

Soraia Cristina Gonçalves Manuel

*Perfil e recrutamento dos cuidadores de idosos institucionalizados na
região do Algarve*



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO, HOTELARIA E TURISMO

2018

Soraia Cristina Gonçalves Manuel

*Perfil e recrutamento dos cuidadores de idosos institucionalizados na
região do Algarve*

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos
Humanos

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Gabriela
Gonçalves e da Professora Doutora Nídia Braz



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
ESCOLA SUPERIOR DE GESTÃO, HOTELARIA E TURISMO

2018

Declaração de autoria de trabalho

Perfil e recrutamento dos cuidadores de idosos institucionalizados na região do Algarve

“Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas”

Universidade do Algarve, 26/09/2018

Assinatura: _____

Copyright © Soraia Cristina Gonçalves Manuel

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, desde que seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Agradeço...

A todas as **Instituições**, que mesmo com as suas responsabilidades conseguiram disponibilizar parte do seu tempo para participarem neste estudo.

À **Professora Gabriela Gonçalves** pelo acompanhamento, dedicação e competência demonstrados ao longo de todo este percurso académico.

À Professora **Nídia Braz** pelo apoio dado no primeiro contacto com as instituições participantes neste estudo e pelos seus contributos ao longo do trabalho.

Aos **meus pais** pelo incentivo, compreensão, suporte e por serem o modelo que eu quero seguir.

Ao **meu namorado** pela paciência, companheirismo e disponibilidade ao longo desta fase da minha vida.

A todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para que tudo isto fosse possível.

Resumo

Nas últimas décadas temos assistido a um progressivo aumento da esperança média de vida. É certo que essa evolução não é igual em todos os países, mas o aumento é constante. Esta alteração traz consigo diversas mudanças sociais, políticas, demográficas, às quais a sociedade tem de se adaptar.

Com o aumento do índice de envelhecimento, existem mais idosos, muitos terão autonomia para fazer as suas atividades diárias e outros, devido às vicissitudes da vida e às alterações biológicas e físicas não terão. Como tal, é necessário criar-se estruturas que apoiem as famílias, como por exemplo, lares, serviços de apoio domiciliário e centros de dia.

Nestes locais trabalham diversos profissionais, nomeadamente os cuidadores formais de idosos, que foram o alvo deste estudo e, sobre os quais analisamos o perfil de competências valorizadas pelos responsáveis das instituições com base nos processos de recrutamento e seleção e desenvolvimento de competências.

Analisando as entrevistas feitas a 18 instituições da região do Algarve, 95% dos cuidadores formais são do género feminino e 5% do género masculino, a média de idades é 45.8 anos, 67% é natural da região sul de Portugal, 52% é casado/a ou vive em união de facto, 33% tem dois filhos, 38% tem o 3.º ciclo do ensino básico e 14% possui experiência na função.

As principais conclusões que se retiram do estudo são que, apesar da baixa validade preditiva da entrevista, este é o instrumento mais utilizado pelos responsáveis das instituições nos processos de recrutamento e seleção; apenas 44 cuidadores possuíam experiência na função antes de iniciar funções na instituição; a formação é vista como importante mas centra-se em aspetos técnicos e relacionados com a função e descarta um pouco as competências necessárias de um cuidador formal de idosos; a percentagem de cuidadores formais oriundos de outros países é considerável.

Palavras-Chave: Cuidador formal, Formação, Idosos, Perfil, Recrutamento

Abstract

In recent decades we have witnessed a progressive increase in average life expectancy. It is true that this evolution is not the same in all countries, but the increase is constant. This change raises several social, political and demographic changes to which society needs to adapt.

As the aging rate increases, there are more seniors, many of whom will have autonomy to do their daily and other activities, while others will not, due to life's vicissitudes and the biological and physical changes. As such, it is necessary to create structures that support families in this regard, such as residences, home support services and adult day care centers.

In these places work many professionals, among them are formal elderly caregivers, who were the target of this study, and about which we analyse the profile of competences valued by the directors of institutions based on the recruitment and selection and development of competencies.

Analysing the interviews in 18 institutions from the Algarve region, 95% of the formal caregivers are female and 5% are male, the average age is 45.8 years, 67% come from the southern region of Portugal, 52% are married or live in union, 33% have two children, 38% have the 3rd cycle of basic education and 14% have experience in the job.

The main conclusions drawn from the study are that, in spite of the lower predictive validity of the interview, this is the instrument most used by the directors of institutions in the recruitment and selection processes for formal caregivers; only 44 caregivers had experience in the role before starting to work; training is seen as important, but it focuses on technical and function-related aspects and somewhat neglects the needs of a formal elderly caregiver; the percentage of formal caregivers from other countries is considerable.

Keywords: Elderly, Formal caregiver, Profile, Recruitment, Training

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 1 |
| Capítulo I Estado da arte | 3 |
| 1 Envelhecimento: perspectiva biológica | 4 |
| 2 Contextualização nacional e regional..... | 6 |
| 3 Respostas sociais para as pessoas idosas | 9 |
| 4 Cuidadores formais | 13 |
| 4.1. Competências e perfil do cuidador formal de idosos..... | 15 |
| 4.2. A formação e o recrutamento dos cuidadores formais de idosos | 18 |
| 5 Outros aspetos importantes justificativos para a pertinência do tema | 22 |
| Capítulo II Estudo empírico | 25 |
| 6 Investigação Empírica..... | 26 |
| 6.1. Objetivo | 26 |
| 6.2. Metodologia..... | 26 |
| 6.2.1. População e amostra..... | 26 |
| 6.2.2. Instrumento..... | 29 |
| 6.2.3. Procedimento..... | 30 |
| 7 Apresentação e análise de resultados | 32 |
| 8 Discussão dos resultados..... | 41 |
| Capítulo III Conclusões e considerações finais | 45 |
| Conclusões e Considerações finais..... | 46 |
| Referências bibliográficas | 49 |
| Anexo I – Instrumento..... | 56 |

Índice de ilustrações

| | |
|---|----|
| Ilustração 3.1. População com 65 ou mais anos com domicílio em Portugal continental (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015)..... | 11 |
|---|----|

Índice de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 2.1. Taxa de mortalidade e Taxa de mortalidade infantil em Portugal (Pordata, 2017)..... | 6 |
| Tabela 2.2. Esperança de vida aos 65 anos em Portugal (Pordata, 2017) | 6 |
| Tabela 2.3. Índice de envelhecimento e Índice de longevidade em Portugal (Pordata, 2017)..... | 7 |
| Tabela 4.1. Métodos de seleção de RH e amplitude do coeficiente | 20 |
| Tabela 6.1. Caracterização da amostra | 27 |
| Tabela 6.2. Frequência absoluta e relativa dos cuidadores formais por classe etária..... | 29 |
| Tabela 7.1. Média da valorização das características biográficas no processo de recrutamento e seleção dos cuidadores formais | 33 |
| Tabela 7.2. Média das motivações/razões à candidatura para cuidador formal | 34 |
| Tabela 7.3. Frequência absoluta de respostas sobre a personalidade e competências do cuidador formal de idosos | 35 |
| Tabela 7.4. Frequência absoluta das respostas acerca das áreas de formação dos cuidadores formais..... | 36 |
| Tabela 7.5. Frequência absoluta das respostas sobre as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores formais | 37 |
| Tabela 7.6. Frequência absoluta das ações de formação proporcionadas pela instituição, ano 2017 | 40 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 7.1. Estratégias/Técnicas de recrutamento dos cuidadores formais..... | 32 |
| Figura 7.2. Naturalidade dos cuidadores formais | 37 |
| Figura 7.3. Estado civil dos cuidadores formais..... | 38 |
| Figura 7.4. Número de filhos dos cuidadores formais..... | 38 |
| Figura 7.5. Habilitações literárias dos cuidadores formais..... | 39 |

Lista de abreviaturas

CENIE – Centro Internacional sobre o Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RH – Recursos Humanos

Introdução

A esperança de vida à nascença, apesar dos valores variáveis entre os países, tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Por exemplo, em Portugal, em 1960 a esperança de vida era de 64 anos, em 2016 era de 81.3 anos (Pordata, 2017). Estes anos de vida a mais traduzem-se em mudanças de estilos de vida, exigências sociais, comportamentos, novos valores e novas expectativas dos cidadãos e, aquilo que talvez seja mais evidente, o envelhecimento demográfico.

Tal como mostram os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), em 2012 o índice de envelhecimento no Algarve era de 127.8, relativamente próximo do índice nacional (131.1). Comparativamente, em 2016 percebe-se que a população portuguesa está a envelhecer, já que o índice de envelhecimento nesse ano no Algarve era de 140.1 (Portugal – 150.9).

Havendo cada vez mais idosos é necessário que existam mais respostas sociais e que não se descure a qualidade dos serviços prestados. Os investigadores e profissionais têm contribuído largamente para a análise dos processos sociais e organizacionais, contribuindo bastante para a melhoria dos serviços, mas a gestão dos recursos humanos, em particular dos cuidadores formais, tem sido mais descuidada. Em Portugal, os estudos são ainda muito escassos.

Assim, importa conhecer e analisar a gestão dos recursos humanos (RH) nas instituições de apoio a idosos no que diz respeito aos cuidadores formais. Em particular, foi nosso interesse perceber qual o perfil de competências e atributos destes RH definido pelas instituições e, em consequência, os processos diretamente relacionados com as competências e a sua valorização, tais como, o processo de recrutamento e seleção e as estratégias de desenvolvimento das competências, nomeadamente em termos de formação.

Deste modo, este trabalho está organizado em três partes. Na primeira parte, fazemos uma breve abordagem ao conceito de envelhecimento, para depois se apresentarem alguns resultados referentes a indicadores que influenciam este processo, fazendo uma comparação entre o nível nacional e o regional (Algarve). Posteriormente, mostramos quais os tipos de respostas existentes para os idosos, assim como alguns dados estatísticos acerca da procura e da sua distribuição a nível nacional. De seguida,

centramo-nos naquilo que é o cuidador formal, enquanto profissional, descrevendo para isso quais as suas principais funções, as características e exigências do seu papel, assim como alguns aspetos referentes à formação e ao recrutamento destes profissionais.

A segunda parte do trabalho é dedicada à investigação empírica. Pelo que nesta parte encontra-se a descrição dos objetivos, da metodologia e a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Por último, na terceira parte, apresentamos uma análise reflexiva e conclusiva dos resultados e terminamos tecendo algumas considerações relativas ao contributo social e organizacional deste estudo e avançando com propostas de estudos futuros.

Capítulo I

Estado da arte

1 Envelhecimento: perspectiva biológica

O envelhecimento não é um aspeto programado do desenvolvimento, mas sim a deterioração daquilo a que se pode chamar um programa de sobrevivência (American Federation for Aging Research, 2011) ou, segundo a World Health Organization (2015), é um processo ao qual está associado a acumulação gradual de uma grande variedade de danos moleculares e celulares.

Segundo a American Federation for Aging Research (2011) existem várias teorias que têm sido analisadas e utilizadas para explicar o processo de envelhecimento, nomeadamente a teoria baseada em aspetos biológicos, designadamente as ligações entre as proteínas e o DNA e outras moléculas estruturais, que explicam o envelhecimento da pele e o desenvolvimento de certas doenças associadas ao envelhecimento, como por exemplo as cataratas e a aterosclerose. Outra das teorias baseia-se nos radicais livres para explicar o processo de envelhecimento, afirmando que aqueles que não conseguem ser neutralizados pelos antioxidantes têm uma causa direta no envelhecimento (American Federation for Aging Research, 2011).

O envelhecimento está associado também ao progresso tecnológico e à melhoria das condições de vida, o que faz com que aumente não só o número de idosos, mas também o número de idosos mais idosos, ou seja, vive-se cada vez mais anos (Vieira, 2015). Esta fase da vida é vista também como uma tendência demográfica a nível global, derivado do crescimento económico e industrial (Santos, Silva, Oliveira, & Fernandes, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018) pessoa idosa é aquela que tem mais de 60 anos, no entanto esta é uma definição baseada na fisiologia e que está relacionada com a idade em que normalmente as pessoas começam a receber a reforma, não quer dizer que assim seja em todos os países e com todas as pessoas, porque apesar da idade muitos podem ter uma vida ativa.

Para Schroots e Birren (1980, cit in Simões, 2013) o envelhecimento pode ser analisado em três aspetos: a) biológico, a pessoa fica progressivamente mais vulnerável e com maior probabilidade de morrer; b) social, relativo aos diferentes papéis que desempenham traduzindo as expectativas da sociedade para esta população; e c) o

envelhecimento psicológico, ao qual se associa a capacidade do idoso para tomar decisões e de adaptação ao envelhecimento biológico.

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, da World Health Organization (2015), as pessoas podem esperar viver mais de 60 anos e isto deve-se à redução da mortalidade jovem, particularmente durante a infância, e ao parto, à diminuição das doenças infecciosas nos países de baixo desenvolvimento, e à diminuição da mortalidade, nos países mais desenvolvidos.

Por exemplo, no Japão a esperança média de vida é de 84 anos, mais elevada do que a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que é de 80 anos. Este indicador em França e Israel difere um pouco comparativamente com a média da OCDE, situando-se a esperança média de vida nestes países nos 82 anos. Por outro lado, nos Estados Unidos este indicador situa-se nos 79 anos, um ano a menos do que a média da OCDE. Letónia e México situam-se abaixo da média da OCDE, com uma esperança média de vida de 75 anos. A África do Sul por sua vez situa-se 23 anos abaixo da média da OCDE, com uma esperança média de vida de 57 anos.¹

¹ Informação disponibilizada no *site* OECD Better Life Index <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt> acedido em 08 de Agosto de 2018.

2 Contextualização nacional e regional

A taxa de mortalidade corresponde ao número de óbitos registados durante um determinado período de tempo, referido à população média desse período (Pordata, 2017). Em Portugal, a taxa bruta de mortalidade registou uma ligeira diminuição de 1961 até 2016, enquanto, em igual período, a taxa de mortalidade infantil diminuiu significativamente (tabela 2.1.).

Tabela 2.1. Taxa de mortalidade e Taxa de mortalidade infantil em Portugal (Pordata, 2017)

| Ano | Taxa bruta de mortalidade (%) | Taxa bruta de mortalidade infantil (%) |
|------|-------------------------------|--|
| 1961 | 11.2 | 88.8 |
| 1991 | 10.4 | 10.8 |
| 2011 | 9.7 | 3.1 |
| 2016 | 10.7 | 3.2 |

Por outro lado, a esperança de vida aos 65 anos, corresponde ao número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65 anos, pode esperar ainda viver e também tem vindo a aumentar ao longo dos tempos, como é possível verificar na tabela 2.2 (Pordata, 2017).

Tabela 2.2. Esperança de vida aos 65 anos em Portugal (Pordata, 2017)

| Ano | Total | Masculino (n.º) | Feminino (n.º) |
|------|-------|-----------------|----------------|
| 1971 | 13.2 | 11.9 | 14.3 |
| 1991 | 15.8 | 14.1 | 17.2 |
| 2011 | 18.8 | 16.9 | 20.3 |
| 2015 | 19.3 | 17.4 | 20.7 |

Outro dos indicadores que contribui para o aumento do índice de envelhecimento é a baixa taxa de natalidade, que diz respeito ao número de nados-vivos

registados durante um determinado período de tempo (Pordata, 2017). Em 1961 era de 24.4%, em 1991 de 11.7%, em 2011 de 9.2% e em 2016 tinha uma percentagem de 8.4.

Assim, percebemos que estes dados têm implicações na vida e nos padrões demográficos, nomeadamente no índice de envelhecimento, que corresponde ao número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Caso um país tenha um índice de envelhecimento inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens, o que não se verifica em Portugal nem na região do Algarve, como é possível ver na tabela 2.3. Outro indicador que nos mostra que uma população está envelhecida é o índice de longevidade (número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos), o qual também está apresentado na tabela 2.3.

Tabela 2.3. Índice de envelhecimento e Índice de longevidade em Portugal (Pordata, 2017)

| Ano | Índice de envelhecimento (rácio %) | Índice de longevidade (proporção%) |
|------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1961 | 27.5 | 33.6 |
| 1991 | 70.0 | 39.2 |
| 2011 | 125.8 | 48.3 |
| 2016 | 148.7 | 48.8 |

Apesar da região do Algarve ter um índice de envelhecimento mais baixo, também se verificou um aumento de 2011 para 2016 (125.3 e 140.1, respetivamente), conforme informação disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística. Nos Censos de 2011 concluiu-se que a população idosa (mais de 65 anos) a residir em Portugal era de 2023 milhões, ou seja, cerca de 19% da população total.

Para além destes indicadores importa ainda referir que a taxa da população estrangeira residente no Algarve é a segunda mais elevada a nível nacional, sendo em 2008 de 71932 estrangeiros e em 2016, cerca de 63298 (Pordata, 2017). Apesar de não existirem dados sobre as faixas etárias dos residentes estrangeiros, é certo de que alguns vão precisar também de ingressar num lar, tal como a população nacional.

Assim, verificando-se o aumento da população idosa é necessário que se criem mais respostas sociais, que apoiem as famílias e as pessoas desta faixa etária. É preciso

termos a consciência de que a saúde desta população depende dos cuidados que lhe são prestados, porque a velhice traz consigo uma maior vulnerabilidade e necessidade de auxílio (Mello, Piccinini, Rosa, Rosa, & Garcês, 2008).

3 Respostas sociais para as pessoas idosas

Considerando o que já foi dito acerca do aumento da população idosa e as alterações inerentes a este processo, as quais por sua vez modificam as dinâmicas pessoais, familiares, sociais e profissionais da população, é necessário repensar-se as políticas ligadas a estas dinâmicas (Fragoso, 2008; Vieira, Gomes, Fialho, Silva, Freitas, & Moreira, 2011).

O objetivo destas dinâmicas será sempre o cuidado do idoso, no entanto, os modelos adotados por cada país diferem entre si. Nos países escandinavos como Japão, Canadá e Austrália, o Estado tem o papel central, porém, nos Estados Unidos, por exemplo, é o mercado que provê a maioria dos cuidados designadamente através dos seguros privados e depois temos o caso do modelo adotado pelos países europeus como a Itália, a Espanha, Portugal e Grécia e da maioria dos países latino-americanos, incluindo o Brasil, em que a família é a principal provedora dos cuidados (Camarano & Passinato, 2004). No entanto, importa salientar que, em Portugal, existe uma preocupação e investimento do Estado nesta área, bem como das Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Contudo, ao nível europeu e de acordo com a Carta Social Europeia, assinada em Estrasburgo, no dia 03 de maio de 1996, os governos signatários, membros do Conselho da Europa, assumiram a responsabilidade de assegurar o direito das pessoas idosas a uma proteção social. Assim, devem promover medidas, privadas e/ou públicas, que permitam às pessoas idosas a possibilidade de permanecerem durante o maior período de tempo membros de pleno direito na sociedade, nomeadamente através da atribuição de recursos, que lhes permitam ter uma vida social ativa; que permitam às pessoas idosas escolher o seu modo de vida independente enquanto o desejarem e for possível; que permitam às pessoas que vivam em instituições com uma assistência apropriada.

Este tipo de respostas vem auxiliar as famílias, que quer seja por falta de condições ou por incompatibilidade de conciliar a sua vida profissional/social com as exigências familiares, não conseguem cumprir o seu papel familiar enquanto cuidadores dos seus idosos (Fragoso, 2008).

Em Portugal, as respostas sociais existentes são sete, a saber (Segurança Social, 2016, Vieira, 2015):

- **Serviço de apoio domiciliário** – diz respeito à prestação de cuidados e serviços às famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio e que tenham dependência física e/ou psíquica e que, por isso, não consigam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou a realização das atividades diárias, nem disponham de apoio familiar; é uma estrutura que foi criada para os idosos que já não têm capacidade para cozinhar, limpar a casa, tratar das suas roupas, a qual tem equipas com experiência que se deslocam à casa das pessoas para as ajudar nas suas tarefas diárias;
- **Centro de convívio** – visa apoiar na realização de atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação dos idosos, que residem numa determinada comunidade;
- **Centro de dia** – disponibiliza um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas com 65 ou mais anos no seu meio social e familiar e que precisam dos serviços de alimentação e recreativos prestados neste local; é uma estrutura que permite que os idosos passem lá o seu dia, com outros idosos, o que faz com que tenham uma vida social mais ativa;
- **Centro de noite** – como o nome indica corresponde ao acolhimento noturno de pessoas idosas autónomas, que durante o dia permanecem no seu domicílio, mas que por diversas razões necessitam de acompanhamento noturno;
- **Acolhimento familiar** – consiste em integrar, temporária ou permanentemente, as pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro;
- **Estruturas residenciais** – correspondem ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos; são estruturas onde os idosos permanecem de dia e de noite sob o cuidado de vários profissionais;
- **Centro de férias e lazer** – diz respeito a uma resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família para satisfação de necessidades de lazer e de quebras de rotina.

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento (2015) as estruturas residenciais para pessoas idosas, os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário são as principais respostas sociais dirigidas aos idosos e, segundo a mesma fonte estas respostas viram um desenvolvimento positivo de 57% de 2000 para 2015 e estima-se que tenham sido criados mais de 111000 novos lugares.

Através da análise da ilustração 3.1. verificamos que existe um aumento da população com 65 ou mais anos com o seu domicílio em Portugal continental, sendo os distritos de Braga, Porto, Aveiro, Setúbal e Faro aqueles que registam uma percentagem desta população inferior à média do Continente (21%) (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015).

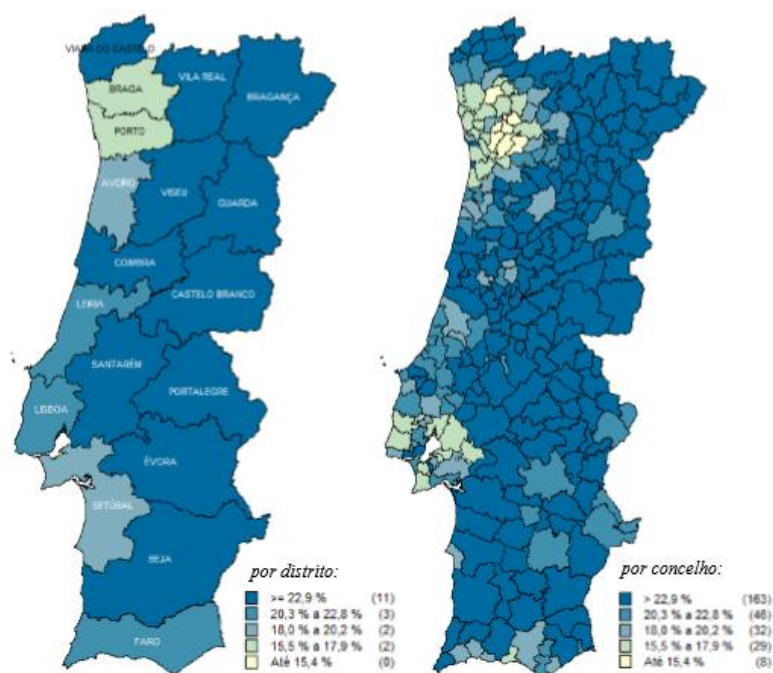


Ilustração 3.1. População com 65 ou mais anos com domicílio em Portugal continental (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015)

De forma a acompanhar este aumento da população idosa assiste-se também à disseminação das estruturas de apoios a esta população. Assim, segundo a mesma fonte, em 2015, 86% dos concelhos dispunha de dez ou mais respostas e 14% registava uma oferta acima das 50 respostas sociais. Apesar destas entidades serem maioritariamente de cariz solidário, nos distritos de Coimbra, Leiria, Santarém, Setúbal, Évora e Faro registava-se uma oferta por parte de entidades lucrativas, acima dos 20%.

De acordo com uma pesquisa feita no sítio *online* “Lares Online”, no distrito de Faro existem cerca de 84 lares/residências que apoiam os idosos, distribuídos pelos vários concelhos, havendo maior predominância na zona costeira.

Segundo a Carta Social Europeia, em 2015, as estruturas de resposta social a idosos acolhiam maioritariamente idosos com 75 ou mais anos (84% da ocupação) e apenas 5% tinham idade igual ou superior a 95 anos. Uma possível explicação para o ingresso tardio dos idosos neste tipo de estruturas de apoio poderá ser o facto de cada vez mais se privilegiar o espaço habitacional do mesmo, retardando assim a sua ida para os lares. É referido ainda nesta Carta que comparativamente com outros serviços de apoio, as estruturas residenciais são aquelas em que existem mais idosos com maior grau de dependência (80%).

Olhando para estes dados percebe-se que a população idosa tem vindo a aumentar no território português e que o número de respostas tem acompanhado esta tendência.

Assim, e tendo em conta as exigências colocadas aos profissionais que trabalham nestas estruturas importa compreender quais os aspetos mais valorizados pelas entidades no momento do recrutamento dos cuidadores formais e quais as estratégias que utilizam neste processo, mas para isso é preciso perceber qual é o papel do cuidador formal.

4 Cuidadores formais

O cuidado está presente em toda a nossa existência, cuidamos, somos cuidados e zelamos pelo cuidado do outro (Fragoso, 2006). Contudo, as teorias sobre o cuidado só ganham relevo em meados dos anos 80 do século passado no mundo anglo-saxónico, sendo que só em 2000 é que este assunto é retomado com maior vigor em França (Hirata, 2012). Nessa altura, as pesquisas centravam-se na sua maioria no cuidado da criança, ficando o cuidado ao idoso entregue a disciplinas como a gerontologia, saúde pública, geriatria e enfermagem, ou seja, eram pouco estudadas pelas ciências sociais (Hirata, 2012). Porém, com a crescente longevidade que a população tem vindo a adquirir, o cuidado com o idoso, tem vindo a ser um tema de interesse para esta área do conhecimento.

Como sabemos, o envelhecimento é um processo da nossa vida que traz consigo um conjunto de modificações psicológicas, físicas, emocionais, cognitivas, sociológicas, económicas e interpessoais, que influenciam o bem-estar do idoso e, conseqüentemente, por vezes exigem a presença de alguém que cuide, um cuidador (Pinto & Róseo, 2014). A família assume aqui um papel fundamental na vida do idoso, no entanto a vida contemporânea e as condições socioeconómicas, por vezes, não possibilitam que esta consiga corresponder às necessidades de cuidado dos idosos (Santos, Silva, Oliveira, & Fernandes, 2015).

O cuidado é em si um encontro inter-humano entre o cuidador e a pessoa cuidada (idoso), é um momento onde é preciso ter consciência do outro, conhecer o outro, aprender com ele, respeitar o tempo de cada um e reconhecer a integridade do outro (Fragoso, 2008). É dividido em dois tipos, o cuidado técnico associado aos aspetos físicos, para o qual existem manuais e procedimentos e o cuidado humano que corresponde à relação e ao contacto com o idoso (Pinto, 2014).

Um cuidador é alguém que desenvolve atividades direcionadas ao cuidado pessoal de alguém que apresenta um determinado grau de dependência (Bidarra, 2010), é a pessoa que cuida para suprir as necessidades temporárias ou definitivas do outro (Vieira et al., 2011). Um cuidador é também um orientador preparado para a promoção do cuidado do idoso, cuja atenção deve estar direcionada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Importa distinguir então cuidador formal de cuidador informal (Santos et. al, 2015). O cuidador formal é aquele que assume livremente as suas funções formalmente, para as quais teve preparação académica e profissional, enquanto o cuidador informal é visto como o familiar ou amigo a quem é solicitado um conjunto de cuidados no contexto familiar do idoso (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Outros autores (e.g., Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014; Vieira et al., 2011) acrescentam ainda que a designação de cuidador formal inclui as pessoas que prestam cuidados no domicílio e sobre os quais recebem remuneração. São pessoas que se limitam a cumprir tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde e, de um modo geral, possuem formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado em saúde dos doentes com patologias físicas ou mentais. Por outro lado, os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos ou outras pessoas da comunidade, que não têm formação profissional específica para cuidar de idosos.

Vieira e colegas (2011) acrescentam ainda a noção de cuidador primário, secundário e terciário. Primários são os principais responsáveis pelo idoso, pelo cuidado e pelas suas tarefas, o secundário pode realizar as mesmas tarefas que o primário, mas não tem capacidade de decisão e, por fim, o terciário que são ajudantes e fazem apenas pequenas tarefas do dia-a-dia, como pagar contas e ir às compras, por exemplo.

No entanto, de acordo com o glossário da Organização Mundial de Saúde (2004), o cuidador formal é alguém que ajuda as pessoas com uma ou mais deficiência, que pertence a uma organização (de cariz lucrativo ou não lucrativo, governamental ou privado), ou então é alguém (excluindo familiares, amigos ou vizinhos, conforme descrito em ajuda informal) que dá assistência regular e remunerada mas que não está associado a nenhuma organização.

O grau de eficiência deste profissional está relacionado com o tipo de formação que este recebeu, assim como, com os recursos e as competências pessoais do mesmo (Batista, 2012). Relativamente a estes aspetos, Batista (2012) inclui também os conhecimentos, as experiências anteriormente vividas, as estratégias utilizadas, o significado que o cuidador atribui ao cuidar, a sua capacidade de resiliência, a cultura do mesmo, a intensidade e a tipologia do cuidar, concluindo que o cuidar não é algo que

seja totalmente linear nem simples, mas sim um processo de interação entre o cuidador e o idoso (prestação de cuidados).

Assim, ao cuidador formal compete conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, conhecer as doenças e sintomas do doente para atuar em conformidade, para além das tarefas diárias básicas, como por exemplo a higienização e a alimentação (Batista, 2012). Para além destes aspetos salientamos ainda a importância deste profissional saber lidar com comportamentos agressivos dos idosos, que podem ser despoletados por diversas razões, designadamente com as demências associadas ao processo de envelhecimento, como por exemplo a doença de Alzheimer.

Com a publicação do Decreto-Lei 121/2008 de 11 de Julho, os cuidadores formais que até ao momento se inseriam na categoria de ajudantes de ação direta, passam a ser denominados de assistentes operacionais, no entanto, diz-nos o mesmo decreto que a descrição da atividade profissional se mantém. Assim, tal como é referido no Anexo II do Decreto-Lei 414/99, em traços gerais, este profissional trabalha diretamente com os idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- Receber os utentes e fazer a sua integração, indicando os locais ao seu dispor;
- Executar tarefas diárias, como por exemplo as relacionadas com a alimentação;
- Assegurar a alimentação regular;
- Prestar cuidados de higiene e conforto;
- Substituir as roupas de cama ou vestuário e controlar o processo inerente a esta tarefa;
- Acompanhar os idosos quer seja de dia ou de noite, dentro ou fora dos serviços e estabelecimentos;
- Colaborar na montagem de exposições de trabalhos realizados pelos utentes;
- Zelar pela manutenção dos espaços e dos materiais;
- Administrar medicamentos nas horas prescritas e segundo instruções recebidas.

4.1. Competências e perfil do cuidador formal de idosos

Para percebermos quais as competências de um cuidador formal, é fundamental antes de mais compreender o que significa o termo “competência”.

Existem distintas teorias e abordagens sobre este termo e algumas pesquisas chamam à atenção para a existência dos termos *competency* e *competence* (Fragelli & Shimizu, 2012). Sendo o primeiro descrito como o conjunto de características individuais, inerentes ao indivíduo que o levam a ter um desempenho de excelência e o segundo termo corresponde aos requisitos do trabalho que a pessoa precisa saber ou ter para desempenhar uma determinada tarefa ou função.

Apesar de existirem diferentes definições e perspectivas sobre este termo, as definições convergem sempre em alguns pontos, ou seja, o termo competência diz respeito a um conjunto de termos específicos que permitem que se compreenda quais as características que um determinado sujeito deve possuir para alcançar os seus objetivos pessoais e organizacionais (Fernandes, 2014).

As competências de um cuidador formal passam por conhecer e distinguir as necessidades dos idosos, saber lidar com as doenças e os seus sintomas, assim como prestar os cuidados diários, como alimentação e higiene (Batista, 2012). O sucesso inerente a esta função está relacionado com a formação que o cuidador recebe, bem como com os recursos que tem ao seu dispor e as próprias habilidades pessoais.

Nesta linha de pensamento, alguns autores consideram que para o idoso ter um tratamento coerente com as suas necessidades, emocionais, psicológicas e físicas, os cuidadores precisam de ter qualificações para atuar (Pinto & Róseo, 2014). A formação dos recursos humanos está assim diretamente relacionada com a qualidade de vida da pessoa idosa e com a sua adaptação positiva ao meio em que está (Vieira et al., 2011).

Os cuidadores formais têm um perfil de competências específicas e complexas, que precisam de ser desenvolvidas e acompanhadas por profissionais formados, para que realizem a assistência necessária para o bem-estar dos idosos (Saliba, Moimaz, Marques, & Prado, 2007). Apesar de se saber ainda pouco acerca do perfil do cuidador de idosos e das suas necessidades, e sabendo que a estruturação de um grupo multidisciplinar qualificado com amplos conhecimentos em geriatria e gerontologia seria muito benéfico, destaca-se aqui o papel das universidades, as quais podem contribuir para a qualidade de vida dos idosos, ajudando na formação destes grupos.

Born (2006) definiu um conjunto de habilidades e qualidades que um cuidador deve ter, a saber:

- habilidades técnicas, correspondem aos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos através da orientação com profissionais especializados na área e preparam o cuidador para estar atento e cuidar do idoso;

- qualidades éticas e morais, são características necessárias que permitem estabelecer uma relação de confiança, dignidade e respeito e que permitem ao cuidador assumir responsabilidades;

- qualidades emocionais, passam pelo domínio e equilíbrio emocional do cuidador, pela facilidade de se relacionar com o outro e de compreendê-lo nos momentos difíceis e também pela capacidade de tolerância diante de situações que provocam frustração;

- qualidades físicas e intelectuais, relacionadas com aspetos inerentes às funções, nomeadamente carregar o idoso, apoiá-lo para se vestir, fazer a higiene.

Este mesmo autor enumera ainda alguns pontos fundamentais das atividades de um cuidador, como por exemplo:

- apoio emocional na convivência social do idoso;

- auxílio nas rotinas de higiene pessoal, de ambiente e de alimentação;

- cuidados preventivos;

- administração de medicamentos e outros procedimentos relacionados com a saúde;

- apoio na mobilidade do idoso.

Para a Organização Mundial de Saúde (2004) os cuidadores formais são trabalhadores auxiliares de apoio aos idosos que, na sua maioria, não possui qualificações profissionais na área em que desempenham funções.

Em suma, um cuidador formal é um profissional a quem se exige que tenha competências que lhe permitam conhecer, distinguir e lidar com as necessidades de cada idoso, as doenças e seus sintomas, assim como com a sua personalidade e contexto familiar (Pereira, Corte, & Marques, 2014).

4.2. A formação e o recrutamento dos cuidadores formais de idosos

Como vimos anteriormente para que um cuidador formal de idosos consiga ser eficiente e eficaz no desempenho diário das suas funções deve ter formação adequada para que consiga contribuir para a qualidade de vida do idoso.

A formação é definida como a aquisição de conhecimento de habilidades e competências e tem objetivos específicos de melhorar os conhecimentos, as habilidades, capacidades, desempenho e produtividade do formando (Ganesh & Indradevi, 2015). Enquanto as habilidades de um profissional podem aumentar a produção e a melhoria da qualidade da empresa, a formação aumenta a eficiência, a moral dos recursos humanos, melhora a relação entre eles e aumenta a flexibilidade.

A formação serve não só para desenvolver aspetos físicos, sociais, intelectuais e mentais associados às competências técnicas da função como também para o desenvolvimento pessoal dos RH de uma organização, que são mais importantes do que o dinheiro, as máquinas e os materiais, porque sem eles não se consegue fazer nada (Olaniyan & Ojo, 2008). Assim, a eficácia e o sucesso de uma organização estão nas pessoas que formam e trabalham na organização, sendo o objetivo primordial da formação melhorar as qualidades do formando, neste caso dos trabalhadores.

Existem diversos métodos de formação, a saber (Olaniyan & Ojo, 2008):

- “*on the job*” (formação em contexto de trabalho, o trabalhador aprende no sítio onde coloca as suas habilidades em prática);
- orientação (para novos colaboradores, para orientá-los acerca de leis, regulamentos, normas, ética, valores da empresa);
- aprendizagem (uma pessoa sem especialização aprende com outra que é especializada);
- demonstração (ensinar através do exemplo, ou seja, há um colaborador especializado que ensina aos outros que ainda não têm experiência);
- “*vestibule*” (um colaborador vai para uma área de trabalho que não é a sua com o objetivo de adquirir habilidades e práticas especializadas);
- formação formal (processo prático e teórico que pode ser realizado dentro da organização – formação interna – ou numa organização como uma universidade, centro de formação ou outro – formação externa).

Para os cuidadores formais a formação pode ter um cariz técnico, onde aprendem sobre aspetos relacionados com as suas funções, designadamente sobre o processo de envelhecimento, conceitos de saúde, nutrição, higiene, locomoção, medicação, cuidados a ter com a idoso, mobilização em condições de incapacidade (que pode ser total) (e.g., Choi, Kim, Kang, Kim, & Jang, 2017) ou, por outro lado, pode ter uma componente comportamental, como por exemplo, gestão de conflitos, gestão do *stress*, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, trabalho em equipa, como lidar com a morte, processos de luto, entre outros (Paulos, 2010).

Para além disto, a formação deve ser inicial, ou seja, quando o novo colaborador integra a organização devem-lhe ser transmitidos a missão, os valores e os objetivos da mesma, e contínua, para que ele desenvolva competências específicas e tenha oportunidade de atualizar os seus conhecimentos.

Existem autores que referem que a formação destes profissionais tem sido uma pouco descurada, nomeadamente porque esta atividade está associada a uma sectorização de género e que as mulheres têm competências inatas para o cuidar de outros (Llobet, Canut, Mateu, & Ávila, 2010). Contudo, é necessário formar os cuidadores para que estes desempenhem as suas funções eficazmente e com conhecimento do como se deve fazer determinada tarefa, como por exemplo, tratar feridas ou administrar medicamentos. A formação contribui não só para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (e.g., Llobet et. al, 2010), como também para a qualidade de vida dos cuidadores, para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e para a sua satisfação laboral (e.g., Choi et al., 2017; Ngan, Drebit, Siow, Yu, Keen, & Alamgir, 2010).

Segundo Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) os programas de apoio aos cuidadores formais têm aumentado, porém existem alguns aspetos que necessitam de ser trabalhados, nomeadamente os conteúdos da formação, a intensidade e o tempo da formação. Estes aspetos são ainda mais acentuados quando nos referimos ao desenvolvimento de qualidades éticas e morais e qualidades emocionais.

Para além disto, o recrutamento dos cuidadores formais precisa também de ser analisado e, apesar de aparentemente não ser um tema muito estudado, sabe-se que relativamente aos cuidadores domiciliários as suas motivações ajudam a implementar políticas para se reterem os bons profissionais e atrair outros, tendo como potenciais de

recrutamento os seguintes fatores: gosto pelo trabalho e por estar em contacto com as pessoas, pessoas com experiência anterior estão motivadas para este tipo de trabalho e podem ter mais potencial, a estabilidade financeira é um fator motivacional (salários adequados) e a flexibilidade de horários também pode ser um aspeto positivo da função (Sims-Gould, Byrne, Craven, Martin-Matthews, & Keefe, 2010).

Contudo, é preciso que os responsáveis pensem nas técnicas e estratégias de recrutamento que são mais eficazes. A este propósito e, a título ilustrativo, a validade preditiva é um dos indicadores de qualidade dos instrumentos que diz respeito à capacidade do teste em prever o desempenho/comportamento dos indivíduos (Ribeiro, 1996). Como podemos ver na tabela 4.1., os métodos de seleção têm diferentes validades preditivas, que estão diretamente relacionadas com a amplitude dos coeficientes (Robertson & Smith, 1989). Por exemplo, a amplitude dos coeficientes do *work sample* varia entre 0.38 e 0.54, a entrevista varia entre 0.14 e 0.35 (dependente do tipo de entrevista) já a grafologia tem uma amplitude de 0.00, ou seja, tem uma validade preditiva nula.

Tabela 4.1. Métodos de seleção de RH e amplitude do coeficiente

| Método de seleção | Amplitude dos coeficientes |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <i>Work sample</i> | 0.38 – 0.54 |
| Aptidões combinadas | 0.53 |
| <i>Assessment centres</i> | 0.41 – 0.43 |
| Avaliação por pares/supervisores | 0.43 |
| Aptidão mental geral | 0.25 – 0.45 |
| Dados biográficos | 0.24 – 0.28 |
| Referências | 0.17 – 0.26 |
| Entrevistas | 0.14 – 0.23 ... 0.35 |
| Avaliação de personalidade | 0.15 |
| Avaliação dos interesses | 0.10 |
| Autoavaliação | 0.15 |
| Grafologia | 0.00 |

Ainda sobre este aspeto do recrutamento, Clinco (2000) descreve na sua publicação sobre o sucesso no apoio aos idosos em casa que, sem seleção, formação, força de trabalho qualificada, os cuidados vão falhar. Neste sentido, ele diz-nos que é preciso ter os melhores formados e os melhores cuidadores possíveis e foi a pensar nisso que criou um conjunto de estratégias de recrutamento e seleção, formação, supervisão e de marketing para atrair e reter os melhores talentos para a sua empresa, garantindo um serviço de excelência a quem procura a sua empresa.

Deste modo, percebemos que se queremos que os cuidadores desempenhem bem as suas funções é necessário investir nos processos de recrutamento e seleção, bem como na formação, com vista a se ter os melhores profissionais a cuidar dos idosos.

5 Outros aspetos importantes justificativos para a pertinência do tema

De acordo com os estudos desenvolvidos até ao momento percebemos que, aparentemente, a população em estudo nesta investigação nem sempre tem sido tida em conta, quando se pretende perceber quais as dificuldades deste profissional, as suas características, entre outros aspetos.

A maioria das investigações na área do envelhecimento e do cuidado centram os seus trabalhos e preocupações naquilo que são os cuidadores informais de idosos ou então definem como público-alvo os cuidadores formais como sendo apenas os enfermeiros.

Percebemos que existe uma preocupação em perceber quais os efeitos debilitantes do cuidador informal de idosos e a complexidade da função, nomeadamente no que diz respeito à sua socialização e condição da saúde física (Matthews, 2013).

Ainda dentro desta temática, sobre efeitos debilitantes existem estudos que referem que os cuidadores ao domicílio experienciam dores muscoesqueléticas e que têm também risco de sofrer de artrites, pressão arterial alta e dores de cabeça pelo que desenvolveram um programa que oferece suporte educativo e social para aumentar a segurança, o bem-estar e a saúde destes profissionais (e.g., Mabry, Parker, Thompson, Bettencourt, Haque, Luther, Wright, Hess, & Olson, 2018). Contudo, os cuidadores formais de idosos em lares também enfrentam este tipo de dificuldades no desempenho da sua atividade e seria importante desenvolver estratégias que minimizassem estas dificuldades.

Um estudo mais antigo foca os tipos e fontes de *stress* experienciados pelos cuidadores informais de pessoas doentes, sendo que neste caso os cuidadores são os familiares (Williams, 1989). Outra investigação também se centra nesta problemática e considera o mesmo público-alvo, concluindo os seus autores que os cuidadores informais de idosos experienciam níveis moderados de “*burden of caregiving*”, ou seja, o/a peso/responsabilidade desta função (Sanuade & Boatemaa, 2015). Um estudo mais recente concluiu que o número de cuidadores informais está a aumentar e teve como objetivo explorar a visão, experiência e interpretações dos mesmos e perceber qual a relação destes fatores com o/a peso/responsabilidade da função (Prevo, Linszen,

Hajema, Kremers, Crutzen, & Schneider, 2018). Porém, os cuidadores formais de idosos também atravessam fases de maior *stress* e importa perceber aquilo que os afeta e que pode condicionar o desempenho das suas funções.

Banerjee, Armstrong, Daly, Armstrong e Braedley (2015) perceberam no seu estudo que os enfermeiros ao domicílio têm pouco tempo para cuidar dos idosos e prestar aquilo a que os autores chamam de “cuidado humanizado”, sendo os principais problemas identificados são a sobrecarga do trabalho, poucos cuidadores, formação inadequada e rotinas restritas, que fazem com que os cuidadores tenham menos tempo para cuidar do idoso.

Percebe-se aqui a importância das relações e da comunicação entre cuidador e doente/utente, que são facilitadas através da criação de instrumentos/estratégias que permitam aos cuidadores rentabilizar o seu tempo, tal como é referido no estudo de Tang, Chen, Cheng, Ngo e Mattison (2017), com cuidadores informais de idosos.

Paralelamente, há um estudo que nos chama a atenção para a importância da relação entre os próprios cuidadores informais de idosos e a relação destes com as suas chefias, pelo que os seus autores decidiram avaliar a integração de uma equipa multidisciplinar, composta por um enfermeiro, um psiquiatra e um assistente social, a qual tinha como objetivo promover a reflexão sobre as práticas existentes. No final, as autoras do estudo perceberam que a integração desta equipa alterou positivamente as práticas dos cuidadores informais, melhorou o cuidado prestado, assim como melhorou a relação entre cuidadores e superiores (Lawrence & Banerjee, 2010).

Importa refletir sobre estes aspetos e perceber se os cuidadores formais de idosos, e não apenas os enfermeiros e os cuidadores informais, sentem este mesmo tipo de dificuldades relacionais e se seria benéfico também implementar estratégias que lhes permitissem rentabilizar o seu tempo de modo a prestarem um serviço de maior qualidade aos idosos e a estabelecerem uma relação de maior proximidade não só com os idosos como também com a chefia do local onde trabalham.

Outro aspeto importante a considerar é o tipo de características pessoais que os cuidadores formais de idosos devem possuir e que estão diretamente relacionadas com a qualidade dos serviços prestados aos idosos. Por exemplo, no estudo de Ball, Lepore e Perkins (2009) as autoras perceberam que o tipo de relação que o cuidador consegue criar com o idoso influencia o cuidado prestado e que cuidadores altruístas, pacientes e

afáveis têm uma melhor relação com os idosos, contudo este estudo centrou-se apenas nos cuidadores de instalações de vida assistida.

Percebe-se, assim, que em relação aos cuidadores formais de idosos há muito trabalho ainda a desenvolver e, como tal, esta investigação é totalmente pertinente na medida em que nos vai permitir perceber o que está a ser feito pelas próprias organizações em relação aos seus profissionais e qual o tipo de profissional que procuram.

Capítulo II

Estudo empírico

6 Investigação Empírica

6.1. Objetivo

O estudo tem como objetivo caracterizar o perfil definido pelos responsáveis das instituições para os cuidadores de idosos institucionalizados, de forma a traçar-se o perfil deste profissional, assim como perceber quais as estratégias de recrutamento utilizadas e quais as medidas tomadas em relação à formação destes profissionais. Tal como referido anteriormente a população portuguesa está a envelhecer (INE, 2015), por isso, havendo cada vez mais idosos é necessário que existam respostas sociais que não descurem a qualidade dos serviços prestados, que passam pelos cuidadores não só em termos técnicos, mas pessoais.

6.2. Metodologia

6.2.1. População e amostra

A população desta investigação é composta pelas instituições de apoio a idosos da região do Algarve, considerando o *site* “Lares Online” atualizado em 2018, o qual indica que existem 84 Lares e Residências no distrito de Faro. No entanto, através de uma pesquisa na *internet* sabe-se que alguns destes lares já estão encerrados ou que pertencem às Misericórdias. Estes últimos e considerando que algumas misericórdias têm mais do que um lar, para esta situação, contabilizámos o número total de misericórdias e não o número total de lares de cada uma. Tendo em conta estes critérios estima-se que no total, na região do Algarve existam cerca de 66 lares de idosos.

Para a seleção das instituições foi feita uma amostragem por *clusters* (Guéguen, 1997), no dia 03 de Outubro de 2017. Neste processo utilizou-se um mapa da região do Algarve, subdividido em 105 quadrículas de igual tamanho que foram numeradas. Posteriormente foram selecionadas aleatoriamente 50 quadrículas, todas as instituições situadas nas quadrículas selecionadas foram contactadas e como a taxa de resposta não estava a ser a esperada acabámos por contactar todas as instituições, resultando numa amostra de 18 instituições (27% da população total), num total de 1624 trabalhadores, 529 cuidadores formais e 1083 camas, como podemos ver na tabela 6.1.

Tabela 6.1. Caracterização da amostra

| | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 | I7 | I8 | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 | I15 | I16 | I17 | I18 | TOTAL | | |
|-------------------------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|----|
| INSTITUIÇÃO | Ano da abertura | 1932 | 1880 | 1982 | 2014 | 1997 | 1993 | 2013 | 1928 | 2003 | 1992 | 1992 | 1989 | 1498 | 2015 | 2004 | 1996 | 2015 | 1498 | | |
| | N.º total de trabalhadores | 203 | 52 | 223 | 23 | 15 | 15 | 21 | 258 | 16 | 50 | 32 | 79 | 158 | 22 | 50 | 24 | 13 | 370 | 1624 | |
| | N.º total de cuidadores formais | 19 | 19 | 66 | 13 | 15 | 9 | 12 | 41 | 8 | 49 | 21 | 20 | 58 | 12 | 26 | 17 | 8 | 116 | 529 | |
| | N.º total de camas | 34 | 28 | 143 | 22 | 20 | 21 | 35 | 163 | - | 30 | 30 | - | 90 | 30 | 32 | 45 | 20 | 340 | 1083 | |
| CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS | Anos na instituição | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | < 5 | 10 | 9 | 34 | 13 | 3 | 4 | 12 | 12 | 4 | 8 | 1 | 11 | 12 | 7 | | 8 | | | 148 | |
| | >= 5 – 10 | 4 | 6 | 12 | 0 | 3 | 0 | 0 | 9 | 3 | 5 | 4 | 11 | 0 | 13 | | 0 | | | 70 | |
| | >= 11 – 15 | 3 | 2 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 | 1 | 4 | 3 | 3 | 0 | 3 | | 0 | | | 40 | |
| | >= 16 – 20 | 2 | 2 | 7 | 0 | 5 | 5 | 0 | 2 | 0 | 4 | 5 | 2 | 0 | 0 | | 0 | | | 34 | |
| | > 21 | 0 | 0 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 7 | 3 | 0 | 0 | | 0 | | | 23 | |
| | Experiência anterior na função (anos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | < 1 | | 0 | 5 | 0 | | | | 1 | | 0 | 0 | | 0 | | | | 1 | | | 7 |
| | >= 1 – 5 | | 1 | 11 | 3 | | | | 0 | | 5 | 0 | | 1 | | | | 0 | | | 21 |
| | >= 6 – 10 | | 1 | 5 | 3 | | | | 0 | | 0 | 1 | | 1 | | | | 0 | | | 11 |
| > 11 | | 1 | 2 | 0 | | | | 0 | | 0 | 0 | | 2 | | | | 0 | | | 5 | |

Importa referir que os questionários foram respondidos pelos responsáveis de cada instituição, ou seja, pelos diretores e em alguns casos pelos responsáveis dos recursos humanos, por serem estes os atores privilegiados e que melhor conhecem a realidade subjacente aos cuidadores formais de idosos. São eles que estão em contacto com as diversas realidades e que têm informações e aspirações sobre aquilo que pretendem que um cuidador formal de idosos possua.

Relativamente aos cuidadores formais importa referir que três das 18 instituições participantes não responderam ao quadro que pretendia recolher informações sobre os cuidadores. Assim, os resultados apresentados referentes aos cuidadores têm por base apenas os dados disponibilizados por 15 das instituições, sendo que algumas informações não estão completas.

Através da análise da tabela 6.1. percebe-se que relativamente aos anos na instituição existem 148 cuidadores que estão nas instituições há menos de cinco anos, 70 estão lá entre os 6 e 10 anos, entre os 11 e 15 anos encontram-se 40 cuidadores, entre 16 e 20 anos encontram-se 34 cuidadores e, por fim, 23 profissionais estão na instituição há mais de 21 anos.

No que diz respeito à informação sobre os anos de experiência, da informação que nos disponibilizaram, sete cuidadores tinham menos de um ano de experiência na função quando ingressaram na instituição, 21 dos profissionais tinha entre um a cinco anos de experiência, 11 tinham entre seis a dez anos e, por último, cinco cuidadores tinham mais de 11 anos de experiência na função, ou seja, 44 cuidadores tinham experiência na função.

Na segunda parte do questionário, os dados apresentados são só de 15 instituições e correspondem a características específicas dos cuidadores formais de idosos. Assim, percebemos que 95% da amostra era do género feminino e 5% do género masculino e a média de idades era de 45.8 anos (idade mínima 19 anos e idade máxima 70 anos), distribuindo-se pelas seguintes faixas etárias (tabela 6.2.):

Tabela 6.2. Frequência absoluta e relativa dos cuidadores formais por classe etária

| Faixa etária | N.º de cuidadores formais | Frequência Relativa (%) |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <20 | 1 | 0.3 |
| 20 – 30 | 30 | 9.6 |
| 31 – 40 | 59 | 18.8 |
| 41 – 50 | 87 | 27.7 |
| 51 – 60 | 112 | 35.7 |
| > 60 | 25 | 8.0 |
| Total | 314 | 100.0 |

6.2.2. Instrumento

De acordo com os nossos objetivos foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada. O guião é composto por:

- quatro questões que permitem caracterizar a instituição: 1) ano de abertura da instituição, 2) número total de trabalhadores, 3) número total de cuidadores formais, 4) número total de camas;

- doze questões que permitem recolher as características dos cuidadores formais de idosos: 1) género, 2) idade, 3) naturalidade, 4) estado civil, 5) n.º de filhos, 6) anos na instituição; 7) habilitações literárias; 8) área das habilitações literárias; 9) experiência anterior na função (meses); 10) formação na instituição no último ano; 11) outras competências/formações/conhecimentos; 12) conhecimento de línguas;

- oito questões relativas ao recrutamento e seleção dos cuidadores formais de idosos: 1) onde selecionavam as estratégias/técnicas mais utilizadas no processo de recrutamento; 2) ordenavam de acordo com o grau de importância as características biográficas do cuidador que melhor contribuía para o trabalho; 3) ordenavam de acordo com o grau de importância as razões/motivações dos candidatos para a função; 4) indicação das características de personalidade mais relevantes num cuidador, referindo também se presta atenção no recrutamento e se tem sucesso na análise; 5) indicação das competências e conhecimentos mais relevantes num cuidador, referindo também se presta atenção e se tem sucesso na análise; 6) indicar se costumam pedir

prova prática; 7) indicar se realizam período experimental e, se sim, quanto tempo; 8) indicar se consideram importante oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores e, se sim, quais as áreas de maior relevo;

- uma questão relacionada com os idosos de diferentes nacionalidades, onde devem indicar se têm idosos que não são portugueses e, se sim, se estes falam português, como lidam com este tipo de situação e se consideram que é necessário que os cuidadores saibam comunicar com eles;

- uma questão onde se pede que indiquem as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos no desempenho das suas funções.

6.2.3. Procedimento

Recolha

No dia 27 de Outubro de 2017 e aproveitando as Jornadas do Envelhecimento, organizadas pelo CENIE (Centro Internacional sobre o Envelhecimento), na Universidade do Algarve, foi feito um primeiro contacto com os representantes de algumas instituições, a quem foi solicitada a participação nesta investigação.

De seguida, a partir do dia 08 de Novembro de 2017, começámos a enviar o questionário para os *emails* institucionais, a solicitar a participação nesta investigação, explicando para isso o intuito da investigação.

Uma vez que a taxa de resposta não estava a ser a desejada, a partir do dia 15 de Janeiro de 2018, decidimos que seria melhor deslocarmo-nos às instituições e pedir a sua colaboração pessoalmente. Para além disto alargámos também o nosso leque de possibilidades, ou seja, começámos a contactar também aquelas instituições que inicialmente tinham ficado de fora da nossa amostra, para que desta forma conseguíssemos a maior representatividade possível das instituições de apoio aos idosos da região do Algarve. Estabelecemos o período de Novembro a Maio para a recolha de dados.

Análise dos dados

Após a recolha de dados os mesmos foram tratados de forma qualitativa e quantitativa de acordo com a operacionalização das variáveis, através da análise de conteúdo para as respostas abertas e estatística descritiva para as respostas fechadas. Apenas as questões 6 e 7, por terem respostas em forma de escala de *Likert*, foram analisadas descritivamente com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 24.

7 Apresentação e análise de resultados

De seguida, procedemos à apresentação e análise dos resultados alcançados com esta investigação.

Como podemos verificar na figura 7.1. as estratégias/técnicas de recrutamento mais utilizadas pelos responsáveis por este processo são a entrevista, a análise curricular e a recomendação de outros. As provas práticas apenas são utilizadas em duas instituições e as provas de grupo apenas numa.

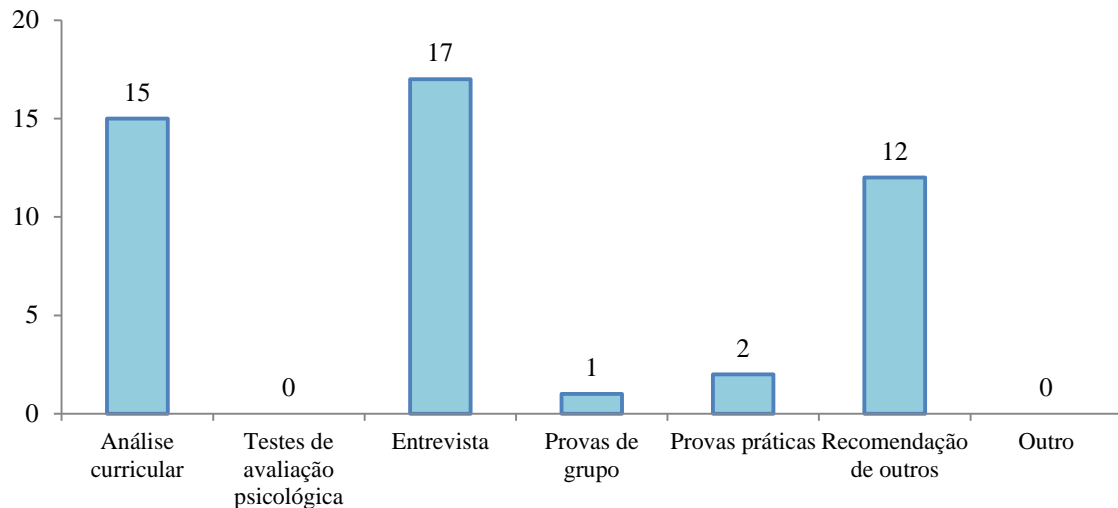


Figura 7.1. Estratégias/Técnicas de recrutamento dos cuidadores formais

Relativamente às características biográficas percebe-se através da análise da tabela 7.1. que o estado civil tem um menor grau de importância no momento do recrutamento e a experiência anterior na função é um dos fatores considerados durante esse processo.

Tabela 7.1. Média da valorização das características biográficas no processo de recrutamento e seleção dos cuidadores formais

| | Mínimo | Máximo | Média |
|--|--------|--------|-------|
| Género | 1 | 6 | 2.59 |
| Idade | 1 | 6 | 3.56 |
| Estado civil | 1 | 4 | 1.44 |
| Local de residência | 2 | 8 | 4.17 |
| Área de formação académica/Nível de escolaridade | 2 | 8 | 6.06 |
| Experiência anterior em função semelhante | 2 | 8 | 6.83 |
| Características físicas saudáveis | 3 | 8 | 5.78 |
| Terem estagiado anteriormente na instituição | 1 | 8 | 5.28 |
| Outro (e.g. mostrar gosto e vontade) | 8 | 8 | 8.00 |

Na sétima questão os responsáveis pelo recrutamento dos cuidadores formais foram questionados acerca das motivações/razões que levam as pessoas a candidatarem-se a esta função, na medida em que estas podem ser bons preditores do seu desempenho. Através da análise da tabela 7.2. verificamos que não houve nenhuma razão/motivação que se salientasse mais do que outras. No entanto, o gosto do candidato pelas tarefas da função, ter trabalhado anteriormente na mesma função e ter investido na sua formação e carreira parecem ter maior importância.

Tabela 7.2. Média das motivações/razões à candidatura para cuidador formal

| | Mínimo | Máximo | Média |
|--|--------|--------|-------|
| Gosto do candidato pelas tarefas da função | 4 | 8 | 6.83 |
| Condições de trabalho | 2 | 7 | 4.65 |
| Condição de desemprego | 2 | 8 | 3.78 |
| Trabalho anterior semelhante | 4 | 8 | 6.24 |
| Reside perto | 2 | 7 | 4.50 |
| Investiu na sua formação e experiências anteriores na carreira | 3 | 8 | 6.24 |
| Atividades de voluntariado | 2 | 6 | 3.29 |

Para as questões 8 e 9 optou-se por agrupar as respostas, uma vez que estas se complementavam. Para a análise destes resultados dividimos as respostas dadas em categorias: competências sociais, técnicas e atitude face ao trabalho. Como é possível ver através da análise da tabela 7.3., a categoria com maior taxa de resposta foi “competências sociais”, num total de 41 respostas, ou seja, são estas as características que os recrutadores privilegiam num cuidador. Para estas duas perguntas foram ainda considerados como “outros atributos”: calma perante situações de *stress*, flexibilidade e resiliência, por exemplo. Colocámos de parte termos indefinidos como por exemplo: competência, saber interagir e saber fazer.

Tabela 7.3. Frequência absoluta de respostas sobre a personalidade e competências do cuidador formal de idosos

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--|----|
| Competências sociais | calma/tolerância | e.g.: paciência, compreensivo | 7 |
| | internacionais | e.g.: afetividade, respeito, simpatia, humanidade | 18 |
| | comunicacionais | e.g.: sinceridade, assertividade, boa comunicação | 4 |
| | relações humanas | e.g.: boa relação interpessoal, saber interagir | 4 |
| | gestão de conflitos | e.g.: boa capacidade de gerir conflitos | 1 |
| | trabalho em equipa | e.g.: equipa, trabalho em equipa | 7 |
| Competências técnicas | currículo | e.g.: experiência, formação profissional, formação básica | 11 |
| | saúde | e.g.: cuidados de higiene, nutrição e hidratação | 7 |
| | função | e.g.: conhecer os problemas físicos e psíquicos associados ao envelhecimento, informação sobre alimentação adequada ao idoso, higiene e segurança no idoso | 6 |
| | geral | e.g.: suporte básico de vida, primeiros socorros, administração de fármacos | 3 |
| Atitude face ao trabalho | atitude face à função | e.g.: organizado, gosto e interesse pela área | 2 |
| | geral | e.g.: responsabilidade, dinamismo, empenho, proatividade, espírito de iniciativa | 18 |

No que diz respeito às provas práticas, como já vimos anteriormente apenas duas instituições utilizam esta técnica.

Na questão 11 relativamente ao período experimental na instituição, 56% das instituições participantes realiza período experimental de 30 dias, 17% tem um período experimental de 15 dias e apenas uma instituição de 90 dias.

Relativamente à importância de oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores formais de idosos a opinião é unânime, todas consideram que é importante e, aqui, agrupámos as respostas por áreas de desenvolvimento. Como é possível ver na tabela 7.4., a área de maior interesse é aquela que está relacionada com a especialização na função.

Tabela 7.4. Frequência absoluta das respostas acerca das áreas de formação dos cuidadores formais

| | | |
|-------------------------------------|--|----|
| Desenvolvimento pessoal | e.g.: organização pessoal e gestão do tempo, lidar com o luto, gestão do <i>stress</i> , relacionamento interpessoal | 18 |
| Desenvolvimento profissional | e.g.: deontologia e ética profissional, primeiros socorros, higiene e segurança no trabalho, trabalho em equipa | 16 |
| Especialização na função | e.g.: saúde do idoso, reabilitação, demências, higiene e conforto, administração de medicação | 31 |

Das 18 instituições participantes quatro delas referiram ter cidadãos estrangeiros como clientes, sendo que destas, numa delas os clientes não falam português. Como estratégias para lidar com este tipo de situação as instituições referiram que os filhos auxiliam na comunicação e que os cuidadores tentam falar a língua do cliente estrangeiro.

As principais dificuldades apontadas pelos responsáveis das instituições para os cuidadores formais estão apresentadas na tabela 7.5., sendo as mais mencionadas as que estão relacionadas com a locomoção do idoso e com exigências específicas da função.

Tabela 7.5. Frequência absoluta das respostas sobre as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores formais

| | | |
|-----------------------------|--|----|
| Mobilização do idoso | e.g.: posicionamento, transferências, peso dos utentes, grau de dependência do utente | 13 |
| Cuidados ao idoso | e.g.: administração da alimentação, cuidados de higiene (colaboração), lidar com as demências, luto | 7 |
| Relacionais | e.g.: dificuldade de comunicação, paciência, adaptar-se a várias realidades/contextos e personalidades dos utentes | 4 |
| Exigências da função | e.g.: cansaço físico e psicológico, muito trabalho e poucas pessoas, horários, sobrecarga emocional e física, perda de motivação | 10 |

Passando agora à análise dos dados referentes aos cuidadores formais de idosos, no que diz respeito à sua naturalidade, a maioria, como podemos observar na figura 7.2., é da região sul de Portugal, no entanto cerca de 13% são do estrangeiro. Esta percentagem é maior do que o total da percentagem dos cuidadores que são naturais de outras regiões de Portugal (10%).

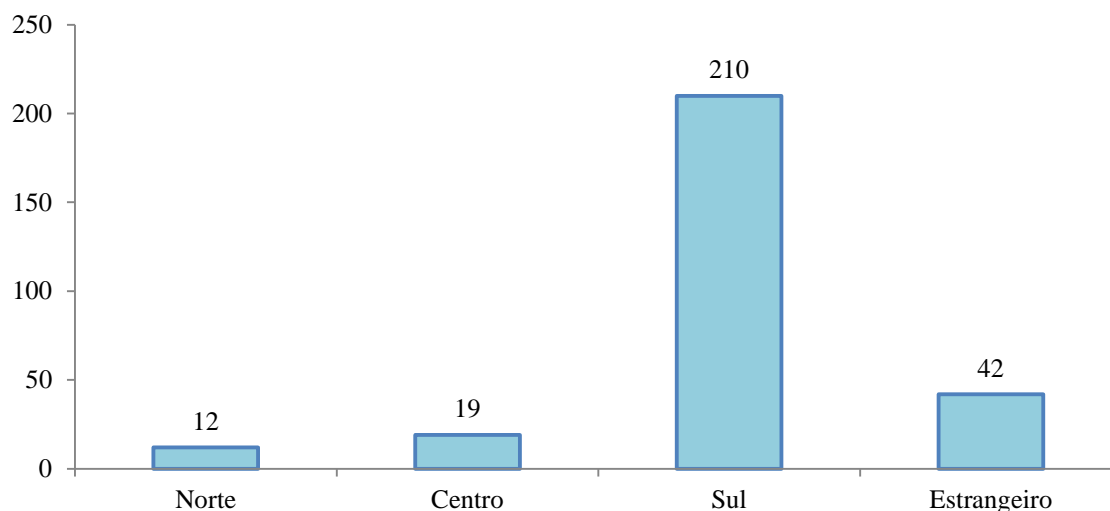


Figura 7.2. Naturalidade dos cuidadores formais

Relativamente ao estado civil dos cuidadores formais, de acordo com as informações disponibilizadas verificamos através da figura 7.3. que a maioria é casado/a (52%).

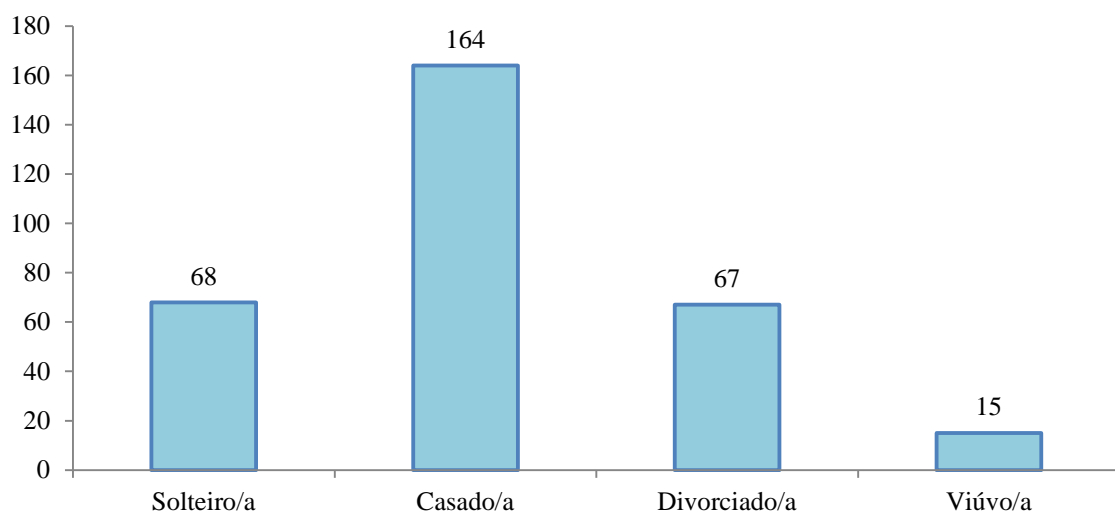


Figura 7.3. Estado civil dos cuidadores formais

Em relação ao número de filhos concluiu-se que a maioria tem dois filhos (33%), 31% tem apenas um filho, cerca de um quarto da amostra não tem filhos e 11% tem três ou mais filhos (figura 7.4.).

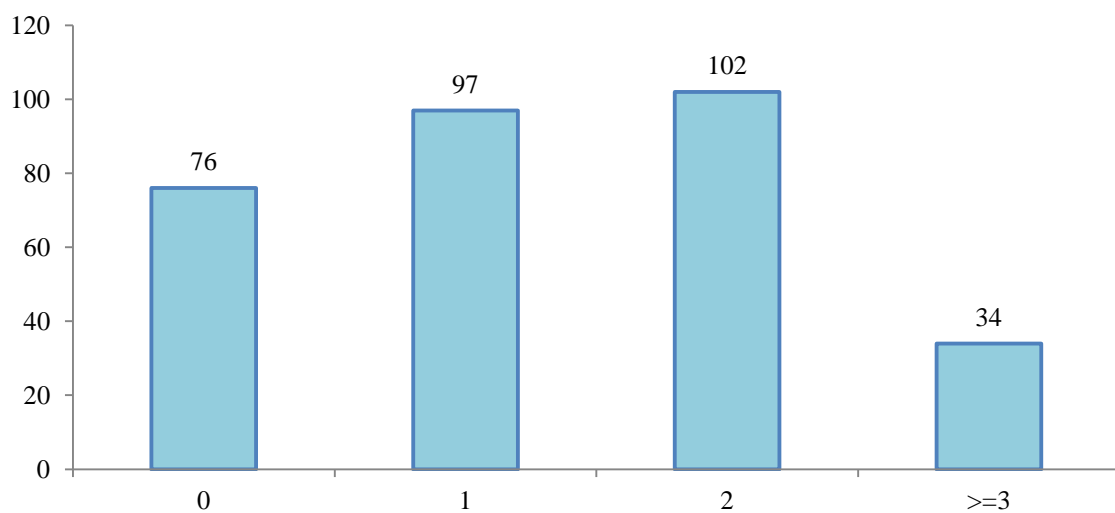


Figura 7.4. Número de filhos dos cuidadores formais

Na figura 7.5. percebemos que a maioria da nossa amostra possui o terceiro ciclo do ensino básico.

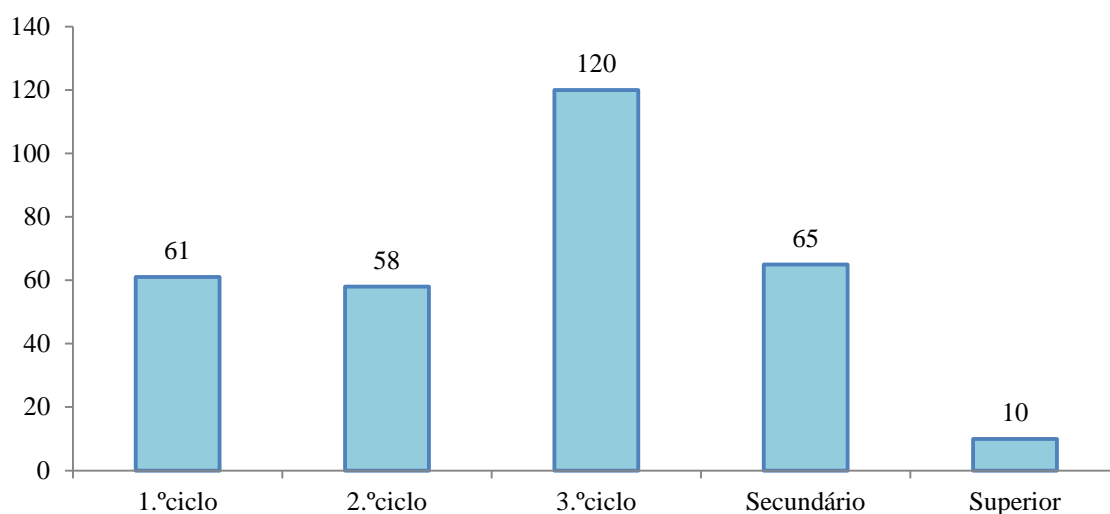


Figura 7.5. Habilitações literárias dos cuidadores formais

Relativamente à área das habilitações literárias nem todas as instituições disponibilizaram essa informação. No entanto, de acordo com a informação que nos disponibilizaram sabe-se que relacionado com a área em que desempenham funções, vinte cuidadores formaram-se na área de geriatria, três em técnicos auxiliares de saúde e um em auxiliar técnico de fisioterapia.

No que diz respeito às formações proporcionadas pelas instituições, em média, estas proporcionaram aos seus cuidadores formais de idosos cerca de duas ações, no ano de 2017, como podemos verificar na tabela 7.6. Assim, percebemos que a maioria das ações de formação proporcionadas pelas instituições privilegia as componentes técnicas, como por exemplo a instituição 4, enquanto apenas duas das instituições proporcionaram formação a nível comportamental, como são exemplo a formação de comunicação interpessoal frequentada por cinco formandos da instituição 3 e da formação sobre gestão do tempo, frequentada por 12 formandos da instituição 7.

Tabela 7.6. Frequência absoluta das ações de formação proporcionadas pela instituição, ano 2017

| Instituição | Ações de formação | N.º formandos por ação |
|--------------------|--|-------------------------------|
| 1 | Higiene | 19 |
| | Alimentação | 19 |
| | Administração de medicamentos | 19 |
| | Primeiros socorros | 19 |
| 2 | HCCP | 2 |
| 3 | Prática profissional de prestação de cuidados | 9 |
| | Comunicação interpessoal/assertiva | 5 |
| 4 | Socorrismo | 5 |
| | Extinção de incêndios | 5 |
| 7 | Cuidados idosos | 12 |
| | Gestão do tempo | 12 |
| | Comunicação com o idoso e com familiares | 12 |
| 9 | Ética e deontologia | 7 |
| | Saúde da pessoa idosa | 7 |
| 11 | Combate a incêndios e meios de 1.ª intervenção | 18 |
| 12 | Desfibrilhação automática externa | 20 |
| | Higiene, segurança e saúde no trabalho | 20 |
| | Cuidados de saúde no idoso | 20 |
| 13 | Cuidados à pessoa diabética | 14 |
| | Primeiros socorros | 16 |
| 17 | Geriatría | 7 |

8 Discussão dos resultados

Neste estudo, tal como nos estudos de Vieira e colegas (2011) e de Castanheira (2013), a importância da formação contínua é salientada enquanto medida que beneficia a qualidade dos serviços prestados aos idosos. Lenardt, Willing, Silva, Shimbo, Tallmann e Maruo (2006) ressaltam a importância da formação dos cuidadores formais de idosos, referindo que para além do afeto é necessário perceber quem é a pessoa idosa e não confundi-la com uma criança ou com um adulto, porque estão numa faixa etária em que as suas necessidades são diferentes. Percebe-se assim que a participação dos cuidadores em formações aumenta as suas competências e o seu nível de eficácia a curto e longo prazo (Davison, McCabe, Visser, Hudgson, Buchanan, & George, 2007). Para além disso, os cuidadores ganham consciência das suas capacidades; a formação contribui para o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, ou seja, um cuidador com formação vai desempenhar as suas funções de uma forma mais eficiente e terá uma maior noção dos cuidados que o idoso precisa (Reis & Ceolim, 2007).

Os nossos resultados, de acordo com a informação que nos disponibilizaram, mostram que são poucos os cuidadores formais que quando iniciam funções nesta área já possuem formação (24 cuidadores formais, num total de 314), o que mostra também a importância de as instituições investirem nestas ações e que é já depois de terem iniciado funções que têm formações na área. Estes resultados são concordantes pelos estudos de Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira e Ferreira (2009), Barbosa e colegas (2011) Rodrigues (2014), Beringuilho (2013) e Castanheira (2013).

No presente estudo a amostra, como já foi referido, é composta por 95% de cuidadores do género feminino e 5% do género masculino. Noutros estudos foram alcançados resultados semelhantes, como por exemplo, nos estudos de Reis e Ceolim (2007), Pereira, Corte e Marques (2014), Mello e colegas (2008) e Pinto (2014). A média de idades dos cuidadores formais que compõem a nossa amostra é de 45.8 anos de idades. É uma média de idade muito elevada para uma atividade de elevado desgaste físico e emocional. Recorde-se que diversos estudos mostram que a idade dos cuidadores (e não só) se associa positivamente com as doenças ocupacionais, nomeadamente as lesões músculo-esqueléticas (e.g., Chiwaridzo, Makotore, Dambi, Munambah, & Mhlanga, 2018; Choi, et al., 2017). Mas, esta não é uma observação

inédita, pois é uma média similar à observada em outros estudos. No estudo de Pereira, Corte e Marques (2014) a média de idades dos participantes era de 45.9 anos de idade. Já no estudo de Barbosa e colegas (2011) era de 42.9 anos de idade e no estudo de Batista (2012) era de 47.9. No entanto, este resultado afasta-se um pouco dos resultados encontrados noutros estudos, como por exemplo nos estudos de Barbosa, Noronha, Spyrides e Domingos de Araújo (2017), em que a média de idades era de 37, um pouco maior do que a média encontrada no estudo com 18 cuidadores formais de Araújo, Lopes, Santos e Junqueira (2014) que era de 33 anos.

A maioria dos cuidadores formais é casada ou vive em união de facto (164 cuidadores, 52% da amostra). Resultados semelhantes foram encontrados por Ribeiro e colegas (2009). Também Pereira, Corte e Marques (2014) na sua investigação, dos 40 cuidadores que integraram a amostra, 82.5% eram casadas ou viviam em união de facto e na pesquisa de Beringuilho (2013) a percentagem de cuidadores formais casados foi de 71.5%.

No que diz respeito às habilitações literárias dos cuidadores formais, os nossos resultados indicam que 38% da amostra (120 cuidadores) possuem o 3.º ciclo do ensino básico. Isto vai ao encontro dos resultados obtidos noutras investigações, como por exemplo, os estudos de Pereira, Corte e Marques (2014), Rodrigues (2014), Beringuilho (2013) e Batista (2012).

Relativamente à experiência na função, de acordo com os dados que nos forneceram, percebemos que 44 cuidadores (14% da amostra, considerando apenas 309 cuidadores sobre os quais tínhamos estes dados) referem possuir experiência na função quando ingressaram na instituição em que trabalhavam na altura da recolha dos dados, variando esta experiência entre “menos de um ano”, “entre 1 a 5 anos”, “entre 6 e 10 anos” e “mais de 11 anos”. Estes resultados afastam-se ligeiramente dos resultados encontrados por Mello e colegas (2008) em que todas as cuidadoras possuíam um tempo considerável de experiência na função, numa média de 12 anos. Também Reis e Ceolim (2007) relativamente ao tempo de experiência na função verificaram que 40% dos cuidadores formais de idosos indicou desempenhar esta atividade há cinco ou mais anos, 32% entre 13 meses e 5 anos. Já na investigação de Rodrigues (2014) 77% dos participantes tinham experiência anterior como cuidador de idosos.

Em relação às principais dificuldades encontradas pelos cuidadores formais no exercício da sua profissão, em traços gerais, neste estudo, percebemos que estão relacionadas com a mobilização do idoso, os cuidados do idoso, com aspetos relacionais e também com as exigências da função.

Estes resultados assemelham-se aos resultados do estudo de Pereira, Corte e Marques (2014), em que o cansaço psicológico e o cansaço físico foram os mais mencionados e no que diz respeito à prestação dos cuidados as tarefas que revelam maior dificuldade são a deambulação/mobilização, cuidados com a alimentação, comunicação e alterações emocionais. Por outro lado, os participantes da investigação de Mello e colegas (2008) referiram a necessidade de preparação para lidar com as doenças inerentes a esta idade, tempo para dar atenção ao idoso e necessidade de experiência para desempenhar as suas funções com maior qualidade.

Num estudo realizado por Barbosa e colegas (2011) as principais dificuldades apontadas pelos cuidadores formais de idosos passam pela interação com o idoso, desconhecimento das doenças e de como agir perante as mesmas, falta de tempo e de recursos humanos, dificuldade de organização das atividades e interação com as famílias. Pinto (2014) concluiu na sua investigação que a principal dificuldade da função era o lidar com a morte, enquanto os participantes do estudo de Rodrigues (2014) referem dificuldades de interação, dificuldades de preparação/formação para a função.

Apesar, das dificuldades e das características sociodemográficas (como a idade) determinarem a necessidade de uma ampla variedade de competências os nossos resultados mostram que as instituições se centram essencialmente no desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas ficando muito aquém a formação que dota os cuidadores de ferramentas para lidar com as próprias dificuldades da função, designadamente questões de luto e até mesmo como lidar com os comportamentos patológicos e agressivos dos idosos (e.g., Batista, 2012). Os 13% de trabalhadores migrantes e o aumento de estrangeiros idosos institucionalizados estrangeiros contribuem para a necessidade de competências sociais e multiculturais.

Relativamente ao recrutamento e seleção, os nossos resultados mostram que a entrevista é a técnica de seleção mais usada, apesar de ser uma técnica com baixo valor

preditivo (Ribeiro, 1996) em particular quando os entrevistadores não têm competências técnicas em entrevistas de seleção, pois aumenta o efeito da intuição e da formação de impressões com recurso a heurísticas (e.g., Mast, Bangerter, Bulliard, & Aerni, 2011). É importante desenvolver estudos que analisem os processos de preparação das entrevistas de seleção de forma a identificar os vieses mais presentes, permitindo compreender a relação entre estes e as expectativas e consequentes técnicas de gestão de RH.

Capítulo III

Conclusões e considerações finais

Conclusões e Considerações finais

Com este estudo observámos que apesar da evolução das políticas e das teorias sociais, da maior participação da mulher no mercado de trabalho, esta continua a ser encarada como aquela que cuida, quer seja de crianças, da família, dos idosos ou das tarefas domésticas (e.g. Portugal, 2008, Llobet et. al, 2010) e talvez este facto explique a setorização de género refletida na maioria dos cuidadores formais ser do género feminino.

Como podemos ver nos resultados apresentados, existe uma percentagem considerável de trabalhadores migrantes. Para além dos fatores demográficos como o envelhecimento da população, que pressupõe um aumento do número de pessoas dependentes de cuidados, a escassez de recursos de proximidade, designadamente a família, fator para o qual contribui a entrada da mulher no mercado de trabalho, a chegada de um grande número de imigrantes que vem à procura de oportunidades de trabalho pode explicar a percentagem significativa de cuidadoras formais de idosos de origem estrangeira (e.g., Casado-Mejía, Ruiz-Arias, & Solano-Parés, 2009).

Sabe-se que a formação dos cuidadores de idosos é importante para o desempenho das suas funções. No entanto, de acordo com as informações disponibilizadas pelas instituições, percebemos que a preocupação maior nesta área diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas ficando muito aquém a formação que dota os cuidadores de competências sociais e de autorregulação das emoções. Por outro lado, considerando o esforço físico que estes têm de fazer por exemplo na mobilização diária dos idosos, parece-nos importante repensar neste assunto, até porque se olharmos para os resultados percebemos que 148 cuidadores estão a trabalhar há menos de cinco anos nas instituições e podemos atrever-nos a concluir que apesar de existir a consciência das dificuldades inerentes à função não se contratam pessoas mais novas, pelo que seria interessante perceber porquê. É necessário formar os cuidadores tendo em vista o melhor relacionamento e compreensão entre cuidador e idoso e que isso seja algo contínuo durante a sua carreira.

Outra das conclusões que se retira deste estudo é que a entrevista é um procedimento de seleção concebido para prever o desempenho futuro do trabalho com base nas respostas orais dos candidatos a perguntas orais e é um instrumento bastantes

vezes utilizado nos processos de recrutamento, talvez pelo seu carácter intuitivo. No entanto, tal como já foi explicado esta é uma técnica que tem baixa validade preditiva (Robertson & Smith, 1989), pelo que talvez fosse benéfico repensar os processos de recrutamento, utilizando técnicas como a avaliação psicológica para perceber se para além da experiência e da formação na área, o futuro cuidador possui competências ligadas ao cuidado do idoso, designadamente a empatia, o ser atencioso, compreensivo, ter espírito de equipa, entre outras características que são valorizadas pelos recrutadores.

De acordo com estas principais conclusões, consideramos que o estudo traz um contributo para se compreender aquilo que está a ser feito atualmente no que diz respeito ao recrutamento e formação dos cuidadores formais de idosos institucionalizados e se conseguir melhorar alguns aspetos, de modo a que as instituições implementem estratégias benéficas tanto para os cuidadores formais como para os idosos.

A nível científico destacamos a importância de perceber os problemas e as limitações destes processos para que se realizem mais estudos nesta área, nomeadamente estudos de investigação-ação e, para isto, é necessário conhecer melhor os cuidadores e de que forma é que as formações, por exemplo, podem ser preditivas de comportamentos de segurança e bem-estar tanto para eles como para os idosos. Apesar de este estudo não recorrer aos trabalhadores como população a estudar, é fundamental analisar as particularidades e dificuldades dos trabalhadores migrantes. De acordo com o nosso estudo, os critérios de recrutamento e seleção, assim como as formações são transversais aos diferentes *backgrounds* culturais, mas estes *backgrounds* comportam dificuldades de adaptação ao trabalho e interação social diferentes. Por outro lado, o Algarve é uma região que apresenta um crescente aumento de idosos estrangeiros institucionalizados, mas não foram observadas preocupações formativas facilitadoras do cuidar destes idosos.

A nível prático consideramos que o estudo é uma mais-valia para se desenharem protocolos de formação e recrutamento que permitam melhorar os processos de gestão de recursos humanos nas instituições, tendo em vista mais uma vez o bem-estar destes profissionais e dos utentes. Poderíamos ir mais longe e perceber qual a responsabilidade dos próprios cuidadores na sua formação e que tipo de formação escolheriam para si, tendo sempre em vista o seu bem-estar, mas também o bem-estar dos idosos.

Em traços gerais percebe-se que existe a necessidade de repensar os processos de recrutamento e seleção destes profissionais e adequar os planos de formação àquilo que são as necessidades dos cuidadores formais, tendo em vista o bem-estar de todos. Pensamos que os próprios gestores estão pouco sensibilizados para estas questões e para a sua importância na eficácia da gestão de RH e, em consequência, na qualidade das instituições. Assim, este estudo pode fornecer dados que permitam desenhar ações de formação para estes gestores.

Referências bibliográficas

Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved March 10, 2018, from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/2/capatese.pdf>.

American Federation for Aging Research. (2011). *Theories of Aging*. New York: American Federation for Aging Research. Retrieved September, 17, 2017, from https://www.afar.org/docs/migrated/111121_INFOAGING_GUIDE_THEORIES_OF_AGINGFR.pdf.

Araújo, C., Lopes, C., Santos, G., & Junqueira, L. (2014). Perfil dos cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 219-230. ISSN: 1516-2567.

Areosa, S., Henz, L., Lawisch, D., & Areosa, R. (2014). Cuidar de si e do outro: Estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (2), 482-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>.

Ball, M., Lepore, M., & Perkins, M. (2009). “They are the reason I come to work”: the meaning of resident-staff relationships in assisted living. *Journal of Aging Studies*, 23, 37-47. DOI: 10.1016/j.jaging.2007.09.006.

Banerjee, A., Armstrong, P., Daly, T., Armstrong, H., & Braedley, S. (2015). “Careworker don’t have a voice:” Epistemological violence in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 33, 28-36. DOI: 10.1016/j.jaging.2015.02.005.

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 e Doenças*, 12 (1), 119-129.

Barbosa, L., Noronha, K., Spyrides, M., & Araújo, C. (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.

Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Dissertação do mestrado em Enfermagem Comunitária, Universidade de Coimbra. Retrieved June, 22, 2017, from <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.

Beringuilho, F. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Castelo Branco. Retrieved June, 22, 2017, from <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem%20cuida%20dos%20idosos..pdf>.

Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação do mestrado em Ciências da Dor, Universidade de Lisboa.

Retrieved July, 27, 2017, from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf.

Born, T. (Novembro, 2006). *A formação de cuidadores: Acompanhamento e avaliação*. Comunicação apresentada no Seminário Velhice Fragilizada. Avenida Paulista. Retrieved March, 10, 2018, from <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/artigos/TOMIKO%20BORN%20A%20forma%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o%20de%20cuidadores%20acompanhamento%20e%20avalia%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o.pdf>.

Camarano, A., & Pasinato, M. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In A. Camarano, *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?*, (p. 253-292). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Económica Aplicada. Retrieved May, 13, 2018, from http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5476.

Casado-Mejía, R., Ruiz-Arias, E., & Solano-Parés, A. (2009). Características de la producción científica sobre cuidados familiares prestados por mujeres inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 23 (4), 335-341. DOI: 10.1016/j.gaceta.2009.03.005.

Castanheira, C. (2013). *Auxiliar de acção directa: Um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa. Retrieved November, 5, 2017, from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpie046340_tm.pdf.

Chiwaridzo, M., Makotore, V., Dambi, J., Munambah, N., & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe, *BMC Research Notes*, 11 (315), 1-7. DOI 10.1186/s13104-018-3412-8.

Choi, H., Kim, Y., Kang, D., Kim, J., & Jang, B. (2017). Characteristics of occupational musculoskeletal disorders of five sectors in service industry between 2004 and 2013. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29 (41), 1-9. DOI 10.1186/s40557-017-0198-4.

Clinco, J. (2000). Successful supportive care: Personnel, pricing, and salaries. *Home Health Care Management & Practice*, 12 (3), 18-24.

Conselho da Europa. (1996). *Carta Social Europeia*. Estrasburgo. Retrieved July, 25, 2017, from http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf.

Davison, T., McCabe, M., Visser, S., Hudgson, C., Buchnan, G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 868-873. DOI: 10.1002/gps.1754.

Decreto-Lei n.º 121/2008 de 11 de Julho do Ministério das Finanças e da Administração Pública. Diário da República: 1.ª série, n.º 133 (2008). Retrieved November, 5, 2017, from www.dre.pt.

Decreto-Lei n.º 414/99 de 15 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República: I Série-A, n.º 241 (1999). Retrieved November, 5, 2017, from www.dre.pt.

Fernandes, V. (2014). *Caracterização do perfil de competências do gestor*. Dissertação do mestrado em Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal. Retrieved February, 4, 2018, from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7682/1/VascoFernandes.pdf>.

Fragelli, T., & Shimizu, H. (2012). Competências profissionais em saúde pública: Conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (4), 667-674.

Fragoso, V. (2006). A arte de cuidar e ser cuidado: Cuidar-se para cuidar. *IGT na Rede n.º5*, 3 (5), 1-8.

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

Freitas, D. (2015). *A velhice nos lares na perspetiva das profissionais: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado em Sociologia, Universidade de Coimbra. Retrieved March, 10, 2018, from https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30207/1/Tese_DanielaFreitas_2015.pdf.

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2015). *Carta social: Rede de serviços e equipamentos 2015*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. ISBN: 978-972-704-407-8.

Ganesh, M., & Indradevi, R. (2015). Importance and effectiveness of training and development. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6 (1), 334-338. DOI: 10.5901/mjss.2015.v6n1p334.

Guéguen, N. (1997). *Manuel de statistique pour psychologues*. Paris: Dunod.

Hirata, H. (2012). O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspetiva comparada: França, Brasil e Japão. *Revista de Políticas Públicas, Número Especial*, 283-290.

Instituto Nacional de Estatísticas (INE). (2015). *Estimativas de população residente em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. Retrieved October, 1, 2017, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224677968&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Lares Online. (2018). Retrieved December, 12, 2017, from <https://www.laresonline.pt/pt/pesquisa/valencia/lares-e-residencias/local/distrito-faro/pag/1>.

Lawrence, V., & Banerjee, S. (2010). Improving care in care homes: A qualitative evaluation of the Croydon care home support team. *Aging & Mental Health*, 14 (4), 416-424. DOI: 10.1080/13607860903586144.

- Lenardt, M., Willing, M., Silva, S., Shimbo, A., Tallmann, A., & Maruo, G. (2006). O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enfermagem*, 11 (2), 117-123.
- Llobet, P., Canut, L., Mateu, S., & Ávila, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes Institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19, 1-6.
- Mabry, L., Parker, K., Thompson, S., Bettencourt, K., Haque, A., Rhoten, K.,... Olson, R. (2018). Protecting workers in the home care industry: Workers' experienced job demands, resource gaps, and benefits following a socially supportive intervention. *Home Health Care Services Quarterly*, 37 (3), 259-276. DOI: 10.1080/01621424.2018.1470590.
- Mast, M.S., Bangerter, A., Bulliard, C., & Aerni, G. (2011). How accurate are recruiters' first impressions of applicants in employment interviews?. *International Journal of Selection and Assessment*, 19(2), 198-208. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2011.00547.x>.
- Matthews, B. (2018). Life of the second-order patient: Factors impacting the informal caregiver. *Journal of Loss and Trauma*, 23 (1), 29-43. DOI: 10.1080/15325024.2017.1419800.
- Mello, P., Piccinini, A., Rosa, P., Rosa, L., & Garcês, S. (2008). Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 17 (2), 259-274.
- Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L., & Jones, J. (2007). Direct care workers' recommendations for training and continuing education. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28 (2), 91-108. DOI: 10.1300/J021v28n02_07.
- Ngan, K., Drebit, S., Siow, S., Yu, S., Keen, D., & Alamgir, H. (2010). Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occupational Medicine*, 60, 389-394. DOI 10.1093/occmed/kqq052.
- Olaniyan, D., Ojo, L. (2008). Staff training and development: A vital tool for organizational effectiveness. *European Journal of Scientific Research*, 24 (3), 326-331. ISSN: 1450-216X.
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoiética: Do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 181-196.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Envelhecimento*. Retrieved May, 1, 2018, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- Paulos, I. (2010). *Gestão de instituições para idosos - qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais.

Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Development and Educational Psychology, Revista de Psicologia*, 2 (1), 133-140. ISSN: 0214-9877.

Pinto, E. (2014). *Perfil dos cuidadores de idosos em instituições de longa permanência de Bauru: Conhecimento e práticas em saúde bucal*. Dissertação do mestrado em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, Universidade de São Paulo. Retrieved March, 10, 2018, from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-13102014-153203/pt-br.php>.

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

Pordata. (2017). Esperança de vida aos 65 anos. Retrieved October, 1, 2017, from [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-419).

Pordata. (2017). Indicadores de envelhecimento. Retrieved October, 1, 2017, from <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Pordata. (2017). População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por sexo. Retrieved October, 1, 2017, from <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

Pordata. (2017). Taxa bruta de mortalidade e taxa bruta de mortalidade infantil. Retrieved October, 1, 2017, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>.

Pordata. (2017). Taxa bruta de natalidade. Retrieved October, 1, 2017, from <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>.

Portugal, S. (2008). *As mulheres e a produção de bem-estar em Portugal*. Coimbra: Oficina do Centro de Estudos Sociais.

Prevo, L., Lissen, E., Hajema, K., Kremers, S., Crutzen, R., & Schneider, F. (2018). Exploring informal caregivers' views on their perceived burden. *Home Health Care Management & Practice*, 30 (2), 47-53. DOI: 10.1177/1084822317746958.

Reis, P., & Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a “ser idoso” por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41 (1), 57-64.

Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: Visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 870-875. ISSN: 0034-7167.

Ribeiro, R. (1996). Seleção de pessoal: Métodos e aplicações. In C. A. Marques, & M. P. Cunha (Coord.), *Comportamento organizacional e gestão de empresas* (pp. 92-115). Lisboa: Publicações D. Quixote.

Robertson, I., & Smith, M. (1989). Personnel selection methods. In *Advances in Selection and Assessment*, (M. Smith, & I. T. Robertson, Eds). London: John Wiley & Sons.

Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Um estudo de caso*. Dissertação do mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas, Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved June, 22, 2018, from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf.

Saliba, N., Moimaz, S., Marques, J., & Prado, R. (2007). Elderly caregivers profile and oral health perception. *Interface*, 3, 1-15.

Santos, S., Silva, D., Oliveira, M., & Fernandes, F. (Setembro, 2015). *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado: Uma revisão bibliográfica*. Comunicação apresentada no 4.º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande. Retrieved March 10, 2018, from http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA14_ID3306_27082015164146.pdf.

Sanuade, O., & Boatemaa, S. (2015). Caregiver profiles and determinants of caregiving burden in Ghana. *Public Health*, 129, 941-947. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.05.016.

Segurança Social. (2016). Apoios sociais e programas. Retrieved October, 1, 2017, from <http://www.seg-social.pt/idosos>.

Silva, I., Machado, F., Ferreira, M., & Rodrigues, M. (2015). Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. *Holos*, 8, 342-356. DOI: 10.15628/holos.2015.3215.

Simões, A. (2013). Cuidados em fim de vida em lares de idosos: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 31-61.

Sims-Gould, J., Byrne, K., Craven, C., Martin-Matthews, A., & Keefe, J. (2010). Why I became a home support worker: Recruitment in the home health sector. *Home Health Care Services Quarterly*, 29 (4), 171-194. DOI: 10.1080/01621424.2010.534047.

Tang, C., Chen, Y., Cheng, K., Ngo, V., & Mattison, J. (2017). Awareness and handoffs in home care: Coordination among informal caregivers. *Behaviour & Information Technology*. DOI: 10.1080/0144929X.2017.1405073.

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M., & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15.3, 1-7. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300006>.

Vieira, R. (2015). *O papel da comunidade e das famílias no envelhecimento ativo e no cuidar de idosos: O serviço social de relação*. Retrieved March, 10, 2018, from <https://www.eas.pt/o-papel-da-comunidade-e-das-familias-no-envelhecimento-ativo-e-no-cuidar-de-idosos-o-servico-social-de-relacao/>.

Williams, E. (1989). Sources of stress for the caregivers of the elderly patient: Implications for practice. *Journal of Home Health Care Practice*, 1 (3), 17-25.

World Health Organization. (2014). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Luxemburg: WHO Press.

Anexo I – Instrumento

1. Ano de abertura da Instituição

2. N.º total de trabalhadores

3. N.º total de cuidadores formais

4. N.º total de camas

5. Que estratégias/técnicas utiliza para recrutar os cuidadores formais de idosos? Coloque uma cruz em todas as que utiliza.

- Análise curricular
- Testes de avaliação psicológica
- Entrevista
- Provas de grupo
- Provas práticas
- Recomendação de outros
- Outra: _____

6. Em relação às características biográficas, quais as que considera que contribuem melhor para o trabalho de um cuidador formal de idosos? Ordene por ordem de importância (1 - mais importante, 8 - menos importante).

- Género
- Idade
- Estado civil
- Local de residência
- Área de formação académica/Nível de escolaridade

- Experiência anterior em função semelhante
- Características físicas saudáveis (mobilidade, acuidade visual, higiene oral)
- Terem estagiado anteriormente na instituição
- Outro: _____

7. Os candidatos que surgem para a função apresentam razões/motivações para integrarem a instituição e função. Dos vários motivos que os candidatos referem, em que medida considera como bons preditores do seu desempenho os motivos indicados? Ordene por ordem de importância (1 - mais importante, 8 - menos importante)

- Gosto do candidato pelas tarefas da função
- Condições de trabalho
- Condição de desemprego
- Trabalho anterior semelhante
- Reside perto
- Investiu a sua formação e experiências anteriores na carreira
- Atividades de voluntariado
- Outro: _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| 8. Quais as características de personalidade mais relevantes num cuidador formal de idosos? Indique três. | | | |
| 8.1. Habitualmente são características a que presta atenção no recrutamento? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| 8.1.1. Se sim, tem sucesso nessa análise? | Sim <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| 9. Quais as competências e conhecimentos mais relevantes num cuidador formal de idosos? Indique três. | | | |
| 9.1. Habitualmente são características a que presta atenção no recrutamento? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| 9.1.1. Se sim, tem sucesso nessa análise? | Sim <input type="checkbox"/> Normalmente <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |

| | |
|---|---|
| 10. Costuma pedir prova prática? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Estes colaboradores realizam período experimental? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 11.1. Se sim quanto tempo? | |
| 12. Considera importante oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores formais? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 12.1. Se sim, quais as áreas de maior relevo? (por exemplo: envelhecimento, medicação, nutrição, higiene, locomoção; comportamental: gestão do <i>stress</i> , conflito, lidar com a morte, luto) | |
| 13. A instituição tem idosos de diferentes nacionalidades? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Se sim: | |
| 13.1. Falam português? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 13.2. Como lidam com este tipo de situação? | |
| 13.3. É necessário que os cuidadores saibam comunicar com este tipo de público? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Quais são as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de idosos no desempenho das suas funções? | |

Para cada colaborador é necessário preencher as informações relativas aos tópicos que se apresentam no quadro a seguir e, se necessário

acrescentar mais linhas:

| Cuidador | Género | Idade | Naturalidade | Estado civil | N.º filhos | Anos na Instituição | Habilitações literárias | Área das habilitações literárias | Experiência anterior na função (meses) | *Formação na instituição | **Outras competências, formações, conhecimentos | Conhecimento de línguas (qual?) |
|-----------------|---------------|--------------|---------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------|---|---|---------------------------------|--|--|
| Cuidador A | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador B | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador C | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador D | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador E | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador F | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador H | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador I | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador J | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador K | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador L | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador M | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador N | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador O | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cuidador P | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nota: *Indicar as ações de formação do último ano (temática)

** Por exemplo: informática, cuidados de idosos, higiene

| Cuidador | Género | Idade | Naturalidade | Estado civil | N.º filhos | Anos na Instituição | Habilitações literárias | Área das habilitações literárias | Experiência anterior na função (meses) | *Formação na instituição | **Outras competências, formações, conhecimentos | Conhecimento de línguas (qual?) |
|-----------------|---------------|--------------|---------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------|---|---|---------------------------------|--|--|
| Cuidador Q | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador R | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador S | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador T | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador U | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador V | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador W | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador X | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador Y | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador Z | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador AB | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador AC | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador AD | | | | | | | | | | | | |
| Cuidador AE | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cuidador AF | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nota: *Indicar as ações de formação do último ano (temática)

** Por exemplo: informática, cuidados de idosos, higiene