



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Saúde  
Dr. Lopes Dias

# Quem cuida dos idosos?

## Formação e qualidade de vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas

Mestrado em Gerontologia Social

Fátima Alexandra Ramos Beringuilho

Orientador e Coorientador  
Professor Doutor Horácio Saraiva  
Doutorando Vítor Pinheira

Junho 2013





Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **Quem cuida dos idosos?**

**Formação e qualidade de vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas**

Fátima Alexandra Ramos Beringuilho

### **Orientador e Coorientador**

Professor Doutor Horácio Saraiva

Doutorando Vítor Pinheira

Dissertação apresentada às Escolas Superior de Educação e de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Horácio Saraiva e Doutorando Vítor Pinheira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Junho 2013**



## Composição do Júri

### Presidente do júri

Professora Doutora, Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

### Vogais

Professora Doutora, Daniela Maria Pias de Figueiredo

Professora adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor, Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Professora coordenador convidado da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professor Vítor Manuel Barreiros Pinheira

Professor adjunto da Escola Superior de saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco



## Dedicatória e Agradecimentos

Gostava de deixar uma palavra de agradecimento profundo à minha família, por todo o carinho e força com que sempre me presentearam em todos os momentos da minha existência, sendo a conclusão deste trabalho, mais um momento importante da minha vida.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão e apoio prestado, em especial à Daniela Marcelino, por toda a ajuda e disponibilidade prestada, assim como ao Luís Taborda, pela compreensão, ajuda na introdução de dados e afeto demonstrados.

À colega de turma e trabalho Margarida Senra pela partilha de experiências, apoio nos momentos de desânimo e entreaajuda na difícil tarefa de recolha e tratamento de dados no decorrer da realização da tese de mestrado.

Ao orientador Professor Doutor Horácio Saraiva pelo apoio prestado e um agradecimento especial ao coorientador Vítor Pinheira pela orientação (e às vezes desorientação) prestada, apoio, disponibilidade e exímio acompanhamento ao longo desta investigação.

Queria também agradecer a todas as instituições de apoio a idosos participantes neste estudo, assim como a todas as cuidadoras de idosos, que colaboraram no preenchimento dos questionários, uma vez que sem elas, esta investigação não seria possível.

Não querendo, esquecer ninguém, agradeço a todos os que, de alguma forma, colaboraram na realização desta tese de mestrado.

*A todos, o meu profundo agradecimento*

*BEM-HAJA*



*"Idoso é quem tem o privilégio de viver uma longa vida...Velho é quem perdeu a jovialidade. Você é idoso quando sonha...Você é velho quando apenas dorme. Você é idoso quando ainda aprende...Você é velho quando já nem ensina. Você é idoso quando se exercita...Você é velho quando somente descansa. Você é idoso quando tem planos...Você é velho quando só tem saudades. Para o idoso a vida se renova a cada dia que começa...Para o velho a vida se acaba a cada noite que termina. Para o idoso o calendário está repleto de amanhã...Para o velho o calendário só tem o ontem. Que você idoso viva uma vida longa, mas que nunca fique velho."*

(Jorge R. Nascimento)



## Resumo

**INTRODUÇÃO:** O aumento da população idosa associada ao aumento da longevidade humana e por conseguinte à maior prevalência de doenças crónicas e maiores níveis de incapacidade, fez emergir a importância de um novo grupo profissional considerado crucial para a prestação de cuidados de forma digna e qualificada em instituições geriátricas: os cuidadores formais.

**METODOLOGIA:** Delineou-se um estudo exploratório, descritivo, comparativo, correlacional e transversal, com o objetivo de avaliar e comparar o perfil, níveis de formação e de qualidade de vida de cuidadores formais de instituições geriátricas com e sem fins lucrativos, assim como, estudar a relação entre a existência de formação e os níveis de qualidade de vida. Para alcançar este objetivo, recorreu-se a uma investigação de natureza quantitativa, cuja amostra de conveniência foi constituída por 254 indivíduos de 15 instituições de apoio a idosos do distrito de Castelo Branco, subdividida em dois grupos: Grupo sFL (sem fins lucrativos) e Grupo cFL (com fins lucrativos). Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e laboral da amostra, um questionário de recolha dos níveis de formação e o WHOQOL-BREF.

**RESULTADOS:** Observaram-se diferenças entre o perfil dos cuidadores de instituições com e sem fins lucrativos em termos de idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, anos de atividade na instituição atual, anos como cuidador profissional e a simultaneidade com cuidado informal. Os cuidadores de instituições sem fins lucrativos têm maior número de formações e menor média de formações por ano, que os cuidadores de instituições com fins lucrativos. Relativamente à qualidade de vida, os cuidadores evidenciaram comprometimento desta, não se tendo observado diferenças entre ambos os grupos. Por fim, verificaram-se melhores níveis de qualidade de vida no domínio Físico ( $p=0,038$ ), Psicológico ( $p=0,003$ ) e Social ( $p=0,009$ ) em indivíduos que referem possuir formação na área em que trabalham.

**CONCLUSÃO:** As organizações e responsáveis institucionais devem comprometer-se a desenvolver medidas de suporte para com os seus cuidadores formais, de forma a proporcionar formação e atualizações contínuas, que incidam na promoção de conhecimentos e de competências relativamente ao cuidado, garantindo melhores cuidados às pessoas idosas e melhor QV a estes profissionais.

## Palavras-Chave

Formação, qualidade de vida, cuidadores formais, idosos



## **Abstract**

**INTRODUCTION:** The increasing elderly population associated with increased human longevity and therefore a higher prevalence of chronic disease and higher levels of disability, brings out the importance of a new professional group considered crucial to the care process in a dignified and qualified in geriatric institutions: formal caregivers.

**METHODS:** This study was outlined an exploratory, descriptive, comparative, correlational, cross-sectional to evaluate and compare the profile, levels of training and quality of life of caregivers formal geriatric institutions and non-profit organizations, as well as studying the relationship between the existence of training and levels of quality of life. To accomplish this, we used a quantitative research, whose convenience sample consisted of 254 individuals from 15 institutions for the elderly of the district of Castelo Branco, subdivided into two groups: Group SFL (nonprofit) and CFL group (for-profit). For data collection a questionnaire was used to characterize the sociodemographic and work sample, a questionnaire for training standards and WHOQOL-BREF

**RESULTS:** There were differences between the profile of caregivers of institutions and nonprofit organizations in terms of age, marital status, number of children, educational attainment, years of activity in the current institution, years of activity as a professional caregiver and simultaneity with informal care. Nonprofits institutions caregivers have a greater number of training and lower average training per year that caregivers of for-profit institutions. Caregivers showed impairment of quality of life and no differences were observed between both groups. Finally, there were higher levels of quality of life physical domain ( $p = 0.038$ ), psychological ( $p = 0.003$ ) and social ( $p = 0.009$ ) in patients who report having training in the area in which they work.

**CONCLUSION:** Organizations and institutional leaders must commit to developing supportive measures towards their formal caregivers, to provide training and ongoing updates, which focus on the promotion of knowledge and skills relating to care, ensuring better care for the elderly and better quality of life to these professionals.

## **Keywords**

Training, quality of life, formal caregivers, elderly



# Índice Geral

Composição do Júri.....	iii
Dedicatória e Agradecimentos.....	v
Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Índice Geral.....	xiii
Índice de Figuras.....	xv
Índice de Tabelas.....	xvii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xix
CAPÍTULO I – Introdução.....	1
CAPÍTULO II - Fundamentação Teórica.....	3
1. Envelhecimento e novas necessidades sociais.....	3
2. Respostas sociais de apoio a pessoas idosas.....	5
3. Dependência e cuidado.....	11
4. Cuidadores formais de pessoas idosas.....	13
5. Formação.....	21
6. Qualidade de vida (QV).....	27
7. Cuidadores – Necessidade de intervenção iminente?.....	31
CAPÍTULO III – Objetivos.....	33
CAPÍTULO IV – Metodologia.....	34
1. Local e duração do estudo.....	34
2. Tipo de estudo.....	34
3. Hipóteses do estudo.....	34
4. População e Amostra.....	35
5. Definição de variáveis de estudo.....	36
6. Métodos de recolha de dados.....	37
7. Procedimentos éticos.....	39
8. Análise estatística.....	39
CAPÍTULO V – Apresentação dos resultados.....	41
1. Caracterização da amostra.....	41
2. Formação.....	45
3. Qualidade de vida.....	51

CAPÍTULO VI – Discussão de resultados.....	55
CAPÍTULO VII – Considerações finais.....	62
Referências Bibliográficas.....	64
APÊNDICES .....	68
APÊNDICE A – GRÁFICOS DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	68
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	71
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL .....	73
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE NÍVEIS DE FORMAÇÃO.....	76
APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF .....	79
ANEXOS .....	83
ANEXO 1 – WHOQOL- BREF .....	83

## Índice de Figuras

Figura 1- - Evolução do número de entidades proprietárias, segundo a natureza jurídica, Continente 2000-2011 (GEP, 2011) .....	6
Figura 2 - Distribuição das entidades proprietárias, segundo a natureza jurídica - Continente 2011 (GEP, 2011) .....	6
Figura 3 - Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2011 (GEP, 2011).....	9
Figura 4 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2011 (GEP, 2011) .....	9
Figura 5 - Estrutura do WHOQOL-BREF: domínios e facetas (Canavarro, et al., 2007).....	39
Figura 6- Distribuição da entidade formativa por competência-chave em instituições sem fins lucrativos (Grupo sFL) .....	48
Figura 7 - Distribuição da entidade formativa por competência-chave em instituições com fins lucrativos (Grupo cFL).....	49
Figura 8 - Número de formações por grupo .....	59
Figura 9 - Número médio de formações por ano por grupo.....	59
Figura 10- Comparação das pontuações de QV entre o presente estudo e as pontuações da validação da versão portuguesa do WHOQOL-BREF.....	61



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Conteúdos funcionais da carreira de ajudante de ação direta (adaptado de decreto de lei 414-99 de 15 de Outubro).....	13
Tabela 2 - Descritivo funcional do perfil de agente em geriatria (ANQEP, 2012).....	22
Tabela 3 - Número de filhos da amostra .....	41
Tabela 4 - Estado Civil.....	41
Tabela 5 - Habilitações literárias e regime de escolaridade .....	42
Tabela 6 - Existência de outra atividade profissional, outra fonte de rendimento e cuidar de idosos de forma informal .....	43
Tabela 7 - Comparação dos dados sociodemográficos e laborais entre os grupos sFL e cFL .....	43
Tabela 8 - Comparação dos dados da caracterização da amostra entre o grupo cFL e sFL .....	44
Tabela 9 - Nível de formação da amostra e comparação entre o grupo cFL e sFL .....	45
Tabela 10 - Local de formação na amostra total, Grupo cFL e sFL .....	45
Tabela 11 - Apresentação das competências chave da formação recebida por ordem decrescente de frequência. ....	46
Tabela 12 - Comparação do número de formações realizadas pelos indivíduos do grupo cFL e sFL.....	50
Tabela 13 - Número médio de formações por ano.....	50
Tabela 14 - Resultados descritivos do WHOQOL-BREF .....	51
Tabela 15 - Comparação dos domínios de QV no grupo cFL e sFL.....	51
Tabela 16 - Análise correlacional entre os níveis de QV e a idade.....	52
Tabela 17- Comparação entre os domínios da QV e a existência de formação na área de trabalho .....	53
Tabela 18 - Correlação entre os níveis de QV e o número de formações realizadas e a média de formações realizadas por ano .....	53
Tabela 19 - Comparação das duas perguntas de qualidade de vida geral nos dois grupos.....	60
Tabela 20 - Correlação entre o tempo na instituição e os níveis de QV.....	69
Tabela 21 - - Comparação dos níveis de QV em cuidadores que trabalham em horário diurno e rotativo .....	69

Tabela 22 - Comparação entre o nível de habilitações literárias e os níveis de QV.....	70
--	----

## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

**ANQEP** – Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional

**AVD's** – Atividades da Vida Diária

**CAD** – Cuidadores de Ação Direta

**cFL** – Com fins lucrativos

**CNIS** – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

**CNP** – Classificação Nacional de Profissões

**FNE** – Federação Nacional dos Sindicatos de Educação e outros

**IEFP** – Instituto de Emprego e Formação Profissional

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PIB** – Produto Interno Bruto

**QV** – Qualidade de vida

**RSES** – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**sFL** – Sem fins lucrativos

**WHO** – World Health Organization



## CAPÍTULO I - Introdução

O envelhecimento demográfico, característico das sociedades modernas, e que afeta sobretudo o denominado mundo industrializado e desenvolvido, teve o seu início a partir da segunda metade do século XX e traduz-se num aumento significativo de pessoas idosas. Como consequência dos progressos económicos, sociais e médicos, ocorre a oportunidade de aumentar a longevidade humana com níveis de conforto e de segurança sem precedentes na história, alcançando valores na Europa que atingem 81,8 anos para as mulheres e 75,6 anos para os homens (Sousa, 2011). Envelhecer no final do século XX já não é proeza reservada a uma pequena parcela da população. O que no passado era um privilégio de poucos, passou a ser uma experiência de um número de pessoas cada vez maior em todo o mundo.

A população Portuguesa não é exceção, apresentando uma estrutura etária envelhecida, com mais percentagem de população idosa que população jovem. Estas alterações demográficas, sobretudo, devido à redução da natalidade e ao aumento da esperança média de vida, traduzem-se, hoje, na existência de uma população cada vez mais idosa com um correspondente acréscimo de doenças crónicas e situações de dependência, que criam novas necessidades de cuidado aos mais velhos (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

A atenção e cuidado ao idoso nas instituições geriátricas é uma modalidade de proteção que preenche a lacuna aberta pela impossibilidade da família atender as necessidades dos seus idosos, seja pela falta de condições socioeconómicas, que não permitam manter o seu familiar no lar junto com as famílias, quer por exigências do cuidado e incompatibilidades das sociedades atuais no que se refere à organização laboral e da família, quer pela falta de políticas públicas, que visam apoiar os idosos e seus familiares no cumprimento do seu papel (Fragoso, 2008). Deste modo os cuidadores formais que atendem idosos em instituições geriátricas, têm um papel fundamental na satisfação das necessidades básicas de vida destes (Sousa, 2011).

O atendimento de idosos em instituições de apoio à terceira idade, passa a ser preocupação social, visto que as ações de cuidado são frequentemente realizadas por trabalhadores não qualificados, sem nenhuma formação profissional ou capacitação para o cuidado do idoso, que devido às características dos idosos do presente, exigem cuidados mais especializados (Miguel, Pinto, & Marcon, 2007). Todos estes fatores, juntamente com a imagem negativa da indústria dos cuidados, acaba por afetar a qualidade do desempenho, uma vez que baixos níveis de qualidade de vida de quem cuida, interfere negativamente com o bem-estar dos idosos (Castle, Degenholtz, & Rosen, 2006).

Assim, podemos considerar que estamos perante uma crise da indústria dos cuidados, uma vez que, existe cada vez mais procura de cuidados e serviços especializados pelo aumento crescente do número de idosos e de situações de

dependência, e ao mesmo tempo, menos população disponível e preparada para integrar este grupo profissional (Sousa, 2011).

O envelhecimento e a problemática dos cuidados aos mais idosos constituem uma temática de elevada centralidade no plano político e na investigação gerontológica, sendo expectável que esta contribua para orientar a ação política e técnica no trabalho social com idosos. Quais os cuidados para os nossos idosos e quem cuidará destes, constituem questões prementes para as sociedades atuais (Sousa, 2011).

Deste modo, o estudo da figura do cuidador, é de extrema importância pelo aumento da população idosa e o conseqüente crescimento da demanda por instituições geriátricas. Urge a necessidade de atuação sobre este grupo profissional para qualificação dos cuidados, quer a nível governamental como institucional, de modo a melhorar o bem-estar no exercício das suas funções e por conseguinte a qualidade do serviço prestado.

Com este trabalho, esperamos proporcionar uma ferramenta de trabalho útil a todos aqueles, que, em geral, se interessam pela temática da gerontologia, e em particular, pela prestação de cuidados formais a pessoas idosas.

Os estudos, relativamente ao cuidado de idosos dependentes, são realizados na sua maioria em cuidadores informais (familiares), refletindo a tendência à priorização da manutenção dos idosos na comunidade junto da família. Desta forma, a investigação sobre cuidadores formais, enquanto prática profissional remunerada permanece obscura, principalmente no nosso país, sendo a existência de estudos sobre este coletivo bastante escassa. Assim, dado o interesse pessoal pelos cuidados a idosos e certos, de que podemos dar algum contributo para o aprofundamento e clarificação desta problemática, decidimos enveredar por um estudo do tipo exploratório, descritivo, comparativo, correlacional e transversal.

O presente estudo encontra-se dividido em sete capítulos. O primeiro corresponde à “Introdução”, correspondendo o segundo, à “Revisão da literatura” onde são abordados conceitos teóricos necessários para a compreensão da problemática em causa. No terceiro capítulo são expostos os objetivos e no quarto, todos os aspetos referentes à metodologia utilizada na condução deste trabalho, correspondendo o quinto e sexto, à apresentação, análise dos resultados e discussão dos mesmos, respetivamente. Por fim, no último capítulo são apresentadas as conclusões relativamente aos objetivos, assim como as implicações para a prática.

## CAPÍTULO II - Fundamentação Teórica

### 1. Envelhecimento e novas necessidades sociais

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade (INE, 2002).

Em Portugal, a situação não é diferente, o envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno exclusivo do interior do país. Na última década agravou-se o fosso entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011, assistindo-se ao movimento inverso na população idosa que passou de 16% em 2001 para 19% em 2011, dando origem a uma estrutura etária envelhecida. O índice de envelhecimento passou de 102 em 2001 para 128 em 2011, o que significa que por cada 100 jovens existem 128 idosos (INE, 2012). Neste crescendo de transição demográfica, estima-se que em 2050, o grupo populacional acima dos 65 anos, atingirá 32% da população do país (INE, 2002).

Apesar das definições e representações sociais em relação ao idoso dependerem bastante de variáveis de natureza biológica, social, intelectual, económica e funcional, a definição cronológica continua a ser útil para delimitar aqueles que podem ser considerados de idosos. Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), a população da terceira idade é classificada de acordo com o desenvolvimento do país de origem. Nos países desenvolvidos são considerados idosos aqueles que possuem idade igual ou superior a 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento, o limite fixado é de 60 anos (Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues, & Dias, 2011).

Os progressos tecnológicos da medicina e, de uma forma geral, a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para uma inversão das pirâmides etárias devido ao aumento da longevidade da população, à qual, por sua vez, se associa uma maior prevalência de doenças crónicas (das quais se destacam as demências) e dos níveis de dependência nas atividades da vida diária, o que implica obrigatoriamente uma maior necessidade de cuidados de natureza física, emocional e/ou social (Sousa, 2011).

Toda esta conjuntura, associada ao fato de todos os elementos adultos das unidades familiares estarem inseridos no mercado de trabalho e à maior reivindicação dos utentes por mais e melhores cuidados, veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (Direcção Geral de Saúde, 2004). Todas estas alterações demográficas e sociais, têm implicações no perfil epidemiológico, no qual se verifica o aumento das doenças crónico-degenerativas, que são as principais geradoras de incapacidade e

dependência (Miguel, et al, 2007). Espera-se que o número de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração continue a crescer, verificando-se deste modo, um aumento dos custos do cuidado, o que levanta ao Estado, dificuldade em conseguir responder às necessidades de todos os indivíduos. Comparativamente com outros países europeus, Portugal é um dos países que utiliza menos percentagem do PIB em cuidados de longa duração, sendo este tipo de cuidados apontado como uma das falhas do sistema de cuidados português. No ano de 2005, segundo estimativas da OCDE, as despesas com os cuidados de longa duração representavam 0,2% do PIB português (Martín & Brandão, 2012).

Ao priorizar a manutenção dos idosos dependentes nos seus domicílios, restringe-se o problema principalmente à família, reduzindo-se assim, a visibilidade de um crescente problema social. No entanto, decorrente de mudanças na estrutura familiar (entrada da mulher no mercado de trabalho e menor número de filhos) e do nível elevado de dependência nos idosos, os mais idosos, ou fragilizados, da população e que necessitam de cuidados especiais, são frequentemente entregues à responsabilidade de instituições especializadas para o efeito, como lares, centros de dia, entre outros (Ribeiro, Ferreira, Ferreira, Magalhães, & Moreira, 2008).

## 2. Respostas sociais de apoio a pessoas idosas

Face ao aumento da população idosa e de situações de dependência, a necessidade de estruturas e serviços de apoio a idosos irá aumentar uma vez que estes têm assumido um papel preponderante na provisão de cuidados para esta população (Spilsbury, Hewitt, Stirk, & Bowman, 2011).

No início do século XXI, sendo os idosos, um grupo da população significativo, torna-se necessário encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida. Uma instituição de cuidados gerontológicos, seja um estabelecimento oficial, pertencente a uma Instituição Particular de Solidariedade Social ou Privado, deve apostar na prestação de cuidados aos idosos com qualidade e de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida dos seus clientes (Paulos, 2010).

As entidades proprietárias ou gestoras de instituições de acolhimento de idosos são agrupadas, segundo a natureza jurídica, em entidades lucrativas e entidades não lucrativas (GEP, 2011).

As entidades não lucrativas compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social, designadas por IPSS, outras entidades sem fins lucrativos (entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos), as Entidades Oficiais, que prosseguem fins de ação social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) (GEP, 2010).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social são constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o objetivo de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e para prosseguir, entre outros, o objetivo de proteção dos cidadãos na velhice, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços. Estas são apoiadas pelo Estado, através da celebração de acordos de cooperação, para salvaguarda dos direitos e obrigações das partes envolvidas e estão sujeitas à respetiva tutela (Paulos, 2010).

Constata-se que são os acordos de cooperação entre a Segurança Social e as IPSS a forma privilegiada do exercício da Ação Social em Portugal. O número de acordos de cooperação celebrados tem vindo a aumentar, verificando-se um aumento de 1075 protocolos celebrados apenas na área da terceira idade em quatro anos (Martín & Brandão, 2012).

Face à procura de cuidados para idosos em situação de dependência, o número de entidades proprietárias apresentou um aumento expressivo na última década, correspondendo a um crescimento de cerca de 55,0% no período 2000-2011.

Embora as entidades não lucrativas, sobretudo da rede solidária, constituam o suporte da RSES (Rede de Serviços e Equipamentos Sociais), os últimos anos têm sido marcados por um maior incremento das entidades lucrativas. Em 2011 por referência a 2010, destaca-se o crescimento de cerca de 6% do número de entidades lucrativas, sendo o seu desenvolvimento mais notório a partir de 2005, face a 1% das entidades não lucrativas (GEP, 2011).

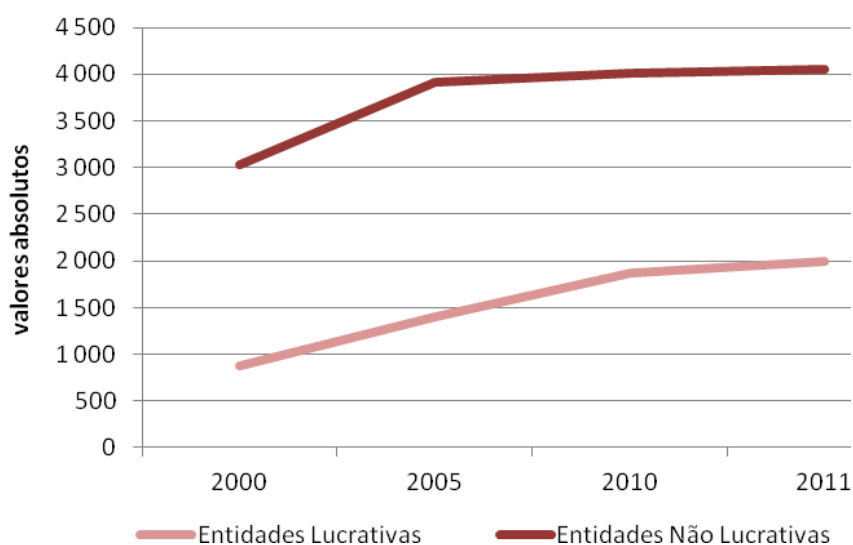


Figura 1 - - Evolução do número de entidades proprietárias, segundo a natureza jurídica, Continente 2000-2011 (GEP, 2011)

Em Portugal continental, por referência a 31 de dezembro de 2011, identificaram-se mais de 6 000 entidades proprietárias, representando as entidades não lucrativas 67%, das quais cerca de 60% são IPSS e 33% pertencem ao setor lucrativo (GEP, 2011).

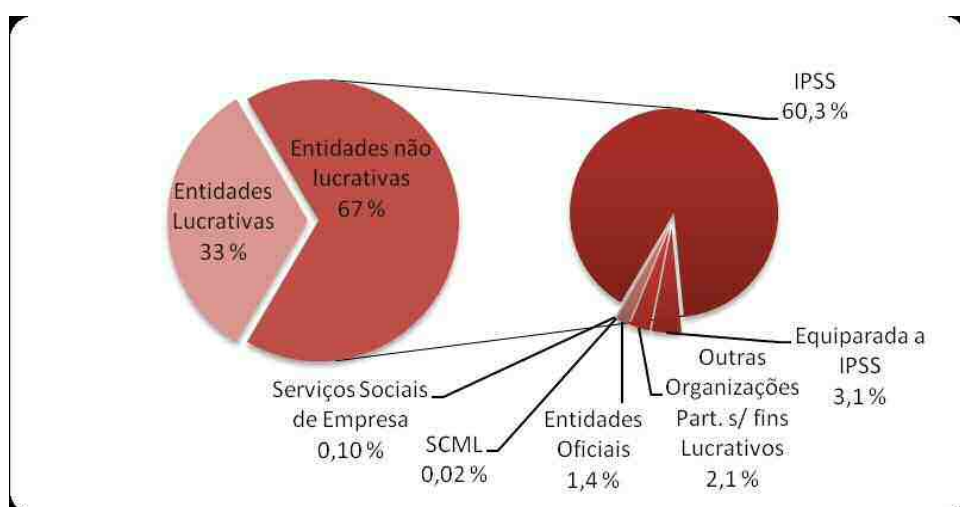


Figura 2 - Distribuição das entidades proprietárias, segundo a natureza jurídica - Continente 2011 (GEP, 2011)

Existem 7 tipos de respostas sociais de apoio a pessoas idosas (ISS, 2013):

- Serviço de apoio domiciliário (SAD);
- Centro de convívio;
- Centro de dia;
- Centro de noite;
- Acolhimento familiar;
- Estruturas residenciais (que substituiu Lar de Idosos);
- Centros de férias e lazer;

Os três principais tipos de respostas sociais de apoio a pessoas idosas são o SAD, Centro de Dia e Estruturas Residenciais, para os quais será feita uma breve descrição do conceito e objetivos a que se prestam.

O Serviço de Apoio Domiciliário é a resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária (GEP, 2011).

Este serviço tem como objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar;
- Garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade (Instituto de Segurança Social, I.P., 2013);

O Centro de Dia é a resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços, que funcionam durante o dia e que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar durante mais tempo (GEP, 2011).

São objetivos do Centro de Dia:

- Atender às necessidades dos utentes;
- Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
- Prestar apoio psicológico e social;

- Promover as relações pessoais e entre as gerações;
- Permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro;
- Evitar ou adiar ao máximo a institucionalização;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia (Instituto da Segurança Social, I.P., 2013);

Segundo a Legislação Portuguesa, (despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro) um Lar de Idosos é um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas, através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. Em 2012, através do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, foi publicada nova legislação sobre os lares de idosos (Portaria 67/2012 de 21 de Março) alterando a denominação para Estruturas Residenciais. Considera-se Estrutura Residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados apoios de enfermagem.

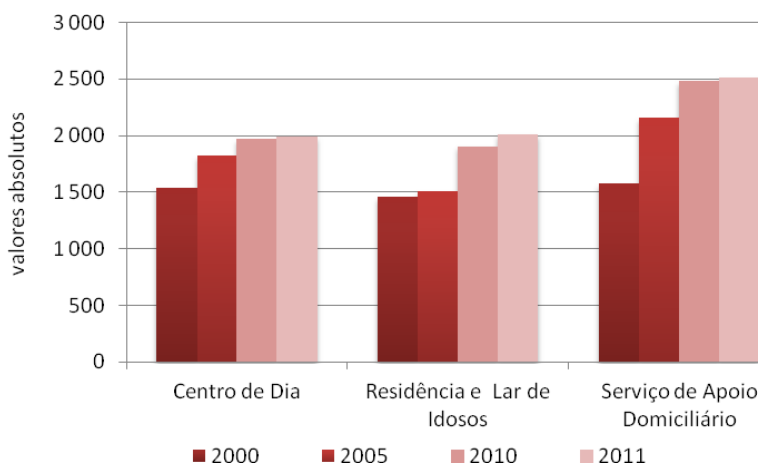
Segundo a mesma legislação, consideram-se objetivos da estrutura residencial:

- Proporcionar serviços adequados e permanentes à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social;

As estruturas residenciais regem-se pelos seguintes princípios de atuação:

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados;

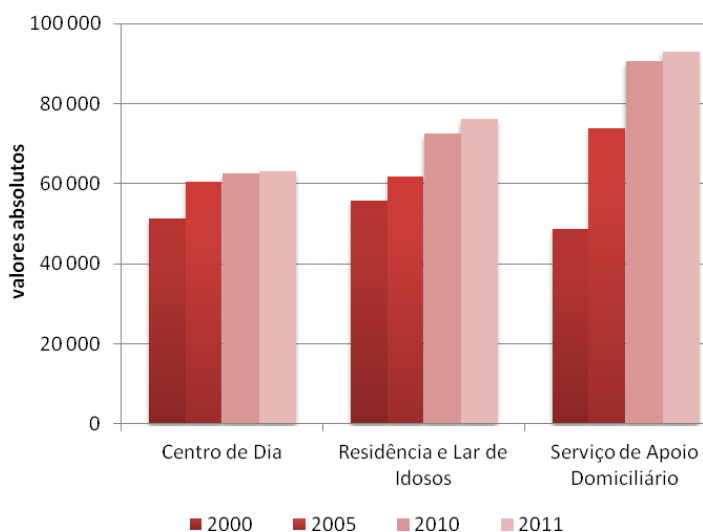
As respostas dirigidas às pessoas idosas apresentaram em 2011 um aumento de 43%, relativamente a 2000, representando um incremento de cerca de 2 000 respostas. O crescimento, desde 2000, da resposta Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (59%), a par das Estruturas Residenciais (38%) e Centro de Dia (30%) torna visível o desenvolvimento ocorrido na última década no apoio à população idosa. O investimento público realizado nesta área tem permitido o aumento do número de lugares, e a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida, no caso do SAD (GEP, 2011).



**Figura 3 - Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2011 (GEP, 2011)**

No ano de 2011, as estruturas residenciais registaram, por referência a 2010, no âmbito do apoio aos idosos, o maior aumento do número de respostas (5,4%), traduzindo-se em 100 novas respostas sociais. O Serviço de Apoio Domiciliário e o Centro de Dia verificaram ligeiros decréscimos no crescimento do número de respostas.

No que diz respeito à capacidade instalada das respostas dirigidas a esta população-alvo, registou-se uma taxa de crescimento, por referência a 2000, de 49%, o que se traduz em mais 76 200 novos lugares aproximadamente. O SAD representa a valência com um crescimento mais acentuado (90,8%) no período 2000-2011, refletindo o papel que esta resposta continua a desempenhar, garantindo a satisfação das necessidades dos idosos e a sua manutenção no meio habitual de vida, seguida da valência Estruturas Residenciais e por último, do Centro de Dia (GEP, 2011).



**Figura 4 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas, Continente 2011 (GEP, 2011)**

Comparativamente com *standards* internacionais, as taxas de capacidade de Serviços de Apoio Domiciliário estão abaixo do *standard* (10%), enquanto as do Centro de Dia estão próximas do *standard* (2 a 3%) e as das Residências e Lares de Idosos estão acima do *standard* (1-2%). Segundo os autores, a diferença significativa entre os *standards* internacionais e a taxa de capacidade de Serviços de Apoio Domiciliário pode estar relacionada com o aumento da capacidade do cuidado informal, devido às taxas de desemprego que se verificam nos últimos anos, assim como, com o fato de oferecerem fraca diversidade de serviços e pouco tempo dispensado diariamente por utente (Martín & Brandão, 2012).

### 3. Dependência e cuidado

Sabe-se que as pessoas idosas apresentam um risco potencial no que se refere à perda das suas capacidades funcionais e/ou mentais, o que pode determinar dependência total ou parcial para a realização de AVD's (atividades da vida diária) (Miguel, et al.,2007).

Um indivíduo requer cuidado quando necessita de ajuda para executar alguma das AVD's. Estas são atividades realizadas diariamente de modo a poder viver de forma autónoma, inserido no seu entorno habitual, cumprindo o seu papel social. Podem ser divididas em atividades básicas (auto-cuidado, mobilidade na sua habitação e comunicação) e instrumentais (tarefas domésticas, administração da sua habitação e mobilidade no seu entorno) (Rogerio-García, 2009).

Quando uma pessoa tem dificuldade para executar as AVD's, acontecem quatro possibilidades: receber cuidado informal, receber cuidado formal, receber cuidado formal e informal, ou por último, não receber nenhum tipo de cuidado.

O termo “cuidado” pode ser definido como o processo de assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis para a vida, sendo uma das funções humanas de maior importância. Existem três situações vitais em que o cuidado se torna fundamental: a infância, a doença e a dependência associada à velhice. Para todas elas, a sociedade naturalizou a tarefa de cuidar como parte integrante do papel da mulher (Casado-Mejía, Ruiz-Arias, & Solano-Parés, 2009).

O contexto da prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: cuidado formal e cuidado informal (Sequeira, 2010).

O cuidado informal é um tipo de apoio desenvolvido por pessoas da rede social do recetor de cuidados e é provido de forma voluntária, sem que medie nenhuma organização nem remuneração (Rogerio-García, 2009). Sequeira (2010) acrescenta ainda que cuidados informais são os que são executados de forma não antecipada, não remunerada e que podem compreender a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos.

O cuidado formal é definido como as ações que um profissional executa de forma especializada e que ultrapassa as capacidades que as pessoas possuem para cuidar delas próprias ou dos demais. Existem dois tipos básicos de cuidado formal: o que se provê desde as instituições públicas ou privadas e o que é contratado através das famílias. Estas, cada vez mais têm necessidade de recorrer a serviços privados de cuidado para enfrentar a difícil tarefa de cuidar dos seus membros dependentes (Rogerio-García, 2009).

A atenção e cuidado do idoso em instituições de longa permanência é uma tradição marcante na realidade do envelhecimento em Portugal (Fragoso, 2008).

Gorzoni & Pires (2006) citaram como causas de institucionalização, idosos em estádios mais avançados de demência, idade avançada, níveis de dependência elevada e fraco ou inexistente suporte familiar. A institucionalização surge assim, tanto para a família como para os idosos sem suporte familiar, como a última alternativa, quando todas as outras são inviáveis (Paulos, 2010). Deste quadro, surge a necessidade de criação de estruturas físicas, tão especializadas quanto possível, que deem respostas globais às necessidades dos idosos portadores de incapacidade elevada, surgindo assim, uma importante figura para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador (Sousa, 2011).

#### 4. Cuidadores formais de pessoas idosas

Os cuidadores têm um papel importante em auxiliar os idosos nas adaptações físicas e emocionais necessárias para o autocuidado (Ribeiro et al., 2008). Estados demenciais são a razão principal das admissões em estruturas residenciais. Mais de metade das pessoas institucionalizadas em países industrializados, apresentam quadro demencial, o que coloca novos desafios às instituições de terceira idade, em particular aos cuidadores formais (Kuske, et al., 2007).

Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituições (Sousa, 2004). Segundo a WHO (World Health Organization)(2004), cuidadores formais definem-se como trabalhadores auxiliares de apoio a idosos que, na sua maioria, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que trabalham e que são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado.

O *staff* existente nas instituições de apoio a pessoas idosas, é uma preocupação de elevada centralidade, devido aos desafios na determinação do número apropriado e do tipo de colaboradores requeridos, para atender as complexas e multidimensionais necessidades dos residentes destas instituições. As estruturas e serviços de apoio a pessoas idosas prestam atendimento a três grandes grupos de residentes que variam nos seus requisitos de cuidado, assistência e tratamento. Estes podem necessitar de assistência pós-aguda e requerer recuperação/reabilitação, estar em fases terminais de uma doença, ou então, sofrer de múltiplas condições crónicas, com deficiências cognitivas e funcionais (Spilsbury, et al., 2011).

É possível perceber grande divergência de designações para estes profissionais, de instituição para instituição, não existindo consenso em relação à designação, apesar de não apresentarem qualquer diferença nas suas funções, existindo desta forma uma pluralidade de designações para o exercício da mesma função.

De acordo com a legislação portuguesa (decreto de lei 414-99 de 15 de Outubro) o descritivo funcional da carreira de ajudante de ação direta, determina que estes devem trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o bem-estar dos utentes.

**Tabela 1** - Conteúdos funcionais da carreira de ajudante de ação direta (adaptado de decreto de lei 414-99 de 15 de Outubro)

a) Receber os utentes e fazer a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);
b) Executar tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas

salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratando os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;
c) Assegurar a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os diretamente quando necessário, tendo em atenção fatores vários, como a mobilidade e o cansaço;
d) Após a refeição, recolher as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lavá-los na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;
e) Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;
f) Substituir as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;
g) Controlar e entregar na lavandaria as roupas sujas;
h) Fazer a gestão dos <i>stocks</i> das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros fatores;
i) Receber e controlar na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros da respetiva enfermaria;
j) Requisitar, receber, controlar e distribuir os artigos de higiene e conforto dos utentes;
k) Proceder ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
l) Acompanhá-los nas idas e vindas aos hospitais ou outros centros de tratamento;
m) Colaborar na montagem das exposições dos trabalhos dos utentes, na venda dos respetivos trabalhos, bem como nas decorações aquando de festas;
n) Colaborar na compra de vestuário, calçado e outros utensílios de uso, escolhendo ou dando informações sobre as características dos utentes (físicas, psíquicas e sociais);
o) Ajudar a fazer as malas, cuidando que detenham roupas e utensílios pessoais nas quantidades necessárias para o período de ausência;
p) Providenciar a manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer;
q) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
r) Administrar medicamentos, nas horas prescritas e segundo instruções recebidas;

O Contrato Coletivo de Trabalho entre a CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) e a FNE (Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros) prevê duas categorias de funcionários não técnicos que cuidam de

idosos: ajudantes de ação direta e trabalhador auxiliar de serviços gerais. Já no Boletim do Trabalho e Emprego (2001) denominam-se ajudantes de lar e centro de dia, apesar de apresentarem o mesmo descritivo funcional que as ajudantes de ação direta e também trabalhadoras de serviços gerais. Estas últimas têm como descritivo funcional: proceder à limpeza e arrumação das instalações, assegurar o transporte de alimentos e outros artigos; servir refeições em refeitório, desempenhar funções de estafeta e distribuição de correspondência e valores e efetuar o transporte de cadáveres.

A Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, abreviadamente designada por CPP/2010, elaborada pelo INE (Instituto Nacional de Estatística, I.P.) destina-se a substituir CNP de 1994 do IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional). Nesta, a designação mais próxima de cuidadores de idosos, situa-se no quinto grupo profissional – Pessoal dos serviços e vendedores – designando-se Ajudantes Familiares. Segundo a CPN/94 o descritivo funcional desta profissão determinava que estes providenciassem cuidados a pessoas incapacitadas física ou mentalmente e idosos, no domicílio, não fazendo qualquer referência ao contexto institucional. As tarefas a executar consistiam em auxiliar na confeção das refeições, tratamento de roupas e cuidados de higiene, acompanhar os utentes nas suas deslocações, administrar a medicação prescrita e zelar, de um modo geral, pelo bem-estar dos utentes, evitando possíveis situações de isolamento (INE, 2011).

Todavia, a nova versão (CPP/2010) reformulou o descritivo funcional. Atribuiu a estes, as seguintes tarefas e funções: apoiar utentes nas necessidades individuais e terapêuticas (higiene pessoal, alimentação, vestir, mobilidade física, comunicação, tomar medicamentos, etc.) normalmente a partir dum plano estabelecido por um profissional de saúde, manter registos dos utentes (cuidados prestados, respostas aos tratamentos, etc.) e reportá-los aos profissionais dos serviços sociais ou de saúde, posicionar e levantar utentes com dificuldades de mobilidade e ajudar a transportá-los em cadeiras de rodas ou veículos automóveis, fornecer aos utentes e famílias apoio afetivo, informativo e aconselhamento sobre nutrição, higiene, exercício e adaptação à incapacidade ou doença, manter condições de higiene do utente (mudar roupa de cama, lavar vestuário, limpar a casa, etc.), assegurar apoio psicológico aos utentes através da conversação ou leitura, planear, comprar, preparar ou servir refeições nutricionais e dietas prescritas, prestar apoio aos pais e cuidados aos recém-nascidos no período pós-parto e marcar e acompanhar os utentes a consultas médicas ou a outros profissionais de saúde (INE, 2011).

#### **4.1. Perfil dos cuidadores formais de pessoas idosas**

Tal como sucede nos cuidadores informais, os cuidadores formais são representados maciçamente pelo género feminino, devido às raízes históricas e culturais do ato de cuidar, nas quais existe uma forte e histórica relação entre as

fêmeas e prole como origem do cuidado e afetividade da espécie humana (Ribeiro, et al., 2008).

Os mesmos autores concluíram no seu estudo que o perfil dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência é representado expressivamente pelo género feminino (87,8%), com estado civil casado (43,6%) ou solteiro (38,7%), baixa escolaridade, idade média próxima dos 50 anos e alta rotatividade (60,2% trabalham na instituição há menos de 5 anos).

De acordo com Carneiro, Pires, Filho, & Guimarães (2009) o género feminino representa 63,6% da população, com uma média de idade de 37,6, baixa escolaridade e uma média de 6,9 anos de trabalho na instituição. Segundo o estudo de Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha (2010) o perfil dos cuidadores formais, neste caso, qualificados, também existia uma clara predominância do género feminino (75,6%), com uma média de idades de 35,6 anos e 64,4% com companheiro estável.

Por sua vez, o estudo de Sousa (2011), realizado em cuidadores formais não diferenciados (CAD), encontrou que, como seria expectável, houve uma clara predominância do género feminino (99,6%), com uma média de idades de 43,1 anos, 73,5% com estado civil casado e com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 1º ciclo (31,5%) e 2º ciclo (completo ou incompleto), em 24% dos casos. Apenas 19% dos inquiridos declara possuir o 3º ciclo (completo ou incompleto) e 21,0% o ensino secundário (completo ou incompleto). Relativamente ao tempo de atividade, a média é de dez anos, apenas 57,0% trabalha exclusivamente com apoio a idosos, não acumulando outras atividades, e apenas, 33,0% afirmam ter recebido formação antes de começar a trabalhar com idosos.

Ribeiro, et al. (2008) fez ainda uma comparação entre o perfil dos cuidadores formais de pessoas idosas entre instituições com fins lucrativos e instituições sem fins lucrativos, e chegou às seguintes conclusões:

- Independentemente da modalidade de instituição, a maior parte dos entrevistados era composto por mulheres (86,7% nas instituições sem fins lucrativos e 89,2% com fins lucrativos);
- Nas instituições com fins lucrativos mais de metade dos entrevistados era casado (50,6%) e nas instituições sem fins lucrativos o percentual de casados foi igual ao de solteiros (37,8%); O percentual de viúvos foi maior nas instituições sem fins lucrativos;
- A maioria dos cuidadores possuía menos de 50 anos em ambas as modalidades de instituições, no entanto houve maior frequência de cuidadores com mais de 50 anos nas instituições sem fins lucrativos (20,4% ao invés de 3,6%);
- Relativamente à escolaridade, nas instituições com fins lucrativos 79,5% possuíam mais de 5 anos de escolaridades, enquanto nas instituições sem fins lucrativos, apenas 39,8%;
- Em relação à remuneração não existiam diferenças significativas entre os cuidadores de instituições com e sem fins lucrativos;

- A maioria dos cuidadores trabalhava há menos de 5 anos nestas instituições, no entanto, nas instituições sem fins lucrativos, o percentual de cuidadores que trabalha há mais de 5 anos foi significativamente maior (42,9%) que nas instituições com fins lucrativos (12,0%);

#### 4.2. Caracterização dos cuidadores formais de pessoas idosas

A profissão de cuidador de pessoas idosas tem um carácter pouco atrativo, sendo invocados como fatores justificativos, a natureza do trabalho, natureza da instituição e condições de trabalho neste setor (baixa remuneração, baixas perspectivas de evolução e escassa formação). Desta forma, a imagem pública dos serviços de cuidados desencoraja os trabalhadores a se manterem nesta profissão, explorando novas oportunidades de trabalho (Stone, 2004).

É também de referir como características deste grupo profissional, ausência de motivação, elevada insatisfação no trabalho, deficiente desempenho profissional e a distância e desumanização frequentes nas relações pessoais e profissionais (Castle, et al., 2006). Prestadores de cuidado direto em instituições de longa permanência têm um trabalho difícil, trabalham longas horas, são mal pagos, recebem benefícios mínimos e são propensos a lesões e depressão (Stone, 2004; Zimmerman, et al., 2005).

A investigação também apoia indícios de que os trabalhadores se sentem pouco valorizados pelos seus superiores. Segundo Stone (2004), as chefias têm um papel preponderante na determinação dos níveis de satisfação laboral destes trabalhadores, assim como, na decisão de permanecerem no local de trabalho.

A alta rotatividade existente nestes profissionais pode afetar o funcionamento físico e mental dos residentes institucionalizados, assim como, também afeta os trabalhadores de ação direta, uma vez que um *staff* reduzido coloca encargos desnecessários aos trabalhadores que permanecem na instituição, resultando num aumento das taxas de lesões e acidentes de trabalho, embora não haja estudos empíricos que documentem uma relação direta (Stone, 2004). Ironicamente, concomitantemente com esta situação, é reconhecido que estes trabalhadores são fundamentais para a preservação da qualidade de vida dos residentes de instituições de apoio a idosos e que a relação entre o residente e o cuidador é a característica central desta qualidade (Zimmerman, et al., 2005). O cuidado que fornecem é íntimo e pessoal, cada vez mais complexo física e mentalmente, devido ao contato constante e diário com o recetor de cuidados, sendo os olhos e os ouvidos do sistema de cuidados (Stone, 2004).

Esta profissão tem também como característica o trabalho por turnos. Este tem como objetivo na organização laboral, assegurar a continuidade da produção (de bens

e/ou serviços) mediante a existência de várias equipas que trabalham em tempos diferentes no mesmo posto de trabalho. O trabalho por turnos trata-se também do trabalho prestado a horas não sociais, num período em que a maioria das pessoas tem o seu tempo de repouso e o seu sono reparador (Santos, Franco, Batista, Santos, & Duarte, 2008).

É hoje evidente, que o trabalho por turnos altera a qualidade de vida e a produtividade dos trabalhadores, ao mesmo tempo que põe em risco a sua segurança (Oliveira, Salgado, & Faria, 2005). Afeta os ritmos biológicos, causando desordens a nível psicológico e físico, tais como dores de cabeça, perda de apetite e queixas gástricas devido à irregularidade do horário das refeições, diminuição do estado de vigília que juntamente com a fadiga, irá acarretar diminuição da capacidade mental, afetando desta forma o rendimento laboral, o que poderá por em risco a segurança do próprio trabalhador, colegas e utentes (Oliveira, et al., 2005; Santos, 2008). Fischer, Teixeira, Borges, Gonçalves & Ferreira (2002) corroboram as afirmações anteriores, tendo observado no seu estudo que existem diferenças significativas entre o sono diurno e o sono noturno, que a qualidade dos episódios de sono diurno após as noites de trabalho foi percebida como pior do que a qualidade dos episódios de sono noturno, e que os níveis percebidos de alerta à noite tornam-se piores à medida que aumenta o número de horas de trabalho, sendo, portanto, indicativo de que a sonolência no trabalho noturno existe e pode prejudicar tanto os trabalhadores, como os utentes que estão aos seus cuidados.

Do ponto de vista social, o trabalho por turnos também gera dificuldades a nível da sociedade, no convívio social e no acesso a bens de consumo, assim como, ao nível familiar, pela dificuldade na supervisão e educação dos filhos, na organização e tarefas de casa, desencontro e dificuldades de comunicação entre os membros do casal (Oliveira, et al., 2005; Santos et al., 2008).

Além disso, esta atividade profissional também está associada a trabalho pesado que juntamente com a falta de formação, regista grande incidência de sintomatologia dolorosa ou desconforto nos cuidadores (Carneiro et al., 2009; Sequeira, 2010), registando-se índices de acidentes de trabalho superiores aos verificados na indústria (Stone, 2004), ao mesmo tempo que se registam, maiores problemas psicológicos, depressões, perturbações do sono, irritabilidade e stress (Sequeira, 2010). Azevedo et al. (2010) relatam o facto dos profissionais de geriatria serem um grupo profissional com tendência a apresentar pluripatologias acumulando sintomas físicos e psíquicos que juntamente com as exigências continuadas da tarefa, os conduzem a situações de stress e ao desenvolvimento de quadros de doença. Carneiro et al. (2009) no seu estudo observou que todos os cuidadores avaliados referiram dor em pelo menos uma região do sistema músculo-esquelético, em particular, segundo os dados dos últimos 12 meses, no pescoço (45,4%), ombros (72,7%), punhos/mãos (45,4%), zona lombar (45,4%), zona dorsal (36,4%) e tornozelos/pés (45,4%). Os mesmos autores

referem que, pela avaliação das condições físicas de cuidadores de idosos dependentes levou a inferir que estes profissionais são doentes em potencial, estando a sua capacidade funcional constantemente em risco.

O fraco reconhecimento social destes trabalhadores, juntamente com a crise dos cuidados, traduzida num aumento da demanda de cuidados e uma diminuição do número de pessoas dispostas a realizar cuidados ou realizá-los de forma desinteressada, incluindo na família, despoleta a origem espontânea de novas estratégias de cuidado, entre as quais a externalização de uma parte das tarefas domésticas e cuidados de pessoas dependentes, devido à disponibilidade de mão-de-obra barata procedente da imigração, criando novas oportunidades laborais para esta população (Casado-Mejía, et al, 2009).

Em Espanha, à semelhança de outros países europeus, o cuidado de idosos no domicílio é realizado por 14,0% de cuidadores não profissionais formais, entre os quais 43,1% são imigrantes. Desta forma, o cuidador imigrante é o terceiro provedor de cuidados depois do cuidado prestado pelas próprias filhas e esposos das pessoas dependentes, superando o cuidado formal institucional e profissional que só representa 3,0% do total do cuidado a idosos dependentes em Espanha (Rodríguez & Valcarce, 2004). Casado-Mejía, et al. (2009) fazem referência a este tipo de cuidado como “cuidado genérico”, uma vez que estes cuidadores não têm formação especializada, e por isso, não poderia ser denominado de cuidado profissional, mas ao ser remunerado, tão-pouco poderá também ser considerado informal. Estes autores, consideram como fatores justificativos para a aparição deste tipo de cuidado: envelhecimento populacional, escassez de recursos de proximidade, crise no cuidado informal, permanência no domicílio por um período mais longo de tempo, crença que no domicílio se goza de maior qualidade de vida, alívio da sobrecarga física e emocional nos cuidadores familiares e a chegada de um grande número de imigrantes com necessidade de se incorporar no mercado laboral.

Em suma, este grupo profissional, regista elevados níveis de absentismo e ainda grande instabilidade, saídas e substituições frequentes, que por sua vez, comprometem a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a desmotivação tem como consequência comportamentos e atitudes dos quais os cuidadores não estão conscientes, mas que afetam negativamente a vida dos idosos e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Sousa, 2011). Llobet, Canut, Mateu, & Ávila (2010) corroboram as afirmações anteriores, defendendo que a motivação com o trabalho, a satisfação pessoal, a qualidade de vida e o nível de formação dos profissionais que cuidam de idosos são fatores que influenciam a qualidade do cuidado, estando todos eles comprometidos nestes trabalhadores. Stone (2004) acrescenta ainda que alguns pesquisadores têm especulado que trabalhadores sobrecarregados e frustrados, podem ser mais propensos a abuso físico e mental sobre os utentes, ou tornarem-se eles próprios vítimas dos abusos dos clientes.

Desta forma, toda a intervenção/atuação sobre este grupo profissional, é decisiva para o bem-estar dos trabalhadores em si, mas também para os utentes residentes das instituições e respetivas famílias (Zimmerman, et al., 2005).

## 5. Formação

É lugar comum, afirmar hoje em dia, que o futuro de uma nação passa pela educação e formação que é ministrada aos seus cidadãos e que só através de uma formação coerente e coordenada é possível atingir os patamares de qualidade e competitividade atualmente exigidos. As profissões sociais, como é o caso dos cuidadores formais, não são exceção, necessitando de uma formação inicial e contínua que lhes dê competências e saberes para melhor servir os seus utentes. Como é uma profissão de forte cariz relacional, os saberes-ser e os saberes-estar são determinantes para um bom desempenho fundamental (Jacob, 2002).

A formação tem sido entendida como o processo pelo qual a pessoa é preparada para desempenhar de forma exemplar as tarefas específicas da função que ocupa na instituição (Paulos, 2010). É considerada um meio para desenvolver as competências dos colaboradores, de maneira, a que se tornem mais produtivos, criativos e inovadores, a fim de contribuírem de forma mais eficiente para os objetivos organizacionais. Esta é conduzida para o presente, focaliza-se no cargo atual e procura melhorar as capacidades relacionadas com o desempenho imediato das funções (Chiavenato, 1999).

Segundo Paulos (2010) esta deve incidir sobre duas componentes:

- Formação técnica: processo de envelhecimento, conceitos de saúde/doença, nutrição, higiene, locomoção, medicação/sobre medicação, cuidados a ter com o idosos dependente, recursos sociais e comunitários disponíveis;
- Formação comportamental: gestão de conflitos, gestão de stress, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, princípios do trabalho em equipa, lidar com a morte, luto;

Deve potenciar quatro tipos de mudanças de comportamento: transmissão de informações, desenvolvimento de competências, desenvolvimento de atitudes e desenvolvimento de conceitos (Chiavenato, 1999; Paulos, 2010).

Paulos (2010) considera ainda que, a formação a ministrar aos colaboradores deve ser inicial (aquando da entrada de novos colaboradores, transmitir princípios orientadores da instituição, como a missão, os objetivos e os valores) e contínua (desenvolvimento de competências específicas, atualização de conhecimentos).

O Catálogo Nacional das Qualificações (CNQ) (2010) da ANQEP (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional) tem por objetivo constituir uma ferramenta de regulação da oferta formativa, definindo perfis e referenciais de formação-educação para cada atividade correspondente a cada profissão ou carreira.

O perfil profissional descreve sucintamente e em termos tão operacionais quanto possível, os objetivos, o objeto e o método das formações, cuja finalidade é a preparação para o exercício profissional, ou seja, é o conjunto de saberes, saber-fazer e saber-ser que o trabalhador deve teoricamente dominar para ter um emprego (Jacob, 2002).

O perfil profissional que mais reflete o papel dos cuidadores de idosos é o de Agente em Geriatria. Este, tem como descrição geral, prestar cuidados de apoio direto a idosos, no domicílio e em contexto institucional, nomeadamente lares e centros de dia, zelando pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos e define as competências-chave ao nível dos saberes, saberes-fazer e dos saberes-ser.

**Tabela 2** - Descritivo funcional do perfil de agente em geriatria (ANQEP, 2012)

1) Preparar o serviço relativo a cuidados a prestar, selecionando, organizando e preparando os materiais, os produtos e os equipamentos a utilizar;
2) Prestar apoio a idosos, no domicílio ou em contexto institucional, relativamente a cuidados básicos de higiene, de conforto e de saúde, de acordo com o seu grau de dependência e as orientações da equipa técnica: <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1) Lavar e auxiliar no banho;</li> <li>2.2) Mudar roupa pessoal e substituir fraldas;</li> <li>2.3) Cuidados de higiene e conforto (cortar unhas, barbear, arranjar cabelo, mudar cama, etc.);</li> <li>2.4) Apoiar na eliminação urinária;</li> <li>2.5) Prevenção de úlceras de pressão;</li> <li>2.6) Adaptação de horários e ambientes para favorecer o descanso e o sono;</li> <li>2.7) Auxiliar a toma de medicação de acordo com prescrição médica;</li> <li>2.8) Prevenção de sedentarismo e imobilidade, promovendo a mobilidade e adoção de posturas corretas;</li> <li>2.9) Contribuir para a prevenção de acidentes;</li> </ul>
3) Prestar apoio na alimentação dos idosos, de acordo com as orientações da equipa técnica: <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1) Colaborar na organização e confeção de refeições, tendo em conta as restrições dietéticas, as necessidades e as preferências do idoso e orientações da equipa;</li> <li>3.2) Distribuir as refeições, respeitando as regras e os procedimentos de higiene</li> </ul>

<p>alimentar;</p> <p>3.3) Acompanhar e auxiliar a toma das refeições sempre que a situação de dependência do idoso o exija;</p>
<p>4) Prestar cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente e da roupa dos idosos:</p> <p>4.1) Efetuar a limpeza, desinfecção e arrumação do quarto, casa de banho, cozinha e outros espaços, utilizando os utensílios, as máquinas e os produtos de limpeza adequados;</p> <p>4.2) Cuidar da roupa dos idosos, colaborando na sua limpeza, tratamento e arrumação;</p>
<p>5) Colaborar na prevenção da monotonia, do isolamento e da solidão dos idosos, no domicílio e em contexto institucional, de acordo com as orientações da equipa técnica:</p> <p>5.1) Estimular a manutenção do relacionamento com os outros, encorajando-o a participar em atividades da vida diária e de lazer adequadas à situação do idoso;</p> <p>5.2) Preparar e desenvolver atividades de animação e entretenimento, adequadas à situação do idoso, nomeadamente, leitura, jogos e convívio;</p> <p>5.3) Acompanhar o idoso nas suas deslocações em situações de vida diária, de lazer e de saúde;</p>
<p>6) Articular com a equipa técnica, transmitindo a informação pertinente sobre os serviços prestados, referenciando, nomeadamente, situações anómalas respeitantes aos idosos;</p>

### 5.1. Formação em cuidadores formais de pessoas idosas

O cuidar de idosos tem sido visto como uma tarefa fácil, sem ser necessário formação especializada, em parte, porque cuidar é parte integrante das tarefas atribuídas às mulheres e também pelo valor atribuído aos idosos (Llobet, et al., 2010). A perceção de velhice na nossa sociedade, é fortemente associada à figura de pessoa decadente, improdutiva e dependente, o que determina uma prática de cuidado vinculada no “fazer por”, retirando aos idosos o direito de exercer a sua autonomia, tornando-os a cada dia que passa, mais dependente (Miguel, et al., 2007). Fragoso (2008) reconhece que o desamparo dos profissionais que cuidam dos idosos institucionalizados é visível, pois não basta a dedicação extrema ao idoso e o conhecimento das suas necessidades básicas. Pela natureza da sua condição crónica progressiva, nos últimos anos, os residentes dos lares de idosos, requerem cuidados

mais intensivos e certos recursos que os residentes de lares de idosos de há uma década atrás (Spilsbury, et al., 2011). Segundo Menne, Ejaz, Noelker & Jones (2007) é consensual que os requisitos mínimos de acesso à profissão, no que diz respeito à formação, são insuficientes para que estes trabalhadores possam enfrentar a complexidade das necessidades do público destinatário – os idosos. O cuidado destes, requer certas habilidades e uma formação adequada (Llobet, et al., 2010), precisando também o profissional, buscar fontes diferenciadas de conhecimento, sendo um enfoque fundamental para o cuidado, o respeito pelos significados dos idosos diante do cuidado que ele tem consigo (Fragoso, 2008). No entanto, o pessoal não técnico, que atua em instituições de apoio a idosos, inicia muita vez, ou na maioria das vezes, a sua atividade sem que tenha frequentado qualquer ação de preparação específica que o habilite para o trabalho com idosos, verificando-se o mesmo quanto à formação contínua, que geralmente não tem uma periodicidade regular (Jacob, 2002).

Ron & Lowenstein (2002) citado por Sousa (2011) referem que estes funcionários são pouco escolarizados, desempenham tarefas sem qualquer formação específica e são mal remunerados. Alguns não possuem vocação para esta atividade, trabalham em condições deficientes, não encaram a profissão como uma carreira e desenvolvem sentimentos negativos relacionados com o estatuto e a imagem social da profissão, que é socialmente pouco valorizada. Em algumas situações, os sentimentos pessoais acerca do envelhecimento e a idade podem ser negativos ou estereotipados, o que pode comprometer o cuidado prestado, uma vez que estas situações podem caracterizar comportamentos ou ambientes de não-cuidado, podendo levar o idoso a atitudes de não adesão ou à falta de cooperação (Miguel, et al., 2007).

Scott, Brannon, Vasey, Dansky, & Kemper (2007) citado por Sousa (2011) referem que, além da ausência de formação, pode-se referir inexistência de programas de orientação e tutoria no trabalho, fraca supervisão, nula participação no planeamento dos cuidados, a ausência de feedback e comunicação sobre as tarefas e fracas oportunidades de desenvolvimento profissional.

Um estudo realizado por Jacob (2002) conclui que dirigentes e funcionários de IPSS são unânimes em considerar que o pessoal existente tem pouca formação e que é urgente e fundamental mais formação profissional. Unânime foi também a constatação que o serviço de apoio aos idosos é difícil e mal remunerado e que só deve ser desempenhado por quem tem vocação.

É evidente que a falta de conhecimento específico, assim como os preconceitos relacionados à dependência na velhice, associada às deficientes condições de trabalho, entre outros fatores, podem levar ao aumento da dependência e à restrição da autonomia, bem como interferir na qualidade do atendimento. O cuidador deve apresentar competência técnica ou clínica, conhecimento das alterações físicas e psicossociais do envelhecimento, com vista ao cuidado holístico, assim como, a capacidade de comunicação para o trabalho em equipa (Miguel, et al., 2007).

Posto isto, existem preocupações políticas internacionais, sobre a melhoria das qualificações das equipas dos lares de idosos e a retenção dessa força de trabalho devidamente instruída e qualificada, não querendo dizer necessariamente que maior número de funcionários corresponde a melhor atendimento (Spilsbury, et al., 2011). Segundo os mesmos autores, baixa qualidade de cuidado tem sido associada a equipas de cuidadores inadequadamente instruídas e com baixas competências.

O número de programas que visam apoiar os cuidadores formais tem aumentado, no entanto, alguns aspetos metodológicos como o conteúdo da formação, a intensidade e o tempo de formação continuam pouco claros (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011).

O reforço da capacidade de cuidado requer um *staff* adequado, competente e especializado, e está diretamente relacionado à qualidade na prestação de serviços. Apesar da aposta na formação poder trazer custos adicionais, a longo prazo com a maior produtividade e com a menor frequência de baixas médicas e absentismo laboral, este esforço financeiro pode ser recompensado, sobretudo em situações de cuidado que impliquem maiores desafios, como é o caso da saúde mental (demência, depressão, entre outros.) (Martín & Brandão, 2012).

Em relação ao caso específico de cuidadores de idosos demenciados, uma vez que são fortes candidatos a elevados níveis de stress e insatisfação laboral, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença, têm sido desenvolvidos programas de formação para cuidadores formais, no entanto, centram-se sobretudo na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação a quadros demenciais, desvalorizando o stress e sobrecarga emocional a que são submetidos (Barbosa, et al., 2011). Segundo os mesmos autores, os resultados do seu estudo apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas que visem não só a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados na demência, mas também para o desenvolvimento de estratégias que promovam o auto-cuidado e a gestão de stress e sobrecarga emocional.

Existe evidência crescente que demonstra que formação/educação em saúde mental geriátrica pode ajudar o *staff* que presta cuidados de longa duração, a compreender a doença e as necessidades dos residentes de maneira a melhorar as condições de trabalho e a satisfação laboral, e posteriormente a qualidade de vida dos residentes (Moyle, Hsu, Lieff, & Vernooij-Dassen, 2010). No entanto, o conhecimento sobre as necessidades de saúde e aspetos da reabilitação da população com demência, que podem ser empregues na prestação de cuidados, são ainda escassos. É necessário formar os cuidadores formais com competências que lhe permitam adequar os cuidados às necessidades dos idosos e simultaneamente, diminuir a sobrecarga subjacente ao ato de cuidar. Programas que integrem a informação e o suporte emocional são os mais eficazes, uma vez que permitem responder às necessidades

dos idosos e cuidadores, contribuindo para a melhoria do bem-estar de ambos e para a prestação de cuidados de qualidade (Barbosa, et al, 2011).

Menne, et al. (2007) reforçam ainda que a formação dos profissionais de ação direta é apontada como um ponto fulcral para a satisfação laboral e redução de turnover, o que por conseguinte melhorará também a qualidade do atendimento. Moyle et al. (2010) acrescentam que é vital que os líderes organizacionais apoiem a existência de formação, uma vez que sem este apoio será difícil os programas serem eficazes na mudança de comportamento e transformá-la em conhecimento para a prática.

Atuar sobre o bem-estar destes trabalhadores e fornecer formação contínua em cuidados de saúde mental geriátrica aos trabalhadores que demonstram comprometimento com o trabalho, pode diminuir a sua tendência a tornarem-se cansados ao longo do tempo ou procurar oportunidades de emprego noutros lugares (Zimmerman, et al., 2005; Moyle, et al., 2010).

Apesar de vários estudos ressaltarem a importância da formação, existe controvérsia se esta incentiva a aquisição de conhecimentos e a transposição destes para a prática. Segundo Moyle, et al., (2010) são identificados quatro fatores que podem ditar se a formação influencia a mudança de comportamento e a melhoria do atendimento ao cliente:

- Qualidade do *input* formativo (usar programas de formação devidamente validados);
- Motivação individual (o conteúdo deve estar de acordo com as necessidades do *staff* e as aulas devem ser interativas e multifacetadas, bem como, existirem aulas de revisão);
- Natureza, complexidade e aceitabilidade da mudança proposta (promover o uso e a sustentabilidade das novas práticas de trabalho, reforçar positivamente para manter a sustentabilidade e promover a realização de trabalhos de grupo e aulas práticas);
- Recetividade do ambiente onde é prestado o cuidado e o seu contexto organizacional, desempenhando a liderança um papel fulcral;

## 6. Qualidade de vida (QV)

Atualmente, o conceito de QV (Qualidade de vida) é um termo bastante utilizado no quotidiano pela população em geral, no entanto, as suas raízes já são antigas. Segundo Pimentel (2006) existem relatos que remontam à antiguidade, quando se falava em “boa vida”, preconizado por Aristóteles – a vida que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo.

A expressão qualidade de vida foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (Fleck, et al., 1999, p.20). É a partir desta altura que aumenta o número de investigações sobre os níveis de QV, surgindo expressões como bem-estar, satisfação, felicidade, autonomia, entre outros (Pimentel, 2006).

Na área da saúde, o interesse pela qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em particular, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas (Seidl & Zannon, 2004). A introdução do conceito de qualidade de vida, nomeadamente na área da saúde, deveu-se à mudança do modelo de abordagem das questões da saúde, em que se passou de um paradigma biomédico para um paradigma biopsicossocial (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005; Seidl & Zannon, 2004). Esta preocupação relacionada com a humanização dentro das ciências humanas e biológicas emerge como um movimento que valoriza parâmetros mais abrangentes que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida (Fleck, et al., 1999). As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados, em termos de morbilidade e mortalidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, nomeadamente no que respeita às doenças crónicas (Paúl, et al, 2005). Desta forma, importantes contribuições começaram a mostrar a pertinência dos indicadores sociais e psicológicos na avaliação da QV (Pimentel, 2006).

Os investimentos no tema foram ainda mais reforçados quando, na mesma época, ao redefinir o conceito de saúde, a OMS incorporou a noção de bem-estar físico, mental e social, não considerando apenas a ausência de doença (Neri, 2007).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspetos fundamentais referentes ao construto *qualidade de vida* foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas: subjetividade; multidimensionalidade; e bipolaridade (Fleck, et al., 1999). No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o individuo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (The WHOQOL group, (1999) citado por Seidl & Zannon, (2004)). Estudiosos enfatizam que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário

das tendências iniciais de uso do conceito quando QV era analisada por um observador, usualmente por um profissional de saúde. Desta forma existe a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou pacientes e, não a visão de cientistas e profissionais de saúde (Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater, & Gregory, 1988). O consenso relativamente à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões e em relação à bipolaridade, esta justifica-se uma vez que a expressão em causa possui dimensões positiva (ex: mobilidade) e negativa (ex: dor) (Fleck, et al., 1999).

O desenvolvimento desses elementos conduziu a definição de qualidade de vida como:

*“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL GROUP, (1994), citado por Fleck, et al., (2000), p.179).

Nesta definição está implícita a existência de um conjunto de valores e de um conceito de organização social e cultural, o qual permite ao indivíduo expressar-se relativamente ao que o rodeia. Verifica-se assim, que o conceito de QV é muito amplo e é influenciado, de forma complexa, pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo nível de independência, nas suas relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspetos relevantes do ambiente em que vive (The WHOQOL Group, (1995), citado por Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira (2008)).

A busca de um instrumento de medida genérico que avaliasse *qualidade de vida* dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjetiva, aliada à crescente relevância deste conceito, conduziu a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (Canavarro, et al., 2008). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais (Fleck, et al., 1999).

O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composto por 100 itens (The WHOQOL Group, 1995 citado por Fleck et al., 1999). Mais tarde, a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para o seu preenchimento, com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo da qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (Fleck, et al., 2000).

## 6.1. Qualidade de vida em cuidadores formais de pessoas idosas

Os cuidadores formais são profissionais submetidos frequentemente a grande desgaste físico e mental, conseqüente das próprias exigências do trabalho, que condicionam a qualidade de vida destes profissionais. Segundo Shapiro, Brown & Biegel (2007) a qualidade de vida dos profissionais de assistência encontra-se condicionada por situações emocionais stressantes acompanhadas, frequentemente, da exaustão emocional e ansiedade, conseqüentes das próprias exigências do trabalho o que se pode refletir na forma como prestam os cuidados.

A idade é uma variável importante na avaliação da qualidade de vida do cuidador, ou seja, quanto maior a idade, menor o score do domínio físico da qualidade de vida. Amendola, Oliveira & Alvarenga (2008), relativamente a cuidadores familiares, defendem que cuidadores mais velhos são mais suscetíveis a sobrecarga e que quanto mais sobrecarregados pela tarefa de cuidar, pior percepção têm da sua qualidade de vida. No entanto são os mais jovens que mais sofrem com o isolamento e as restrições sociais proporcionais às maiores probabilidades de atividades de lazer e sociais da sua faixa etária.

De acordo com Azevedo, et al. (2010) os resultados do seu estudo demonstraram que cuidadores avaliam a sua qualidade de vida, de uma forma geral, como boa (76,3%), sendo o domínio físico aquele que é avaliado de forma mais negativa (58,2%) e o que é considerado como melhor é o domínio das relações sociais (78,9%). De salientar ainda que, os valores mínimos de avaliação dos diferentes domínios de QV evidenciam a existência de participantes com níveis baixos de percepção de QV. Além disso, o mesmo estudo demonstrou que cuidadores com maiores índices de desordens emocionais e indivíduos mais vulneráveis ao stress revelam uma apreciação da sua qualidade de vida mais negativa. O stress é um problema frequentemente relatado por estes trabalhadores pela natureza da sua profissão (cuidar de idosos) e das condições de trabalho oferecidas. Zimmerman, et al. (2005) e Shapiro, et al. (2007) referem ainda que o stress ocupacional foi mais frequentemente relatado por prestadores de cuidados que iniciaram as suas funções há pouco tempo (1 ou 2 anos).

Santos, et al. (2008) documentaram no seu estudo que 44,7% da totalidade da amostra denota “boa qualidade de vida” e 36,2% dos inquiridos autoavaliam a sua qualidade de vida de “pouca qualidade”, observando-se um valor percentual mais elevado no sexo feminino (39,0%) que no masculino (30,8%).

Segundo dados de Llobet, et al. (2010) 66,7% das cuidadores formais de instituições geriátricas afirmam estar bastante satisfeitos com a sua vida, 75,0% bastante felizes e 75,0% consideram a sua qualidade de vida como boa. Todos os entrevistados consideram importante e necessário ter formação para proporcionar um cuidado assistencial com qualidade. Em relação à motivação laboral 75,0% mostram-se motivados na realização do seu trabalho, no entanto todas os

entrevistados consideram que este coletivo está pouco valorizado e mal remunerado profissionalmente.

## 7. Cuidadores - Necessidade de intervenção iminente?

Stone (2004) diz que as questões relativas à disponibilidade e à qualidade desta força de trabalho se tornam preocupação prioritária para decisores políticos, responsáveis institucionais e profissionais que visem a tomada de medidas concretas e a atuação sobre um grupo profissional considerado crucial para a prestação de cuidados. Só assim se terão organizações que prestem cuidados de excelência aos idosos que procuram cuidados de qualidade para um fim de vida com dignidade.

Segundo Llobet, et al. (2010) melhorar as condições laborais deste coletivo poderia ajudar a melhorar a autoestima destes e contribuir para melhorar a qualidade e cuidados prestados aos idosos dependentes.

Ao ser mencionada a falta de apoio e orientações sobre o cuidar a este grupo profissional, a necessidade de profissionalização destes, torna-se uma medida urgente para promoção de maior bem-estar e qualidade de vida nos idosos institucionalizados (Ribeiro, et al., 2008).

Um estudo de Carneiro, et al. (2009) concluiu que o que poderia ser feito para melhorar a prática destes trabalhadores, citado por estes com maior frequência foi melhor salário, maiores níveis de formação/educação e reconhecimento do trabalho que realizam.

Importa, por tudo isto, considerar a constituição, a formação, o desenvolvimento pessoal e profissional, o perfil profissional dos cuidadores formais e o papel que lhe cabe desempenhar no sistema de cuidados (Sousa, 2011).

Os responsáveis institucionais deverão comprometer-se com uma política séria e rigorosa, sendo pertinente a reestruturação deste grupo profissional normalmente negligenciado, assim como a organização do seu funcionamento dentro das instituições, promovendo o bem-estar no exercício das suas funções, e por conseguinte a qualidade dos cuidados prestados, através da definição:

- de condições de acesso a esta profissão/critérios de admissão;
- de modelos de gestão participada;
- do perfil profissional;
- de referencial de formação inicial e atualização profissional;
- de condições de desenvolvimento de carreiras/ desenvolvimento profissional/regalias/benefícios;
- de remunerações de referência para cada categoria;

Esta estruturação da profissão, associada a outros sistemas de incentivos, permitirá aumentar a procura e permanência na atividade e melhorar o carácter atrativo desta área profissional tão digna como as demais e o estatuto e visibilidade social da profissão de cuidador. Para esta profissão e à semelhança das outras categorias profissionais, impõe-se o investimento na formação contínua, na

supervisão e na avaliação do desempenho como fatores promotores de envolvimento, de responsabilização, de identificação com a profissão, de aumento da motivação e satisfação no trabalho (Sousa, 2011).

É indiscutível que os cuidadores formais não diferenciados que prestam cuidado a idosos institucionalizados, necessitem melhores condições formativas e laborais, uma vez que por si não só, influenciaria a satisfação laboral, mas também a satisfação pessoal e a perceção de qualidade de vida. (Llobet, et al., 2010).

Estas medidas permitirão à profissão de cuidador sair da situação de crise em que se encontra, percebendo que o seu trabalho faz, de facto, a diferença no sistema de cuidados, melhorando assim a qualidade do cuidado prestado a idosos dependentes (Sousa, 2011).

## CAPÍTULO III - Objetivos

### Objetivo geral:

- Caracterizar os cuidadores formais não diferenciados prestadores de cuidados a idosos institucionalizados;

### Objetivos específicos:

- Avaliar e comparar as características sociodemográficas e laborais dos cuidadores formais não diferenciados em instituições geriátricas com e sem fins lucrativos;

- Avaliar e comparar os níveis de formação entre cuidadores formais não diferenciados em instituições geriátricas com e sem fins lucrativos;

- Avaliar e comparar os níveis de qualidade de vida (domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) dos cuidadores formais não diferenciados em instituições geriátricas com e sem fins lucrativos;

- Estudar a relação existente entre os níveis de formação e os níveis de qualidade de vida nos cuidadores formais não diferenciados;

## **CAPÍTULO IV - Metodologia**

### **1. Local e duração do estudo**

O estudo foi realizado em instituições geriátricas do distrito de Castelo Branco com e sem fins lucrativos, às quais, foi previamente formalizado o pedido de colaboração à direção das instituições, com a apresentação dos objetivos do estudo, sendo realizado apenas nas instituições que autorizaram o mesmo.

A recolha da amostra ocorreu entre Janeiro e Maio de 2013.

### **2. Tipo de estudo**

Face ao objetivo proposto, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo, comparativo, correlacional, exploratório e transversal.

O paradigma quantitativo está ligado à observação de fenómenos, formulação e hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo das variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição de hipóteses com base numa abordagem matemática para as testar, com o objetivo de generalizar resultados a uma população, estabelecendo relações causa-efeito e prevendo resultados.

Descritivo, porque de acordo com Carmo e Ferreira (2008) este estudo tem como objetivo a descrição das características de uma determinada população, assim como o estabelecimento de relações entre as variáveis, e exploratório no sentido que tem também o intuito de criar uma nova visão acerca do problema. Correlacional, uma vez que se averiguou a existência de relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis.

Transversal, pois pretende estudar a amostra em causa simultaneamente, num determinado momento temporal coincidente com a altura da recolha de dados (Carmo & Ferreira, 2008).

### **3. Hipóteses do estudo**

Sendo um estudo exploratório, em que a bibliografia é escassa, conjeturam-se três hipóteses sobre o estudo deste grupo profissional:

H1 - Espera-se que haja diferenças entre as características sociodemográficas e laborais de cuidadores de instituições geriátricas com e sem fins lucrativos;

H2 – Espera-se que haja diferenças entre os níveis de qualidade de vida e de formação, dos cuidadores formais não diferenciados de instituições geriátricas com e sem fins lucrativos;

H3 - Espera-se que haja relação entre os níveis de formação e os níveis de qualidade de vida dos cuidadores formais não diferenciados em instituições geriátricas;

#### **4. População e Amostra**

De acordo com Fortin (2000), a população alvo é formada pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

A população foi constituída por cuidadores formais não diferenciados (auxiliares de ação direta) que prestam apoio a idosos em instituições geriátricas do distrito de Castelo Branco que respeitem os critérios de inclusão e exclusão e se disponibilizem a participar de forma voluntária no estudo.

##### **Critérios de Inclusão**

- Cuidadores formais que prestem cuidado direto a idosos (funcionárias de linha);
- Prática profissional como cuidador em instituição geriátrica há mais de 6 meses;

##### **Critérios de exclusão**

- Analfabetos;
- Problemas cognitivos;

As direções técnicas das instituições foram instruídas pela investigadora acerca dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes, tendo ficado a sua seleção para participar no estudo a cargo destas.

De acordo com Fortin (2000), a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. A técnica de amostragem à qual se recorreu para construção da amostra das instituições em estudo foi uma amostra não-probabilística e a escolha da amostra de conveniência. Não probabilística uma vez que foi selecionada tendo por base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados para determinar as unidades da população que fazem parte da amostra e a amostragem é de conveniência uma vez que os indivíduos pertencentes obedecem a algum tipo de conveniência e se disponibilizaram a participar no estudo (Carmo & Ferreira, 2008).

A amostra é constituída por cuidadores de ação direta pertencentes a 15 instituições geriátricas do distrito de Castelo Branco, das quais cinco são instituições com fins lucrativos e 10 sem fins lucrativos. A amostra é ainda dividida em duas sub-amostras ( cFL – cuidadores de idosos pertencentes a instituições geriátricas com fins lucrativos e sFL – cuidadores de idosos pertencentes a instituições geriátricas sem fins lucrativos).

## **5. Definição de variáveis de estudo**

Foram definidas três tipos de variáveis. As dependentes são aquelas que são influenciadas pelas variáveis independentes. As variáveis de caracterização constituem aquelas que não são consideradas para efeitos de análise estatística mas que são relevantes em termos de caracterização da amostra em estudo.

### **Variável Independente**

- Idade;
- Número de formações;
- Número médio de formações por ano;
- Presença de formação na área;
- Anos de experiencia profissional;
- Habilitações literárias;
- Regime de horário de trabalho;
- Tipologia de instituição;

### **Variável Dependente**

- Qualidade de vida genérica medida pelo WHOQOL – BREF;

### **Variáveis de Caracterização**

- Género;
- Estado civil;
- Número de filhos;
- Anos de cuidador profissional;
- Regime de escolaridade;
- Outra atividade profissional;

- Outra fonte de rendimento;
- Cuidador informal;
- Local de formação;

## 6. Métodos de recolha de dados

Neste estudo, optámos por utilizar o questionário como instrumento privilegiado de recolha de dados. Assim, o instrumento de recolha consistiu na aplicação de três instrumentos autoadministrados: questionário de caracterização sociodemográfico e laboral da amostra, questionário de caracterização dos níveis de formação e WHOQOL-BREF.

Foi realizado um questionário de caracterização da amostra, subdividido em características sociodemográficas e laborais (sexo, idade, número de filhos, estado civil, habilitações literárias, regime de escolaridade, existência de formação e local, categoria profissional, número de anos como cuidador, número de anos na instituição atual, horário de trabalho, carga horária, número de funcionários, número de utentes a cargo, número de utentes acamados, local de prestação de cuidados (domicílio ou instituição), existência de outra atividade profissional e/ou fonte de rendimento, existência de mais idosos a cargo (apoio informal) e tipologia da instituição) (Apêndice C);

Foi realizado um pré-teste a 5 cuidadores formais não diferenciados, que não foram incluídos na amostra, tendo em vista o levantamento de falhas de compreensão/interpretação e falhas gramaticais, sendo posteriormente revisto de modo a simplificar a linguagem e as questões, de modo a não existirem falhas de interpretação e que se tornasse acessível a todos os cuidadores, independentemente dos níveis de habilitações literárias.

De acordo com as competências-chave do perfil profissional de agente de geriatria (ANQEP, 2012) foi também elaborado um questionário para averiguar os níveis de formação/competências da amostra selecionada, em que constam os seguintes itens: existência de formação nas vinte competências-chave para o agente em geriatria, número de horas, ano da realização da formação e qual a entidade formadora (externa, interna ou colaborador com a mesma função). (Apêndice D)

Por fim, foi também utilizado o questionário de avaliação genérica de qualidade de vida – World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF, proveniente do WHOQOL – 100 (Anexo A). Optou-se por este instrumento devido à sua natureza multidimensional de qualidade de vida e por ser um questionário curto de rápido preenchimento. A versão abreviada do WHOQOL-100 mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos

epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (Fleck, et al., 2000).

Em Portugal, o estudo da validação do WHOQOL-BREF para português foi realizado com a colaboração de um grupo de investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2007).

O WHOQOL - BREF consta de 26 questões, baseando-se em quatro domínios: domínio *físico*, domínio *psicológico*, *relações sociais* e *ambiente*, acrescido de duas questões gerais de qualidade de vida (como o entrevistado avalia a sua qualidade de vida e o grau de satisfação com a sua saúde) de acordo com o esquematizado na figura 5 (Canavarro, et al., 2007). Segundo os autores da versão portuguesa, os scores deverão ser considerados individualmente e as questões devem ser avaliadas tendo como base uma escala tipo likert, numeradas de 1 a 5. A interpretação dos resultados é efetuada de forma linear: resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida.

<b>Domínio I</b>	<b>Físico</b>
F1 (Q3)	Dor e desconforto
F2 (Q10)	Energia e fadiga
F3 (Q16)	Sono e repouso
F9 (Q15)	Mobilidade
F10 (Q17)	Actividades da vida diária
F11 (Q4)	Dependência de medicação ou tratamentos
F12 (Q18)	Capacidade de trabalho
<b>Domínio II</b>	<b>Psicológico</b>
F4 (Q5)	Sentimentos positivos
F5 (Q7)	Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
F6 (Q19)	Autoestima
F7 (Q11)	Imagem corporal e aparência
F8 (Q26)	Sentimentos negativos
F24 (Q6)	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio III</b>	<b>Relações Sociais</b>
F13 (Q20)	Relações pessoais
F14 (Q22)	Apoio social
F15 (Q21)	Actividade sexual
<b>Domínio IV</b>	<b>Ambiente</b>
F16 (Q8)	Segurança física
F17 (Q23)	Ambiente no lar
F18 (Q12)	Recursos económicos
F19 (Q24)	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
F20 (Q13)	Oportunidades para adquirir novas informações e competências
F21 (Q14)	Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer
F22 (Q9)	Ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima)
F23 (Q25)	Transporte
FG (Q1;Q2)	Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde
F (Faceta)	FC (Faceta Geral) Q (Questão)

**Figura 5** - Estrutura do WHOQOL-BREF: domínios e facetas (Canavarro, et al., 2007)

Os dados do teste de campo da versão abreviada do WHOQOL-BREF na população portuguesa, revelou alguma fragilidade ao nível da consistência interna do domínio “relações sociais”, à semelhança do que acontece noutros centros internacionais. Tal facto poderá dever-se ao facto de este domínio se basear apenas em três itens, um número menor aos itens dos restantes domínios (Canavarro, et al., 2007). No entanto os mesmos autores afirmaram que “as informações relativas à precisão e validade da versão WHOQOL-BREF para português evidenciam um bom desempenho psicométrico, tornando a prova, uma medida adequada para a avaliação da qualidade de vida em Portugal” (p.97).

## **7. Procedimentos éticos**

Segundo Fortin (2000) qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina diretamente a natureza dos problemas que se podem colocar.

A todos os elementos da amostra foi aplicado o termo de consentimento livre e informado, no qual cada elemento autorizou de forma livre e espontânea a sua participação no estudo com o compromisso de preservação da identidade e confidencialidade das respostas (Apêndice B). A todos eles foi assegurado que a participação neste estudo foi completamente voluntária, não trazendo qualquer benefício ou prejuízo da participação ou não participação, não interferindo de maneira nenhuma com a sua situação profissional e podendo ser abandonado em qualquer momento sem consequências. Para a concretização destes pressupostos, foi solicitada a devolução dos questionários à responsável da instituição, após o preenchimento em envelope fechado, previamente fornecido pela investigadora.

Foi também solicitada autorização a todas as instituições participantes, processo realizado institucionalmente pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Para a utilização do questionário WHOQOL – BREF, utilizado para a realização deste trabalho também foi pedida a autorização aos autores da versão portuguesa para a utilização do instrumento em questão (Apêndice E).

## **8. Análise estatística**

Os dados quantitativos obtidos através da colheita de dados foram submetidos a análise por meio de métodos estatísticos e interpretados de modo a atribuir sentido aos resultados. A análise estatística foi realizada através do programa Statistical

Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0 para o Windows. Foi realizada estatística descritiva (frequências relativas e absolutas e medidas de tendência central e dispersão) para análise dos dados de caracterização da amostra.

Foram também realizados os testes de normalidade da amostra (“Kolmogorov-Smirnov”), o que mostra que a amostra tem uma distribuição normal, exceto a variável “Idade”, para a qual foram realizados testes não paramétricos *2- independent samples*.

Para comparar grupos e variáveis serão utilizados os testes paramétricos *2- independent samples* e *one-way anova* e para verificar a existência de correlação entre as variáveis quantitativas o coeficiente de Pearson. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregue para avaliar a correlação entre a idade (distribuição não normal) e a qualidade de vida.

No presente estudo, considera-se que os resultados são estatisticamente significativos, quando o valor de  $p < 0,05$ , ou seja, a probabilidade dos resultados serem devidos a erros aleatórios é suficientemente baixa.

## CAPÍTULO V - Apresentação dos resultados

### 1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 254 cuidadores formais não diferenciados pertencentes a instituições geriátricas do distrito de Castelo Branco, dos quais 81,1% (n=206) pertencem a instituições sem fins lucrativos e 18,9% (n=48) pertencem a instituições com fins lucrativos. O presente estudo obteve uma taxa de resposta de 42%, tendo sido anulados vários questionários por terem sido entregues em branco em envelope fechado.

Estamos perante uma amostra constituída exclusivamente por indivíduos do género feminino (100%), que de acordo, com os indivíduos que responderam, tem uma média de idades de 44,12 anos (mínimo de 21 anos e máximo de 64 anos) e um desvio padrão de 10,24, em que predomina o estado civil de casado (71,5%) com existência de dois filhos (48,6%).

Tabela 3 - Número de filhos da amostra

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	Percentagem Válida (%)	Mínimo	Máximo	Média (M)
Número de filhos	0	37	15,0%	0	5	1,63
	1	58	23,5%			
	2	120	48,6%			
	3	25	10,1%			
	4	6	2,4%			
	5	1	0,4%			

Tabela 4 - Estado Civil

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	Percentagem Válida (%)
Estado Civil	Solteiro	24	9,6%
	Casado	178	71,5%
	Divorciado	17	6,8%
	Separado	6	2,4%
	União de facto	17	6,8%
	Viúvo	7	2,8%

**Tabela 5 - Habilitações literárias e regime de escolaridade**

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		<b>N</b>	<b>Percentagem Válida (%)</b>
<b>Habilitações literárias</b>	1º Ciclo	47	18,7%
	2º Ciclo	27	10,7%
	3º Ciclo	98	38,9%
	E. Secundário	59	23,4%
	Tecnológico/profissional	17	6,7%
	Ensino Superior	4	1,6%
<b>Regime Escolaridade</b>	Ensino Normal	124	49,8%
	Ensino Recorrente	13	5,2%
	Novas Oportunidades	112	45,0%

Relativamente às habilitações literárias, correspondem ao 1º ciclo em 18,7% dos participantes, ao 2º ciclo em 10,7% dos casos, sendo o 3º ciclo a habilitação com maior percentagem de indivíduos (38,9%). Apenas 23,4% dos inquiridos completaram o ensino secundário, 6,7% concluíram as habilitações através de cursos tecnológico/profissional e 1,6% possui o ensino superior. Concluíram os estudos através de ensino recorrente 5,2%, enquanto ensino normal e programa “novas oportunidades” apresentam percentagens semelhantes, 49,8% e 45,0%, respetivamente.

**Tabela 4 - Antiguidade na instituição e como cuidador (em meses)**

<b>DADOS LABORAIS</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média (M)</b>
<b>Tempo na instituição</b>	252	6	420	84,48
<b>Tempo/Cuidador</b>	249	6	420	95,06

Relativamente ao tempo de atividade na instituição atual, em meses, a média é de 84,48 e o tempo de atividade profissional como cuidador de idosos é de 95,06 meses, o que equivale a cerca de 8 anos.

Foram também pesquisados os dados referentes ao “número de funcionários” e “número de utentes a cargo”, no entanto, preferimos não tratar os dados estatisticamente, uma vez que apresentavam dados pouco coerentes, com respostas frequentemente díspares entre indivíduos da mesma instituição.

**Tabela 6** - Existência de outra atividade profissional, outra fonte de rendimento e cuidar de idosos de forma informal

DADOS LABORAIS		N	Percentagem (%)
Outra atividade profissional	SIM	6	2,4%
	NÃO	247	97,6%
Outras fontes de rendimento	SIM	16	6,4%
	NÃO	235	93,6%
Cuidador informal	SIM	54	21,6%
	NÃO	196	78,4%

A grande maioria dos inquiridos (97,6%) não tem outra atividade profissional nem outra fonte de rendimento (93,6%) e em 21,6% dos casos, concomitantemente ao trabalho profissional, ainda cuidam de idosos informalmente.

**Tabela 7** - Comparação dos dados sociodemográficos e laborais entre os grupos sFL e cFL

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	Grupo cFL	Grupo sFL	<i>p</i>
Idade	41,76	44,66	0,146
Número de filhos	1,55	1,64	0,559
Tempo na instituição	35,72	95,66	<b>0,000</b>
Tempo Cuidador	51,51	105,20	<b>0,000</b>

Foi observada diferença entre as médias de idade de ambos os grupo, sem significado estatístico ( $p=0,146$ ), sendo a média de idades do grupo sFL superior (44,66) que a do grupo cFL (41,76). Em relação ao número de filhos a média no grupo sFL (1,64) foi superior que a do grupo cFL (1,55), igualmente sem significado estatístico ( $p=0,559$ ).

Em relação à variável tempo de atividade na instituição atual e tempo de cuidador o grupo sFL apresenta valores superiores ao grupo cFL estatisticamente significativos ( $p=0,000$ , em ambas as comparações). Para a variável “Tempo na instituição” os valores no grupo sFL tiveram uma média de 95,66 meses em oposição a uma média de 35,72 meses no grupo cFL e a variável “tempo cuidador” teve uma média de 105,20 meses no grupo sFL em oposição a 51,51 meses no grupo cFL.

**Tabela 8** - Comparação dos dados da caracterização da amostra entre o grupo cFL e sFL

<b>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b>		<b>Grupo cFL</b>	<b>Grupo sFL</b>
<b>Estado civil</b>	Solteiro	10,4%	9,5%
	Casado	54,2%	75,6%
	Divorciado	14,6%	5,0%
	Separado	4,2%	2,0%
	União de facto	16,7%	4,5%
	Viúvo	0%	3,5%
<b>Habilitações literárias</b>	1º Ciclo	12,5%	20,1%
	2º Ciclo	6,3%	11,8%
	3º Ciclo	35,4%	39,7%
	Secundário	29,2%	22,1%
	Tecnológico/profissional	12,5%	5,4%
	E. Superior	4,2%	1,0%
<b>Regime Escolaridade</b>	Normal	54,2%	48,8%
	Recorrente	6,3%	5,0%
	Novas oportunidades	39,6%	46,3%
<b>Cuidador informal</b>	SIM	18,8%	22,3%

Quanto ao estado civil, observou-se maior percentagem de indivíduos casados (75,6%) e a presença de indivíduos viúvos (3,5%) no Grupo sFL, o que não se verificou no grupo cFL. Relativamente às habilitações literárias pode verificar-se que o grupo cFL tem maiores níveis de habilitações literárias, sendo o 3º Ciclo, o nível com maior percentagem em ambos os grupos. No regime de escolaridade, em ambos os grupos pode observar-se que o regime normal foi o que deteve maior percentagem (Grupo cFL = 54,2%; Grupo sFL= 48,8%), seguido do regime “Novas oportunidades”. A discrepância entre os dois regimes foi mais acentuada no grupo cFL (Regime normal = 54,2%; Novas oportunidades = 39,6%). O regime “Ensino Recorrente” foi o que obteve menores pontuações em ambos os grupos.

Por último, podemos ainda verificar que uma pequena percentagem de indivíduos (grupo cFL = 18,8%; Grupo sFL = 22,3%) além do trabalho de cuidador de idosos profissionalmente, ainda é cuidador de idosos na rede informal.

## 2. Formação

**Tabela 9** - Nível de formação da amostra e comparação entre o grupo cFL e sFL

<b>Formação na área</b>			
	Amostra total (%)	Grupo cFL (%)	Grupo sFL (%)
Sim	76,2%	72,9%	77,0%

Relativamente à existência de formação, 76,2% dos indivíduos que responderam, referem possuir formação na área em que trabalham. Podemos também observar, que relativamente ao grupo sFL 77,0% dos inquiridos que responderam têm formação na área em que trabalham em oposição ao grupo cFL (72,9%).

**Tabela 10** - Local de formação na amostra total, Grupo cFL e sFL

<b>Local de formação</b>			
	Amostra total (%)	Grupo cFL(%)	Grupo sFL (%)
Local de trabalho	65,1%	64,7%	65,2%
Instituições de ensino	3,7%	2,9%	3,9%
Instituições de formação profissional	22,8%	17,6%	23,9%
Outros	8,5%	14,7%	7,1%

Relativamente ao local de formação, o local de trabalho é onde maioritariamente os indivíduos responderam receber formação (65,1%) em oposição a instituições de ensino (3,7%), instituições de formação profissional (22,8%) e outros (8,5%). O grupo sFL apresenta maior percentagem válida em todos os locais de formação à exceção de “Outros”, sendo o grupo cFL que obteve melhor pontuação (14,7%).

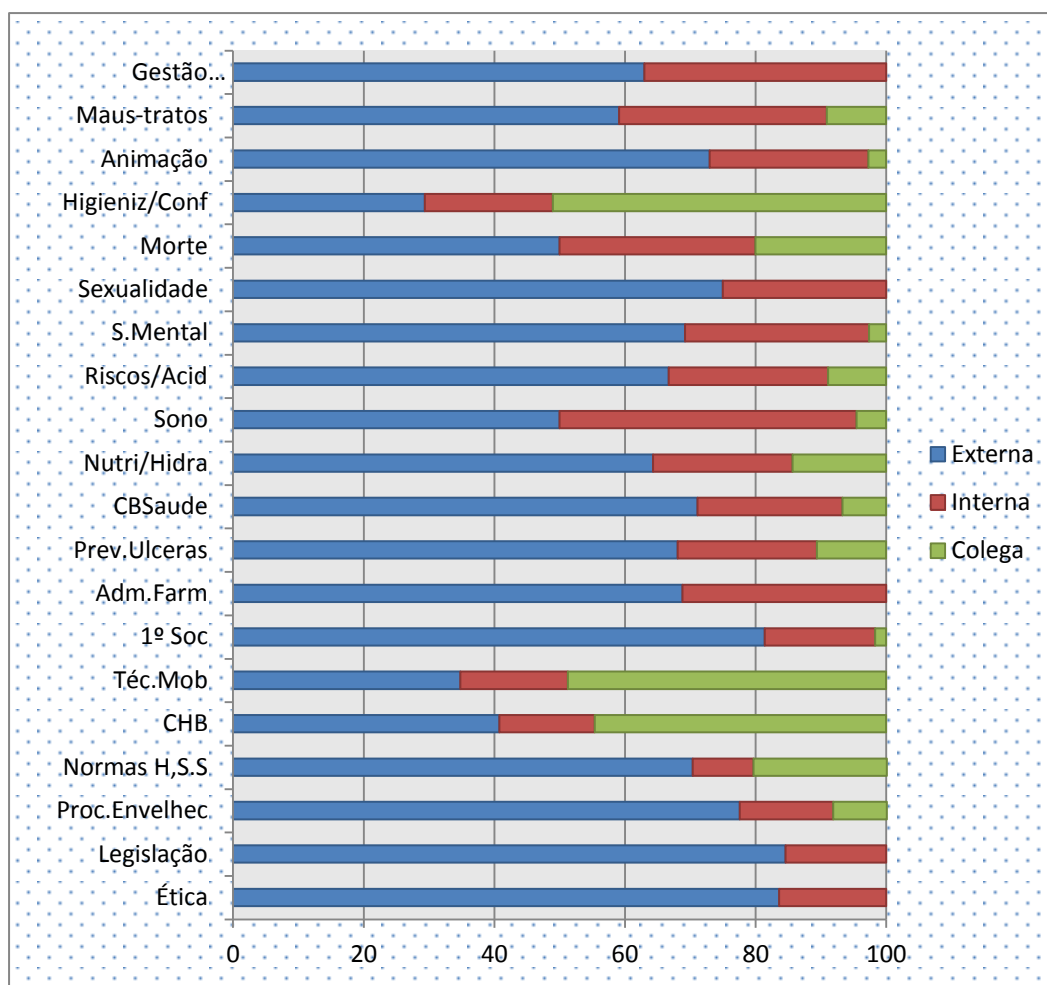
Tabela 11 - Apresentação das competências chave da formação recebida por ordem decrescente de frequência

Temas/formação	Formação		Entidade formadora		
	Frequência	% válida	Externa (% válida)	Interna (% válida)	Colaborador com a mesma categoria (% válida)
Cuidados humanos básicos	201	79,4%	39,6%	17,5%	42,9%
Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho	187	74,2%	66,7%	14,7%	18,6%
Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes	178	70,4%	34,6%	20,6%	44,9%
Primeiros socorros	153	61,2%	74,6%	21,1%	4,2%
Higienização e conforto	144	57,4%	25,8%	25,8%	48,5%
Prevenção de úlceras de pressão	137	54,6%	57,6%	30,5%	11,9%
Prevenção de riscos e acidentes	135	54,2%	60,3%	29,3%	10,3%
Cuidados básicos de saúde	130	51,8%	64,2%	30,2%	5,7%
Nutrição e Hidratação	125	49,8%	54,7%	28,3%	17,0%
Morte	108	43,4%	40,5%	31,0%	28,6%
Saúde Mental	105	42,2%	67,3%	28,8%	3,8%
Ética e deontologia laboral	103	41,4%	82,0%	18,0%	0%
Processo de envelhecimento/psicopatologia do idoso	102	42,0%	72,4%	20,7%	6,9%
Princípios e técnicas de animação de idosos	94	37,5%	68,2%	27,3%	4,5%
Gestão emocional	89	35,7%	58,3%	36,1%	5,6%
Prevenção de maus tratos	86	34,3%	48,5%	39,4%	12,1%
Necessidades de sono do idoso	69	27,7%	50,0%	46,4%	3,6%
Legislação laboral	63	25,6%	83,9%	16,1%	0%
Administração farmacológica	62	24,9%	56,5%	30,4%	13%
Sexualidade no idoso	37	15,0%	73,3%	26,7%	0%

Na tabela anterior, são apresentadas por ordem decrescente de frequência, as competências-chave dos indivíduos que responderam relativamente à formação. A competência-chave referida com maior percentagem pelos inquiridos foi “Cuidados humanos básicos” (79,4%) que consiste na higiene, vestir/despir, cortar unhas, mudança de roupa de cama, etc., seguida das competências “Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho” com 74,2%, “Técnicas de mobilização, posicionamento e transferências dos utentes com 70,4%, “Primeiros socorros” com 61,2% e em quinto lugar por “Higienização e conforto” com 57,4%, que consiste em limpeza e arrumação dos espaços e tratamentos da roupa. A competência-chave referida com menor percentagem pelos inquiridos é “Sexualidade no idoso” (15,0%), seguida das competências “Administração farmacológica” com 24,9%, “Legislação laboral” com 25,6%, “Necessidades de sono do idoso” com 27,7% e por último “Gestão emocional” com 35,7% de resposta dos inquiridos.

Quanto à entidade formadora, a entidade formadora externa à instituição teve maior percentagem válida na competência “Legislação laboral” (83,9%) e menor percentagem válida na competência “Higienização e conforto” (25,8%). A formação ministrada internamente por técnicos superiores da instituição teve maior percentagem válida na competência “Necessidades de sono do idoso” (46,4%) e menor percentagem em “Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho” com 14,7%. Por último a formação ministrada por colaboradores com a mesma categoria, ou seja, colegas de trabalho, teve maior percentagem na competência “Higienização e conforto” (48,5%), não tendo pontuado as competências “Ética e deontologia laboral”, “Legislação laboral” e “Sexualidade no idoso”.

Foram também pesquisados os itens “horas de formação” e “ano da formação” em todas as competências-chave do questionário sobre a formação, no entanto, não obtivemos percentagem de resposta suficiente e dados coerentes, preferindo não tratar os dados estatisticamente.



**Figura 6-** Distribuição da entidade formadora por competência-chave em instituições sem fins lucrativos (Grupo sFL)

Relativamente a entidade formadora nas instituições sem fins lucrativos, pode observar-se uma clara predominância da entidade externa, exceto nas competências-chave “Cuidados humanos básicos”, “Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes” e “Higienização e conforto”, em que os inquiridos referiram maior percentagem à formação ministrada por colaboradores com a mesma categoria.

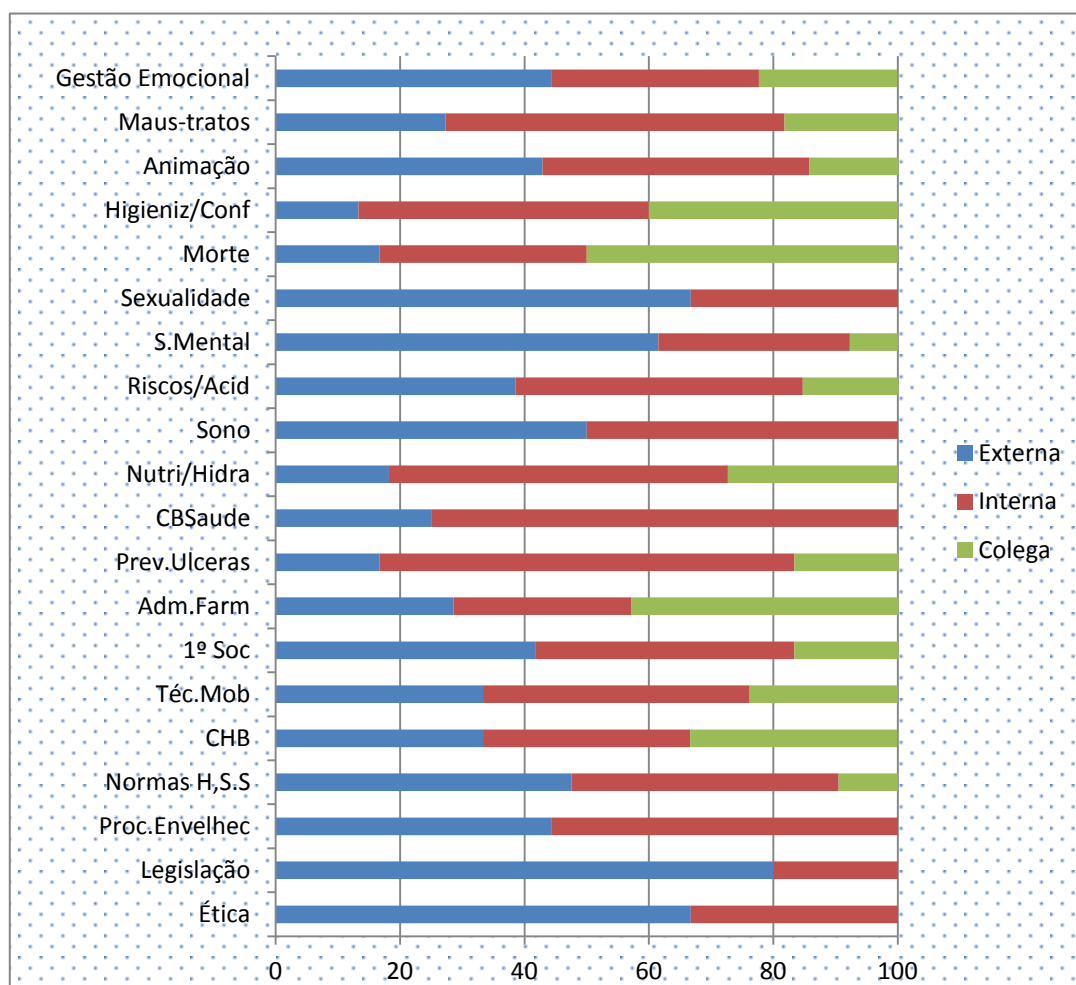


Figura 7 - Distribuição da entidade formadora por competência-chave em instituições com fins lucrativos (Grupo cFL)

Em relação às instituições com fins lucrativos, observa-se uma maior predominância de formação ministrada internamente por técnicos superiores da instituição, contrariamente ao verificado nas instituições sem fins lucrativos. É possível verificar ausência de formação ministrada por colaboradores da mesma categoria em 6 competências-chave e predominância da formação externa em “Ética e deontologia profissional”, “Legislação laboral”, “Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho”, “Saúde mental”, “Sexualidade no idoso” e “Gestão emocional”. Na competência-chave “Cuidados humanos básicos” existe uma distribuição igual das três entidades formadoras (33,3%).

**Tabela 12** - Comparação do número de formações realizadas pelos indivíduos do grupo cFL e sFL

	<b>Tipo de tipologia</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
<b>Nº Formações realizadas</b>	Com fim lucrativo	48	8,27	6,54	0,311
	Sem fim lucrativo	206	9,29	6,20	

A tabela anterior faz referência ao número médio de formações realizadas pelos indivíduos de ambos os grupos. O número médio de formações realizadas pela amostra total é de  $9,10 \pm 6,27$ , sendo o grupo sFL que obtém um número médio maior formações (9,29) em relação ao grupo cFL (8,27), apesar do valor de  $p > 0,05$ .

**Tabela 13** - Número médio de formações por ano

	<b>Tipo de tipologia</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
<b>Número médio de formações/ano</b>	Com fim lucrativo	48	4,79	6,72	0,000
	Sem fim lucrativo	206	2,34	3,44	

Pode observar-se na tabela anterior que o número médio de formações por ano varia de forma estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre o grupo de indivíduos pertencente às instituições com e sem fins lucrativos. O grupo cFL apresenta um valor médio de 4,79 formações por ano enquanto o grupo de indivíduos pertencente às instituições sem fins lucrativos apresenta uma média de 2,34 formações por ano, ou seja, os cuidadores pertencentes às instituições com fins lucrativos apresenta maior média de formações por ano.

### 3. Qualidade de vida

Tabela 14 - Resultados descritivos do WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF	Média	DP	Mín.	Max.
Domínio Físico	65,64	20,03	0	100
Domínio Psicológico	65,14	18,38	0	96
Domínio Social	65,83	24,44	0	100
Domínio Ambiental	56,47	18,76	0	97

Através da análise descritiva das pontuações finais dos domínios do WHOQOL-BREF, foram obtidas as seguintes pontuações: os domínios “Físico”, “Psicológico” e “Social” apresentam pontuações semelhantes que rondam os 65%, tendo o domínio “Ambiental” a pontuação média mais baixa (56,47). O domínio “Social” em relação aos restantes domínios apresenta a pontuação média mais elevada (65,83) com um desvio padrão também maior, que mostra maior variedade de resposta.

No que diz respeito às duas questões gerais que não são contabilizadas nos domínios, os dados obtidos permitem-nos afirmar que, relativamente à primeira pergunta “Como avalia a sua qualidade de vida”, 1,2% dos sujeitos que responderam, classificam a sua QV como “Muito má”, 4,1% respondeu “Má”, 49,8% dos cuidadores classificou a sua QV como “Nem boa nem má”, 40,8% respondeu “Boa” e 4,1% “Muito boa”. Relativamente ao item “Satisfação com a saúde”, 2,0% dos cuidadores que responderam referem estar “Muito insatisfeitos” com a sua saúde, 8,5% respondeu estar “Insatisfeito”, 35,6% dos sujeitos referiu “Nem satisfeito nem insatisfeito”, 45,3% respondeu “Satisfeito” e 8,5% dos inquiridos respondeu “Muito satisfeito”.

Em relação à pontuação média obtida para as duas perguntas gerais de qualidade de vida, obtivemos o valor de  $59,57 \pm 19,83$ .

Tabela 15 - Comparação dos domínios de QV no grupo cFL e sFL

		Média	DP	<i>p</i>
Domínio Físico	Grupo cFL	65,38	27,17	0,920
	Grupo sFL	65,70	18,05	
Domínio Psicológico	Grupo cFL	62,48	25,48	0,267
	Grupo sFL	65,76	16,32	
Domínio Social	Grupo cFL	64,42	27,99	0,657
	Grupo sFL	66,16	23,60	
Domínio Ambiental	Grupo cFL	56,85	22,88	0,878
	Grupo sFL	56,38	17,75	

A tabela anterior apresenta a comparação dos quatro domínios da qualidade de vida no grupo cFL e sFL. Podemos observar que as pontuações em todos os domínios são muito semelhantes entre os dois grupos não existindo valor de  $p < 0,05$ . No entanto, o grupo sFL obteve melhor pontuação em todos os domínios, exceto o domínio “*Ambiental*”, em que o grupo cFL obtém melhor pontuação.

**Tabela 16** - Análise correlacional entre os níveis de QV e a idade

CORRELAÇÃO DE SPEARMAN'S		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental
Idade	Coefficiente de correlação	-,141*	,023	-,082	-,089
	<i>p</i>	<b>0,027</b>	0,714	0,199	0,165
	N	248	248	248	248

\*Correlação significativa ao nível 0,05

Ao realizarmos as correlações entre os domínios da qualidade de vida e a idade, verifica-se pela análise da tabela 16, que apenas foi encontrada correlação inversamente significativa entre a idade e o domínio “*Físico*” da qualidade de vida ( $p=0,027$ ). É possível verificar que existe uma correlação negativa, ou seja, os indivíduos com idade mais elevada apresentam maior comprometimento do domínio “*Físico*” da qualidade de vida.

Apesar de não existirem correlações significativas, verifica-se uma correlação positiva com o domínio “*Psicológico*” e correlação negativa com o domínio “*Social*” e “*Ambiental*”.

Foi também realizada correlação entre o tempo de atividade na instituição atual e a qualidade de vida, não entanto não foram encontradas correlações significativas, apesar de se verificar que maior tempo de atividade na instituição corresponde a menores níveis de qualidade de vida (Apêndice A – tabela 20).

Tabela 17- Comparação entre os domínios da QV e a existência de formação na área de trabalho

EXISTÊNCIA DE FORMAÇÃO NA ÁREA		N	Média	DP	p
<b>Domínio Físico</b>	Não	60	60,85	22,74	<b>0,038</b>
	Sim	192	<b>67,00</b>	18,97	
<b>Domínio psicológico</b>	Não	60	58,88	19,46	<b>0,003</b>
	Sim	192	<b>66,93</b>	17,67	
<b>Domínio Social</b>	Não	60	58,63	25,45	<b>0,009</b>
	Sim	191	<b>68,08</b>	23,85	
<b>Domínio Ambiental</b>	Não	60	52,48	21,56	0,067
	Sim	191	<b>57,58</b>	17,71	

A tabela 17 mostra que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre os indivíduos que responderam possuir formação na área em que trabalham e os domínios “Físico”, “Psicológico” e “Social” da qualidade de vida. Apesar de não existir significado estatístico ( $p = 0,067$ ) entre os indivíduos que responderam possuir formação na área em que trabalham e domínio “Ambiental”, existe maior pontuação nos indivíduos com formação. Podemos inferir através destes dados que os indivíduos da amostra respondentes que possuem formação apresentam melhores níveis de qualidade de vida nos domínios “Físico”, “Psicológico”, “Social” com significado estatístico.

Tabela 18 - Correlação entre os níveis de QV e o número de formações realizadas e a média de formações realizadas por ano

CORRELAÇÃO DE PEARSON		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Ambiental
<b>Nº Formações realizadas</b>	Coeficiente de Pearson	,063	,086	,055	,065
	p	,317	,172	,381	,300
	N	254	254	253	253
<b>Média de formações por ano</b>	Coeficiente de Pearson	,065	,047	,031	,062
	p	,303	,453	,621	,328
	N	254	254	253	253

Através da análise da tabela 18, verifica-se que existe uma correlação positiva entre o número de formações realizadas e a qualidade de vida, ou seja, quanto maior o número de formações realizadas, melhores os níveis de qualidade de vida em ambos

os domínios, apesar de não existir correlação significativa em nenhum domínio ( $p>0,05$ ).

Quando se analisa a média de formações por ano, acontece a mesma situação. Existe uma correlação positiva com todos os domínios, no entanto sem significado estatístico.

No que concerne aos níveis de habilitações literárias (Apêndice A – tabela 22), apesar de não existir significado estatístico, em todos os domínios de qualidade de vida, os indivíduos que concluíram a sua escolaridade através de cursos tecnológicos e profissionais, apresentam médias de pontuação de qualidade de vida mais elevadas, em comparação aos restantes níveis de habilitação literárias.

## CAPÍTULO VI - Discussão de resultados

Ao longo desta investigação foi estudado o perfil, níveis de formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas, bem como a sua comparação entre instituições com e sem fins lucrativos e a existência de correlação entre os níveis de formação e de qualidade de vida, permitindo agora, através dos resultados, tecer algumas considerações

A análise descritiva dos dados sociodemográficos, permitiu-nos verificar, como seria expectável, que se trata de uma amostra composta exclusivamente por indivíduos do género feminino, facto a que não são alheios fatores de ordem sociocultural, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Segundo Ribeiro et al. (2008) as raízes históricas e culturais do cuidar podem explicar a presença feminina observada entre os cuidadores formais deste estudo, ou seja, a prática das mulheres em cuidar de seus filhos é um facilitador na adaptação a esta nova atividade. Foi observada uma média de idade de  $44,12 \pm 10,24$  anos e uma clara predominância de indivíduos com estado civil casado (71,5%), sendo tais dados semelhantes aos dados obtidos por Sousa (2011) que obteve no seu estudo com cuidadores formais de pessoas idosas, uma média de idades de 43,1 anos e 73,5% com estado civil casado. Relativamente às habilitações literárias, mais de metade dos participantes no estudo possuem o 3º ciclo (38,9%) ou ensino secundário (23,4%), contrariando um pouco os dados de outros autores, que consideram este grupo profissional como pouco escolarizado (Carneiro, et al., 2009; Ribeiro, et al., 2008; Sousa, 2011). Tal facto, pode ser justificado, por 45,0% dos participantes no estudo terem concluído a sua escolaridade através do programa “Novas Oportunidades”, programa este que teve exatamente como objetivo facilitar o acesso à escolaridade por parte da população, visando aumentar a percentagem de escolaridade em Portugal.

Analisando os dados laborais, verificou-se que a média do tempo de trabalho na instituição atual foi de 84,48 meses que corresponde a cerca de 7 anos. Estes dados são semelhantes aos dados encontrados por Carneiro et al. (2009) que verificou uma média de 6,9 anos de trabalho na instituição e inferiores aos encontrados por Sousa (2011) que obteve uma média de dez anos.

Comparando os dados obtidos do grupo de cuidadores pertencentes a instituições com fins lucrativos (Grupo cFL) e o grupo de cuidadores pertencentes a instituições sem fins lucrativos (Grupo sFL) relativamente às características sociodemográficas e laborais, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ) ao nível das variáveis “Tempo na instituição atual” e “Tempo como cuidador de idosos”, ou seja, os cuidadores de Grupo sFL possuem maior tempo de trabalho na instituição atual e mais anos de cuidador profissional. Estes resultados estão em consonância, com o facto de, os últimos anos terem sido marcados pela procura de cuidados para idosos em situação de dependência, destacando-se o crescimento de cerca de 6,0% do número de entidades lucrativas, sendo o seu

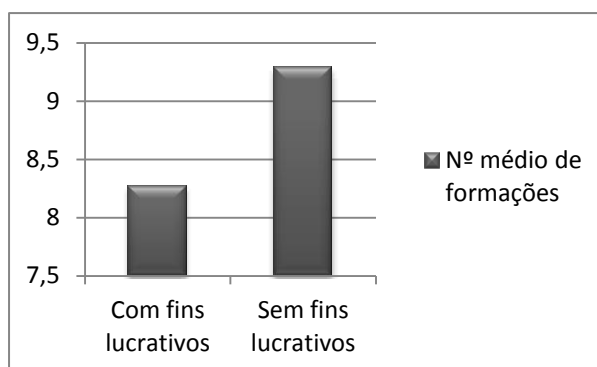
desenvolvimento mais notório a partir de 2005 (GEP, 2011). Deste modo, estas entidades têm menor tempo de existência, o que possibilita o recrutamento de cuidadores formais mais novos e por conseguinte com menor tempo de atividade profissional (Tabela 7 e 8).

Assim, podemos enumerar algumas diferenças no perfil dos cuidadores segundo a tipologia da instituição: os cuidadores de instituições com fins lucrativos possuem uma média de idades menor (41,76 em oposição a 44,66), um número médio de filhos menor (1,55), menor percentagem de indivíduos casados (54,2%), ausência de indivíduos viúvos e maior percentagem de indivíduos em união de facto (16,7%), são mais escolarizados, possuem um tempo de atividade na instituição atual e como cuidador profissional menor, assim como, o percentual de indivíduos que prestam apoio informal concomitantemente ao trabalho profissional foi menor. Segundo o estudo de Ribeiro et al. (2008) com dados do Brasil, podemos observar algumas semelhanças no grupo de cuidadores que trabalha em instituições sem fins lucrativos, entre as quais: maior percentual de indivíduos casados e viúvos, assim como, média de idade maior, menor escolaridade e maior tempo de atividade.

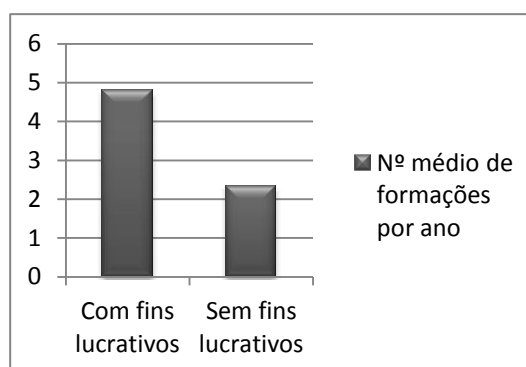
Contrariamente ao que alguns autores (Jacob, 2007; Menne, et al., 2007; Sousa, 2011) referem relativamente à formação deste coletivo profissional, defendendo que este, inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem nenhuma ação de preparação, assim como, desempenha funções sem nenhuma ou pouca formação específica, os resultados relativamente à formação, permitem-nos verificar que 76,2% dos participantes referiram possuir formação na área em que trabalham, sendo a instituição onde trabalham, o local privilegiado para essa formação (65,1%).

Através da comparação da variável presença de formação na área em que trabalham, o grupo sFL apresenta uma percentagem mais elevada (77,0%) que o grupo cFL (72,9%), não se tendo também verificado diferença relevante entre os dois grupos e o local preferencial de formação. Assim podemos concluir que não existe diferença expressiva relativamente a estas duas variáveis e a tipologia da instituição, no entanto o grupo sFL apresenta maior percentagem de indivíduos que receberam formação na área em que trabalham (Tabelas 9 e 10).

Ao analisarmos os resultados obtidos, podemos ainda concluir que no caso das instituições sem fins lucrativos, a formação é ministrada maioritariamente por entidades externas à instituição, ao contrário do que acontece nas instituições com fins lucrativos, em que a formação é ministrada maioritariamente por entidades internas à instituição (enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, animadores, etc..). No entanto, podemos ainda constatar que alguma percentagem de formação é executada pelos colaboradores da instituição com igual categoria, e estes a percebem como formação para o desempenho das suas funções.



**Figura 8** - Número médio de formações por grupo



**Figura 9** - Número médio de formações por ano por grupo

Existem três competências pertencentes ao perfil profissional elaborado pela ANQEP e por conseguinte ao nosso questionário, em que a entidade formadora que apresenta maior percentagem de resposta são os próprios colegas de trabalho, o que pode condicionar os resultados da formação e a própria qualidade da formação (“Cuidados básicos de higiene”, “Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes” e “Higienização e conforto”). Importa também referir que estas três competências se situam nas cinco primeiras competências-chave, que os participantes responderam afirmativamente possuir formação (Tabela 11). Assim, o facto do peso da formação ministrada por colaboradores com igual categoria ser elevado, não tendo este tipo de formação um carácter formal com conteúdos estruturados e sistematizados, pode enviesar os resultados acima apresentados (76,2% dos indivíduos possuírem formação na área em que trabalham).

Por sua vez, ao analisarmos o número médio de formações realizadas por grupo, podemos constatar que as instituições sem fins lucrativos, apresentam uma média maior de formações realizadas (9,29) em oposição às instituições com fins lucrativos (8,27), apesar de não apresentar significado estatístico ( $p=0,311$ ) (figura 8; tabela 12). Estes resultados podem ser justificados pelo facto dos indivíduos pertencentes ao grupo cFL serem mais novos, assim como menor tempo de atividade profissional, tendo desta forma, menos oportunidades de formação, ocorrendo o processo oposto com as instituições sem fins lucrativos.

No entanto, através do cálculo do número médio de formações por ano podemos verificar diferença estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ) entre os participantes das duas instituições, ou seja, os cuidadores pertencentes a instituições com fins lucrativos possuem uma média maior de formações por ano (4,79) relativamente aos cuidadores pertencentes a instituições sem fins lucrativos (tabela 13). O facto de nos últimos anos, pela natureza crónica e progressiva da condição dos idosos, residentes em estruturas residenciais requererem cuidados mais intensivos e certos recursos especializados, levou possivelmente, estas instituições, sendo elas mais recentes também, a apostar num serviço mais especializado e direcionado para dar resposta às complexas e multidimensionais necessidades dos idosos e suas famílias, que hoje em dia são reivindicativas de mais e melhores cuidados, apostando desta forma na

formação especializada, de modo a atingir os patamares de qualidade e competitividade atualmente exigidos. Além disso, o facto de serem instituições mais recentes, com direções mais novas e com um *staff* mais novo, proveniente possivelmente, de cursos de formação profissional ou tecnológico/profissional na área da geriatria, pode justificar estes resultados.

As instituições sem fins lucrativos em termos absolutos têm mais formação, uma vez que possuem maior oportunidades de formação devido à antiguidade, no entanto o número médio de formações por ano torna esse parâmetro frágil, o que nos permite especular que pode existir uma aposta em ações formativas inicialmente, mas em termos de formação contínua/reciclagem existem falhas. Jacob (2002) reforça estes dados, afirmando que além do pessoal não técnico, iniciar muitas vezes a sua atividade sem que tenha frequentado qualquer formação específica que o habilite para o trabalho com idosos, a formação contínua também não tem uma periodicidade regular. Pode-se ainda especular, que as instituições criaram maiores oportunidades de formação aos seus trabalhadores, sobretudo nos últimos anos, diminuindo desta forma, a média de formações por ano ao grupo sFL, uma vez que as necessidades de formação surgiram de forma mais evidente, nas últimas décadas. Com o intuito de perceber, o espaçamento temporal entre as ações de formação, foi elaborada uma questão para averiguar a referência temporal das formações, no entanto, não obtivemos respostas conclusivas, pelo que não foi tratada estatisticamente.

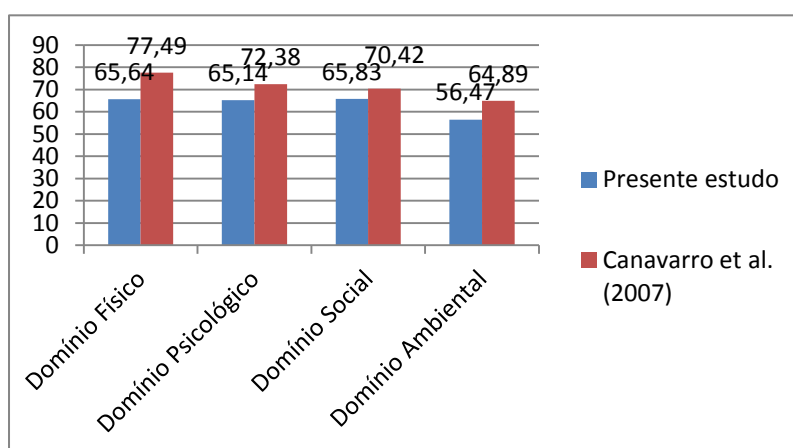
As análises descritivas relativamente a como a qualidade de vida é percecionada pelos sujeitos de uma forma geral é considerada como “*Nem boa nem má*” (49,8%) e à pergunta “*Até que ponto está satisfeito com a sua saúde*”, 45,3% consideram estar satisfeitos. Também com relação à qualidade de vida dos cuidadores, os resultados do WHOQOL-BREF foram analisados de acordo com os quatro domínios.

As pontuações médias obtidas, num intervalo de 0-100, situaram-se entre os valores 56,47 e 65,83. De salientar, ainda, que os valores mínimos de avaliação dos diferentes domínios de qualidade de vida (pontuação mínima: zero) dos participantes evidenciam a existência de pessoas que apresentam níveis muito baixos de perceção de qualidade de vida (tabela 14).

Os cuidadores que participaram no estudo, apresentaram melhor pontuação no domínio “*Social*” (65,83), seguido do domínio “*Físico*” (65,64) e domínio “*Psicológico*” (65,14) com pontuações muito semelhantes, destacando-se com uma pontuação inferior, o domínio “*Ambiental*” (56,47) com uma pontuação mais reduzida. Este domínio aborda questões como a segurança, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, transporte, oportunidades em adquirir informações e participações em atividades de lazer. Como foi referido já na revisão da literatura, a profissão de cuidador de idosos é mal remunerada (Jacob, 2002; Stone, 2004; Zimmerman, et al., 2005), condicionando o seu acesso a bens e serviços, assim como, o trabalho por turnos a horas não sociais condiciona a qualidade de vida, ao mesmo tempo que põe

em risco a sua segurança, devido à alteração dos ritmos biológicos, causando diminuição da capacidade mental que juntamente com a fadiga poderá por em risco a segurança do próprio trabalhador (Oliveira, et al., 2005; Santos, et al., 2008). Segundo os mesmos autores, o trabalho por turnos gera dificuldades no convívio social e no acesso a bens de consumo, comprometendo a participação social destes indivíduos, uma vez que negligenciam a rede de amigos e pares devido a questões como falta de tempo e pelo próprio desgaste físico e emocional próprio da profissão. Tal situação também é verificada por nós, através da comparação entre a QV e o horário de trabalho, diurno ou rotativo, apresentando este último piores níveis de QV em todos os domínios em relação ao horário diurno, apesar de não existir significado estatístico (Apêndice A – tabela 21). Por isso, acreditamos que o facto desta pontuação se destacar das pontuações dos restantes domínios se deve a fatores relacionados com os recursos financeiros que por sua vez, condicionam também o acesso a cuidados de saúde, questões como a segurança e a participação em atividades de lazer. Similarmente aos nossos resultados, também o estudo de Azevedo et al. (2010) com cuidadores formais de idosos (não sendo exclusivamente cuidadores indiferenciados), considera o domínio “*Social*” como aquele que é avaliado com melhor pontuação (78,99), apesar dos nossos resultados serem consideravelmente inferiores (65,83).

O facto de existir uma lacuna na literatura em relação a dados sobre a qualidade de vida, nesta população, levou-nos a ter em conta os resultados obtidos pelo grupo de controlo (indivíduos saudáveis) do estudo de Canavarro, et al. (2007), aquando da validação do WHOQOL-BREF para a população portuguesa, de modo a utilizarmos uns valores de referência que nos permitissem avaliar os nossos resultados.



**Figura 10-** Comparação das pontuações de QV entre o presente estudo e as pontuações da validação da versão portuguesa do WHOQOL-BREF

Através da análise da figura 8, podemos concluir que os nossos resultados estão abaixo dos valores de referência para a população portuguesa, podendo concluir que os cuidadores de idosos do nosso estudo, apresentam um comprometimento da qualidade de vida nos quatro domínios. Além disso, à semelhança dos nossos resultados, também foi o domínio “*Ambiental*” que pior pontuou em relação aos restantes domínios.

Estes dados estão em consonância com os dados de autores já citados na revisão bibliográfica (Oliveira et al., 2005; Shapiro et al., 2007), que afirmam existir condicionamento dos níveis de qualidade de vida por situações emocionais stressantes, frequentemente associadas a grande desgaste físico e mental, consequentes das próprias exigências do trabalho, o que se pode refletir na forma como prestam cuidados.

<i>“Como avalia a sua qualidade de vida”</i>			<i>“Satisfação com a saúde”</i>		
	<b>Grupo cFL</b>	<b>Grupo sFL</b>		<b>Grupo cFL</b>	<b>Grupo sFL</b>
<i>Muito má</i>	0%	1,5%	<i>Muito insatisfeito</i>	2,3%	2,0%
<i>Má</i>	2,3%	4,5%	<i>Insatisfeito</i>	2,3%	9,8%
<i>Nem boa nem má</i>	41,9%	51,5%	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	18,6%	39,2%
<i>Boa</i>	51,2%	38,6%	<i>Satisfeito</i>	74,4%	39,2%
<i>Muito boa</i>	4,7%	4,0%	<i>Muito satisfeito</i>	2,3%	9,8%

**Tabela 19** - Comparação das duas perguntas de qualidade de vida geral nos dois grupos

Relativamente à comparação dos níveis de qualidade de vida nos dois grupos pudemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos quatro domínios da qualidade de vida, o que nos leva a concluir, que não é a tipologia da instituição que interfere com os níveis de qualidade de vida, mas sim o próprio ato de cuidar idosos. No entanto, ao analisarmos as análises descritivas das questões genéricas de qualidade de vida, podemos tecer as seguintes considerações: O grupo cFL considera a sua QV de uma forma geral como “*Boa*” (51,2) e diz estar “*Satisfeito*” com a sua saúde (74,4%), em oposição ao grupo sFL que apenas 38,6% dos indivíduos responderam considerá-la como “*Boa*” e 39,2% consideram-se “*Satisfeitos*” com a sua saúde. Apesar de os indivíduos pertencentes ao grupo cFL considerarem em termos gerais melhores níveis de QV, estes dados podem estar marcados pelo facto de possuírem média de idades menor, em relação ao grupo sFL.

No que diz respeito, à relação entre a idade e os níveis de qualidade de vida, verificou-se uma correlação inversamente significativa ( $p=0,027$ ) com o domínio “*Físico*”, não tendo sido encontradas relações significativas com os restantes domínios. Estes dados indiciam que os indivíduos com idade mais elevada, pontuam

menos relativamente ao domínio “*Físico*” da qualidade de vida, à semelhança do que encontrou Amendola, Oliveira & Alvarenga (2008) em cuidadores familiares. À exceção dos restantes domínios, o domínio “*Psicológico*” apresenta uma correlação direta com a idade, apesar de não ser estatisticamente significativa ( $p=0,714$ ), ou seja, quanto mais jovem é o indivíduo, mais afetada é a sua qualidade de vida no domínio “*Psicológico*”. Isto poderá ser explicado, pela própria natureza do trabalho, que gera stress e sobrecarga emocional além de privação do meio social, enquanto cuidadores com maior idade, possuem maior experiência de vida, resiliência e estratégias de  *coping* mais eficazes, que lhe permitem aceitar os factos, ou seja, conformar-se.

A análise dos dados evidencia também, que indivíduos que frequentaram cursos tecnológico/profissionais apresentam melhores pontuações de qualidade de vida em todos os seus domínios, sem significado estatístico. Tais resultados podem dever-se ao facto de estes indivíduos poderem ter optado pela escolha de uma formação na área da geriatria ou do cuidado, e não uma profissão imposta, gerando maiores níveis de descontentamento, ao mesmo tempo, que foram construindo um perfil profissional durante a sua formação (Apêndice A – tabela 22).

Através da análise da tabela 18, verificamos que para os cuidadores da amostra não existe relação significativa entre o número médio de formações e o número médio de formações por ano e os domínios da qualidade de vida. No entanto, através da tabela 17, pudemos concluir que existe influência da presença de formação na qualidade de vida dos cuidadores que participaram no estudo. Assim, constatamos melhores níveis de qualidade de vida nos domínios “*Físico*”, “*Psicológico*” e “*Social*” com significado estatístico, para os indivíduos que responderam afirmativamente possuir formação na área em que trabalham. A quantidade de formações frequentadas não mostrou ter uma relação significativa ( $p<0,05$ ) com a perceção que os indivíduos têm da sua QV, apesar de se ter verificado maiores níveis de QV em indivíduos com maior número médio de formações, no entanto foi encontrada uma correlação significativa entre os indivíduos que referiram frequentar formação com três níveis de qualidade de vida, ou seja, ter frequentado faz diferença mas ter frequentado mais formações, parece não influenciar a QV. O facto de se sentirem reconhecidos pelos seus superiores, no investimento na formação deste grupo profissional, pode determinar melhores perceções dos níveis de qualidade de vida. Aparentemente estes resultados parecem contraditórios, mas sabemos que os indivíduos que frequentaram mais formação, são indivíduos mais velhos, o que pode introduzir um viés no resultado analisado.

Como limitações do estudo, podemos citar o facto de a amostra ser de conveniência e não ser uma amostra aleatória e alguns dados em relação aos níveis de formação serem pouco fiáveis, uma vez que o questionário tal como foi construído não nos permitiu discriminar com segurança, as características da formação que tiveram.

## CAPÍTULO VII - Considerações finais

Após análise dos resultados é possível tecer as seguintes considerações:

- Foram encontradas diferenças entre o perfil dos cuidadores de instituições com e sem fins lucrativos. Os cuidadores das instituições com fins lucrativos, são mais novos, possuem menor média de filhos, são predominantemente casados, possuem ausência de indivíduos viúvos e maior presença de indivíduos em união de facto, são mais escolarizados, possuem menor tempo de atividade na instituição atual e como cuidador profissional, assim como, apresentam menor percentagem de indivíduos, que concomitantemente à atividade laboral, cuidam de idosos informalmente.

- Relativamente à formação, os indivíduos de instituições sem fins lucrativos, possuem mais formação em termos absolutos, uma vez que têm idade mais elevada e maior tempo de atividade, mas menos frequente ao longo do tempo (menos média de formações por ano).

- Relativamente à qualidade de vida, os resultados obtidos estão abaixo dos resultados obtidos pelos valores de referência para a população portuguesa, por Canavarro, et al. (2007), o que indica que existe compromisso da qualidade de vida nos cuidadores formais de idosos. Na comparação entre grupos, não encontramos diferenças na QV entre os dois grupos, apesar de na discriminação da qualidade de vida geral, o grupo com fins lucrativos pontuar mais.

- Pode verificar-se uma relação entre o facto de ter formação e 3 domínios da qualidade de vida (*Físico, Psicológico e Social*), não existindo relação entre maior número de formações e qualidade de vida, o que pode ser eventualmente explicado pelo fator idade, uma vez que o grupo que possui maior número de formações é o grupo sFL (maior média de idades).

Podemos assim concluir que ter formação é importante, mas não podemos concluir que maior número de formações indica melhores níveis de QV devido à existência da variável sociodemográfica, idade. Pela pouca investigação relacionada com esta temática em Portugal, poderá ser este estudo um ponto de partida para investigações mais aprofundadas, assim como funcionar de alerta para responsáveis institucionais, uma vez que formação em contexto de trabalho (colaboradores de igual categoria) não parece ser suficiente, sendo necessário melhorar a qualificação deste grupo profissional e a qualidade do cuidado prestado por estes. A organização e responsáveis institucionais devem comprometer-se a desenvolver medidas de suporte para com os seus trabalhadores, de forma a proporcionar formação e atualizações contínuas, que incidam na promoção de conhecimentos e de competências relativamente ao cuidado, garantindo assim que se prestem cuidados de excelência para um fim de vida com dignidade.

Os nossos resultados mostram-nos que esta é uma área a explorar na medida em que julgamos essencial garantir a saúde e o bem-estar dos cuidadores formais,

porque deles também depende a qualidade dos serviços que prestam e a qualidade de vida dos próprios idosos. Desta forma, sugerem-se estudos adicionais para averiguar a existência de formação ministrada por técnicos qualificados, a forma como essa formação se distribui ao longo do tempo (formação contínua) e para determinar de que forma é que as várias variáveis estudadas podem determinar melhores ou piores níveis de QV.

## Referências Bibliográficas

Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (2012). Perfil Profissional – Agente em Geriatria. Acedido a 10 de Dezembro de 2012, em: [http://www.catalogo.anqep.gov.pt/PDF/QualificacaoPerfilPDF/200/762191\\_Perfil](http://www.catalogo.anqep.gov.pt/PDF/QualificacaoPerfilPDF/200/762191_Perfil)

Amendola, F., Oliveira, M., & Alvarenga, M. (2008). Qualidade de vida de pacientes dependentes no programa de saúde de família. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), p. 266-272.

Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J., & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, desordens emocionais, qualidade de vida e bem-estar em cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Apresnetação de um estudo exploratório. Actas do VII Simpósio de Investigação em Psicologia*, (pp. 1534-1546). Universidade do Minho.

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

Canavarro, M. C., Pereira, Simões, M., Pintassilgo, A. L., & Ferreira, A. P. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), p. 15-28.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., . . . Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF - Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carneiro, B. G., Pires, E. O., Filho, A. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8(1), p. 75-82.

Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2009). Características de la proporcción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gac Sanit*, 23(4), p. 335-341.

Castle, N., Degenholtz, H., & Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6(60), p. 1-27.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro. Editora Campus.

Contrato Coletivo de Trabalho entre a CNIS – Confederação nacional das Instituições de Solidariedade e a FNE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros (2005). Acedido a 10 de abril de 2013, disponível em: [www.algarve.udipss.org/docs/cct\\_2005.pdf](http://www.algarve.udipss.org/docs/cct_2005.pdf)

Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva, M. A., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem de Referência*, 2 (III série), p. 127-136.

Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro. *Diário da República N.º 214 - I Série A*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade. Lisboa.

Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. *Diário da República N.º 47. I Série B*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento & Centro de Informação e Documentação Económica e Social (2001). Boletim do Trabalho e Emprego nº 47 – I Série. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional de saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Fischer, F., Teixeira, L., Borges, F., Gonçalves, M., & Ferreira, R. (2002). Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. *Cad. Saúde Pública*, 18(5), p. 1261-1269.

Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Vieira, E., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*, 21 (1), p. 19-28.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, E., Lyssandra, S., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref. *Revista Saúde Pública*, 34(2), p. 178-183.

Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação - da concepção à realização* (2ªed.). Loures: Lusociência.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede*, 5(8), p. 51-61.

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2010). Carta social – Rede de serviços e equipamentos – relatório de 2010. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Acedido a 5 de Dezembro de 2012, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2010.pdf>.

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2011). Carta Social - Rede de serviços e equipamentos – relatório de 2011. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Acedido a 5 de Dezembro de 2012, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2011.pdf>.

Gorzoni, M. L., & Pires, S. L. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev de Psiquiatr Clin*, 33(1), pp. 18-23.

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. INE.

Lisboa.

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 - Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa: INE.

Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS) (2013). Guia Prático - Apoios sociais a idosos. ISS. Lisboa

Jacob, L. (2002). Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos. ISCTE, Portugal.

Kuske, B., Hans, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), p. 818-841.

Llobet, M. P., Canut, M. L., Mateu, P. S., & Ávila, N. R. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19, p. 1-6.

- Martín, I., & Brandão, D. (2012). Políticas para a Terceira Idade. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia - aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (p. 273-287). Lisboa: Lidel.
- Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L., & Jones, J. (2007). Direct care workers recommendations for training and continuing education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), p. 91-108.
- Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(9), p. 784-795.
- Moyle, W., Hsu, M., Lieff, S., & Vernooij-Dassen, M. (2010). Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. *International Psychogeriatrics*, 22(7), p. 1097-1106.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice. In J. R. Rebelatto, & J. G. Morelli, *Fisioterapia geriátrica - A prática da assistência ao idoso - 2a Ed.* (p. 1-36). Manole.
- Oliveira, A., Salgado, I., & Faria, J. (2005). Implicações do trabalho por turnos na qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores. *Segurança*, 168, p. 33-37.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (p. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulos, C. I. (2010). *Gestão de instituições para idosos - qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Portaria nº67/2012 de 21 de março. *Diário da República Nº 58 - I Série*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2008). Perfil os cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), p. 1285-1292.
- Rodríguez, A., & Valcarce, M. (2004). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. IMSERSO. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*, 83, p. 393-405.
- Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., & Dias, C. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudo e Pesquisas em Psicologia*, 2(11), p. 590-613.
- Santos, R., Franco, M., Batista, V., Santos, P., & Duarte, J. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista Referência II.ª Série - nº 8*, p. 17-31.
- Seidl, E. M., & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad de Saúde Pública*, 20 (5), p. 580-588.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education Professional Psychology*, 1(2), p. 105-115.

Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 57, p. 109-112.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Príncípa.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, p. 732-750.

Stone, R. (2004). The Direct Care Worker: The third rail of home care policy. *Annu. Rev. Public Health*, 25, p. 521-537.

World Health Organization. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Japan: World Health Organization.

Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2005). Attitudes, stress and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, Special Issue I, p. 96-105.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A - GRÁFICOS DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Tabela 20 - Correlação entre o tempo na instituição e os níveis de QV

		<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Social</b>	<b>Domínio Ambiental</b>
<b>Tempo na Instituição</b>	Correlação de Pearson	-,070	-,048	-,073	-,061
	<i>p</i>	,265	,450	,248	,332
	N	252	252	251	251

Tabela 21 - Comparação dos níveis de QV em cuidadores que trabalham em horário diurno e rotativo

<b>Domínios</b>	<b>Horário de Trabalho</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Domínio Físico</b>	Diurno	76	67,49	19,49	0,337
	Rotativo	171	64,80	20,58	
<b>Domínio Psicológico</b>	Diurno	76	66,76	16,58	0,372
	Rotativo	171	64,47	19,39	
<b>Domínio Social</b>	Diurno	75	68,79	24,52	0,279
	Rotativo	171	65,13	24,25	
<b>Domínio Ambiental</b>	Diurno	76	58,91	18,39	0,214
	Rotativo	170	55,68	19,00	

Tabela 22 - Comparação entre o nível de habilitações literárias e os níveis de QV

	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
<b>Domínio Físico</b>	1º ciclo	63,38	19,06
	2º ciclo	69,63	19,71
	3º ciclo	62,94	21,06
	Ensino secundário	68,36	19,16
	<b>Curso tecnológico/profissional</b>	<b>74,29</b>	15,08
	Ensino Superior	51,75	30,40
	Total	65,60	20,10
<b>Domínio Psicológico</b>	1º ciclo	63,94	20,92
	2º ciclo	67,63	15,55
	3º ciclo	62,82	18,96
	Ensino secundário	67,61	17,53
	<b>Curso tecnológico/profissional</b>	<b>70,65</b>	11,40
	Ensino Superior	51,25	19,22
	Total	65,01	18,37
<b>Domínio Social</b>	1º ciclo	64,59	26,22
	2º ciclo	68,48	25,34
	3º ciclo	64,04	25,66
	Ensino secundário	67,25	22,55
	<b>Curso tecnológico/profissional</b>	<b>70,59</b>	19,77
	Ensino Superior	66,50	26,56
	Total	65,86	24,53
<b>Domínio Ambiental</b>	1º ciclo	53,26	18,99
	2º ciclo	58,74	17,92
	3º ciclo	55,04	20,22
	Ensino secundário	59,59	18,44
	<b>Curso tecnológico/profissional</b>	<b>60,88</b>	10,41
	Ensino Superior	47,75	16,76
	Total	56,43	18,82

## **APÊNDICE B - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

### Investigadora

Alexandra Beringuilho sob orientação do Prof. Dr. Horácio Saraiva e coorientação do Fisioterapeuta Vítor Pinheira, aluna do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Eu \_\_\_\_\_, nascido(a) a  
\_\_/\_\_/\_\_, funcionário(a) da instituição  
\_\_\_\_\_, concordo em  
participar voluntariamente neste estudo acima mencionado e sei que para a sua  
realização não terei qualquer tipo de benefício ou recompensa financeira, com  
finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da investigação.

É de meu conhecimento que este estudo será desenvolvido num âmbito de uma  
investigação científica que pretende caracterizar os cuidadores formais não  
diferenciados que prestam cuidados a idosos em termos dos níveis de qualidade de  
vida e níveis de formação, sendo que, para tal, serão aplicados questionários  
específicos que permitem medir estas dimensões.

Fui esclarecido(a) que estes questionários serão aplicados num único momento e  
que o seu preenchimento leva cerca de 15 minutos.

Li e entendi as informações acima referidas, tendo sido ainda esclarecido(a)  
acerca de todos os riscos e benefícios inerentes a este estudo. Fui informado (a) que  
tenho total liberdade em recusar participar na pesquisa e que poderei abandonar a  
mesmo a qualquer altura sem qualquer justificação ou nenhum tipo de implicação ou  
prejuízo. Além disso, estou ainda ciente, que todas as informações prestadas neste  
estudo serão confidenciais, além de que, serão codificadas, assegurando, desta forma  
o meu anonimato.

Qualquer dúvida futura que possa surgir será prontamente esclarecida pelos  
investigadores.

O(a) participante \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

## **APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL**

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

1. SEXO:  Feminino  
 Masculino

2. IDADE: \_\_\_\_\_

3. Nº DE FILHOS: \_\_\_\_\_

### 4. ESTADO CIVIL:

- Solteiro(a)  
 Casado(a)  
 Divorciado(a)  
 Separado  
 União de facto  
 Viúvo

### 5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- 4º ano de escolaridade (1º ciclo do ensino básico)  
 6º ano de escolaridade (2º ciclo do ensino básico)  
 9º ano (3º ciclo do ensino básico)  
 12º ano (ensino secundário)  
 Curso tecnológico/profissional (equivalência ao 12º ano)  
 Ensino superior  
 Formação pós-graduada

### 6. COMO COMPLETOU O SEU NÍVEL DE ESCOLARIDADE?

- Regime Normal  
 Ensino Recorrente  
 Novas Oportunidades

### 7. RECEBEU ALGUM TIPO DE FORMAÇÃO NA ÁREA EM QUE EXERCE A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

- Não  Sim. Indique qual: \_\_\_\_\_

Onde recebeu essa formação?  No local de trabalho

- Em instituições de ensino  
 Em instituições de formação profissional  
 Outros

### 8. QUAL A ATIVIDADE/PROFISSÃO QUE DESEMPENHA NA INSTITUIÇÃO?

---

### 9. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA INSTITUIÇÃO ATUAL?

---

**10. HÁ QUANTO TEMPO É CUIDADOR DE PESSOAS IDOSAS?**

---

**11. EM QUE HORÁRIO EXERCE HABITUALMENTE A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?**

- Diurno
- Noturno
- Rotativo

**12. HÁ QUANTO TEMPO TEM ESTE HORÁRIO?**

---

**13. QUANTAS HORAS TRABALHA POR SEMANA?**

---

**14. QUANTOS FUNCIONÁRIOS EXISTEM, NA SUA INSTITUIÇÃO, COM A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL?** \_\_\_\_\_

**15. QUANTOS UTENTES TEM A SEU CARGO?**

---

**16. QUANTOS UTENTES SE ENCONTRAM ACAMADOS?**

---

**17. ONDE EXERCE, HABITUALMENTE, A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL?**

- Na instituição
- No domicílio dos utentes
- Ambos

**18. EXERCE OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL?**

- Sim
- Não

**19. TEM MAIS ALGUMA FONTE DE RENDIMENTO?**

- Sim
- Não

**20. TEM MAIS IDOSOS A SEU CARGO (FAMÍLIA OU AMIGOS)?**

- Sim
- Não

## **APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SOBRE NÍVEIS DE FORMAÇÃO**

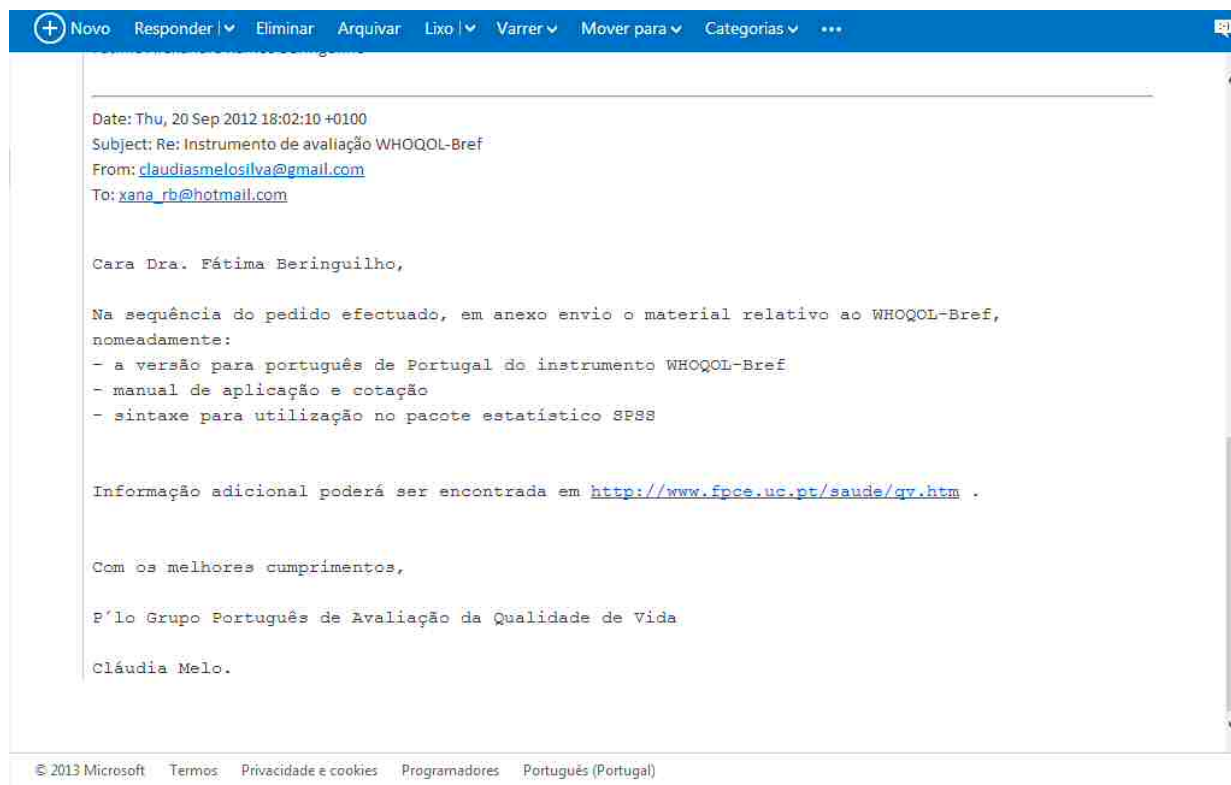
## NÍVEIS DE FORMAÇÃO

Este questionário destina-se a avaliar os seus níveis de formação relativamente ao trabalho que desempenha. Quem lhe ensinou as suas funções? Caso não possua formação a determinado tema, assinale apenas “NÃO”, não necessitando preencher o resto da linha.

Assuntos/Temas	Possui Formação?	Nº de horas de formação	Ano em que realizou a formação	Entidade formadora		
				Formador externo	Técnico superior da instituição (enfermeiro, fisioterapeuta, etc..)	Colaborador da instituição com a mesma função (colegas de trabalho)
1. Ética e deontologia profissional	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
2. Legislação laboral	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
3. Processo de envelhecimento (normal e patológico)/ psicopatologia do idoso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
4. Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
5. Cuidados humanos básicos (higiene, vestir, cortar unhas, vestir/despir, mudança da roupa da cama)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
6. Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
7. Primeiros socorros (hipoglicémia, enfarte, desmaio, engasgamento, reanimação cardiopulmonar)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
8. Administração farmacológica (medicamentos)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
9. Prevenção de úlceras de pressão (feridas)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
10. Cuidados básicos de saúde (prevenção de úlceras de pressão, cuidados com pé diabético, oxigenoterapia e manutenção)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					

11. Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas de deglutição, etc..)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
12. Necessidades de sono do idoso	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
13. Prevenção de riscos e acidentes (quedas, má nutrição, desidratação, obstipação ou diarreia, incontinência, infeção urinária, etc..)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
14. Saúde mental (depressão, demências, etc..)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
15. Sexualidade do idoso (enamoramto, proporcionar intimidade para as práticas sexuais).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
16. Morte (cuidados com o idoso em fase terminal, preparação do cadáver) e luto	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
17. Higienização e conforto (limpeza e arrumação dos espaços, tratamento de roupa, etc..)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
18. Princípios e técnicas de animação de idosos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
19. Prevenção de maus tratos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
20. Gestão emocional (comunicação, gestão de conflitos e stress).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					

## **APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF**



## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 - WHOQOL- BREF**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5