

## PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS

**V. Pinheira**

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

**F. Beringuilho**

Hospital Aprígio Meireles – Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>

*Fecha de Recepción: 22 Octubre 2017*

*Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Nas instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas a maioria dos profissionais são cuidadores formais não qualificados, responsáveis pela maior parte dos cuidados prestados, que têm um papel fundamental na satisfação das necessidades da população idosa institucionalizada que é, normalmente, a que apresenta maiores necessidades de apoio por limitações funcionais, por quebra das redes familiares e sociais de suporte e com quadros de pluri-patologia que se traduzem muitas vezes em níveis elevados de dependência e de necessidade de apoio.

**OBJECTIVOS:** avaliar o perfil sociodemográfico, níveis de formação e de qualidade de vida de cuidadores formais de instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas e perceber a relação entre a existência de formação e os níveis de qualidade de vida.

**MÉTODOS:** estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, com uma amostra de 254 indivíduos, de 15 instituições da região de Castelo Branco. Foi aplicado um questionário para recolha de dados sócio-demográficos, perfil de escolaridade e de formação, e o WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida destes cuidadores formais prestadores de cuidado directo a pessoas idosas. Avaliaram-se ainda algumas características da formação realizada, definidas de acordo com os descritores das competências-chave destes profissionais.

**RESULTADOS:** A amostra é exclusivamente feminina com uma média de idades de 44,12 anos (SD=10,24), maioritariamente casada (71,5%) e com filhos (85%). 68,3% tem escolaridade até aos 3º ciclo (9 anos de escolaridade) e a formação técnico-profissional é residual (6,7%). Em média exercem actividade na instituição onde trabalham há 7 anos. 76,2% refere ter formação na área de trabalho, sendo esta formação realizada maioritariamente no local de trabalho (65,1%) e, em algumas competências básicas (“Higienização e conforto”, “Cuidados humanos básicos” e “Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes”) foi em mais de 40% dos casos realizada por colegas com a mesma categoria e que exercem as mesmas funções.

## PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS

Em todas as dimensões do instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida da amostra (WHOQOL- BREF), as pontuações obtidas são mais baixas que as obtidas por um grupo de indivíduos saudáveis no estudo de validação do instrumento para a população portuguesa. Verificaram-se melhores níveis de QV 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:** os resultados encontrados evidenciam a necessidade de reflexão sobre o perfil destes trabalhadores, na preparação para as funções que exercem e na sua capacidade de resposta às necessidades das pessoas idosas, como contributo para a melhoria dos cuidados que prestados.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidadores; formação; qualidade de vida.

### ABSTRACT

#### Profile of formal caregivers in care organizations for the elderly

**INTRODUCTION:** In care organizations for the elderly, the majority of professionals are unqualified formal caregivers, responsible for most of the care provided, who play a fundamental role in meeting the needs of the institutionalized elderly population, which is usually the one with the greatest needs for support due to functional limitations, the breakdown of family and social support networks and pluri-pathology, which of ten translate in to high levels of dependency and the need for support.

**OBJECTIVES:** to evaluate the sociodemographic profile, training levels and quality of life of formal caregivers of care institutions for elderly people and to understand the relationship between the existence of training and quality of life levels.

**METHODS:** an exploratory, descriptive, correlational and cross – sectional study with a sample of 254 individuals from 15 institutions in the Castelo Branco region. A questionnaire was used to collect socio- demographic data, educational and training profile, and the WHOQOL-BREF to evaluate the quality of life of these formal caregivers providing direct care for the elderly. Some characteristics of the training were also evaluated, defined according to the descriptors of the key competences of these professionals.

**RESULTS:** The sample was exclusively female with a mean age of 44.12 years (SD = 10.24), mostly married (71.5%) and with children (85%). 68.3% had education until 9 years, and technical and vocational training was residual (6.7%). On average, they worked at same the institution for 7 years. 76.2% reported having training in the workplace, this training being carried out mainly in the workplace (65.1%) and in some basic skills (“Hygiene and comfort”, “Basic human care” and “Techniques of mobilization ,Positioning and transfers”) was performed in more than 40% of cases by colleagues with the same category and performing the same functions.

In all dimensions of the instrument used to assess the quality of life (WHOQOL-BREF), the scores obtained are lower than those of the group of healthy individuals in the instrument validation study for the Portuguese population. There were better levels of QoL in the Physical ( $p = 0.038$ ), Psychological ( $p = 0.003$ ) and Social domains ( $p = 0.009$ ) in individuals who reported having training in the area in which they work.

**CONCLUSION:** the results show the need to reflect on the profile of these workers, in preparation for the functions they perform and in their capacity to respond to the needs of the elderly, as a contribution to the improvement of the care provided.

**Key-words:** caregivers; education; quality of life.

### INTRODUÇÃO

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 limitações cognitivas e funcionais (Spilsbury, et al., 2011). 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.

Nestas instituições, os cuidadores formais responsáveis pela maior parte dos cuidados prestados são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituições (Sousa, 2011). Segundo a WHO (2004), estes 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.

Estes profissionais prestadores de cuidado directo 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). Sentem-se muitas vezes pouco valorizados pelos seus superiores (Stone, 2004). Destes factores resulta 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).

Acresce que a imagem negativa da área dos cuidados, bem como as representações sociais destes trabalhadores acabam por afectar a qualidade do desempenho, uma vez que os baixos níveis de qualidade de vida de quem cuida, interferem negativamente com o bem-estar das pessoas idosas (Castle, Degenholtz, & Rosen, 2006).

A profissão de cuidador de pessoas idosas tem um carácter pouco atrativo, sendo invocados como factores 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).

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). Importa no entanto realçar a progressiva participação de imigrantes nas funções e tarefas de cuidadores que pode introduzir dificuldades na comunicação com as pessoas idosas, muitas vezes já com limitações comunicacionais por deficits sensoriais (Kaplan et al, 2016).

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). Segundo Llobet, Canut, Mateu, & Ávila (2010) 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 alguma investigação tem associado trabalhadores sobrecarregados e frustrados, com mais propensos a abuso físico e mental sobre os utentes, ou tornando-se eles próprios vítimas dos abusos dos clientes.

## **PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS**

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).

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) referem que estes funcionários são pouco escolarizados, desempenham tarefas sem qualquer formação específica, são mal remunerados, muitas vezes 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) 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.

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).

### **METODOLOGIA**

Estudo exploratório, descritivo, correlacional e transversal, realizado em 15 instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas na região de Castelo Branco que aceitaram colaborar no estudo. A amostra é constituída por 254 cuidadores formais, com funções de cuidado direto a utentes.

Foi aplicado um questionário para caracterizar a 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, nº de anos como cuidador e número de anos na instituição atual, horário de trabalho, carga horária). Foi realizado um pré-teste do questionário a 5 cuidadores formais não diferenciados.

Foi ainda aplicado o questionário de Qualidade de vida (WHOQOL – BREF). 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. As pontuações obtidas são consideradas individualmente e as questões devem ser avaliadas tendo como base uma escala tipo Lickert, numeradas de 1 a 5. As pontuações mais elevadas correspondem a uma melhor qualidade de vida (Canavarro, et al., 2007).

A aplicação dos questionários foi realizada com a colaboração dos responsáveis das instituições, que os distribuíram aos colaboradores e fizeram a recolha dos envelopes fechados. Foram depois entregues aos responsáveis pelo estudo, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 42%, após a eliminação dos questionários não preenchidos. A todos os elementos da amostra foi aplicado o termo de consentimento livre e informado.

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).

## RESULTADOS

A amostra é constituída exclusivamente por indivíduos do género feminino (100%), com uma média de idades de  $44,12 \pm 10,24$  anos (mínimo de 21 anos e máximo de 64 anos), em que predomina o estado civil de casado (71,5%) e a existência de dois filhos (48,6%).

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%, respetivamente.

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. 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, ainda cuidam de idosos no contexto familiar.

Relativamente à existência de formação, 76,2% dos indivíduos que responderam referem possuir formação na área em que trabalham. O número médio de formações realizadas pelos indivíduos é de  $9,10 \pm 6,27$ .

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%).

**PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS**

*Tabela 1*

*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%  |
| Morte  | 108        | 43,4%    | 40,5%              | 31%                | 28,6%  |
| Saúde Mental   | 105        | 42,2%    | 67,3%              | 28,8%              | 3,8%   |
| Ética e deontologia laboral  | 103        | 41,4%    | 82%                | 18%                | 0%   |
| Processo de envelhecimento/psicopatologia do idoso                 | 102        | 42%      | 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%                | 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%      | 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 que responderam 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%) 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”.

Tabela 2  
Resultados descritivos do WHOQOL-Bref

| WHOQOL-BREF                | Média | DP    | Mín. | Max. |
|----------------------------|-------|-------|------|------|
| <b>Domínio Físico</b>      | 65,64 | 20,03 | 0    | 100  |
| <b>Domínio Psicológico</b> | 65,14 | 18,38 | 0    | 96   |
| <b>Domínio Social</b>      | 65,83 | 24,44 | 0    | 100  |
| <b>Domínio Ambiental</b>   | 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% 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  $59,57 \pm 19,83$ .

## PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS

Foram encontradas 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 que possuem formação apresentam melhores níveis de qualidade de vida nos domínios “Físico”, “Psicológico”, “Social” com significado estatístico.

### DISCUSSÃO

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; Ron & Lowenstein, 2002; Sousa, 2011). Tal facto, pode ser justificado, por 45% 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.

Contrariamente ao que alguns autores (Jacob, 2007; Menne, et al., 2007; Ron & Lowenstein, 2002; Scott, et al., 2007) referem relativamente à formação deste coletivo profissional, defendendo que este grupo profissional inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem nenhuma ação de preparação específica, 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%). No entanto a formação estruturada prévia é residual (6,7% de frequência de curso técnico/ profissional) quando comparada com países de referência onde 88% dos trabalhadores em instituições prestadoras de cuidados de longa duração tem pelo menos um ano de educação formal (Kruger et al, 2017).

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. Existem três competências pertencentes ao perfil profissional elaborado pela ANQEP (2012) e no questionário utilizado no estudo, 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”

e “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).

Os resultados obtidos na WHOQOL-BREF estão abaixo dos valores de referência para a população portuguesa, podendo-se concluir que os cuidadores de idosos do estudo, apresentam um comprometimento da qualidade de vida nos quatro domínios, sendo o domínio social que pior pontuou em relação aos restantes. Estes resultados estão em consonância com outros autores (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.

## CONCLUSÃO

O baixo nível de escolaridade, de qualificações e de formação dos profissionais que em Portugal são responsáveis pela maior parte dos cuidados diretos a pessoas idosas em instituições tornam urgente encontrar soluções para a sua qualificação, pelo que a definição de políticas nacionais e locais (particularmente nos territórios de baixa densidade, muito envelhecidos, do interior de Portugal) que promovam uma formação e qualificação certificada, poderá contribuir para melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida dos cuidadores formais.

## BIBLIOGRAFIA

- 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), pp. 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), pp. 119-129.
- Canavarro, M. C., Pereira, Simões, M., Pintasilgo, 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), pp. 15-28.
- 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), pp. 75-82.

## PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS

- 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), pp. 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), pp. 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), pp. 127-136.
- Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro. *Diário da República Nº214 - I Série A*. Ministério do Trabalho e de Solidariedade. Lisboa.
- Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. *Diário da República Nº 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), pp. 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), pp. 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), pp. 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), pp. 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, pp. ISCTE, Portugal.
- Kaplan, J., Bencivenga, R., D'Angelo, V., Kunz, S., Bignami, F., Charney, A., & Tsoneva, S. (2016). Migrant Professional Carers in Four European Regions – A Comparative Exploration of Their Learning Needs. *The International Journal of Public and Private Management*, 3 (1), pp. 100-124
- Kruger, T., Gilland, S., Frank, J., Murphy, B., English, C., Meade, J., Morrow, K., & Rush, E. (2017). Cross- cultural comparison of long-term care in the United States and Finland: Research done through a short-term study-abroad experience, *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(1), pp. 104-118.
- 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), pp. 818-841.
- Lenardt, M. H., Willig, M. H., Silva, S. C., Shimbo, A. Y., Tallmann, A. E., & Maruo, G. H. (2006). O idoso institucionalizado e a cultura dos cuidados profissionais. *Cogitare Enfermagem*, 11(2), pp. 117-123
- 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, pp. 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* (pp. 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), pp. 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), pp. 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), pp. 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. (pp. 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, pp. 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* (pp. 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
- Potter, S. J., Churilla, A., & Smith, K. (2006). An examination of full-time employment in the direct-care workforce. *Journal of Applied Gerontology*, 25, pp. 356-374.

## **PERFIL DE CUIDADORES FORMAIS NÃO QUALIFICADOS EM INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS A PESSOAS IDOSAS**

- Price, K., Alde, P., Provis, C., & Stack, S. (2004). What hinders and what helps? Searching for solutions to mature aged unemployment and the residential aged care workforce crisis. *Australian Journal on Ageing*, 23(4), pp. 177-183.
- 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), pp. 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 Publica*, 83, pp. 393-405.
- Ron, P., & Lowenstein, A. (2002). In service training of professional and para -professional staff in institutions for the aged. *Educational Gerontology*, 28, pp. 587-597.
- Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., & Dias, C. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimnto e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudo e Pesquisas em Psicologia*, 2(11), pp. 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*, pp. 17-31.
- Scott, A., Brannon , S., Vasey, J., Dansky, K., & Kemper, P. (2007). baseline management practices at providers in better jobs better care. *Nurse Education Today*, 28(2), pp. 17-36.
- Seidl, E. M., & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad de Saúde Pública*, 20 (5), pp. 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), pp. 105-115.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1988). Who sould measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*, 57, pp. 109-112.
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Princípia.
- 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, pp. 732- 750.
- Stone, R. (2004). The Direct Care Worker: The third rail of home care policy. *Annu. Rev. Public Health*, 25, pp. 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*, pp. 96-105.