente a avaliação fornecida pelos formandos às ações de formação, através do questionário de satisfação e avaliação do processo formativo (anexo 5), de modo a perceber se a formação foi de encontro às necessidades e expectativas dos formandos e em que aspetos a mesma pode melhorar.

O número de atividades efetuadas e de participantes, deverão estar presentes através de um sistema de monitorização e avaliação. “Monitorizar significa simplesmente manter-se a par de e registar o que acontece efectivamente num projecto.” (Schiefer *et. al.*, 2006: 169).

Deste modo, deverá ser elaborado um mapa de monitorização com o formato de Gantt, de modo a ter uma vista simplista sobre o que foi efetuado e quando em cada atividade. Neste formato podemos verificar em que mês foi efetuado, os recursos humanos e materiais utilizados, os custos, a organização responsável, a pessoa responsável e observações.

Posteriormente, todo o grupo deve refletir sobre se o objetivo foi atingido, se o projeto ainda pode continuar em atuação, se o objetivo foi atingido, se os objetivos ainda se continuam adequados caso o projeto continue em atuação, o seu grau de sustentabilidade, de eficácia e eficiência e os seus impactos, nomeadamente os seus efeitos colaterais, negativos e positivos (Schiefer *et. al.*, 2006).

Reflexão Crítica

A reflexão crítica é por vezes a parte mais difícil de um projeto, em que o investigador tem que olhar para o processo de um modo intrínseco e não analisar o que é extrínseco, como efetuou durante todo o percurso.

Assim, é proposto que o investigador efetue uma análise a si próprio, às competências desenvolvidas, aos conhecimentos adquiridos, ao próprio projeto bem como às dificuldades ou facilidades que enfrentou durante este processo.

Deste modo, a elaboração do presente projeto foi um processo que me desafiou pessoal e academicamente, estimulando a competência de gestão de tempo, de modo a conseguir gerir o horário laboral com as horas dedicadas ao projeto. Todavia, poder ver este projeto finalizado é extremamente enriquecedor.

Confesso que foi um processo que teve muitos altos e baixos, em que houve vários momentos de falta de motivação, por diversos motivos, nomeadamente por não saber por onde começar, indecisões sobre o tema inicial e o cansaço ao fim de cerca de 8 horas de trabalho diário.

Para além disso, a troca de tema perto do mês de novembro, não facilitou este processo, visto que tive que iniciar a minha investigação do zero. Porém, considerei que esse esforço valeria a pena, dado que considerava o presente tema mais motivador e permitir-me-ia cruzar conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura em Educação e Formação com os do Mestrado em Serviço Social.

Todavia, esta confusão inicial e desmotivação diminuíram, quando apliquei o questionário no âmbito de efetuar o diagnóstico do projeto. Nesta fase, admito que houve efetivamente um aumento de incentivo devido ao *feedback* positivo e à propagação do inquérito.

Todo o *feedback* recebido foi um impulso para o projeto e devo agradecer a todos os participantes, particularmente, à Dra. Paula Xana, fundadora da Associação DinamicaMENTE, por MIM, por TI, por Nós - uma associação de cuidadores e cidadãos com doenças neurodegenerativas do Alto-Minho, que se demonstrou interessada na minha investigação e nos seus resultados bem como efetuamos alguma partilha de experiências.

Ao olhar para este trabalho terminado, o sentimento que tenho é a de orgulho, pois apesar da motivação ter sido gradual, o que acho completamente normal porque é um processo que se desenvolve ao longo de um ano, agradeço por ter conseguido este produto final.

Confesso que criei um carinho especial pelo público que contactei e pelo próprio projeto em si, não por ser algo que eu desenvolvi de raiz, o que eu nunca tinha feito anteriormente, mas também por ser um projeto que pode ser constantemente adaptado ao seu público e, por isso, admito que gostava de o ver colocado em prática.

Com esta experiência aprendi que mesmo quando nos sentimos desmotivado ou não acreditamos que conseguimos terminar algo, temos que nos agarrar ao que mais gostamos e acreditar sempre em nós próprios bem como nas nossas capacidades! Foi de facto, um processo importante para o meu crescimento.

**“Para ser um campeão, tem que acreditar em si mesmo quando mais ninguém acredita”
– Muhammad Ali**

Referências Bibliográficas

- Alzheimer Portugal & Alzheimer Europe (2006). *Manual do Cuidador*. A.P.F.A.D.A. Lisboa.
- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Areosa, S. et. al. *Cuidar de Si e do Outro: Estudo sobre os Cuidadores de Idosos*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(2), 482-494. EISSN -2182-8407.
- Barbosa, A. M. S. F. V. A. (2012). *A Relação e a Comunicação Interpessoais entre a Supervisão Pedagógica e o Aluno Estagiário*.
- Bertini, G. (2016). *Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pacientes de um Serviço de Atenção Domiciliar*, Dissertação de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Duarte, E. & Santos, J. *A Equipe Multiprofissional no Suporte ao Cuidador do Portador da Doença de Alzheimer*. *Memorialidades*, nº 23, jan/jun. e nº 24, jul./dez. 2015, p. 89-112.
- Estrela, A. (1984). *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma estratégia de Formação de Professores*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, Porto Editora.
- Iervolino, S. & Pelicioni, M. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. *Causas de Morte 2017*, edição 2019.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*, edição 2016.
- Instituto Nacional de Estatística Portugal. *Resultados definitivos Óbitos pela Doença de Alzheimer*, 2000. Destaque do INE, 20 de Setembro de 2001.
- Leitão, E. (2013). *Necessidades do Cuidador Familiar do Idoso Totalmente Dependente em Contexto Domiciliário - Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária*. Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Morais, C. (s.d). *Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa: Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística*. Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Bragança.
- Moreira, C. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação. Edição: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*.
- Rocha, A. (2016). *Pessoas com Demência: que respostas sociais em Portugal?* Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- Oliveira, M. (2005). *Como Fazer Projetos, Relatórios, Monografias, Dissertações e Teses*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Oliveira, P. (2006). *Metodologias de Investigação em Educação*. Revista Titologias.
- Schiefer, U. et. al. (2006). *Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos: Método Aplicado de Planeamento e Avaliação*. Estoril: Príncipeia.
- Santos, M. (2012). *Texto de Apoio sobre o Diagnóstico em Processos de Intervenção Social e Desenvolvimento Local*. Évora.
- Silva, C, M. (1999). *Estatística aplicada à Psicologia e Ciências Sociais*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Vicente, P., Reis, E. & Ferrão, F. (1996). *A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Edições Sílabo, Lda.

Fontes

Diário da República n.º 136/2012, Série I de 2012-07-16.

Diário da República, 1.ª série – N.º234 – 3 de Dezembro de 2010

Diário da República, 1.ª série – N.º324 – 3 de dezembro de 2010

Projeto de Lei N.º801/XIII/3

Anexos

Anexo A – Programa das Ações de Sensibilização

<p>PROGRAMA</p> <ul style="list-style-type: none">- Reconhecer as especificidades da demência- Desenvolver competências para lidar com o idoso portador de demência- Identificar estruturas de apoio e instituições especializadas nesta problemática	
	<p>DATA</p> <p>A definir</p> <p>HORÁRIO</p> <p>A definir</p> <p>LOCAL</p> <p>A definir</p>

PROGRAMA DE AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

CUIDAR +

"A DEMÊNCIA É A DOENÇA DO AMOR E DA
PACIÊNCIA"

Anexo B – Cronograma Presencial

FORMAÇÃO CUIDAR + CRONOGRAMA DA AÇÃO

Designação Módulos	Duração		Março										
	Presencial	Formadores	3º	4ª	5º	3.ª	4.ª	5.ª	4.ª	3.ª	4º	5.ª	3.ª
			03	04	05	25	10	11	12	17	18	19	24
I Conceito e Abordagens à Demência	8H	A definir	8H										
II Combate e Prevenção da Demência	10H	A definir		8H	2H								
III Alimentação, Higiene, Vestuário e Segurança	10H	A definir			6H	4H							
IV Comunicação e Atividades de Desenvolvimento Motor e Cognitivo	12H	A definir				4H	8H						
V Direitos dos Indivíduos com Demência e dos seus Cuidadores	6H	A definir						6H					
VI Tratamentos e Medicação	10H	A definir						2H	8H				
VII Lidar com Complicações: Perturbações de Sono, Incontinência, Mobilidade e Dor	10H	A definir								8H	2H		
VIII Fases Avançadas na Demência	8H	A definir									8H		
IX Lidar com o Internamento Hospitalar e Cuidados Paliativos	8H	A definir										8H	
X Morte e o Processo de Luto	8H	A definir											8H
Total	90H												

Local da Ação:

A definir

Ação:

Cuidar + -Formação para Cuidadores Informais de Idosos em Situação de Demência

Data de início:

03 de março de 2019

Data de fim:

21 de maio de 2019

Horários das sessões presenciais:

Horários a definir

Anexo C – Cronograma B-Learning

FORMAÇÃO CUIDAR +

CRONOGRAMA DA AÇÃO

Designação Módulos	Duração		Formadores	Março										Abril						Maio			
	Presencial	E-learning		4. ^a 04	04 a 10 de março	4. ^a 11	11 a 17 de março	4. ^a 18	18 a 24 de março	4. ^a 25	25 a 31 de março	4. ^a 1	1 a 7 de abril	4. ^a 8	8 a 14 de abril	4. ^a 15	15 a 23 de abril	6. ^a 24	24 a 30 de abril	6. ^a 1	1 a 7 de maio	6. ^a 8	8 a 14 de maio
I Conceito e Abordagens à Demência	8H	3H	A definir	8H																			
II Combate e Prevenção da Demência		13H	A definir			Sessão Sincrona																	
III Alimentação, Higiene, Vestuário e Segurança		14H	A definir				Sessão Sincrona																
IV Comunicação e Atividades de Desenvolvimento Motor e Cognitivo	8H	6H	A definir						8H														
V Direitos dos Indivíduos com Demência e dos seus Cuidadores		8H	A definir								Sessão sincrona												
VI Tratamentos e Medicação		14H	A definir									Sessão sincrona											
VII Lidar com Complicações: Perturbações de Sono, Incontinência, Mobilidade e Dor	8H	6H	A definir											8H									
VIII Fases Avançadas na Demência		11H	A definir														Sessão Sincrona						
IX Lidar com o Internamento Hospitalar e Cuidados Palliativos		11H	A definir															Sessão Sincrona					
X Morte e o Processo de Luto	8H	2H	A definir																			8H	
Sub-Total	32	88																					
Total		120																					

Local da Ação:

A definir

Ação: Cuidar + - Formação para Cuidadores Informais de Idosos em Situação de Demência

Data de início:

04 de março de 2019

Data de fim:

21 de maio de 2019

Datas e horários das sessões presenciais:

4 de março | a definir
25 de março | a definir
15 de abril | a definir
8 de maio | a definir

Datas e horários previstos das sessões síncronas

11 de março | 18 de março | 25 de março | 1 de abril | 8 de abril | 24 de abril | 1 de maio
(horário a definir, com duração aproximada a 45 min.)



Cuidar +

Ficha de Avaliação do Processo Formativo

Com vista a melhorar o serviço prestado, gostaríamos que preenchesse esta Ficha de Avaliação do Processo Formativo, relativa ao curso em que participou.

A sua colaboração é de extrema importância.

Muito obrigada.

01. Identificação do Curso

Nome: _____

Data de Preenchimento: ____ / ____ / ____

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Insuficiente	Médio	Bom	Excelente

	1	2	3	4
01.Avaliação do Programa e Desenvolvimento do Curso				
Adequação do Programa às necessidades do grupo				
Duração do Curso ou dos módulos em relação aos temas abordados				
Organização / estruturação do curso				
Atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos do curso				
02.Avaliação dos Recursos Materiais e Humanos				
Plataforma (na sua navegação, acessibilidade e sequência pedagógica)				
Recursos, métodos e estratégias disponíveis				
Disponibilização da documentação solicitada				
Suporte Administrativo				
Apoio e relacionamento com o tutor				

03. Considera que a formação terá impacto na sua vida profissional e pessoal? Justifique a sua resposta.

04.Sugestões e/ou Críticas acerca do Curso/Módulo/Tutor

Muito obrigada pela sua colaboração!