

Estado de saúde e características socioprofissionais nos cuidadores formais de pessoas idosas

Miriam Marques Jorge

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Marta Alexandra Osório de Matos, Investigadora Integrada no Centro de
Investigação e Intervenção Social – ISCTE-IUL

Novembro, 2020



CIÊNCIAS SOCIAIS
E HUMANAS

Estado de saúde e características socioprofissionais nos cuidadores formais de pessoas idosas

Miriam Marques Jorge

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Marta Alexandra Osório de Matos, Investigadora Integrada no Centro de
Investigação e Intervenção Social – ISCTE-IUL

Novembro, 2020

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, um agradecimento especial, aos cuidadores e às instituições que me permitiram recolher os dados, que são indiscutivelmente a fonte de inspiração para o presente estudo, ressaltando, com um carinho muito especial, por eu pertencer a este grupo profissional de cuidadores formais em saúde.

Seguidamente, e com uma inestimável consideração, à minha orientadora Dra. Marta Matos, por toda a sua disponibilidade, por todo o seu profissionalismo e apoio que disponibilizou, por todos os seus ensinamentos, por toda a sua incalculável paciência, mas principalmente por ter acreditado em mim, em termos leigos, por me “ter estendido a mão”, por o contato sempre afetivo. Sem a sua ajuda, não teria sido possível realizar a presente dissertação. Um muito obrigada.

Ao ISCTE e aos meus colegas, que sempre me integram e ajudaram, sendo eu uma aluna deslocada e trabalhadora-estudante do Distrito de Viseu.

Às minhas filhas, por todo o amor e compreensão ao longo destes anos de estudo. Por o tempo que não tive. Por tudo o que se tiveram de privar para eu estudar, sempre na perspetiva de vos proporcionar um futuro melhor. Por vocês!

Ao meu avô, que nunca desistiu de mim e me ensinou sempre a ter uma atitude humilde na luta pelos meus objetivos, a minha fonte de inspiração para a realização deste mestrado.

Ao Marco, por me devolver a esperança, por todo o amor, por os seus valores, por ter trazido novamente a mim e à minha família, a felicidade. Por seres o nosso Porto de Abrigo. Sem ti, não seria possível a conclusão do mestrado. Para o que der e vier e “que dure este minuto 100 anos más”. Ao meu irmão, por sempre acreditar, por estar sempre. Por ser sempre cúmplice nas minhas ideias “fora de caixa”. Por poucas palavras e muito sentimento. À minha irmã, por todas as gargalhadas duradouras, por as “nossas filosofias”. À minha sobrinha. Aos meus companheiros de sempre, Cindy e Daniel. Os meus pilares efetivamente. À Patrícia por toda a dedicação e por lutar sempre ao meu lado e da minha família. Ao bom ser humano que és. À Mónica por ser a companheira de todas as horas, por todos os momentos que permaneceu, incansavelmente, junto a mim.

À Dinhas, por tudo o que disponibilizou para eu realizar este mestrado, por todas as conversas de horas incontáveis de um simples “Estou bem”. À minha mãe, por o tudo o que lutou. Aos que diretamente ou indiretamente contribuíram para realizar a presente dissertação. Ao meu pai, que sei que estaria orgulhoso, esteja onde estiver. A ele dedico a conclusão de mais uma etapa. Um sincero obrigado a todos.

RESUMO

O aumento da esperança média de vida concorre para o aumento da proporção de pessoas idosas. Com as alterações nas estruturas familiares (e.g., divórcio, ausência de filhos/as, emigração) a prestação de cuidados a pessoas idosas tem tido uma crescente resposta por parte da rede social formal. Perante a reduzida investigação sobre os profissionais que prestam cuidados a pessoas idosas nas estruturas residenciais de pessoas idosas, o presente estudo teve como objetivo descrever as características sociodemográficas, socioprofissionais e o estado de saúde física e psicológica destes profissionais. Usou-se um questionário sociodemográfico e profissional, o questionário sobre o estado de saúde (SF-36). Participaram 50 profissionais (86% mulheres), entre os 22 e os 65 anos de idade ($M=40$). A maioria realizou formação profissional adequada, os vínculos de trabalho são maioritariamente instáveis. O tempo na profissão oscilou entre 6 meses e os 21,6 anos ($M=7,26$) e as cargas horárias semanais são elevadas, com poucos tempos de descanso (fins de semana e férias). O nível de saúde física é moderado, o funcionamento social e a vitalidade são moderadamente baixos e o nível de saúde mental é baixo. O tempo na profissão mostrou estar associado a pior saúde. Este estudo contribui para a sistematização das características sociodemográficas e profissionais, bem como a sua associação com o nível de saúde destes profissionais e poderá contribuir para o repensar das condições de trabalho que poderão ser um fator protetor da saúde e do bem-estar, com um necessário impacto na qualidade da prestação de cuidados.

Palavras-chaves: cuidadores formais, estado de saúde, pessoas idosas

ABSTRACT

The increase in life expectancy contributes to the increase in the proportion of older adults. With changes in family structures (e.g., divorce, absence of children, emigration) the provision of care to the elderly has been increasingly performed by the formal social network. Regarding the reduced research on professionals who provide care to the elderly in the residential structures, the present study aimed to describe the sociodemographic, socio-professional characteristics and the physical and psychological health status of these professionals. A sociodemographic and professional questionnaire, the questionnaire on health status (SF-36), was used. 50 professionals participated (86% women), between 22 and 65 years of age ($M=40$). Most have undergone adequate professional training employment relationships are mostly unstable. The time in the profession ranged from 6 months to 21.6 years ($M=7.26$) and the weekly workloads are high, with few rest times (weekends and holidays). The level of physical health is moderate, social functioning and vitality are moderately low and the level of mental health is low. Time in the profession was associated with worst health status. This study contributes to the systematization of sociodemographic and professional characteristics, as well as their association with the health level of these professionals and may contribute to rethink working conditions that may be a protective factor for health and well-being, with impact on the quality of care provision.

Keywords: formal caregivers, health status, elderly people

Índice

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	2
1.1 - Envelhecimento sociodemográfico e a resposta ao fenómeno	2
1.2 - Respostas Sociais de Serviços e Equipamentos em Portugal.....	3
1.2.1 - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)	4
Capítulo 2 – CUIDAR	6
2.1 – O cuidar e o Cuidador Formal	6
2.1.1 - Ajudantes de Ação Direta	9
Capítulo 3 - MÉTODO	11
3.1 - Design e Participantes	11
3.2 - Instrumentos	13
3.2.1 - Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional.....	13
3.2.2 - SF-36 Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey	14
3.3 - Procedimentos	16
Capítulo 4 – RESULTADOS	17
4.1 - Caracterização socioprofissional.....	17
DISCUSSÃO	25
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	44

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas	12
Tabela 2 – Categorias profissionais dos participantes	13
Tabela 3 – Características socioprofissionais	19
Tabela 4 - Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 dos cuidadores formais.....	20
Tabela 5 – Tabela de correlações entre o estado de saúde e as variáveis socioprofissionais ...	22
Tabela 6 – Tabela de comparação de médias entre o estado de saúde e as variáveis socioprofissionais.....	24

INTRODUÇÃO

Devido às alterações demográficas, bem como o aumento da esperança média de vida decorrente nos últimos anos, Portugal, à semelhança de outros países, apresenta um envelhecimento da população cada vez mais notório, sendo o 3º país da União Europeia, com o valor mais elevado do índice de envelhecimento (PORDATA, 2018).

Outrora, a prestação de cuidados ao idoso era maioritariamente realizada por uma rede de suporte informal, no entanto devido a estas alterações, momentaneamente, esta não consegue dar resposta a este fenómeno. Deste modo, Portugal instaurou a rede de suporte formal, delineando políticas, recursos e equipamentos sociais. É neste âmbito que surgem os cuidadores formais.

Relativamente à pertinência da presente investigação, decorrente da problemática emergente do fenómeno de envelhecimento demográfico, por um lado, esta prende-se com a compreensão das condições de saúde dos cuidadores formais a exercer a sua atividade laboral nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, sendo esta questão primordial, não só, na medida que as condições de saúde afetam diretamente a prestação da qualidade de cuidados, o que por sua vez, afeta a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, mas também dos próprios profissionais. Por outro lado, no que diz respeito à amostra em estudo, a escassez de literatura científica é elevada, sendo a existência nula de literatura quantitativa neste âmbito.

O objetivo primordial da presente dissertação é realizar um estudo descritivo das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos cuidadores formais, bem como relacioná-las com o seu estado de saúde físico e mental, a prestarem cuidados a pessoas idosas em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, bem como colmatar a escassez de informação sobre estes profissionais e contribuir para a caracterização destes profissionais para estudos futuros.

Capítulo 1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.1 - Envelhecimento sociodemográfico e a resposta ao fenómeno

Portugal, à semelhança de outros países, apresenta um envelhecimento da população cada vez mais notório, sendo o 3º país da União Europeia, com um valor mais elevado do índice de envelhecimento (PORDATA, 2018). O aumento da proporção de pessoas idosas (com mais de 65 anos) em consequência do aumento da esperança média de vida (INE, 2020) tem-se traduzido num desafio e necessidade de adaptação exigentes em termos políticos e sociais. Nomeadamente ao nível do sector da segurança social e de saúde, no que diz respeito à prestação de cuidados a esta população (DGS, 2017a; OMS, 2012, 2015).

Para dar resposta a este fenómeno, no período que medeia 2012 a 2016, Portugal implementou a Estratégia de Implementação Regional (RIS), sob as diretrizes do terceiro ciclo de revisão e avaliação da implementação do Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento (MIPAA), com o intuito de cumprir os principais objetivos da Declaração Ministerial de Viena de 2012, bem como os Compromissos da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa. Por conseguinte, implementou nos últimos anos, políticas que visam melhorar a qualidade de vida da população, promover a importância da solidariedade intergeracionais e o envelhecimento ativo, consolidando o contributo e a intersectorialidade na execução da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, justapondo a Estratégia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e as Propostas de Ação da União Europeia para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (DGS, 2017a).

Posto isto, Portugal tem procurado dar resposta a este fenómeno, desenvolvendo medidas de políticas intrasectoriais e transversais, legislação, instrumentos e recursos, bem como definiu estratégias de atuação multidisciplinares, com o objetivo de diminuir o seu impacto, através do aproveitamento de oportunidades e encarando este desafio, com inúmeras respostas em diversas áreas, descritas seguidamente, contudo ainda há um longo caminho a

percorrer, para que estas diretrizes sejam efetivas na sua realização plena (DGS, 2017b).

1.2 - Respostas Sociais de Serviços e Equipamentos em Portugal

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) consiste numa resposta abrangente a necessidades sociais da população e é especialmente destinada a grupos socialmente vulneráveis (ISS, 2017; MTSSS, 2019). As entidades proprietárias da RSES são maioritariamente (71%) pessoas coletivas sem fins lucrativos - Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (MTSSS, 2019).

No que concerne às RSES dirigidas às pessoas idosas, estas têm como missão promover a sua inclusão, promoção e participação na sociedade, não obstante de coabitar numa instituição ou na sua residência, independentemente do seu grau de dependência/autonomia, assim como privilegiar a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar e promover o apoio à família (ISS, 2017). Estas respostas sociais têm como objetivos a satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), procurando dar a resposta adequada às necessidades biopsicossociais individuais. As respostas sociais subdividem-se em vários tipos: 1) Serviço de Apoio Domiciliário; 2) Centro de Convívio; 3) Centro de Dia; 4) Centro de Noite; 5) Acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência e, por último 6) Estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI) (DGS, 2015; MTSSS, 2019). Entre 1998 a 2018, as respostas sociais destinadas dirigidas à pessoa idosa registaram um desenvolvimento de 89% e as ERPI apresentavam taxas de ocupação acima de 90 %, com utentes inscritos com idades, maioritariamente, superiores a 80 anos.

1.2.1 - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)

O Governo Constitucional XIX, em Portugal, assumiu o objetivo de criar um modelo de inovação social, consignado de Programa de Emergência Social (PES), com a missão de procurar uma resposta mais adequada à realidade nacional no que diz respeito aos equipamentos sociais dos grupos vulneráveis, principalmente à população idosa.

Neste âmbito a Lei 67/2012 de 21 de março estabelece as a criação, condições de organização, funcionamento e instalação das ERPI, revogando a Lei 12/98 de 25 de fevereiro, que legislava os anteriores designados de Lares de Idosos, que tinham como objetivo fomentar atividades de apoio social, de satisfação de necessidades básicas de vida diária, de animação social e convívio. A lei 67/2012 considera as ERPI como um equipamento de alojamento coletivo, temporário ou permanente que visam conceder atividades de apoio social, bem como prestar cuidados de saúde, podendo assumir diversas modalidades, tais como, as tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; quartos; e tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Tem como objetivos proporcionar serviços permanentes e ajustados numa visão biopsicossocial da pessoa idosa, promover e manter a integração social e intrafamiliar e estimular um processo de envelhecimento ativo (DGS, 2015; ISS, 2017; Lopes, 2017; MTSSS, 2017). Como missão, tem como princípios de conduta a avaliação biopsicossocial da pessoa idosa, assim como respeito da sua individualidade, funcionalidade e autonomia, através de uma equipa multidisciplinar, juntamente com a colaboração da família ou representante legal na elaboração do plano de cuidados.

O equipamento residencial é reservado à pessoa idosa que por razões sociais ou físicas não possam pertencer na sua residência, e destina-se a pessoas com uma superior a 65 anos, ou em situações excecionais com a devida justificação, nomeadamente o descanso do cuidador ou outro impedimento.

De acordo ainda com a portaria, a capacidade da estrutura residencial compreende entre 4 a 120 residentes e organiza-se por áreas funcionais e têm como dever proporcionar à pessoa idosa a convivência social de acordo com os seus interesses, a participação e relação de suporte familiar de forma a contribuir para o seu bem-estar e, disponibilizar serviços em diversas áreas com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, designadamente a assistência religiosa, cuidados de imagem, hidroterapia, fisioterapia, entre outros.

Sequentemente, a Lei define que as ERPI prestam obrigatoriamente os serviços necessários à satisfação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), limpeza e higienização de espaços, atividades ocupacionais que procurem contribuir para um clima de bem-estar entre os residentes, contribuindo para a estimulação das suas capacidades biopsíquicas, cuidados de enfermagem, assim como o acesso a cuidados dessaúde e, por último admiração de terapia medicamentosa, quando prescritos.

Por último e, no que diz respeito ao recursos humanos, deve ter funcionários suficientes que assegurem os serviços por 24 horas, designadamente um diretor(a) técnico(a); um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes; um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, no período noturno; um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes; um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes, podendo estes últimos ser dispensados se adquirir contratações destes serviços externas. Porém, é importante salientar, se a estrutura residencial albergar idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar modificam-se e atualizam-se para: um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes; um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes; e um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

Capítulo 2 – CUIDAR

2.1 – O Cuidar e o Cuidador Formal

O cuidar e o ser cuidado, está presente em todas as culturas, intrínseco ao ser humano e subjacente à sua sobrevivência, apenas diferindo na sua forma de expressão, envolvendo dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais (Ribeiro, 2019; Sequeira, 2018).

De acordo com a necessidade da pessoa idosa, é definido o tipo de cuidados, determinando a sua frequência e intensidade, bem como o papel do cuidador (Sequeira, 2018), emergindo maioritariamente, aquando o indivíduo apreende uma dimensão de preocupação ou de afeto (Queirós *et al.*, 2016), envolvendo reciprocidade, complementaridade e respeito. Cuidar do outro envolve prestar cuidados, baseados numa relação de confiança mútua, respeitando a sua individualidade com o objetivo de proporcionar o bem-estar e conhecer as suas limitações, sendo indispensável para a sobrevivência da espécie (Cardoso, 2015; Ribeiro, 2019), baseando-se ainda em valores e princípios, emoções e sentimentos (Queirós *et al.*, 2016). Cuidar é tratar, responsabilizar-se, prestar atenção, reparar, ter interesse, garantir a preservação de alguém, deste modo, garantindo a sua segurança e bem-estar, o que reflete que o ato de cuidar não se circunscreve exclusivamente à satisfação das necessidades físicas (Pinto & Róseo, 2014). Note-se que, o cuidar está presente desde o início do ciclo vital, ou seja desde o nascimento, o ser humano necessita de cuidados do outro, diminuindo ao longo deste, todavia, quando padece de doença ou é idoso, retorna a precisar de cuidados prestados pelo outro, o que remete o cuidar à necessidade da existência do Homem, à sua vida, não sendo este possível viver sozinho (Cardoso, 2015), sendo indispensável para a compreensão do Homem, que é necessário ancorar o cuidar, para deste modo, a prestação de cuidados seja realizada em torno de cuidados humanizados (Queirós *et al.*, 2016).

Por conseguinte, no passado, o cuidar à pessoa idosa pertencia, maioritariamente, às pessoas próximas de família, ou pessoas contíguas à sua habitação, nomeadamente vizinhos ou amigos com laços afetivos, principalmente do sexo feminino, contudo, os cuidados prestados eram realizados em grande parte na sua residência e não remunerados (Ribeiro, 2019; Sequeira, 2018), sendo estes designados de cuidadores informais. Atualmente, com a evolução da sociedade justapondo com o fenómeno do envelhecimento demográfico, apesar dos cuidados continuarem a ser prestados por os cuidadores informais com legislação que os apoia, no que diz respeito a suportes sociais e monetários, subsiste incidentemente uma procura de instituições, equipamentos e recursos sociais, para responder à necessidade dos cuidados à pessoa idosa. É neste âmbito que se encontra outra tipologia de prestador de cuidados, os

cuidadores formais (Sequeira, 2018; WHO, 2004).

Os cuidadores formais, são profissionais contratados, devidamente qualificados, inseridos numa atividade profissional com uma preparação adequada, com competências inerentes à sua profissão na prestação de cuidados, com carácter remuneratório, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, ajudantes de ação direta, entre outros que, têm como objetivo a prestação de cuidados no domicílio ou instituições sociais (Sequeira, 2010, 2018; Sousa, 2011). Por conseguinte, o cuidado formal é realizado de forma intencional sobre a pessoa, estruturado e prestado de forma profissional, envolvendo valores, princípios, sentimentos e emoções, tais como considera a relação interpessoal, a empatia, a confiança mútua, o afeto, a dedicação, entre outras vertentes, essenciais nesta relação, envolvendo deste modo, um cuidado holístico (Queirós et al, 2016).

No que concerne aos cuidados formais prestados à pessoa idosa, estes não se circunscrevem somente a uma perspetiva biológica, mas conjuntamente com uma perspetiva social e psicológica (Sequeira, 2018), deste modo, o idoso espera do seu prestador de cuidados, não só, os cuidados que contemplam o seu conhecimento científico, mas também, cuidados que envolvam emoções e sentimentos, de forma a proporcionar-lhe um bem-estar holístico, explanando que, é crucial a qualificação destes cuidadores formais, que devem cumprir as suas obrigações legais, contudo é imperativo consciencializá-los de um cuidado humanizado na prestação de cuidados à pessoa idosa (Pinto & Róseo, 2014). Morse et al. (1991) elucida o conceito de cuidar num profissional em saúde, categorizando-o em cinco dimensões, nomeadamente o cuidar como Característica Humana, necessária e inerente à sobrevivência do homem; o cuidar como Imperativo Moral ou Ideal, que transplanta a subsistência da dignidade do doente, bem como uma preocupação continua; o cuidar como Afeto que, engloba a empatia, a emoção, e a compaixão; o cuidar como Relação Interpessoal que, considera o respeito e o crescimento mútuo, baseado numa relação íntima e de confiança e, por último o cuidar como Ação Terapêutica, que prediz a satisfação das necessidades do utente, de acordo com as competências e técnicas inerentes ao profissional de saúde. Embora esta reflexão se dirija

maioritariamente aos profissionais de enfermagem, é preciso inferir que o cuidado integral é transversal e um imperativo ético a todos os profissionais de saúde (Pellegrino, 1985). Similarmente, Vieira *et al.* (2011), distinguiu cinco práticas de cuidar nos cuidadores formais, designadamente, o cuidado como Técnica, que envolve a satisfação das necessidades básicas, o cuidado como Interação e não apenas técnico, com respeito por a individualidade do outro, dando ênfase à linguagem não-verbal; o cuidado como Expressão de Subjetividade, envolvendo sentimentos, emoções e valores; o cuidado como Atitude, que engloba a disponibilidade, a paciência, o compromisso e a responsabilidade e, por último o cuidado como Descaracterização do Sujeito, onde os cuidadores formais prestam os seus cuidados compreendendo individualidade de cada sujeito. Por conseguinte, segundo Pinheira e Beringuilho (2017) os colaboradores auxiliares formais de estruturas de apoio a pessoas idosas, são os principais protagonistas, devido à determinação da tipologia, assistência e tratamento na prestação de cuidados, para responder aos seus desafios e necessidades multidisciplinares desta população.

A WHO (2004) declara que, estes definem-se como trabalhadores auxiliares à pessoa idosa, com qualificações diversas e com supervisão de um profissional devidamente qualificado. São propensos a adquirir prejuízos físicos e desgastes emocionais, com um horário laboral diversificado, com uma minúcia valorização pela sociedade, sendo unânime, no que concerne à formação que, estes iniciam a sua atividade laboral sem uma formação particular e regular, o que causa prejuízo no que diz respeito à resposta da necessidade complexa do público-alvo, tendo como consequências elevada insatisfação profissional, desmotivação, bem como um distanciamento nos cuidados que se presumem serem humanizados (Pinheira e Beringuilho, 2017).

Posto, isto, é imperativo qualificá-los sob medidas políticas, para uma formação adequada, de forma a beneficiar os próprios, uma vez que afeta a sua qualidade de desempenho profissional e a sua qualidade de vida, por sua vez, afeta, a qualidade eficiente de prestação de cuidados à pessoa idosa (Pinheira e Beringuilho, 2017).

2.1.1 - Ajudantes de Ação Direta

Nas ERPI os Ajudantes de Ação Direta são os profissionais que estão em maior proporção. Estes profissionais prestam cuidados de higiene e conforto diretamente aos idosos tendo como objetivo o seu bem-estar; procedem à limpeza de espaços e recursos materiais, assim como outras tarefas auxiliares, exigindo as habilitações legais mínimas obrigatória e estágio, porém, é permitido ao seu acesso, independentemente das habilitações legalmente obrigatórias aos profissionais integrados nas mesmas.

É possível encontrar profissionais com formação proveniente de Centros de Formação do IEF, entidades privadas e escolas secundárias (Beringuilho, 2013) bem como com formação adquirida no próprio contexto laboral (Pinheira e Beringuilho, 2017) e não possuem qualificações específicas no campo que realizam a sua atividade laboral (Beja, 2015; WHO, 2004).

Este é um grupo com alguma heterogeneidade ao nível da formação e do acesso à profissão e sendo que são responsáveis pela maioria dos cuidados prestados à pessoa idosa nas instituições em Portugal, é imprescindível a sua qualificação e formação adequada e ajustada (Pinheira e Beringuilho, 2017). Esta é também uma profissão que apresenta vários desafios do ponto de vista físico e emocional, havendo uma crescente preocupação por parte das instituições com aspetos além da componente de formação, mas também de bem-estar físico e emocional destes profissionais. No entanto, a revisão bibliográfica realizada revelou uma escassez de estudos, bem como a inexistência de investigações acerca de inúmeros temas deste contexto, nomeadamente o suporte social, a prestação de cuidados partilhada com a família, autoconceito, as diferenças patológicas, entre outros. Perante o exposto, seguidamente apresenta-se sucintamente os resultados obtidos.

Os estudos realizados com estes profissionais revelam que é um grupo profissional composto por uma vasta maioria de mulheres com média idade de 40 anos, casadas e com filhos (Alves, 2018; Arraia, 2018; Barbosa, 2016; Bogalho, 2017; Carvalho, 2019; Chambel, 2016, Ferreira, 2016; Loureiro, 2016; Martins *et al.*, 2019; Pinheiro & Beringuilho, 2017, Pereira,

2019; Ribeiro, 2019; Veiga, 2016). Profissionais com pouca escolaridade, com requisitos mínimos variáveis e que acabam por ser insuficientes face às exigências do trabalho (Alves, 2018; Arraia, 2018; Barbosa, 2016; Bogalho, 2017; Carvalho, 2019; Ferreira, 2016; Loureiro, 2016; Pereira, 2019; Ribeiro, 2019; Veiga, 2016), onde o grupo representativo é variado, designadamente 3º ciclo (Bogalho, 2017; Chambel, 2016; Pereira & Beringuilho, 2017; Veiga, 2016) e, 2º Ciclo (Alves, 2018; Martins *et al.*, 2019) respetivamente.

De uma forma geral os estudos evidenciam um descontentamento devido a o contexto organizacional da própria instituição, nomeadamente a falta de recursos humanos, com repercussões na prestação de cuidados (Arraia, 2018; Carvalho, 2019; Ferreira, 2016; Ribeiro, 2019). Esta categoria profissional está associada com trabalho pesado, baixas remunerações, quase ausência de benefícios e regalias (Bogalho, 2017). É um grupo profissional que enfrenta exigência de tarefas múltiplas e diferenciadas, designadamente o stresse, riscos psicossociais, exigência físicas e emocionais (Alves, 2018; Ferreira, 2016, Bogalho, 2017), com uma elevada prevalência de doenças musculoesqueléticas (Veiga, 2016). Ainda, há dados que indicam que este grupo profissional realiza a preparação, gestão, conferem, administram a medicação, sem formação para estas tarefas (Constantino, 2016). Como fatores protetores encontra-se que o nível de satisfação profissional relaciona-se com o superior hierárquico, com variáveis sociodemográficas e orgulho na sua profissão (Arraia, 2018).

Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo foi o de realizar um estudo descritivo sobre os cuidadores formais em Portugal a prestar cuidados a pessoas idosas em ERPI sistematizando as características sociodemográficas, socioprofissionais e o estado de saúde física e psicológica deste grupo profissional. É de referir que o momento de recolha dos dados coincidiu com a primeira fase da Covid-19 que, como é público, afetou de uma forma muito intensa estes profissionais e os ERPI.

Capítulo 3 - MÉTODO

O presente capítulo, constitui uma apresentação da metodologia empregue na realização do presente estudo. Este descreve os objetivos, os critérios para a seleção da amostra e sua respetiva caracterização, a descrição do protocolo de recolha de dados utilizado e o procedimento de recolha e tratamento de dados.

3.1 - Design e Participantes

Este estudo caracteriza-se como descritivo, de natureza quantitativa e amostra define-se como não probabilística por conveniência.

A amostra total em estudo é constituída por 50 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 65 anos de idade ($M=40,30$ $DP=9,99$). Na tabela 1 podemos encontrar uma síntese das características sociodemográficas, onde se observa que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (43 inquiridos) (86%) e 7 do sexo masculino (14%). Todos/as os/as participantes exerciam a sua atividade laboral em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI'S), predominantemente na Região do Centro (42%), 22% no Norte, 8% no Sul, 18% em Lisboa e por último, 10 % no Porto. No que diz respeito ao Estado Civil, 62% eram casados, 26% solteiros, 2% viúvos e 10% divorciados. Apenas um participante não era de nacionalidade portuguesa. Verificou-se que quanto ao nível de escolaridade 74% dos participantes detinham o nível secundário, 20% o grau de licenciado e 4% o 2º ciclo e, finalmente apenas 2% reportaram ter o 1º ciclo como escolaridade máxima.

Tabela 1 – Características sociodemográficas

Variável	<i>n</i>	%
Sexo		
Mulher	43	8
Homem	7	14
Estado Civil		
Casado/a ou Unido/a de facto	31	62
Solteiro/a	13	26
Viúvo/a	1	2
Divorciado/a ou Separado/a	5	10
Escolaridade		
1º ciclo	1	2
2º ciclo	2	4
Ensino secundário	37	74
Ensino superior	10	20
Região		
Norte	11	22
Centro	21	42
Sul	4	8
Grande Lisboa	9	18
Grande Porto	5	10

Finalmente, na tabela 2 apresentamos podemos observar que no que concerne à sua categoria profissional, a maioria dos cuidadores formais eram auxiliares de Ação Direta (84%), no entanto também preencheram o questionário 4 enfermeiros, 1 animador sociocultural, 1 fisioterapeuta, 1 médico, e, por fim um diretor técnico.

Tabela 2 – Categorias profissionais dos participantes

Categoria profissional	<i>n</i>	%
Auxiliar de Ação Direta	42	84
Animador/a sociocultural	1	2
Enfermeiro/a	4	8
Fisioterapeuta	1	2
Médico/a	1	2
Diretor/a Técnico/a	1	2

3.2 - Instrumentos

O protocolo de recolha de dados foi constituído primeiramente pelo Consentimento Informado (Anexo A), pelo Questionário de Dados Sociodemográficos e Profissional (Anexo B) com questões elaboradas com base na revisão da bibliografia sobre a temática em estudo e, seguidamente pelo questionário SF-36 (Anexo C; Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey), com o objetivo de avaliar o estado de saúde destes profissionais em domínios físicos e psicológicos.

3.2.1 - *Questionário Sociodemográfico e Socioprofissional*

O Questionário Sociodemográfico e socioprofissional foi construído especialmente para a presente investigação e baseado na revisão da literatura sobre a temática, tendo como objetivo a recolha de dados relativos à amostra em estudo.

Os dados recolhidos incidiram, primeiramente, na recolha de informações sociodemográficas dos inquiridos, designadamente a idade, o sexo, a nacionalidade o estado civil, a composição de agregado familiar e a área de residência.

No que diz respeito às variáveis socioprofissionais, os participantes foram inquiridos sobre as suas habilitações literárias, a sua categoria profissional, se detinham de formação específica para trabalhar com idosos, situação face ao emprego, nomeadamente o tipo de vínculo laboral, o número de horas trabalhadas semanalmente, o regime de horário praticado, aquando auferiram férias pela última vez, se solicitaram baixa médica nos últimos 12 meses relacionado com o stress profissional, o tempo efetivo que trabalhavam e, por fim se foram trabalhar estando doentes.

Por último, foram inquiridos sobre a sua motivação para trabalhar com a pessoa idosa, se já detiveram de outra profissão, se realizavam outras tarefas que não pertenciam às suas funções, qual a área que sentiam mais dificuldade na prestação de cuidado e ainda, se pudessem mudariam de profissão e qual a sua justificação.

3.2.2 - SF-36 Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey

Com o objetivo de avaliar o estado de saúde foi utilizado o instrumento de avaliação designado de SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey) sob a criação original de Jonh Ware e a sua equipa (1986), adaptado culturalmente para português, validado e aplicado por Ferreira (2000).

Este questionário tem como objetivo medir conceitos multidimensionais no que diz respeito à saúde física e mental, reportando os seus valores humanos substanciais ao seu bem-estar e funcionalidade adaptativa.

No que concerne à sua estrutura, esta comporta 8 dimensões primordiais em saúde, subdivididas e integradas na Componente Mental e na Componente Física, com o total de 36 questões mistas do tipo Lickert (1 a 5) e do tipo dicotómicas (sim/não), incluindo uma questão

comparativa de transição da condição de saúde atual e no ano transato, no momento da avaliação.

A Componente Física avalia as dimensões designadas de Função Física, o Desempenho Físico, a Dor Física e a Saúde em Geral, comumente a Componente Mental engloba a saúde Mental, o Desempenho Emocional, a Função Social e, por último a Vitalidade.

O SF-36 é considerado um instrumento generalista, por um lado, devido a não avaliar especificamente níveis etários, doenças ou tratamentos e, por outro pode ser administrado e auto-administrado, através de suportes analógicos e digitais ou, por técnica de entrevista.

No que concerne à sua pontuação, o instrumento fornece um índice para cada domínio numa escala de 0 a 100, obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*, representando os seus extremos, em que “0” se considera “pior saúde” e “100”, “melhor saúde” respetivamente (Ferreira *et al.*, 2012; Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b, Ferreira, 1998; Meneses *et al.*, 2002; Ware *et al.*, 1992).

Posto isto, a escolha deste instrumento incidiu sobre inúmeros aspetos pertinentes, designadamente a sua adequabilidade para a presente dissertação, as suas qualidades psicométricas validadas para a população portuguesa para cada escala, a mediana dos coeficientes de fiabilidade iguala ou excede 0,80, com exceção da função social (a média para esta escala com dois itens é de 0.76), apresenta consistência interna elevada (excedem o ponto de corte 0,40) (Ferreira, 1998) e, por sua vez é o mais utilizado em inúmeros estudos nacionais e internacionais no que diz respeito a instrumentos genéricos aferidos para medir as condições de saúde de uma população, bem como eficiente na avaliação de resultados clínicos (Alonso *et al.*, 1995; Barbosa *et al.*, 2017; Cruz *et al.*, 2019; Meneses *et al.*, 2002; Sette & Capitão, 2018; Severo, 2006; Silveira *et al.*, 2018).

Na presente amostra diferentes domínios do SF-36 apresentaram excelentes índices de consistência interna, nomeadamente no funcionamento física ($\alpha=,92$), dor corporal ($r=,92$). Foram apurados bons níveis de consistência interna nos domínios de desempenho físico

($\alpha=,80$), saúde geral ($\alpha=,80$), desempenho emocional ($\alpha=,78$) e função social ($r=,82$). Nos domínios de saúde mental ($\alpha=,60$) e de vitalidade ($\alpha=,41$) os níveis de consistência apurados eram sofríveis.

3.3 - Procedimentos

A investigação foi desenvolvida seguindo rigorosamente as normas éticas que regulam a investigação científica, designadamente o código de conduta ética em investigação do ISCTE-IUL. A informação recolhida é confidencial e utilizada única e exclusivamente no contexto deste estudo.

A recolha de dados realizou-se online através da plataforma qualtrics. Todas as análises foram efetuadas com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para a realização da análise estatística consoante os objetivos e variáveis propostos inicialmente.

Capítulo 4 – RESULTADOS

4.1 - Caracterização socioprofissional

A tabela 3 apresenta a caracterização socioprofissional dos cuidadores formais a realizar a sua atividade profissional nas ERPI'S. Tal como observado, 59,6% dos cuidadores formais realizaram formação profissional para trabalhar com pessoas idosas, em detrimento de 38,5%, que não realizaram qualquer formação específica. No que diz respeito à situação face ao seu regime laboral, 46,2% encontravam-se numa situação instável, nomeadamente 3,8% trabalhava sem contrato de trabalho, 1,9% a recibos verdes, 21,2% com contrato a termo certo e 17,3% com contrato a termo incerto, comparativamente aos restantes 53,8% que apenas trabalhavam num regime estável, com contrato sem termo (efetivo).

O tempo efetivo de trabalho com as pessoas idosas oscilou entre os 6 meses e os 21,6 anos ($M=7,26$ anos; $DP=6,4$ anos), assim como o horário de trabalho variou de 8 horas a 60 horas semanais ($M=38,55$ horas; $DP=8,57$ horas), ao qual na sua maioria, 74% trabalhavam por turnos e, somente 24% trabalhava em horário fixo e 2% ambos.

Quanto aos benefícios legais do trabalhador, os participantes não detinham férias entre os 0 meses e os 4 anos ($M=10,35$ meses; $DP=8,34$ meses), bem como 12% não tinham nenhum fim-de-semana mensal, 8% tinham 1 fim-de-semana, 10% possuíam de 2, 28% de 3 e, por fim 40% usufruíam de todos mensalmente.

Os resultados apontam para uma percentagem de 17,3% de pedidos para baixa médica devido a problemas relacionados com o stresse profissional nos últimos 12 meses, no qual três cuidadores detiveram 15 dias de baixa; dois estiveram 2 meses, um cuidador 9 meses e por último, dois cuidadores permaneceram mais de 2 anos. Por conseguinte, na sua maioria 36,5% afirmam ainda que foram trabalhar algumas vezes doentes, 21,2% bastantes vezes, 25% raramente e, por último 17,3% responderam nunca foram trabalhar o seu estado de saúde alterado.

No que concerne à motivação para a sua profissão de cuidador formal, na sua maioria, 79,5% dos participantes responderam que têm gosto pela área, 6,8% responderam que escolheram a profissão por motivos financeiros, e 9,1% por ser perto do local de trabalho; enquanto que uma minoria, 4,5% responderam outra (e.g. estar desempregado). De ressaltar que 84,6% das pessoas já tiveram outra profissão anteriormente.

Sobre a ideia de mudar de profissão, 65,4% responderam que se tivessem possibilidade, não alterariam a sua profissão, enquanto que 30,8% dos inquiridos responderam que se pudessem mudariam de profissão. As razões apresentadas apontam para o sentimento de falta de valorização profissional, a desmotivação, a procura de melhores condições financeiras de remuneração, de horários fixos; a exaustão/cansaço, limitações físicas e psicológicas e por fim, a falta de tempo para a família. De ressaltar, que 48% tinham filhos menores.

Quando inquiridos sobre as tarefas que dizem respeito às suas funções, predominantemente 88, 5% já realizaram tarefas que não pertencem às suas funções, designadamente apoio administrativo, administração de medicação (e.g., insulina), mudar pensos, ajuda na cozinha/lavandaria, entre outros.

Por último e quanto à área em que sentem mais dificuldade na realização das suas funções, aproximadamente metade (42%) afirmam sentir dificuldades relacionadas com as alterações emocionais da pessoa idosa, 30% na sua mobilização, 6% no que se refere à comunicação com o idoso, 4% no procedimento da alimentação e apenas, 2% no que confere aos cuidados de higiene.

Tabela 3 – Características socioprofissionais

Variável	<i>n</i>	%
Filhos menores		
Sim	24	48
Não	26	52
Situação face ao emprego		
Empregada/o sem contrato de trabalho	1	2
Empregada/o a recibos verdes	1	2
Empregada/o com contrato a termo certo	11	22
Empregada/o com contrato a termo incerto	9	18
Empregada/o com contrato sem termo (efetivo)	27	54
Tipo de horário praticado		
Rotativo por turnos	37	74
Fixo	12	24
Misto	1	2
Quantos fins de semana por mês		
0	6	12
1	4	8
2	5	10
3	14	28
4	20	40
Baixa nos últimos 12 meses relacionada com o stress profissional		
Sim	9	18
Não	41	82
Foi trabalhar estando doente		
Nunca	9	18
Raramente	11	22
Algumas vezes	19	38
Bastantes vezes	11	22
Se pudesse mudaria de profissão		
Sim	14	28
Não	34	68
Realizou formação profissional específica para trabalhar com pessoas idosas		
Sim	30	60
Não	19	38
Realizou outras tarefas que não pertencem às suas funções		
Sim	44	88
Não	4	8
Motivação para trabalhar com pessoas idosas		
Motivos financeiros	2	4
Gosto pela área	35	70
Local de trabalho perto da residência	4	8
Outra	2	4
Área em que sente mais dificuldade		
Mobilização	15	30
Alimentação	2	4
Higiene	1	2
Comunicação	3	6
Alterações emocionais da pessoa idosa	21	42

Estado de Saúde

Tal como exposto na Tabela 4, o funcionamento físico é elevado com uma média de 74,4 e o nível de saúde mental é baixo 36,2. Por sua vez, o desempenho físico é moderado (M=50,5) bem como o nível de dor corporal (M=52,7), de saúde geral (M=57,7), desempenho emocional (M=50). O nível de função social (M=49,3) e de vitalidade (M=40,7) são moderadamente baixos encontrando-se abaixo do valor médio de 50 e o nível de saúde mental reportado é baixo (M=36,2). A mudança de estado de saúde (M=2,8) encontra-se ligeiramente acima do valor médio, significando que no global os participantes consideram que o seu nível de saúde não teve grande alteração quando comparado com o ano anterior.

Tabela 4 - Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 dos cuidadores formais

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Funcionamento Físico	0	100	74,4	23,7
Desempenho Físico	0	100	50,5	38,3
Dor Corporal	0	100	52,7	28,3
Saúde Geral	15	100	57,7	20,2
Saúde Mental	0	76	36,2	19,3
Desempenho Emocional	0	100	50,0	42,2
Função Social	0	100	49,3	30,0
Vitalidade	0	100	40,7	26,5
Mudança de Estado de Saúde	1	5	2,80	0,97

Relação entre as Variáveis Socioprofissionais e os Vários Domínios do Estado de Saúde

Como pode ser observado na Tabela 5, os vários domínios do estado de saúde encontram-se positivamente e moderadamente correlacionados.

A idade encontra-se negativamente correlacionada com a perturbação causada pela SARS-CoV-2 (Covid-19) ($r=-,363$), representando que as pessoas mais novas reportaram maior nível de perturbação causada pela Covid-19 do que as pessoas mais velhas.

O número de horas trabalhadas por semana apresentou-se positivamente relacionada com o número de fins de semana trabalhados e negativamente associada com a dor corporal ($r=-,365$), com a saúde mental ($r=-,458$) e com a vitalidade ($r=-,448$), significando que quanto maior o número médio de horas trabalhado maior seriam a existência de dor, menor o nível de saúde mental e de vitalidade.

O tempo de baixa nos últimos 12 meses encontrava-se negativamente associado com o funcionamento físico ($r=-,938$), com a saúde geral ($r=-,725$) e com a saúde mental ($r=-,715$).

O tempo na profissão demonstrou estar associado negativamente com vários domínios do estado de saúde, nomeadamente com o funcionamento físico ($r=-,324$), com o desempenho físico ($r=-,351$), com a dor corporal ($r=-,340$), com a saúde geral ($r=-,473$) e com a vitalidade ($r=-,310$).

Foi analisado ainda, o grau de perturbação devido à Covid-19 entre 5 a 100, ao qual os resultados apontaram para uma média de 56,78 (DP=23,08). Os dados revelam que este está negativamente associado com o desempenho físico ($r=-,372$), com o desempenho emocional ($r=-,295$), com a mudança de estado de saúde ($r=-,388$) e com o funcionamento social ($r=-,306$).

Tabela 5 – Tabela de correlações entre o estado de saúde e as variáveis socioprofissionais

Domínio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Funcionamento Físico	---													
2.Desempenho Físico	,56**	---												
3.Dor Corporal	,59**	,67**	---											
4. Saúde Geral	,68**	,65**	,73**	---										
5. Saúde Mental	,66**	,62**	,70**	,75**	---									
6. Desempenho Emocional	,38**	,73**	,43**	,49**	,63**	---								
7. Função Social	,52**	,59**	,47**	,48**	,66**	-,49**	---							
8. Vitalidade	,68**	,61**	,76**	,77**	,87**	,45**	,57**	---						
9. Mudança de Estado de Saúde	,29*	,46**	,56**	,54**	,57**	,43**	,28*	,61**	---					

10. .Perturbação emocional/Covid-19	- ,00	- ,37**	- ,25	- ,14	- ,26	- ,29*	- ,30*	- ,22	- ,38**	---
11. .Idade	- ,17	,11	,01	- ,05	,01	,13	- ,16	,02	,07	- ,36** ---
12. Horas de trabalho/semana	- ,22	- ,18	- ,36**	- ,22	- ,45**	- ,18	- ,23	- ,44**	- ,25	,19 ,03 ----
13. .Fins de semana a trabalhar/Mês	- ,01	,09	,01	- ,07	- ,14	,06	,07	- ,13	- ,06	,22 - ,04 ,42** ---
14. Tempo de baixa/ano	- ,93**	- ,19	- ,49	- ,72*	- ,71*	- ,28	,19	- ,47	- ,37	- ,49 ,62 ,10 - ,05 ---
15. Tempo da profissão	- ,32*	- ,35*	- ,34*	- ,47**	- ,270	- ,20	- ,11	- ,31*	- ,28	,03 ,11 ,05 ,01 ,21 --

Quanto às restantes variáveis, como pode ser observado na tabela 6, as pessoas que nunca ou raramente foram trabalhar estando doentes apresentam – em regra – melhores indicadores de estado de saúde do que as pessoas que reportaram terem ido trabalhar doentes algumas ou bastantes vezes.

Finalmente, as pessoas que relataram considerarem mudar de profissão apresentaram piores indicadores de estado de saúde ao nível o funcionamento e desempenho físico, da saúde mental e desempenho emocional.

Tabela 6 – Tabela de comparação de médias entre o estado de saúde e as variáveis socioprofissionais

Domínio do estado de saúde	Foi trabalhar estando doente?				$t_{(48)}$	p	d Cohen
	Nunca ou raramente		Algumas ou bastantes				
	$(n=20)$		vezes $(n=30)$				
	M	DP	M	DP			
Funcionamento Físico	87,8	13,62	65,5	23,0	4,056	,000	0,495
Desempenho Físico	72,5	35,3	35,8	33,3	3,684	,001	1,069
Dor Corporal	74,1	23,0	38,5	22,0	5,469	,000	2,179
Saúde Geral	70,9	17,3	49,6	18,1	3,988	,000	1,203
Saúde Mental	49,2	16,8	27,5	15,8	4,595	,000	1,330
Desempenho Emocional	65,0	38,3	40,0	42,3	2,170	,039	0,619
Função Social	71,3	30,6	34,2	25,0	4,694	,000	1,320
Vitalidade	58,3	26,1	29,0	19,7	4,269	,011	1,267
Mudança de Estado de Saúde	3,2	1,2	2,50	0,73	2,413	,022	0,133

Domínio do estado de saúde	Considera mudar de profissão?				$t_{(46)}$	p	d Cohen
	Sim $(n=14)$		Não $(n=34)$				
	M	DP	M	DP			
Funcionamento Físico	58,6	29,1	80,9	18,8	-2,618	,018	0,910
Desempenho Físico	28,7	30,8	58,1	38,3	-2,804	,009	0,845
Dor Corporal	41,1	28,6	56,0	27,0	-1,657	,111	0,535
Saúde Geral	47,4	24,0	61,9	17,8	-2,036	,056	0,686
Saúde Mental	25,1	18,1	39,8	17,6	-2,570	,002	0,823
Desempenho Emocional	21,4	31,0	61,8	42,0	-3,247	,002	1,094
Função Social	35,7	29,0	52,2	32,0	-1,636	,960	0,533
Vitalidade	29,3	22,9	44,6	25,1	-2,042	,051	0,636
Mudança de Estado de Saúde	2,5	0,76	2,9	0,95	-1,471	,152	0,046

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo primordial descrever o perfil sociodemográfico e socioprofissional dos cuidadores formais a exercerem a sua atividade laboral nas estruturas residenciais para a Pessoa Idosa (ERPI'S), assim como abordar a relação deste, da sua qualidade de vida e os vários domínios do seu estado de saúde, físico e mental.

Tal como esperado, houve uma predominância de cuidadores do sexo feminino (86%), resultados que entram em consonância, na sua totalidade, com os autores da revisão da literatura efetuada no presente estudo. Depreende-se que, esta profissão se caracteriza por uma certa feminização, refletindo essencialmente, por excelência, na sociedade, a figura tradicional da mulher-mãe, portadora de práticas de cuidar ao idoso e crianças, transmitidas inergacionalmente por mulheres, produzindo deste modo, à priori, no que diz respeito à seleção dos candidatos, uma escolha primordial da mulher, justificada prevalentemente, por estes valores socioculturais e afetivos (Barbosa, 2016; Bogalho, 2017).

Continuamente, Barbosa (2016) reflete que, a idade dos candidatos pode interferir no processo de recrutamento profissional, considerando por parte das entidades empregadoras, preferencialmente um trabalhador com uma idade detentora, passível de experiência pessoal e profissional, indicando que se detiver uma idade jovem não terá essa experiência, justapondo com uma idade perto da reforma, que pressupõe o surgimento de interferências no estado saúde normal do indivíduo, que poderá interferir na elaboração das suas funções, bem como num acréscimo de solicitação de baixas médicas. Desta forma, pode justificar os cuidadores do presente estudo apresentarem uma Média de 40,30 anos, o que demonstra consonância com a literatura científica revista (Alves, 2018; Arraia, 2018; Barbosa, 2016; Bogalho, 2017; Carvalho, 2019; Ferreira, 2016; Loureiro, 2016; Pereira, 2019; Ribeiro, 2019; Veiga, 2016).

Por conseguinte, no que diz respeito ao Estado Civil, predominantemente 62% eram casados, corresponde à literatura científica investigada (Alves, 2018; Bogalho, 2017; Chambel, 2016; Loureiro, 2016; Martins *et al.*, 2019; Pinheira & Beringuilho, 2017; Veiga, 2016 e, 48% tinham filhos (Alves, 2018; Chambel, 2016; Pinheira & Beringuilho, 2017).

No que concerne ao nível de escolaridade e formação profissional realizada para trabalhar com pessoas idosas, 74% dos inquiridos situaram-se no nível de escolaridade de secundário, dado como exemplo, coincide com uns estudos (Loureiro, 2016) e corrobora com outros, onde o grupo representativo é variado, designadamente 3º ciclo (Bogalho, 2017; Chambel, 2016; Pereira & Beringuilho, 2017; Veiga, 2016) e, 2º Ciclo (Alves, 2018; Martins *et al.* 2019) respetivamente. Estes resultados constituem um bom indicador, podendo aferir-se que esta classe profissional detém habilitações mais elevadas do que outrora.

Continuamente, no que diz respeito à formação profissional realizada para trabalhar com pessoas idosas, 59,6% dos cuidadores formais realizaram formação profissional, em detrimento de 38,5%, que não realizaram qualquer formação específica. Estes resultados estão de acordo com os estudos científicos de Veiga (2016) e Pinheira e Beringuilho (2017) que relatam que os seus participantes, predominantemente detêm de formação. Porém, corroboram com o estudo de Loureiro (2016) e de Ferreira (2016) que, afirmam que os cuidadores, na sua maioria não tem formação específica na área. Estes resultados poderão se encontrar relacionados com o quadro de instabilidade referido na revisão da literatura, nomeadamente, denota-se que, estes profissionais ao longo dos anos, bem como atualmente, por um lado, detêm inúmeros designios na sua nomenclatura profissional e, por outro a lei vigente designa-os num carácter generalista, sem ressaltar as definições específicas das suas funções e diferenciação de outros profissionais. Subsiste ainda, oferta formativa totalmente diferenciada, assim como é permitido acesso à profissão aos trabalhadores integrados no

contexto laboral, independentemente das habilitações legalmente obrigatórias. Deste modo, é possível encontrar profissionais com formação proveniente de Centros de Formação do IEFP, entidades privadas e escolas secundárias (Beringuilho, 2013), com formação adquirida no próprio contexto laboral (Pinheira e Beringuilho, 2017) ou até, não usufruírem de qualificações específicas no campo que realizam a sua atividade laboral (Beja, 2015; WHO, 2004). Posto isto, é frequente reconhecer cuidadores com níveis de escolaridade e detentores de formação diversificados a exercerem a sua atividade profissional, o que poderá explicar os resultados dos dados do presente estudo.

No que diz respeito à situação face ao seu regime laboral, 46,2% dos cuidadores encontravam-se numa situação instável, com contrato com termo ou unicamente sem contrato laboral, comparativamente aos restantes 53,8% que trabalhavam num regime estável, com contrato sem termo (efetivo). O presente estudo entra em conformidade com o de Alves (2018), que reflete que o número de trabalhadores com contratos a termo certo ou sem termo é semelhante em ambas as situações. Ainda foi possível aferir no presente estudo que, predominantemente, os cuidadores trabalhavam por turnos. Os resultados apontam para pedidos de baixa médica devido a problemas relacionados com o stresse profissional, contrapondo com o estudo de Alves (2018) que, apresentou uma média mais elevada de pedidos num período que media 6 meses.

Verificou-se que o tempo de baixa nos últimos 12 meses encontrava-se negativamente associado com o funcionamento físico, com a saúde geral e com a saúde mental, resultados similares encontrados noutros estudos (Alves, 2018; Ferreira, 2016; Bogalho, 2017), que refletem que este grupo profissional acarreta riscos profissionais, designadamente o stresse, fatores psicossociais, exigência físicas e emocionais.

Arraia (2018) e Bogalho (2017), expõem que as características das condições de

trabalho, assim como as especificidades organizacionais, tais como a renumeração, a perspectiva de carreira e a instabilidade profissional são fatores que contribuem para o stresse, por sua vez, Alves (2018) refere que, trabalhar por turnos rotativos e com um vínculo contratual instável, apresenta maior risco psicossocial e um ambiente de insegurança laboral nos trabalhadores e, por um lado, ainda se encontram propensos a adquirir prejuízos na sua saúde mental devido a um horário laboral diversificado (DGEASI (2012),WHO, 2015) e pluralidade de tarefas (Bogalho, 2017), por outro prejuízos a nível físico, propensos a adquirir perturbações musculoesqueléticas (Veiga, 2016).

Por conseguinte, no que diz respeito ao número de horas trabalhadas semanalmente, bem como ao usufruimento de férias e fins-de-semanas, segundo o Código do Trabalho (BTE n.º 31/82 de 08/2015), não se encontram de acordo com os parâmetros legais. A lei declara que os cuidadores formais devem trabalhar 37 horas semanais, detêm o direito de auferirem férias 22 dias de férias consecutivos por ano civil e um domingo de 7 em 7 semanas, o que não se verificou na amostra.

No entanto, apesar do número de horas trabalhadas por semana estar positivamente relacionada com o número de fins de semana trabalhados, encontra-se negativamente associada com a dor corporal, com a saúde mental e com a vitalidade, significando que quanto maior o número médio de horas trabalhado, maior seriam a existência de dor, menor o nível de saúde mental e de vitalidade, o que corresponde à literatura que considera uma atividade laboral considerada desgastante, resultado da pluralidade de tarefas que têm de desempenhar, que tem como consequências repercussões a nível físico e psicológico para o cuidador (Bogalho, 2017), nomeadamente aqueles que trabalham mais horas, apresentam sintomatologia associada a menor saúde mental como por exemplo obsessão-compulsão, depressão e hostilidade (Cardiga, 2014) e no estudo de Veiga (2016), as dores musculares e

articulares são referidas por 82,5% da amostra. Por conseguinte, na sua maioria, os cuidadores afirmam ainda que, foram trabalhar doentes, o que corresponde aos estudos de Cardoso (2015) e Veiga (2016).

O tempo efetivo de trabalho com as pessoas idosas oscilou entre os 6 meses e os 21,6 anos, no qual, correlacionada a profissão com os vários domínios de saúde, demonstrou estar associado negativamente com o funcionamento físico, com o desempenho físico, com a dor corporal, com a saúde geral e com a vitalidade. Os resultados estão em conformidade com o pressuposto de Pereira e Beringuilho (2017), à medida que aumenta o tempo efetivo de trabalho com a pessoas idosas, existe uma propensão de maior sobrecarga psicológica e emocional, designadamente o stresse (Bogalho, 2017) uma correlação negativa no domínio de relações interpessoais (Costa, 2017) e, por último no que refere aos resultados do estudo de Veiga (2016), apresentam uma maior expressividade ao nível da mobilidade física, dor, perturbações do ciclo sono/vigília e, por fim sensação de falta de energia (Veiga, 2016).

Aquando inquiridos sobre as tarefas que dizem respeito às suas funções, alguns dos participantes referiram realizar tarefas que não pertencem às suas funções, designadamente apoio administrativo, administração de medicação (e.g., insulina), mudar pensos, ajuda na cozinha/lavandaria, entre outros, que vão de encontro à caracterização desta classe de trabalhadores, claramente demarcada por uma pluralidade de tarefas que assumem e sobrecarga de trabalho, apontadas em inúmeros estudos, dando como exemplo Bogalho (2017); Pereira e Beringuilho (2017) e Veiga (2016), o exercício das suas funções em trabalhos diversificados. De ressaltar, especificamente os dados obtidos na presente dissertação que vão de encontro ao estudo de Constantino (2016), aferindo que outros cuidadores formais são responsáveis pela administração de medicação sem supervisão em 15,4% das Instituições, sendo os principais responsáveis numa das Instituições (2,6%) pela

gestão da medicação, bem como na mesma percentagem, pela monitorização da terapêutica (2,6%), e pela reconciliação da terapêutica (2,6%). Ainda, sozinhos, são responsáveis pela preparação da medicação (7,7%), conferem também a medicação adquirida na farmácia em 8 Instituições (30,9%), de forma regular e mais irregular. Deste modo, é possível afirmar que esta função realizada por estes profissionais não estão de acordo com os trâmites legais, notoriamente fora das suas competências, sem formação na área da terapêutica medicamentosa, sendo esta área responsável pelos profissionais de enfermagem, porém, existe um indiscutível contrassenso devido à lei inexistente no Código de Trabalho, que não faz referência à obrigatoriedade da permanência de enfermeiros nas ERPI'S, não obstante não poderão se estes profissionais a exercerem funções nesta área, tendo claramente uma possível afeção na qualidade de cuidados prestados a pessoa idosa.

Quanto à área correspondente à saúde mental que sentem mais dificuldade na realização das suas funções, aproximadamente metade, afirmaram sentir dificuldades relacionadas com as alterações emocionais da pessoa idosa, estes dados estão em conformidade com os encontrados por Martins *et al.* (2019) e Pereira e Marques (2014), bem como os de Loureiro (2016) que apresenta dificuldades nas alterações emocionais associada particularmente aos idosos que apresentam demência.

Seguidamente, no que diz respeito à saúde física, 30% dos cuidadores do presente estudo referiram dificuldade na técnica de mobilização. Com estes resultados refletir sobre a escassa/diferenciação de formação obtida por estes cuidadores, bem como a dimensão de Saúde Mental apresentada encontrar-se num valor baixo. Podemos afirmar que para colmatar estes resultados, por um lado, com a formação adequada, estes trabalhadores adquirem competências na área interpessoal da relação com o idoso, com as suas especificidades e diferentes patologias, por outro, capacita-os na administração de técnicas de posicionamento

e mobilização, que por sua vez, vão prevenir o risco de adquirirem Perturbações Musculoesqueléticas e aumentar o seu desempenho físico, logo, irá resultar numa diminuição das dificuldades encontradas.

Quanto aos valores obtidos nos domínios avaliados pelo SF-36 dos cuidadores formais o desempenho físico é moderado bem como o nível de dor corporal, de saúde geral e desempenho emocional. De ressaltar que o nível de saúde mental é baixo e o nível de função social e de vitalidade são moderadamente baixos encontrando-se abaixo do valor médio de 50. Estes resultados são similares ao estudo de Pereira e Beringuilho (2017) que avaliou a qualidade de vida deste grupo profissional e, por sua vez, explana valores obtidos baixos em todos os domínios, designadamente o domínio físico, psicológico, relações sociais e domínio ambiental e, particularmente refere, existir impacto dos níveis de qualidade de vida devido a situações emocionais exigentes, que têm como consequência desgaste físico e mental.

Os vários domínios do estado de saúde encontram-se positivamente e moderadamente correlacionados, com a exceção do domínio de função social que ao contrário do expectável, inesperadamente, encontra-se negativamente corelacionada com os restantes domínios, significando que um maior nível de saúde nos outros domínios está associado a um menor funcionamento social (e vice-versa). Por um lado, estes resultados poderão ser explicados por o regime de trabalho em turnos rotativos que alguns cuidadores frequentam, que por sua vez apresentam um maior desgaste, o que poderá diminuir o domínio social. Por outro lado, o estudo de Veiga (2016), expõe que quanto maior o número de horas de trabalho, menor será o défice na saúde relacionado com a dimensão de “isolamento social”.

No que concerne à motivação para a sua profissão de cuidador formal, na sua maioria, os participantes responderam que têm gosto pela área, o que aponta para estudos como o de

Arraia (2018) em que os participantes demonstram níveis de satisfação profissional elevados no que respeita ao orgulho na profissão e, de igual modo, Martins *et al.* e Chambel (2016), entre outros, apresentam que os cuidadores têm satisfação no exercício da sua profissão.

Uma ampla maioria respondeu que se tivessem possibilidade, não alterariam a sua profissão, dados similares encontrados noutros estudos (Cardoso, 2015, Chambel, 2016; Martins *et al.*, 2019), enquanto que numa percentagem considerável, os inquiridos responderam que se pudessem mudariam de profissão. As razões apresentadas apontam para o sentimento de falta de valorização profissional, a desmotivação, a procura de melhores condições financeiras de remuneração, de horários fixos; a exaustão/cansaço, limitações físicas e psicológicas e por fim, a falta de tempo para a família, o que vai de encontro à reflexão realizada ao longo da presente dissertação, que dizem respeito à instabilidade vigente deste grupo profissional, bem como todas as suas especificidades e nuances.

Por fim, tal como expetável, as pessoas que relataram considerar mudar de profissão apresentaram piores indicadores de estado de saúde ao nível o funcionamento e desempenho físico, de saúde mental e de desempenho emocional. Com exceção da função social, em que as pessoas que consideram mudar de profissão apresentam maior funcionamento social. Depreende-se deste modo, que estes sentem-se desvalorizados socialmente e profissionalmente, a sua saúde mental e física encontra-se debilitada, logo é importante cuidar destes cuidadores, pois é desejável que continuem a exercer a sua atividade profissional para que o conhecimento acumulado se preserve.

Em jeito de síntese, de acordo com os objetivos da presente dissertação, bem como os resultados obtidos, podemos descrever o perfil sociodemográfico e socioprofissional, aliado ao seu estado de saúde, dos cuidadores formais a exercerem a sua atividade laboral em ERPI'S. Este caracteriza-se por ser um indivíduo do género feminino (86%) de meia-idade

(M=40,30 anos), casado (62%), com filhos menores (48%) e com o nível de escolaridade corresponde ao secundário (74%) e detentor de determinada formação (59,6%).

No que concerne às variáveis socioprofissionais, determina-se por ser um indivíduo não só em regime de contrato vinculativo estável sem termo formal (46,2%), mas também, em regime de contrato instável com termo (53,8%). Apresentam um tempo de serviço de 7 anos, com um horário de trabalho com uma amplitude de 8 a 60/h semanais e 74% a exercer em regime de turnos rotativos, sem usufruir férias entre 0 a 4 anos e 17,3% de solicitações para baixa médica, exercendo 36,5% doentes algumas vezes.

Quanto à motivação para trabalhar com a pessoa idosa 79,5% escolheram por gosto e 65,4% não alterariam a sua profissão.

No que diz respeito à especificidade das suas funções 88,5% realizaram tarefas que não pertencem às suas funções e a área de maior dificuldade refere-se às alterações emocionais no idoso (42%).

Relativamente ao seu Estado de Saúde apresenta um nível de funcionamento físico elevado) e um nível de saúde mental baixo. O desempenho físico é moderado bem como o nível de dor corporal, de saúde geral e desempenho emocional (M=50). O nível de função social e de vitalidade são moderadamente baixos encontrando-se abaixo do valor médio de 50. A mudança de estado de saúde encontra-se ligeiramente acima do valor médio, significando que no global os participantes consideram que o seu nível de saúde não teve grande alteração quando comparado com o ano anterior.

Também se verificou que quanto mais tempo de experiência profissional e maior número de horas trabalhadas, menor era a sua saúde no geral.

Foi analisado ainda, o grau de perturbação devido à Covid-19, cujos resultados apontaram para um nível moderado de grau de perturbação emocional associado à pandemia. É de referir que os dados foram recolhidos durante a crise epidemiológica e que estes profissionais, de uma forma geral, tiveram de lidar com um dos grupos de risco de maior vulnerabilidade e que estiveram sujeitos a elevadas pressões e suscetibilidade de serem infetados.

A investigação à semelhança de outros estudos desta envergadura, também apresenta limitações. Deste modo, torna-se relevante destacar o número limitado de sujeitos que de participantes, o que refletiu ao nível da descrição e conceptualização dos resultados e da representatividade da amostra em relação à população em estudo.

Perante o exposto, o presente estudo responde ao objetivo da investigação e contribuiu para analisar o perfil de cuidadores formais em Portugal e as suas condições de Saúde, o que por sua vez acreditamos poder colaborar para melhorar a saúde ou prevenir os riscos inerentes a esta profissão, bem como resultante, melhorar a qualidade de cuidados prestados à pessoa idosa.

Face aos resultados obtidos, pode-se aferir a necessidade de políticas legislativas emergentes para a formação, estabilização e definição desta profissão, bem como auscultar as necessidades prevalentes dos cuidadores formais que as apresentam a nível individual, organizacional e contextual, para que se possam proceder de forma eficaz às respetivas alterações.

A Comissão Europeia (2012) expõe os riscos dos grupos profissionais do setor da saúde, incluindo, a pressão do tempo; estruturas hierárquicas rígidas; falta de gratificação e recompensa; a liderança pessoal inadequada; a falta de informações relevantes; a falta de

apoio dos quadros de gestão; os esforços relacionados com o trabalho (trabalho por turnos, trabalho noturno, horários irregulares); determinantes das Perturbações Musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso; conflitos sociais, assédio, coação, violência e discriminação; dificuldades no domínio da comunicação e da interação, incluindo a incapacidade de compreender a linguagem corporal; organização, conflitos sociais, assédio, coação, violência e discriminação; dificuldades no domínio da comunicação e da interação, incluindo a incapacidade de compreender a linguagem corporal e, por fim organização do trabalho não ideal (questões de organização de horários). Fatores de risco que, na sua maioria foram refletidos no presente estudo, que poderão ser estruturais para executar alterações ou novos preceitos relativamente aos cuidadores formais.

De ressaltar que, os fatores de saúde, o contexto organizacional e laboral que estão subjacentes aos cuidadores, que se entrecruzam e se influenciam mutuamente, instalando-se assim uma espécie de ciclo vicioso, que vão ter repercussões na economia, nas organizações, no cuidador, no ato de cuidar e indiscutivelmente, no idoso, que é um bem dotado de conhecimento e com o direito de receber cuidados qualificados que promovam a sua qualidade de vida ao longo da sua senescência.

Assim, sugere-se que se continue a elaborar estudos neste âmbito para possibilitar “Cuidar de quem cuida” e deste modo, melhorar a qualidade de cuidados prestados à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- Alonso, J., Prieto L., Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionário de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*: (104), 771-776.
- Alves, C. A. B. (2018). Stress e riscos psicossociais em cuidadores formais de idosos dependentes na vila de Fátima [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria]. Repositório Lusófona. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/9610>
- Arraia, D. F. L. (2018). Satisfação dos colaboradores de uma IPSS. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Tomar]. Repositório Universidade Fernando Pessoa <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3876/1/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Colaboradores%20de%20uma%20IPSS%20-%20Estudo%20de%20Caso%20-%20Guilherme%20Santos.pdf>.
- Barbosa, A. F.C. (2016). A Igualdade de Género nas Políticas de Recrutamento e Seleção nas IPSS. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Repositório Universidade do Porto <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84476/2/138365.pdf>.
- Barbosa, L. D. M., Noronha, K., Spyrides, M. H. C., & Araújo, C. A. D. D. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 34(2), 391-414.
- Beja, A. (2015). Auxiliares de Saúde em Portugal: percurso e desafios. *Revista RETS - Rede*

Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. 6. 10-11.

Beringuilho, F. A. R. (2013). Quem cuida os idosos?: formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas [Dissertação de doutoramento, Escola Superior de Educação] Repositório ESCB <https://core.ac.uk/download/pdf/62720294.pdf>.

Bogalho, M. M. D. (2017). Stress ocupacional e coping em cuidadores formais (ajudantes de ação direta) de idosos (in) dependentes institucionalizados. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] Repositório Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5837/1/DM_%20Maria%20Bogalho.pdf.

Cardoso, A. S. S. (2015). “Cuidar para apessoar”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. [Dissertação de Grau de Doutoramento, ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/10941>.

Carvalho, C. M. M. (2019). *Envelhecimento e Cultura Organizacional: Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório das Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/browse?type=author&value=Carvalho%2C+Cl%C3%A1udio+Marcelo+Mateus>.

Chambel, D. A. A. (2016). Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais (Dissertação de Doutoramento, Escola Superior de Saúde]. Repositório Instituto Politécnico de Portalegre]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17845/1/Trabalhar%20com%20Idosos%20Institucionalizados%20An%C3%A1lises%20dos%20Niveis%20de%20Sobrecarga>

[%20de%20Cuidadores%20Formais.pdf](#).

Comissão Europeia. Direção-Geral do Emprego dos Assuntos Sociais e da Inclusão. (2012).

Riscos de segurança e saúde no trabalho no setor da saúde: Guia de prevenção e boas práticas. doi:10.2767/78438.

Constantino, I. P. (2016). Gestão da Medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIS): avaliação das Condições Estruturais das ERPI. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria] Repositório Universidade de Leiria. <https://core.ac.uk/display/75549078>.

Costa, D. G. (2017). Cuidadores formais de idosos: burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia]. Repositório Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33348/1/ulfpie052878_tm_tese.pdf.

Cruz, B. L., Simioni, P. U., & do Carmo, T. A. (2019). Qualidade de vida entre consumidores de substâncias psicoativas. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, (Edição em Português), 15(3), 1-9.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde [DGS], (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa.

DGS. (2015). Proteção social das pessoas idosas. Lisboa: DGS.

Diário da República n.º 67/12, Série I-B de 2012-03-21.

Diário da República BTE n.º 31/82 de 08/2015.

Direcção-Geral da Saúde [DGS], (2017b). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Ferreira, J. A. V. (2016). O processo de cuidar da pessoa idosa com doença de Alzheimer (DA) numa estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI): perspetivas das ajudantes de ação direta (AADA). [Dissertação de Mestrado UCP]. Repositório UCP Lisboa. <https://pt.scribd.com/document/443408854/Dissertacao-Processodecuidar-versaopdf-pdf>.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N. & Pereira L. N. (2016). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*: 30(2): 163-71. doi 10.1016/j.rpsp.2012.12.007.

Ferreira, Pedro Lopes. (2000a) Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta medica portuguesa* 13.1-2: 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II— Validation tests. *Acta medica portuguesa*, 13(3), 119-27.

Ferreira, P. L. (2000) "Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation." *Acta medica portuguesa* 13.1-2: 55-66.

Ferreira, P. L. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS

SF-36. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Estimativas de População Residente em Portugal*. Acedido em janeiro de 2020, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2.

ISS, I. P. (2017). Guia Prático - Apoios sociais - Pessoas idosas, (N35J – V4.11).

Lopes, I. S. S. (2017). Estrutura Residencial sem fins lucrativos para Pessoas Idosas: gestão de recursos por níveis de complexidade de cuidados. [Tese de Doutoramento, ISCTE-Instituto Superior de Lisboa]. Repositório ISCTE. <https://www.iscte-iul.pt/tese/7234>.

Loureiro, M. A. P. (2016). Cuidador formal e a demência de Alzheimer. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Bragança]. Repositório do IP de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14349/1/Tese%20Final%20Impress%C3%A3o.pdf>.

Martins, I., Guerra, M., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 291-313.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da Qualidade De Vida (QDV) de adultos com Epilepsia. II: facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 119-139.

Morse, J. M., Bottorff, J., Neander, W., & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. Image: *Journal of Nursing Scholarship*,

23(2), 119- 126. doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x.

MTSSS (2017). *United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) - Third review and appraisal of the regional implementation strategy (RIS) of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

MTSSS (2019). Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2018, <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>.

Pellegrino, E. (1985). The caring ethics: the relation of physician to patient. In A. H. Bishop & J. R. Scudder (Eds.), *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships*. Birmingham, England: University of Alabama Press.

Pereira, L., S., R. (2019). Uma missão chamada Cuidar. Projeto de intervenção social desenvolvido numa Estrutura Residencial para pessoas idosas. [Dissertação de Mestrado, ESSE]. Repositório P. Porto. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/15708>.

Pereira, S. A., & Marques, E. M. B. G. (2014). Difficulties of caregivers formal institutionalized elderly. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 133-139.

Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD: *Revista de Psicologia*, 1(2), 225-236.

Pinto, L. & Róseo, F. (2014). Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces de Saúde*, 1, 20-29. ISSN 2358-517X.

PORDATA, (2018). *Índice de envelhecimento na Europa*. – Estatísticas, Gráficos e

- Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em janeiro de 2020, disponível em <https://www.pordata.pt/Pesquisa/INDICE%20ENVELHECIMENTO>.
- Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. & Cantarino, S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV - nº10. ISSNp: 0874.0283.
- Ribeiro, M. L. (2019). “Boas Práticas” nos cuidados formais a pessoas idosas: a perspetiva dos profissionais e das pessoas idosas. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório <https://core.ac.uk/display/286130544>.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª ed. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sette, C. P., & Capitão, C. G. (2018). Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 265-277.
- Severo, M. I. L. T. O. N., Santos, A. C., Lopes, C. A. R. L. A., & Barros, H. E. N. R. I. Q. U. E. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Med Port*, 19(4), 281-7.
- Silveira Sampaio, L., dos Santos Santana, P., Vieira da Silva, M., Santos Oliveira Sampaio, T., & Araújo dos Reis, L. (2018). Qualidade de Vida e Depressão em Cuidadores de Idosos Dependentes. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 21(1).
- Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais:

Princípio.

Veiga, R. J. S. (2016). *Determinantes das perturbações musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso*. Dissertação apresentado para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu: Viseu.

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Freitas, M. & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Min. Enfermagem*, 15(3): 348-355.

Ware, J. E. BROOK RH, DAVIES AR, LOHR KN. 2002 Choosing measures of health Status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health* 1986; 71: 620- 625.

Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). (1992) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*.;30:473–83.

World Health Organization. (2015). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Genebra, Suisse: WHO publishing.

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

ISS

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Genebra, Suisse: WHO publishing.

ANEXOS

Anexo A – Consentimento Informado

Objetivo

Este estudo dirige-se a trabalhadores/as que prestam cuidados a pessoas idosas em unidades residenciais há mais de 3 meses (por exemplo, ajudantes de ação direta, técnicos/as de serviço social, psicólogos/as, enfermeiros/as, médicos/as, entre outras categorias profissionais que prestem cuidados diretamente. Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida, estado de saúde e satisfação com o trabalho dos). Este trabalho não visa avaliar as instituições nem a prestação de cuidados por parte dos profissionais.

Enquadramento

Este estudo está a ser levado a cabo por uma equipa de investigação do Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, com a coordenação científica de Marta Matos (Investigadora Integrada e Professora Auxiliar Convidada) e Isabel Correia (Investigadora Integrada e Professora Associada) e enquadra-se nos projetos de dissertação do Mestrado em Psicologia Social da Saúde e Mestrado e Ciências das Emoções, com vista à obtenção do grau de mestre das estudantes Bruna Pinheiro e Miriam Marques.

Explicação do Estudo

A sua participação no presente estudo implica o preenchimento de um questionário, com a duração esperada de 20 minutos.

Confidencialidade e Anonimato

Todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e serão utilizados exclusivamente no âmbito desta investigação.

Participação voluntária e informada

A sua participação é totalmente voluntária. Embora esta possa acarretar ligeiros desconfortos, como sentir-se cansado/a ou aborrecido/a, poderá recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento. Finalmente, por este estudo se debruçar sobre um assunto que lhe é familiar e relevante, a sua participação poderá trazer-lhe alguma satisfação.

Contatos da equipa de investigação

Os seguintes contatos podem ser usados para fazer questões sobre a investigação ou manifestar alguma preocupação ou reclamação.

Marta Matos, marta.matos@iscte-iul.pt,

Contato do centro de investigação: cis@iscte-iul.pt, 210 464 017

Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO ☐ NÃO ACEITO ☐

Anexo B – Questionário sociodemográfico e socioprofissional

País de Origem:

Qual a sua área de residência?

Norte

Centro

Sul

Área metropolitana de Lisboa

Área metropolitana do Porto

Açores ou Madeira

Qual a sua categoria profissional/profissão? _____

Sexo: F_____ M_____ Idade: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil:

Casado (a)/União de facto _____ Solteiro(a) _____ Viúvo(a) _____ Divorciado(a) _____

Composição do agregado familiar:

- Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? _____

- No seu agregado, quantas pessoas são menores? _____

- No seu agregado, tem alguma pessoa idosa ou com deficiência a seu cuidado?

Sim _____ Não _____

Habilitações Literárias: 1º Ciclo _____ 2º Ciclo _____ Ensino Secundário _____ Ensino Superior _____

Dados Profissionais:

Situação face ao emprego:

Empregada/o sem contrato de trabalho _____

2 Empregada/o a recibos verdes _____

3 Empregada/o com contrato a termo certo _____

4 Empregada/o com contrato a termo incerto _____

5 Empregada/o efetiva _____

6 Outra: Qual? _____

Exerce funções em mais de uma Instituição? Sim____ Não ____

Quantas horas de trabalho realiza por semana, em média? ____

Tipo de horário praticado: Rotativo por turnos____Fixo____Misto____

Fins de Semana Trabalhados por Mês: ____

Há quanto tempo fez férias pela última vez? ____ (Meses)

Nos últimos 12 meses, teve de pedir baixa médica devido a problemas relacionados com o stress profissional? Sim____ Não ____

Se sim, quanto tempo?____meses

No último ano faltou ao serviço?

Nunca ____

Raramente ____

Algumas vezes ____

Bastantes vezes ____

No último ano foi alguma vez trabalhar estando doente?

Nunca ____

Raramente ____

Algumas vezes ____

Bastantes vezes ____

Se pudesse mudaria de profissão?

Sim ____

Não ____

Se Sim, quais as razões que o levariam a essa mudança?

Realizou **formação profissional** específica para trabalhar com pessoas idosas, antes de começar a trabalhar com pessoas idosas? Sim Não

A instituição que trabalha atualmente, proporciona formação contínua?

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Há quanto **tempo** trabalha com pessoas idosas? (Meses)

Já teve outra profissão anteriormente?

- Alterações Emocionais da pessoa idosa ☐

Anexo C – Questionário de Estado de Saúde (SF-36)

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.			
Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Atividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i. Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

*Por favor, em cada linha, selecione 1 se a resposta for Sim
ou 2 se a resposta for Não*

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras atividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

*Por favor, em cada linha, selecione 1 se a resposta for Sim
ou 2 se a resposta for Não*

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria?	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, selecione o número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
nada	2	3	4	5
1				

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	fracas	3	4	5	6
	2				

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
nada	2	3	4	5
1				

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque seleccione número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
--	--------	------------------------------------	-------------------	----------------	----------------	-------

a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

....

b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---

.....

c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

.....

d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

...

e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior	Algum	Pouco	Nunca
1	parte	Tempo	Tempo	5
	do tempo	3	4	
	2			

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5