INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A importância da gestão da saúde no comportamento de cuidadores formais em instituições de longa permanência- Um Estudo de Caso

Margarida Diogo Antunes

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Setembro, 2023

BUSINESS SCHOOL

A importância da gestão da saúde no comportamento de cuidadores formais em instituições de longa permanência- Um Estudo de Caso

Margarida Diogo Antunes

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

Setembro, 2023

“You must be the change you wish to see in the world.”

- Gandhi

Agradecimentos

Para a realização da presente dissertação, que pela questão pandémica que atravessámos e devido à conciliação com o trabalho, não foi fácil terminar, atravessando muitos momentos menos bons. Contudo, no caminho, pude contar com o apoio de várias pessoas às quais gostaria de deixar o meu mais sincero agradecimento. Assim, em primeiro lugar, o meu agradecimento é dirigido às instituições e às suas diretoras por confiarem em mim e no projeto e por me darem a oportunidade de crescer num momento em que muitas portas se fecharam.

À minha orientadora, Professora Doutora Rita Espanha, que me auxiliou em todas as minhas questões e me incentivou ao longo da realização do projeto.

Um obrigado especial ao meu avô Manel que me deixou a meio do processo, mas que me ensinou tanto ao longo da vida.

Ao meu pai, à minha mãe, ao meu irmão e avós que foram o meu pilar e sempre me apoiaram ao longo de todo o processo e que nunca me deixaram desistir.

A todos os meus amigos, em especial à Joana e à Vanessa pelo interesse pelo meu trabalho, pelo apoio, por estarem sempre presentes nos meus momentos menos bons e por todas as vezes que tive de negar os seus convites.

Às minhas colegas de trabalho que sempre foram compreensivas e flexíveis sempre que precisei.

Nada seria possível, sem cada um de vós. Obrigada!

Resumo

Nas últimas décadas temos assistido a um aumento da esperança média de vida, tornando o envelhecimento da população um dos maiores desafios da União Europeia do século XXI. Estas alterações representam um grande impacto na estrutura e nas relações familiares que associadas à dinâmica do contexto social atual levam à institucionalização do idoso. É nestas instituições que trabalham os cuidadores formais, que na sua maioria não têm qualificação suficiente para o desempenho das suas funções. Com o propósito de avaliar e caracterizar as instituições de longa permanência para idosos quanto aos aspetos estruturais e organizações nomeadamente ao recrutamento, formação e comunicação dos cuidadores formais foram entrevistadas 2 diretoras técnicas, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de geriatria e 2 residentes de duas instituições diferentes. Com uma abordagem qualitativa, esta análise mostrou que as respostas destas instituições relativamente aos assuntos abordados ainda ficam aquém do que seria expetável, evidenciando que ainda há um longo caminho a percorrer e que é emergente investir nos processos de gestão de recursos humanos, em formar os seus cuidadores principalmente na área da comunicação no sentido de promover as relações interpessoais cuidador-idoso perpetuando assim prestação de serviços de saúde de maior qualidade.

Palavras-Chave: Comunicação; Cuidador Formal; Formação; Gestão de Serviços de Saúde; Idoso; Recrutamento

Abstract

In recent decades there is an increase in average life expectancy making the aging of the population one of the biggest challenges of the European Union at the 21st century. These changes make a big difference on the structure and family relationships that, combined with the dynamics of the current social context, lead to the institutionalization of the elderly. Here, on these institutions, works the formal caregivers, this means that at most of the time they don't have qualifications to perform their functions as they should. With the purpose of evaluating and characterizing the long-stay institutions for the elderly in terms of the structural and organizational aspects, like the recruitment, training, and communication of the formal caregivers, two technical directors, two nurses, two geriatric assistants and two people living in two different institutions were interviewed. With a qualitive approach, these analysis has shown that the answers that came in the interview are not what was expected, showing that there is still a long way to go when it comes to the topics that were covered. It is urge to invest at the human resources management processes, keeping the informal caregivers trained, mainly in the area of communication that promotes caregiver-elderly interpersonal relationships, providing a better quality of the health services.

Keywords: Communication; Elderly; Formal Caregiver; Health Services Management; Recruitment; Training.

Índice Geral

1. Introdução 1
   1.1. Identificação do Problema de Investigação 1
   1.3. Questões de Investigação 3
   1.4. Quadro Conceptual 3
   1.5. Identificação dos objetivos 4
   1.6. Estrutura da Dissertação 5
2. Revisão de Literatura 7
   2.1. Velhice e o Envelhecimento 7
   2.2. Envelhecimento Demográfico 9
   2.3. Envelhecimento Ativo 9
   2.4. Autonomia e Dependência no contexto do envelhecimento 10
   2.5. A institucionalização de idosos em Portugal 11
   2.6. Perfil dos cuidadores Formais: Características 13
   2.7. O papel da gestão 14
   2.8. Comunicação e prestação de cuidados a idosos 16
3. Opções Metodológicas e Modelo de Análise 19
   3.1. Método de investigação 19
   3.2. População e Amostra 20
   3.3. Recolha de Dados 21
   3.4. Tratamento de Dados 21
   3.5. Recursos Necessários 22
   3.6. Aspetos éticos 22
4. Análise e Discussão dos Resultados 25
   4.1 As instituições em análise, Características Sociodemográficas e Outras Variáveis 25
   4.2. Recrutamento e Seleção de cuidadores Formais 27
   4.3. A Formação dos Cuidadores Formais de Idosos 31
   4.4. A Comunicação Cuidador- Idoso e o seu Impacto 37
5. Considerações Finais e Recomendações 43
6. Fontes 47
7. Referências Bibliográficas 48
8. Anexos 55
   Anexo A- Guião de Entrevista aos Diretores Técnicos 55

Anexo B- Guião de Entrevista aos Cuidadores Formais 57
Anexo C- Guião de Entrevista aos Residentes 59

Índice de Figuras

Figura 1- Representação gráfica do quadro conceptual. 4

Índice de Tabelas

Tabela 1- Resumo das Características Sociodemográficas e Outras Variáveis de Triagem 27

Glossário de Siglas

AG- Auxiliar de Geriatria

AVD- Atividades de Vida Diária

AFAR- *American Federation for Aging Research*

CE- Comissão Europeia

DT- Diretora Técnica

EC- Enfermeira Chefe

ERPI- Estrutura Residencial para Idosos

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento

ONU- Organização das Nações Unidas

WHO- *World Health Organization*

RERPI- Residente de Estrutura Residencial para Idosos

1. Introdução

Este capítulo destina-se à identificação do problema de investigação, contextualizando a origem do mesmo e o que levou à necessidade da sua pesquisa. Neste capítulo são também abordados os principais objetivos, bem como a contribuição e pertinência do estudo para a literatura. Por último é definida a estrutura que o trabalho irá seguir.

1.1. Identificação do Problema de Investigação

O envelhecimento apresenta-se como um dos problemas determinantes do século XXI., sendo a queda da natalidade e o aumento da esperança média de vida fatores cruciais para a formação das sociedades cada vez mais envelhecidas. Este envelhecimento é acompanhado inevitavelmente por um aumento dos riscos correlativos da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde (Cabral & Ferreira, 2014) (Moreira, 2020).

Existe também uma maior predisposição para ocorrência de decadências funcionais e diminuição das capacidades cognitivas e mentais que podem resultar na dependência e levar ao isolamento social (Miguel et al., 2007). Quando tal sucede e o idoso perde a potencialidade para realizar as suas atividades aliado ao facto de por vezes não existir apoio familiar ou social, a institucionalização é inevitável. É, portanto, nesta fase da vida do idoso que os cuidadores formais são essenciais, pois são eles que devem estar capacitados para prover auxílio e fazer o elo entre a pessoa institucionalizada, familiares e serviços de saúde. Idealmente, um cuidador formal está integrado num grupo de profissionais devidamente qualificados (S. A. Pereira et al., 2014), no entanto a maioria dos profissionais das instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas são cuidadores formais não qualificados que se definem como profissionais auxiliares de apoio a idosos que na sua maioria não possuem qualificações profissionais especificas. Associado ao facto dos cuidados de saúde por vezes não serem os mais adequados, a dificuldade do trabalho, as longas horas exigidas, a baixa renumeração e benefícios mínimos associados ao cargo, a escassez de recursos humanos, lesões e depressões de profissionais de saúde e sobrecarga de atividades levam a um desempenho profissional muitas vezes deficiente, desmotivado e de insatisfação (Miguel et al., 2007) (Pinheira & Beringuilho, 2017). O comportamento dos cuidadores formais depende de todos estes fatores e relaciona-se com o seu perfil sociodemográfico, meio organizacional e as suas atitudes perante pessoas mais velhas (Hwang et al., 2021).

O preconceito contra as pessoas idosas prevalece de forma bastante flagrante na sociedade atual e surge diariamente, tendo uma influência dominante nas interações com os cuidados de saúde e na comunicação, exigindo um esforço para otimizar as relações comunicativas entre

pacientes idosos e os seus prestadores de cuidados de saúde (Marques, 2011) (Kendall et al., 2019).

A presente dissertação surge com o objetivo de compreender e enquadrar as residências de longa permanência para idosos no recrutamento e formação dos seus cuidadores, averiguar a existência de estratégias, qual o seu perfil, como é que estes encaram o exercício da sua profissão e como é que isso se traduz na prestação de cuidados de qualidade. Após esta análise será possível constatar quais as falhas existentes no recrutamento e formação dos profissionais, qual o tipo de comunicação praticada e as limitações impostas pelo próprio trabalho através da recolha de testemunhos dos grupos de interesse.

1.2. Pertinência do Estudo

O aumento da esperança média de vida que tem sido descrita nos últimos anos e naturalmente, o acentuado envelhecimento populacional, descrito na revisão de literatura, leva a um conjunto de dúvidas e questões, onde é exigida uma maior e melhor contribuição nos cuidados gerontológicos. Não obstando o lado positivo do incremento da esperança média de vida, a verdade é que, consequentemente, outros problemas advêm do envelhecimento populacional como o aumento do número de dependentes com morbilidades associadas à idade e o aumento do número de idosos institucionalizados. Deve-se assim, destacar cada vez mais o foco nos cuidadores formais de idosos em Portugal, visto serem o elemento-chave para um prolongamento da qualidade de vida destes idosos e do seu bem-estar. Além destes fatores, os cuidadores estão ainda sobre sobrecarga, devido ao stress físico, psicológico, emocional, social e financeiro associados à experiência que é cuidar.(Kunkle et al., 2021).

Tal evidência justifica um estudo destas organizações, centrado nos cuidadores, que requerem mais atenção e cujo recrutamento obriga a um esforço maior, no sentido de providenciar escolhas adequadas. Uma escolha adequada destes profissionais requer conhecimento de estratégias para a condução de um processo de recrutamento eficiente, uma vez que, determinadas características e motivações permitem um desempenho ajustado às necessidades, levando assim ao aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Anexo a isto, importa analisar o conhecimento que estes cuidadores possuem e quanto desse conhecimento é providenciado pelas instituições, principalmente na área da comunicação, garantindo assim o sucesso da interação com os utentes e os seus familiares.

1.3. Questões de Investigação

De acordo com a definição do problema surgem três questões centrais da investigação:

1. *"Como se processa o recrutamento de cuidadores formais nas instituições de longa permanência em Portugal? E serão estas eficazes?"*
2. *"Têm os cuidadores formais formação para poderem prestar os melhores cuidados? E qual ou quais o(s) método(s) de formação utilizados?"*
3. *"Qual ou quais a(s) estratégia(s) da(s) instituição(s) para promover uma comunicação eficaz entre os cuidadores e as pessoas institucionalizadas?"*

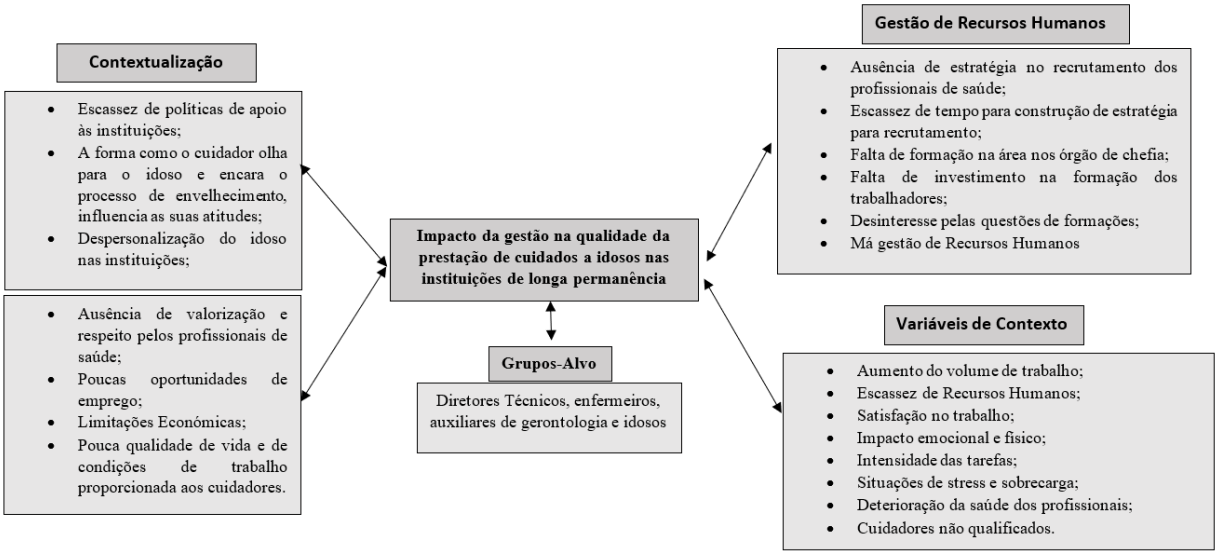
1.4. Quadro Conceptual

Nesta dissertação são abordados aspetos que se relacionam com o perfil dos cuidadores formais de idosos institucionalizados, o seu impacto na relação com os utentes e consequentemente na prestação de cuidados de saúde de qualidade. São também abordadas questões da gestão destas residências mais concretamente da gestão de recursos humanos, como o recrutamento e formação destes profissionais.

Uma vez que o objetivo de um modelo de análise consiste na conceptualização dos conceitos que se consideraram essenciais para o desenvolvimento do problema e verificação das relações existentes entre eles (Costa, 2011), pretende-se compreender qual a relação entre os conceitos referidos, dividindo-os em duas partes:

a) Recrutamento e formação de cuidadores formais;
b) Perfil dos cuidadores formais e a comunicação com os idosos.

Figura 1- Representação gráfica do quadro conceptual.



Fonte: Elaboração própria

1.5. Identificação dos objetivos

Tendo em consideração a definição do problema e a sua pertinência, surge o objetivo geral do estudo que se define por contribuir para uma maior compreensão das estratégias adotadas em instituições de longa permanência, dirigidas ao recrutamento e formação dos seus cuidadores formais, qual o ambiente envolvente, a comunicação entre os cuidadores e os idosos e como isso influência a qualidade dos cuidados prestados.

Complementarmente, pretende-se cumprir alguns objetivos específicos:

a) Perceber que técnicas e critérios são usadas no recrutamento pelas residências e se há diferença entre o setor privado e de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS);
b) Constatar se serão os cuidadores formais qualificados para a prestação dos cuidados de saúde diretos, perceber o seu perfil e quais as suas motivações;
c) Entender quais as formações promovidas pelas residências aos seus cuidadores, mais precisamente no âmbito da comunicação;
d) Identificar as falhas e limitações do recrutamento e formação;
e) Identificar as falhas e limitações dos cuidadores na comunicação com os residentes e os seus familiares;
f) Compreender a perceção dos utentes destas instituições sobre os seus cuidadores formais.

1.6. Estrutura da Dissertação

A nível estrutural, a presente dissertação divide-se em cinco capítulos. Este primeiro capítulo destina-se à realização de uma breve introdução ao tema e aos objetivos que se pretendem alcançar assim como a sua pertinência. O capítulo 2 dedica-se à revisão de literatura e aborda alguns conceitos relacionados com a pesquisa como a velhice e o processo de envelhecimento, a institucionalização em Portugal e o perfil dos cuidadores formais com o objetivo de contextualizar e argumentar a dissertação. No capítulo 3 é apresentada a metodologia aplicada ao longo da investigação. No capítulo 4, estão representados os resultados obtidos e a respetiva discussão. Por fim, no capítulo 5, encontram-se as considerações finais, limitações ao estudo e sugestões para futuras investigações.

2. Revisão de Literatura

Neste capítulo realiza-se uma introdução e contextualização do tema da investigação, abordando conceitos pertinentes ao mesmo. Para uma melhor compreensão, a revisão de literatura foi dividida em oito secções. Neste contexto, na secção 2.1 são definidos os conceitos de velhice e o processo de envelhecimento. Na secção 2.2 é descrita a demografia atual do envelhecimento mundial e em particular em Portugal. A secção 2.3 define qual o conceito de envelhecimento ativo. A secção 2.4 descreve a autonomia e dependência em contexto de envelhecimento e a secção 2.5 relata a importância da institucionalização neste contexto. A secção 2.6 tenta caracterizar o perfil dos cuidadores formais em Portugal e qual a influência da gestão nestes recursos presente na secção 2.7. Por último, é identificada a relação entre a comunicação e a prestação de cuidados de saúde de qualidade, na secção 2.8.

A revisão de literatura foi baseada num processo de pesquisa através das plataformas *B-on, Google Scholar, PubMed e Science Direct.*

2.1. Velhice e o Envelhecimento

O envelhecimento da população é considerado um fenómeno global com implicações profundas em muitos aspetos da vida humana, apresentando demograficamente, diferenças drásticas aos dias de hoje, comparativamente a décadas anteriores (Sander et al., 2015). A combinação do declínio da fertilidade, o aumento da esperança média de vida, a diminuição das taxas de mortalidade e os fenómenos de migração apresentam-se como sendo os principais processos contribuintes para o tamanho e composição etária de uma população (Lutz et al., 2008). No entanto, a definição da idade biológica, é complexa de definir se se pretende determinar a entrada na "velhice", por isso, a maioria dos estudiosos acerca do tema, atribuem a "velhice" a pessoas com 65 ou mais anos, em países desenvolvidos uma vez que é a partir desta idade que normalmente se iniciam os regimes de aposentação, sendo que nos países em vias de desenvolvimento, esta idade decresce para os 60 anos (Rychtaříková, 2019).

Segundo vários autores, o envelhecimento está associado a um processo biológico de senescência, relacionado com a progressiva deterioração corporal, molecular e celular acumulada ao longo da vida (Rychtaříková, 2019). Com o passar do tempo essa degradação traduz-se na diminuição das capacidades fisiológicas, elevado risco de múltiplas doenças e declínio das capacidades globais do indivíduo. Porém, estas mudanças estão apenas associadas à idade em anos e ao estereótipo social de que a velhice é uma fase uniforme do fim de vida, quando as pessoas estão, na sua maioria, doentes, dependentes, fracas ou solitárias, considerando os idosos um grupo homogéneo, não atendendo às influências do ambiente e dos

comportamentos individuais (García et al., 2021) (WHO, 2015). O aumento da esperança média de vida, as melhorias nos cuidados de saúde prestados e estilo de vida, tornam estes limites de idade obsoletos, tornando o conceito de processo de envelhecimento mais complexo de definir (Paroli et al., 2020). Neste sentido, duas abordagens principais são apresentadas na literatura científica sobre esta temática. A primeira depreende que a idade seja medida não em termos de anos que ocorreram desde o nascimento, mas em termos do número de anos restantes até à data da eventual morte. Assim, os autores propõem dez anos, como a idade de expetativa de vida (Ryder, 1975). A segunda perspetiva baseia-se mais a nível populacional, levando em conta a modificação nos perfis de idade produzida não só pelo declínio da mortalidade, mas também por outros determinantes demográficos e em particular pela evolução da fecundidade (Nath & Islam, 2009). Segundo Birren et al. (2004), o processo de envelhecimento pode ser dividido em três níveis: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário define o processo como normal ou de senescência, o envelhecimento secundário relaciona com o aparecimento de patologias e por fim, o envelhecimento terciário, caracterizado pelo período de profundas perdas físicas e cognitivas e, portanto, o que está mais próximo da morte do indivíduo.

Na perspetiva de Paúl (2017) o processo de envelhecimento é identificado em três componentes: a senescência; envelhecimento social e envelhecimento psicológico. Surgem assim, com a necessidade de um maior entendimento relativamente ao processo de envelhecimento, várias teorias, de acordo com a *American Federation for Aging Research* (AFAR), como a teoria baseada nos aspetos biológicos, a teoria dos radicais livres entre outras. A primeira foca-se nas ligações entre as proteínas, o DNA e outras moléculas estruturais que explicam o envelhecimento da pele e o desenvolvimento de doenças associadas à idade. A segunda teoria explica o processo do envelhecimento, afirmando que os radicais livres que não conseguem ser neutralizados pelos antioxidantes têm uma causa direta no envelhecimento (American Federation for Aging Research, 2016). A forma como diferentes autores descrevem e encaram o envelhecimento, torna-o numa dimensão heterogénea caracterizando-o como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, como um período de crescente vulnerabilidade e dependência, e ainda como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade (Fechine & Trompieri, 2012).

2.2. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento da população mundial tem sido um dos grandes desafios das sociedades contemporâneas ocidentais, que se impôs desde o início do século XXI. Segundo projeções das Nações Unidas, o número de pessoas mais velhas (mais de 60 anos), no mundo, deverá aumentar de 11,7% para 21,1% em 2050, o que significa que é expectável haver 200 pessoas com mais de 60 anos por cada 100 crianças ou jovens entre os 0-14 anos. Olhando para a realidade europeia, o panorama é idêntico, esperando-se que até ao ano de 2100, as pessoas com 65 ou mais anos constituam 30% da população e que uma em cada 8 pessoas tenha 80 ou mais anos (Fitzgerald, 2015) (Murphy, 2017).

Em Portugal, o cenário é semelhante à generalidade dos países europeus, prevendo-se que até 2050, seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos (Fonseca, 2005). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2020 verificou-se, em Portugal, um decréscimo de 78.204 no número de jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos) e de 133.698 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos). Por outro lado, o número de pessoas idosas (pessoas com 65 e mais anos) teve um incremento de 168.824 comparativamente ao ano de 2015 (INE, 2021). Portugal é também um dos países da Europa com um dos mais baixos níveis de fecundidade associados ao seu padrão tardio (menor número de filhos por mulher e o adiamento da decisão), cerca de 1,42 filhos por mulher, o que contribui para o acentuado processo de envelhecimento (INE, 2021). O índice de envelhecimento em Portugal era de 167,0 idosos por cada 100 jovens em 2020, sendo que entre 2015 e 2020, observou-se o aumento deste índice em todas as regiões do país. Esta inversão da pirâmide etária influência não só o grau de envelhecimento, mas também a dependência das populações. Em 2020, para o índice de dependência total contribuíam 35,0 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2021). Segundo dados estatísticos do INE, a esperança média de vida aos 65 anos em Portugal é de 20 anos, sendo que 15 são vividos sem qualidade de vida (Nunes, 2017).

2.3. Envelhecimento Ativo

Parece inquestionável que o panorama demográfico europeu, particularmente, avança a passos largos para uma sociedade cada vez mais envelhecida. No entanto, a ideia de que o envelhecimento está associado a uma fase de declínio, sedentarismo e descanso não corresponde à realidade, nem é sustentável (Boerio et al., 2021). Surge assim, o conceito de "envelhecimento ativo", que é definido pela *World Health Organization* (WHO) como sendo um "processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem". O conceito de envelhecer

ativamente, permite que cada indivíduo potencialize o seu bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, participando continuamente nos assuntos económicos, sociais, espirituais e cívicos não se restringindo apenas à capacidade física ou participação na força de trabalho. O objetivo visa manter a autonomia e independência, fomentando a interdependência e solidariedade entre gerações, uma vez que o envelhecimento acontece em contexto social, entre amigos, vizinhos, colegas de trabalho e familiares (WHO, 2002).

Durante o processo de envelhecimento, há uma natural aceitação e adaptação do novo estilo de vida, no entanto fatores como escassez económica, complicações de saúde e dependência, tornam-se uma barreira para o envelhecimento ativo, acentuando a importância e necessidade de criação de políticas inclusivas (Alves et al., 2020). A WHO, Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) e a Comissão Europeia (CE), referem que o envelhecimento ativo não é um processo apenas individual, mas sim de responsabilidade coletiva, implicando atividades produtivas, tanto económicas como sociais, sem esquecer o bem-estar físico e mental (Fernandes et al., 2021). Neste sentido a WHO (2002) identifica seis determinantes chaves do envelhecimento ativo: económico, comportamental, pessoal, social, serviços sociais e de saúde e ambiente físico e recomenda quatro componentes necessárias para uma resposta de politicas de saúde como: prevenir e reduzir o fardo de excesso de deficiências, doenças crónicas e mortalidade prematura; reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde ao longo da vida; desenvolver um *continuum* de serviços sociais e de saúde acessíveis, de alta qualidade e *age-friendly* que abordem as necessidades e os direitos das pessoas à medida que envelhecem; fornecer formação e educação aos cuidadores (WHO, 2015). A Organização das Nações Unidas (ONU) atribui um significado mais lato ao conceito, estabelecendo os três pilares do "envelhecimento ativo": participação, saúde e segurança, reconhecendo assim, a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas (WHO, 2002). Na literatura existe consenso quanto à importância do conceito de "envelhecimento ativo", e aos conceitos relacionados de "envelhecimento saudável", "envelhecimento produtivo" e "envelhecimento bem-sucedido", no entanto existe alguma falta de clareza na definição dos conceitos (Paoletti, 2014).

2.4. Autonomia e Dependência no contexto do envelhecimento

Se por um lado, os estereótipos negativos associados sistematicamente às pessoas idosas como sendo doentes ou incompetentes, em nada ajudam a mudar a realidade, por outro é necessário garantir acompanhamento adequado a pessoas mais velhas. (Marques, 2011).

Considerando que a velhice é um período da vida onde há um risco aumentado do idoso se tornar dependente, devido a deficiências físicas ou mentais adquiridas no processo e que dificultam ou impossibilitam a realização das Atividades da Vida Diária (AVD), a conservação da independência e a promoção da autonomia tornam-se uma questão de saúde pública (WHO, 2002). A promoção da autonomia tem interesse não só pelo impacto nas mudanças demográficas, mas também por razões psicossociais, uma vez que a perda de autonomia e dependência é percebida como uma experiência dolorosa para quem sofre dessa perda (Perrig-Chiello et al., 2006). Existe, no entanto, uma diferença entre autonomia e independência, uma vez que, a autonomia define-se como a capacidade do individuo para assumir a gestão da sua vida e tomar as suas próprias decisões, enquanto a independência relaciona-se com a capacidade para desempenhar atividades da vida diária e de autocuidado. Neste sentido, a dependência não envolve, impreterivelmente mudança do funcionamento cognitivo e emocional (Sequeira, 2010).

Paralelamente, os progressos tecnológicos e sociais permitiram o aumento da esperança média de vida, no entanto, foram a causa de alterações ao nível social e familiar, interferindo na qualidade de vida de idosos independentes, no ambiente familiar, levando assim, cada vez mais, à substituição pelos cuidados institucionais (Perrig-Chiello et al., 2006).

Um estudo identificou perfis de risco para a institucionalização de idosos, sendo as pessoas altamente dependentes em AVD, pessoas com deficiências cognitivas graves, pouca capacidade de comunicação e problemas comportamentais as mais apontadas (Perrig-Chiello et al., 2006).

2.5. A institucionalização de idosos em Portugal

Viver em instituições, é assim, para muitos idosos, a solução para problemas de isolamento, progressivas perdas de capacidade e rede de apoio informal reduzida. Segundo dados do INE, em 2011 apenas 3,5% da população com 65 anos ou mais vivia em instituições de apoio social, percentagem que sobe para cerca de 10% quando se trata de idosos com 80 e mais anos. Normalmente, as percentagens são mais elevadas em regiões do interior do país, mais envelhecidas e de baixa densidade populacional, sendo a institucionalização também mais prevalente nas mulheres (Moreira, 2020). Para além dos fatores mencionados em cima, o abandono das suas próprias casas é um risco acrescido para a depressão e morte precoce em alguns casos (Runcan, 2012), assim como preocupações relacionadas com baixos rendimentos, uma vez que, em Portugal no ano 2020 mais de 70% das pensões estariam abaixo do salário mínimo nacional (Moreira, 2020) (Pordata, 2020). Neste sentido, a necessidade por cuidados formais de longa duração para pessoas idosas tende a aumentar no setor público e privado e

consequentemente o número de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) tende também a crescer (Rodrigues, 2017).

Em Portugal, a preocupação com a dignidade humana inicia-se entre o século XII e o século XV com a criação de várias organizações sem fins lucrativos como confrarias, corporações de mesteres, mercearias, gafarias, hospitais e colégios universitários. No final do século XV surge a primeira misericórdia em Lisboa impulsionada pela rainha D. Leonor, cuja origem tinha cariz religioso e integrava-se em novas formas de espiritualidade e devoção. Apesar de todas as dificuldades financeiras que passou, e a pressão que sofria por mudanças políticas, sociais e económicas, a Misericórdia de Lisboa continuou com as ações sociais aumentado as suas responsabilidades. Em 1750, a regulamentação Pombalina aumentou a intervenção do Estado na vida da Irmandade e na própria administração da Misericórdia e entre 1926 e 1931 foram integradas na Misericórdia de Lisboa diversas instituições. Em 1976, com a constituição da República, a questão da preocupação social e de que o estado e a própria sociedade civil deveriam também ser responsáveis por dar respostas sociais (Santa Casa da Misericórdia, n.d.) (Simões & Sapeta, 2018) levou à criação do artigo 72º[1] da Constituição da República Portuguesa e a um Decreto-Lei que leva à criação das IPSS (Pereira, 2016) que são descritas como entidades sem fins lucrativos por iniciativa de particulares e que podem ter ou não a participação da segurança social. Esta participação está condicionada por acordos de cooperação negociados entre o Estado e as instituições, baseado num protocolo estabelecido pelo Ministro da Tutela e as Uniões que representam as instituições, elaborado nos anos 90. Estas prestam serviços ao cidadão que a Constituição da República Portuguesa consignou ao Estado, a um custo mais baixo do que o mesmo serviço prestado pelo Estado (Simões & Sapeta, 2018).

Na viragem do milénio, deu-se o maior marco da instituição, que na tentativa de dar resposta aos desafios do século XXI apostou em áreas como reabilitação urbana e promoção do envelhecimento ativo, através de uma política de intergeracionalidade, dando resposta a um vasto número de idosos (Santa Casa da Misericórdia, n.d.).

[1] Constituição de República Portuguesa [CRP], 2005, Artigo 72- Terceira idade

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Os lares privados de idosos são entidades com fins lucrativos em termos de características físicas, arquitetónicas, políticas e programas em vigor, tipo de serviços que disponibilizam e que proporciona aos seus clientes condições mais favoráveis (Duarte & Paúl, 2008) .

Dados recentes publicados acerca desta matéria informam que em Portugal existem 2526 ERPI nas quais vivem 99.234 pessoas e onde trabalham 60 mil profissionais (SNS, 2020).

2.6. Perfil dos cuidadores Formais: Características

Descreve-se o ato de cuidar, como um processo interpessoal específico do contexto que é precedido pela necessidade de cuidados do recetor, pela maturidade profissional, pelo fundamento moral do cuidador e por um ambiente de trabalho solidário. O conceito de "cuidado" é assim, caracterizado como um comportamento instrumental e expressivo que está associado ao trabalho técnico, físico, psicossocial e emocional (Hwang et al., 2021). Em muitos casos o cuidado está ao cargo de um cuidador informal (Figueiredo et al., 2021), sendo a família encarada como o maior alicerce do idoso para promover o seu cuidado e autonomia, representada na maioria das vezes pela mulher ou mulheres da família. No entanto, alterações na estrutura familiar, como o crescimento da presença das mulheres no mercado de trabalho, situações de baixo rendimento familiar, divórcios, viuvez e diminuição do número de filhos, impossibilitam as famílias de prestar cuidados aos seus idosos (Cristina et al., 2011).

Como mencionado anteriormente, o número de indivíduos idosos continuará a aumentar e por isso a procura por cuidados formais acompanhará naturalmente este incremento. A compreensão dos determinantes da escolha da assistência recebida ganha assim importância para o desenvolvimento de políticas que visem a oferta de cuidados de longa duração orientada para a procura (Pilny & Stroka, 2016). Este novo paradigma social, acarreta várias necessidades, entre elas a de qualificar devidamente os cuidadores formais para que se possam prestar cuidados com maior qualidade aos idosos institucionalizados (Guerra et al., 2019).

Entende-se por "cuidador formal", aquele que presta cuidados a pessoas dependentes, recebendo uma renumeração económica pelos seus serviços, partindo do pressuposto que tem de seguir um conjunto de regras e normas prevenientes da instituição onde está inserido, tendo isso, uma relação direta com a sua satisfação no trabalho e consequentemente na relação de empatia entre si e o idoso. Segundo Sequeira (2010) os cuidadores formais lidam com várias dificuldades, entre elas, a interação com o idoso, o desconhecimento da doença, a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização, o planeamento de atividades e a interação com a família dos idosos (Guerra et al., 2019).

A intensidade das tarefas que um cuidador tem de prestar, como cuidados corporais, alimentação, meio ambiente, administração de medicação e outras situações, levam à vivência de situações de stress e sobrecarga. A deterioração da saúde, como dor nas costas, fadiga, perturbações do sono, depressão e ansiedade são também fatores relatados pelos próprios cuidadores e que podem levar, muitas vezes, ao aparecimento da síndrome de *burnout* (Diniz et al., 2018).

Vários autores apontam uma desproporção de género existente nas instituições, uma vez que a maioria dos cuidadores formais são também mulheres, que normalmente não possuem formação prévia na área de gerontologia, o que pode revelar-se um problema, visto que a forma como o cuidador observa o idoso, possui conhecimento e encara o próprio processo de envelhecimento, influencia atitudes positivas ou negativas na relação cuidador-idoso (Zeng et al., 2019). A falta desta compreensão faz com que a violência em contexto institucional seja uma realidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que 64% dos trabalhadores infligiram alguma forma de maus-tratos nos idosos a seu cargo em 2018, ou seja, dois em cada três trabalhadores destas instituições (Moreira, 2020).

2.7. O papel da gestão

Se por um lado, alguns aspetos de falta de qualidade dos serviços se deve em grande parte a limitações económicas, por outro, algumas insuficiências devem-se a desinteresse por estas questões e falta de formação adequada aos profissionais (Marques, 2011).

Cada vez mais, os fatores que afetam a vida profissional dos cuidadores são considerados uma importante atividade da gestão, para proporcionar qualidade de vida profissional e, consequentemente, melhores serviços de atendimento aos idosos. Para além da carga horária, que parece ser o maior motivo do desgaste destes profissionais, as expectativas das famílias dos residentes e da instituição, a falta de valorização e respeito e desafios associados à comunicação e ao trabalho em equipa podem também gerar conflito e sofrimento para os profissionais de saúde. Foi também encontrada, uma relação entre o total de anos de trabalho dos prestadores de cuidados e a despersonalização dos residentes das instituições (Kalanlar & Kuru Alici, 2020).

Parece, portanto, urgente melhorar a capacidade de combinar os serviços médicos e de saúde, aumentando as oportunidades de emprego nesta área e o empreendedorismo de serviços de cuidados de saúde a idosos, encorajando a formulação de políticas de apoio às instituições. Variados fatores podem também condicionar o sucesso da prestação de cuidados de saúde a esta população, relacionados com as características dos seus gestores, ou facto de estes

possuírem baixa formação nesta área, ou terem a perceção de que não há oportunidade de crescimento na carreira (Yang et al., 2020).

Para obterem um bom desempenho, as instituições de longa permanência devem olhar para o processo de recrutamento e seleção como um passo estratégico para providenciar profissionais que respondam com qualidade às exigências da prestação de cuidados formais.

Embora não haja uma definição para a Gestão Estratégica de Recursos Humanos na literatura diretamente relacionado com cuidadores formais em instituições de acolhimento a idosos de longa permanência, o facto de não ser do conhecimento geral até que ponto as organizações investem no recrutamento, seleção, gestão e retenção do capital humano, é consensual (Schneider et al., 2019). Existe, assim, a necessidade de os responsáveis pensarem nas técnicas e estratégias de recrutamento que poderão ser mais eficazes, sendo a validade preditiva um dos indicadores de qualidade na capacidade do teste em prever o desempenho dos indivíduos (Robertson & Smith, 2001).

Neste seguimento, vários estudos indicam que as práticas inovadoras de gestão de recursos humanos incluem foco no recrutamento de pessoas, enfase na formação, desenvolvimento e *empowerment* dos colaboradores e o estímulo para o trabalho em equipas multidisciplinares (Jończyk, 2015) (Vilas Boas et al., 2016).

Um estudo realizado na região do Algarve, em 18 instituições de apoio a idosos, revela que as estratégias de recrutamento mais utilizadas baseiam-se no método de entrevista, que revelou ser uma técnica com pouca validade preditiva, análise curricular e recomendação de outrem. Apenas duas destas instituições realizam provas práticas e uma realiza provas de grupo. É percetível também neste estudo que, o estado civil tem um menor nível de importância no momento do recrutamento e a experiência anterior, investimento na formação, o gosto pelas tarefas da função são fatores mais considerados (Manuel, 2018). O recrutamento de *staff* adequado e especializado para além de estar diretamente relacionado com a qualidade da prestação de serviços, é também uma mais-valia para o aumento da produtividade, menor frequência de baixas médicas e absentismo laboral (Pinheira & Beringuilho, 2017).

Uma outra falha na gestão destas organizações depreende-se muitas vezes com a precaridade no fornecimento de cuidados, devido a formação técnica inadequada ou insuficiente. Em muitas instituições, a falta de clareza no que diz respeito à diferenciação entre as responsabilidades do cuidador formal e do técnico ou auxiliar de enfermagem, podem expor os idosos a vários riscos (M. Alves et al., 2017). Segundo Paulos (2010) citado por Beringuilho (2013), a formação deve assentar em duas componentes: a formação técnica baseada essencialmente no processo de envelhecimento, conceitos de saúde/doença, nutrição, higiene,

locomoção, medicação e administração de medicação, cuidados a ter com idosos dependentes e recursos sociais e comunitários disponíveis e a formação comportamental fundamentada na gestão de conflitos, gestão de stress, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, princípios do trabalho em equipa, como lidar com a morte e luto. Assim, o propósito da formação é de aumentar a eficiência do pessoal, promover o crescimento profissional e tornar as operações organizacionais mais eficazes. A formação nem sempre é transmitida da mesma forma, podendo assentar em vários métodos (Olaniyan & Ojo, 2008):

- Formação "*On the Job*" (Formação em contexto de trabalho, onde o trabalhador se torna experiente no trabalho ao longo do tempo);
- Orientação (realizada aos novos colaboradores, familiarizando-os acerca das leis, regulamentos, normas, ética e valores da empresa);
- Aprendizagem (uma pessoa não especializada aprende com uma pessoa especializada);
- Demonstração (aprendizagem através do exemplo, i.e, um trabalhador qualificado executa, e o não qualificado observa de perto de forma a entender o trabalho/tarefa);
- *"Vestibule"* (Ida de um colaborador para uma área que não é a sua com o propósito de adquirir conhecimento e habilidades especializadas);
- Formação formal (processo prático e teórico que pode ser feito dentro ou fora da organização).

2.8. Comunicação e prestação de cuidados a idosos

A comunicação é parte integrante de uma prestação de cuidados de qualidade, e por isso, o trabalho de comunicação e o envelhecimento necessitam de um empreendimento contínuo que se reflita em mudança de crenças e comportamentos (Nussbaum & Coupland, 2004).

A interação entre os cuidadores e os idosos e a forma como os cuidados são facultados, está altamente relacionado com o facto de o cuidador formal apreciar os aspetos relacionais do cuidado e como valoriza o tempo gasto na comunicação (Hwang et al., 2021). Estudos internacionais em contexto de residências de idosos mostram que a interação entre os profissionais e os residentes tende a seguir um esquema "dependência-apoio, independência-ignorar", alimentando um tipo de comunicação benevolente e paternalista, fomentando assim atitudes idadistas[2] (Marques, 2011).

Em alguns casos de idosos institucionalizados, observa-se uma ausência de diálogo entre estes e os cuidadores, muitas vezes devido ao facto de os idosos sofrerem de distúrbios

[2] Atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente na característica da idade (Marques, 2011).

neurológicos ou fisiológicos de comunicação como disfasia, demência e disfluência. Pessoas idosas com demência e problemas cognitivos têm mais dificuldade em expressar as suas necessidades e podem apresentar comportamentos agressivos exigindo *skills* de comunicação mais sólidas, incluindo uso de comunicação verbal em combinação com uma comunicação não-verbal (Holst & Skär, 2017) (Nussbaum & Coupland, 2004).

O meio ambiente institucional também pode constringir a comunicação através de aspetos como o som da televisão muito alto durante o dia ou a distribuição das cadeiras que frequentemente estão dispostas de forma que os residentes não consigam ficar frente a frente, promovendo assim o diálogo. A falta de tempo por parte dos cuidadores, devido à falta de pessoal, é também um motivo apontado para a falta de comunicação, sendo a "comunicação orientada para a tarefa" muito comum em instituições de longa permanência. A ausência de formação adequada é a razão mais obvia para a limitação do discurso (Nussbaum & Coupland, 2004).

Para além da comunicação ser precária, pode também ser indutiva de dependência, sendo que, o discurso dirigido a pessoas mais velhas apresenta várias características de discurso dirigido a crianças (discursos menos complexos, mais curtos, mais redundância e mais interrogativos), denominada por *baby talk* e que é usada pelos cuidadores independentemente do grau de dependência do idoso (Nussbaum & Coupland, 2004), promovendo a sua infantilização.

No que toca à comunicação, não só importa referir a relação entre cuidadores e idosos, mas também entre os cuidadores e os familiares dos residentes. Facilitar uma parceria entre a família e os funcionários é fundamental para ressaltar a importância da reciprocidade entre família e funcionários, criando respeito mútuo e reconhecendo a importância da contribuição de ambos. Muitas vezes esta colaboração não é facilmente alcançada, devido a variados fatores, como, por exemplo, os cuidadores por vezes considerarem a família muito exigente, ou por acharem que o espaço onde exercem a sua atividade não deve ter interferências dos familiares, sendo estes apenas considerados visitas. Outros aspetos que podem interferir na comunicação entre cuidadores e familiares depreende-se com o facto do sentimento, por vezes, exprimido pelos cuidadores de que o seu trabalho não é compreendido nem valorizado pelos familiares, ou por encararem a comunicação com estes, como uma interrupção do seu trabalho (Hoek et al., 2021).

É importante realçar que durante a pandemia de Covid-19, a comunicação em contexto institucional sofreu uma grande mudança. Devido ao elevado número de mortes de idosos institucionalizados, a comunicação sofreu grandes alterações, como a inibição do contacto físico dos residentes com os seus familiares e o contacto mudou, em alguns casos, para um

panorama digital (Robič & Pavlič, 2021). O contacto físico foi por vezes trocado por chamadas telefónicas e de vídeo (Sacco et al., 2020). As tecnologias da informação podem ser uma mais-valia para os idosos, melhorando a sua qualidade de vida, principalmente num panorama pandémico, fomentando a infoinclusão através de atividades didáticas ou a facilitação da comunicação e visualização digital com a família, diminuindo assim a exclusão social (Martins et al., 2021). É de ressalvar que, os avanços tecnológicos acarretam variadas vantagens, no entanto, o sentimento de exclusão social é também descrito, uma vez que existem relatos de perda de amigos e relacionamentos íntimos com familiares. Relativamente aos cuidadores, surgiram momentos de tensão, devido a divergência nas orientações e informações postadas maioritariamente nas redes sociais (Motta-Ochoa et al., 2021) (Robič & Pavlič, 2021).

3. Opções Metodológicas e Modelo de Análise

Este capítulo pretende descrever as opções metodológicas realizadas ao longo da investigação e através das quais foi possível alcançar as conclusões. Assim, no ponto 3.1 é descrito qual o método de investigação aplicado, seguindo-se a população e amostra no ponto 3.2. No ponto 3.3 demonstra-se como foram recolhidos os dados e no 3.4 o seu tratamento. Por último, são apontados quais os recursos necessários à investigação e os aspetos éticos associados, indicados pelos pontos 3.5 e 3.6 respetivamente.

3.1. Método de investigação

Tendo em consideração as características do presente estudo, este situa-se no paradigma qualitativo de carácter exploratório que pretende responder a três questões centrais. Uma abordagem qualitativa, é normalmente uma estratégia de pesquisa indutiva, construtiva e interpretativa que visa a ênfase nas palavras ao invés da quantificação de dados (Bryman & Bell, 2003). Neste sentido, foi a metodologia considerada para o estudo em questão, uma vez que este envolve a análise de questões relacionadas com a gestão e como estas influenciam a população de interesse, sendo também um tema pouco abordado na literatura. Simultaneamente, a investigação é centrada num estudo de caso que, segundo Stake (1995), é um estudo que se preocupa essencialmente com a complexidade e a natureza particular do próprio caso. A vantagem deste tipo de abordagem é a sua aplicabilidade a situações humanas, em contextos contemporâneos da vida real (Bryman & Bell,2003) (Dul & Hak Tony, 2008). Idealmente, os estudos de caso apresentam evidências de duas ou mais fontes de recolha de dados. Yin (2017) aponta algumas dessas fontes que são pertinentes para apoiar os resultados da pesquisa. Entre elas encontra-se as entrevistas, método usado neste estudo, com o objetivo de obter um conjunto de dados em torno da questão especifica, assim como capturar a complexidade contextual (Benbasat et al., 1987). A utilização de entrevistas semiestruturadas como método de recolha de dados pareceu ser a decisão mais acertada, apesar da existência de um guião com pontos-chave que foram o fio condutor da entrevista (ver anexos), houve flexibilidade para empregar outras questões. O facto de estas serem feitas presencialmente permitiu explorar o tema com mais precisão.

Quanto ao modelo de análise, foram realizados três guiões de entrevistas (em anexo) para três grupos diferentes de indivíduos (diretoras técnicas, cuidadores formais e residentes). O primeiro guião (anexo A) destinado às diretoras técnicas foi estruturado através de três pontos chave: perfil sociodemográfico, estratégias de recrutamento de cuidadores formais e plano de

formação instituído para cuidadores. O segundo guião (anexo B) aplicado a enfermeiros e auxiliares baseia-se também em três vertentes: perfil sociodemográfico e outras variáveis de triagem, formação e comunicação. Por último, o terceiro guião (anexo C) focado nos residentes das instituições foi estruturado por: perfil sociodemográfico e outras variáveis de triagem, atividades da vida diária, perceção da comunicação dos cuidadores para com eles no dia a dia e nível de solidão. Com base nos conceitos abordados, para poder responder à primeira questão deste estudo foram abordadas quatro dimensões: estratégias adotadas pela instituição, características mais procuradas/valorizadas aquando do processo de recrutamento de cuidadores formais, perfil dos cuidadores destas instituições e as limitações encontradas e posteriores consequências. Para responder à segunda questão foram abordadas também quatro dimensões: formação em gerontologia, relevância dada por cada uma das entrevistadas, temas mais abordados e a formação na área da comunicação. Por último, para a terceira questão: abordagem comunicativa das cuidadoras para com os residentes e seus familiares e receção dessa comunicação pelos residentes.

3.2. População e Amostra

A população define-se pelo universo de unidades a partir do qual a amostra será selecionada, sendo que a amostra é o segmento da população que é selecionado para a investigação, correspondendo a um subgrupo da população. Bryman e Bell (2003) mencionam ainda que o contexto e o tempo devem ser considerados aquando da escolha da amostra. O presente estudo está perante uma amostragem não probabilística, selecionada por conveniência, uma vez que a amostra foi selecionada de acordo com características definidas, não existindo assim um processo formal de seleção. Neste sentido, a população-alvo da investigação são duas instituições de longa permanência destinadas à população idosa, selecionadas para este estudo. Uma delas pertence ao setor privado e a outra é representada por uma IPSS, com o propósito de avaliar as diferentes respostas que cada uma das instituições em diferentes setores promove a uma mesma população de indivíduos. Para o efeito foram entrevistados dois diretores técnicos, dois enfermeiros, dois auxiliares de geriatria e dois idosos residentes perfazendo um total de oito entrevistas.

Num estudo qualitativo, o tamanho da amostra deve ser determinado com base na consistência e qualidade dos dados e os investigadores devem determinar a quantidade de amostra de maneira a garantir a saturação dos dados no estudo. A saturação de dados é um ponto de adequação no processo de recolha de dados que ocorre quando o investigador alcança profundidade e amplitude de informações para o seu estudo (Pathiranage et al., 2020).

No que diz respeito à zona geográfica da instituição, pretendeu-se que estas se situassem na Área Metropolitana de Lisboa (AML), por ser a região em que a autora do estudo reside, portanto, por conveniência. Relativamente aos critérios de seleção, não houve distinção entre sexo e faixas etárias. Definiu-se como critério de exclusão, todos os enfermeiros e auxiliares que trabalhavam na instituição há menos de dois anos e todos os residentes que não apresentassem todas as condições clínicas para participarem no estudo.

3.3. Recolha de Dados

Como já mencionado anteriormente, o estudo baseia-se no método qualitativo, sendo os dados obtidos através da realização de entrevistas semiestruturadas a três grupos distintos de entrevistados: diretores clínicos, cuidadores formais (enfermeiros e auxiliares de ação médica) e residentes. A realização das entrevistas ocorreu entre julho e dezembro de 2022, sendo que a sua transcrição e análise ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2023. As entrevistas foram realizadas presencialmente, dentro dos quadros de referência dos entrevistados o que permitiu uma experiência mais próxima destes, resultando numa recolha de dados mais precisa e uma análise mais clara de todas as variantes.

As entrevistas contaram com um guião previamente realizado e estudado, sendo que a sua construção semiestruturada permitiu que houvesse espaço para realizar novas perguntas na sequência das respostas dadas às perguntas obrigatórias encontradas no guião e por isso o planeamento e a preparação foram essenciais. As entrevistas duraram em média 20 minutos.

Antes de avançar para a realização das entrevistas, foi entregue a cada participante um consentimento informado com uma breve descrição da pertinência do estudo e objetivos gerais, numa tentativa de que todos os participantes se sentissem envolvidos na investigação. Ao assinar o consentimento informado, os inquiridos aceitaram a gravação da entrevista assim como a utilização dos seus dados, garantindo o seu anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Na sequência da assinatura do consentimento foi também entregue um *Debriefing* onde para além de se realçarem alguns pontos já mencionados no consentimento informado agradeceu-se a colaboração dos inquiridos no estudo.

3.4. Tratamento de Dados

Após a recolha de dados, estes foram devidamente arquivados e organizados. As entrevistas foram transcritas utilizando o Microsoft Word 365, sendo posteriormente o conteúdo transferido para o programa de análise qualitativa MAXQDA Plus 2022, versão 22.5.0. No programa, foram atribuídas às variadas citações, códigos que correspondiam aos conceitos

inicialmente definidos, facilitando visualmente a divisão das entrevistas pelos temas abordados e subcódigos que correspondiam às dimensões definidas. Algumas das afirmações proferidas pelos entrevistados foram selecionadas para serem citadas ao longo da discussão de resultados com vista a facilitar a compreensão da mesma e sustentar da melhor forma as conclusões.

Para a análise e discussão de dados, os participantes foram categorizados através de sílabas que abreviam a sua profissão/situação, assim como, a ordem pela qual foram entrevistados. A título de exemplo, DT (1) - Diretora Técnica: entrevistada nº 1, EC (2) - Enfermeira Chefe: entrevistada nº 2, AG (1) - Auxiliar de Geriatria: entrevistada nº1 e RERPI (2) – Residente da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas: entrevistada nº 2. Desta forma, garante-se o anonimato dos participantes no decorrer do tratamento de dados.

3.5. Recursos Necessários

Como recursos necessários para a realização do estudo destacam-se um telemóvel para a gravação das entrevistas, um caderno para anotar possíveis observações importantes no decorrer das mesmas; um computador para armazenamento dos dados; programas como o Microsoft Word 365 e o software MAXQDA para o tratamento de dados; formulários necessários ao estudo como orientações e autorizações para gravação das entrevistas e proteção de dados. Para além dos recursos físicos, é também importante considerar o tempo despendido pelos participantes e pela autora.

3.6. Aspetos éticos

As questões éticas giram em torno de preocupações de como o investigador deve comunicar com as pessoas com quem conduz a pesquisa e se existem atividades em que se deve ou não desenvolver uma relação. O código de conduta ética afirma que é da responsabilidade do investigador avaliar cuidadosamente a possibilidade de criar dano aos participantes. Estes danos mencionados, referem-se essencialmente à confidencialidade dos registos e o anonimato dos participantes. É necessário ter cuidado na publicação do estudo para garantir que os indivíduos e as organizações não sejam identificáveis, a não ser que exista autorização por parte dos mesmos (Bryman & Bell, 2003). Nesse sentido, para o desenvolvimento deste estudo foram considerados alguns aspetos éticos importantes, passando numa primeira fase pela definição do problema, que sempre respeitou as finalidades do estudo. A construção da revisão de literatura foi devidamente referenciada respeitando os direitos de autor. Relativamente aos participantes foi importante manter a sua confidencialidade e privacidade, realçando que a sua participação foi sempre livre e informada, onde podem basear a sua decisão de seguir ou recuar na

participação do estudo a qualquer momento e com a salvaguarda que, uma vez que a amostra deste estudo é reduzida, existe a possibilidade de os participantes serem identificados pela sua instituição, através dos resultados do estudo que vierem a ser publicados. As autorizações para a realização das entrevistas foram obtidas através de gravação oral, após estar estabelecido quais os objetivos do estudo e a sua pertinência, assim como a utilização de dados extraídos apenas para efeitos da investigação, sendo sempre utilizados de forma anónima e confidencial, através de sílabas e números para se referir aos dados dos participantes. Por vezes as notas de campo e a transcrição das entrevistas, dificultaram a manutenção da confidencialidade, uma vez que podem permitir que pessoas e lugares sejam identificados, no entanto todas as informações foram salvaguardadas.

É importante referir que, todos os documentos elaborados para a realização do estudo, incluindo um consentimento informado, uma proposta de *debriefing*, três guiões de entrevistas semiestruturadas e um questionário de proteção de dados, foram submetidos à Comissão de Ética do Iscte- Instituto Universitário de Lisboa e obtiveram um parecer positivo (parecer final 26/2023).

4. Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos de modo a responder às questões do estudo. Neste contexto, em primeira análise na secção 4.1 efetua-se uma breve descrição das duas instituições para que se possam distinguir entre elas, das características sociodemográficas dos entrevistados e outras variáveis de triagem. É feita uma análise e interpretação do processo de recrutamento e seleção de cuidadores formais assim como da formação dada a estes profissionais das instituições em estudo na secção 4.2 e 4.3 respetivamente. Na secção 4.4 é demonstrado o tipo de comunicação praticada em ambos os lares assim como a recetividade dos residentes a essa comunicação.

4.1 As instituições em análise, Características Sociodemográficas e Outras Variáveis

De forma a poder caracterizar e analisar a amostra e o ambiente em que se inserem foi realizada uma breve descrição de ambas as instituições e foram tidas em conta algumas variáveis que descrevem o perfil sociodemográfico dos participantes. Para tal, foram propostos os seguintes fatores: idade, género, naturalidade e habilitações literárias. Nesta fase de recolha de dados pretendeu-se ainda saber outras variáveis importantes à investigação, como o sector para o qual trabalham, número de anos que trabalham na instituição e experiência profissional anterior com a população idosa.

A IPSS onde decorreu a investigação foi inaugurada em 2004 e está localizada no concelho da Amadora alocando 60 utentes. Conta também com 26 auxiliares, 4 enfermeiros e 1 médico todos do género feminino. Dispõem, para além das necessidades básicas, como o alojamento, alimentação cuidada, cuidados de higiene e saúde, administração terapêutica e lavandaria, de atividades que fomentem o convívio, propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos seus utentes. Esta instituição integra, para além da ERPI, mais três respostas sociais: centro de dia, apoio domiciliário para idosos e centro de atividades de tempos livres.

A instituição de caracter privado, aberta desde 2013 e estabelecida em Odivelas, conta apenas com um máximo de 20 utentes, 10 auxiliares, uma enfermeira e uma médica. À semelhança da IPSS apresenta todos os cuidados necessários já descritos, mas também barbeiro/cabeleireiro, transporte, manicure e podologista.

Relativamente aos participantes, foram entrevistados 2 DT de 46 e 57 anos, 2 AG de 44 e 60 anos, 2 EC com 25 e 47 anos e 2 RERPI de 77 e 92 anos, perfazendo assim um total de oito entrevistas. Todos os entrevistados são do género feminino e naturais de Portugal, à exceção de duas participantes, que são naturais do Brasil [E (1) e AG (2)].

No que diz respeito ao setor para o qual trabalham, 3 das entrevistadas trabalham para uma IPSS [DT (1), EC (1), AG (1)] e 3 para o setor privado [DT (2), EC (2), AG (2)]. Relativamente às utentes, uma reside na IPSS [RERPI (1)] e outra na instituição de caracter privado [RERPI (2)].

Ao que se refere às habilitações literárias, a DT (1) é licenciada em serviços sociais e a DT (2) em psicologia. Ambas as enfermeiras têm a devida licenciatura, no entanto, a EC (1) tem também uma pós-graduação e mestrado na vertente do doente em situação critica. Em relação às auxiliares de geriatria, a AG (1) tem o 6º ano e a AG (2) o 4º ano, o que vai de encontro à realidade em Portugal segundo um estudo de Pinheira & Beringuilho (2017), que afirma que os cuidadores formais possuem um baixo nível de escolaridade. Quanto às utentes, uma tem um curso superior de física [RERPI (1)] e foi professora do ensino básico e secundário durante toda a sua vida profissional sendo que a RERPI (2) tem o 4º ano e dedicou-se à vida doméstica, aos filhos e ao voluntariado na igreja.

Os profissionais entrevistados foram também questionados relativamente ao tempo em que trabalham na instituição, sendo que a DT (1), está no cargo há 19 anos e a DT (2) há 10 anos. A EC (1) há 4 anos e a EC (2) há 2 anos. A AG (1) há 20 anos e a AG (2) há 3 anos. Quando questionadas sobre se tinham experiência profissional anterior com idosos, três responderam que sim [DT (1), DT (2), EC (2)] e três responderam que não [AG (1), EC (1) e AG (2)]. Apesar de três entrevistadas terem respondido positivamente a experiências profissionais anteriores com a população idosa, foram em contextos diferentes de residências para pessoas idosas e de curta duração.

Participante	Idade (anos)	Género	Naturalidade	Habilitações Literárias	Setor para o qual trabalha	Nº de anos que trabalham na instituição	Experiência profissional anterior com idosos
DT (1)	57	F	Portuguesa	Licenciatura em serviços sociais	IPSS	19	sim
DT (2)	46	F	Portuguesa	Licenciatura em psicologia	Privado	10	Sim
EC (1)	47	F	Brasileira	Licenciatura em Enfermagem; Pós-graduação e mestrado.	IPSS	4	Não
EC (2)	25	F	Portuguesa	Licenciatura em Enfermagem	Privado	2	Sim
AG (1)	60	F	Portuguesa	6º ano	IPSS	19	Não
AG (2)	44	F	Brasileira	4º ano	Privado	3	Não
RERPI (1)	77	F	Portuguesa	Curso superior de física	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável
RERPI (2)	92	F	Portuguesa	4º ano	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável

Tabela 1- Resumo das Características Sociodemográficas e Outras Variáveis de Triagem

4.2 Recrutamento e Seleção de cuidadores Formais

Para avaliar o processo e a eficácia do recrutamento nas duas instituições estudadas, foram analisados quatro aspetos: estratégias adotadas pela instituição, características mais procuradas/ valorizadas, perfil dos cuidadores e limitações encontradas aquando do processo de recrutamento e suas consequências. Para análise destas quatro dimensões foram avaliadas as respostas das duas diretoras técnicas, responsáveis por esta tarefa e das auxiliares.

Quando questionadas acerca das estratégias utilizadas no recrutamento de cuidadores formais (análise de currículo, entrevista, entrevista de grupo, recomendações de outro etc…), mais precisamente de auxiliares de geriatria, as respostas diferem um pouco. Para a DT (1) recomendação de outros é a estratégia mais utilizada de momento, seguida de uma entrevista: "*Nós vamos ao desespero neste momento. Fazemos a entrevista e daquilo que nos aparece, escolhemos o melhor (…) Andamos sempre a telefonar de instituição em instituição a ver se conhecem alguém para vir salvar as honras do convento (…) quem quiser trabalhar na nossa instituição também pode cá vir para se inscrever).* Já a DT (2) – afirma "*Faço apenas análise de currículo e entrevista.* Ambas recorrem ao "passa palavra", sendo praticamente a única opção para a primeira diretora técnica entrevistada depois de ter desistido do centro de emprego, outras plataformas e sites de procura de emprego e até mesmo de redes sociais, afirmando que

"*já tentei de tudo, com o centro de emprego então… é para esquecer (…) despendi imenso tempo a entrevistar pessoas e não ficava nem um".* Já na instituição de caracter privado, a sua diretora recorre à publicação de anúncios em plataformas de procura de emprego e ao centro de emprego, no entanto refere que enfrenta grandes dificuldades em recrutar pessoas que sejam indicadas para as funções.

Como se pode constatar, de todas as técnicas de recrutamento, são utilizadas a recomendação de outros, inscrição na própria instituição, e os anúncios em portais de emprego. Quanto às estratégias de seleção, estas baseiam-se na análise curricular e a entrevista que segundo Robertson & Smith (2001) têm uma baixa validade preditiva.

O recrutamento e a seleção não devem revestir-se de um caráter de ato isolado, mas antes obedecer a políticas e estratégias contínuas, bem definidas dentro da organização. É de notar que tanto num caso como no outro, tal não acontece e as duas inquiridas afirmam debater-se com bastantes dificuldades no processo de recrutamento e seleção, mostrando assim, não existir qualquer planeamento estratégico e falta de competências técnicas em processos de recrutamento e entrevistas de seleção o que pode levar à confiança nos instintos, intuições e primeiras impressões dos candidatos recorrendo assim a um processo cognitivo empregado em decisões não racionais, com o objetivo de tornar a escolha mais fácil e rápida (Schmid et al., 2011). Segundo este autor as interações entre o recrutador e os entrevistados numa entrevista de emprego, geralmente duram 30 minutos ou mais dando a capacidade ao recrutador a oportunidade de ser capaz de avaliar corretamente a personalidade e outros traços do candidato (Schmid et al., 2011), o que não vai de encontro à realidade destas duas instituições onde a DT (1) afirma que "*Entrevistamos a pessoa claro, muitas vezes como veem recomendadas é uma conversa mais rápida (…)"* e a DT (2) remata "*demoro cerca de 10/15 minutos, não podemos ser muito seletivos porque não temos muita gente que queira trabalhar nisto".*

O recrutamento, é normalmente, da responsabilidade do departamento de recursos humanos e a função onde é despendido mais tempo e que mais importância apresenta para as organizações. Este processo permite-lhes ganhar vantagem estratégica e qualidade competitiva sobre outras, devendo este ser um procedimento sistemático, passando por quatro fases, desde a clarificação do cargo a ser preenchido, seguido da descrição clara do trabalho, identificação de possíveis candidatos qualificados para o cargo e por fim a seleção da forma mais adequada de comunicar (Abdalla Hamza et al., 2021).

Relativamente às características e competências mais procuradas por estas duas diretoras para a seleção de cuidadores formais, as respostas diferem um pouco acerca do que cada uma procura para a sua instituição, uma vez que por um lado há uma maior valorização da parte pessoal e

humana [DT (1) - *"Tento procurar pessoas bem formadas, que tenham o mínimo gosto para trabalhar com os idosos, enfim, que sejam pessoas com alguma humanidade, porque se o forem, também se consegue transmitir e conseguem aprender mais facilmente. Já não se espera que as pessoas cheguem aqui a saber trabalhar (…) consigam trabalhar em equipa, isso é fundamental, porque senão é a algazarra total, todas embrenhadas umas com as outras (…) são características que não conseguimos perceber logo, mas tentamos avaliar num primeiro contacto com a pessoa e mais posteriormente, se são pessoas que têm facilidade em receber orientações, porque há pessoas que trabalham da sua maneira (…) são resistentes à mudança"*] e por outro, a importância do lado mais técnico [DT (2) – "*Para mim é importante, para além de procurar pessoas empáticas, a questão da idade, experiência, rotatividade de trabalhos, formação, conhecimento e atitudes. É claro que, nos tempos que correm não existe muita opção de escolha, mas quando temos, tento que a pessoa se aproxime o mais possível destas características"*].

No decorrer das entrevistas destaca-se, em ambas, o facto de não haver procura deste tipo de trabalho, no entanto estas diretoras preferem, em geral, pessoas sem experiência afirmando que [DT (1) – (…) "*Porque às vezes vem-se com muitos vícios e se a pessoa tiver disponível para aprender facilita-nos. Se calhar dá-nos mais trabalho numa fase inicial, mas em termos futuros vamos beneficiar. A pessoa está a aprender tudo de novo e aprende ao nosso jeito. Evidente que há coisas que são coisas básicas e transversais à área, mas isto depois cada realidade e cada estrutura é diferente e se a pessoa se adaptar à que temos…"*] e a DT (2) assegura que "*Damos prioridade a quem tenha e quem não tenha experiência ou formação na área, mas caso não seja possível, dá-se prioridade a quem não tenha porque muitas vezes, as pessoas já veem com vícios de outros sítios".* Denota-se assim que existe uma grande dificuldade em atrair pessoas com o perfil adequado para as funções, tal como indica a DT (1) – *"Nós temos a possibilidade de fazer inscrições aqui, (…) 90% daquelas inscrições daquelas pessoas não casa corretamente. Algumas não sabem escrever, dificuldade em comunicar em português, é muito esta população que nós apanhamos aqui no concelho. Também já começamos a apanhar muitas pessoas naturais do brasil que são diferentes, a literacia é outra e também dos países leste, têm algumas dificuldades, mas aprendem rápido (…) são basicamente mulheres jovens, com família, com filhos pequenos".* Para além disso, as duas instituições seguem o exemplo de outras onde há uma predominância do género feminino e baixa escolaridade (Castle & Engberg, 2007).

Os cuidadores de idosos, especialmente os auxiliares, são os profissionais de saúde que estão na linha da frente e que passam a maioria do tempo com os idosos, tendo assim um efeito

direto na prestação de cuidados de saúde (Zhang & Sun, 2019). Neste sentido, o recrutamento e seleção destes profissionais passa a ter uma responsabilidade acrescida, pois as características de personalidade dos candidatos não dizem apenas respeito ao seu desempenho no trabalho, mas a uma série de outros fatores como a sua satisfação, comportamento e relação pessoa-organização (Schmid et al., 2011). Desta forma, os cuidadores formais deveriam ter, idealmente, qualificação e formação profissional para o desempenho das suas funções (M. D. L. F. Figueiredo et al., 2021). Embora, as cuidadoras que participaram neste estudo tenham uma baixa escolaridade, não têm qualquer formação profissional na área nem experiência anterior a trabalhar ou a cuidar de idosos, observa-se um modo de cuidar que pode superar estas barreiras, que se baseia no amor ao cuidar do próximo, na paciência, no afeto e diálogo, mesmo que as suas motivações iniciais para iniciar as funções não tivessem sido essas. "*A fábrica faliu, não consegui arranjar emprego e depois tive oportunidade de vir para aqui (…) Comecei a ter muito amor por eles. Gosto de cuidar deles, gosto que eles nos mimem. Também lhes dou muito amor*" (RERPI 1). "*Nunca tinha trabalhado com os idosos, fiquei sem emprego e apareceu esta esta oportunidade e como gosto de trabalhar com pessoas (…) é preciso dar-lhes muito amor e ter alguma paciência também*" (RERPI 2).

Apesar destas serem características importantes e que vão de acordo ao que as diretoras procuram neste momento, não se deve descorar a formação técnica, até porque a falta destes conhecimentos pode resultar num comportamento contraproducente (Schmid et al., 2011).

Quanto às limitações encontradas durante todo este processo destacam-se principalmente as condições precárias oferecidas, com ênfase na renumeração, para esta profissão e que condicionam em grande parte a procura e posteriormente a permanência dos colaboradores, tal como afirmam ambas as diretoras, [DT (1) - "*Não há pessoas que queiram trabalhar na área porque é mal renumerada e as pessoas ganham mais se forem trabalhar a dias (…) Portanto o recrutamento e depois a seleção é aquilo que nos aparece* (…), *muitas vão-se embora e dizem que não aguentam isto. É a realidade que temos e é geral*"], e [DT (2) - "*as pessoas desistem muito desta área porque é um trabalho mal renumerado (…) É difícil. Quando temos uma pessoa que trabalha 1 mês ou 2 e depois comunica que surgiu outra oportunidade, não na área, mas outra onde lhe pagam mais e tem outras condições de trabalho como folgas, subsídios etc*].

Quando questionadas sobre outros desafios e barreiras que se encontram no decorrer do processo de recrutamento, outros fatores como a desvalorização da profissão, esforço físico a que estão sujeitos, sobrecarga de horários e a constante rotatividade são apontados. DT (1) – "*Porque é que as pessoas hão de estar aqui a carregar utentes e pegar em pessoas de 100 quilos? as pessoas não procuram. Como não se valoriza, não querem trabalhar muito*" (…)

Nós não temos oferta e esse é o problema. Tem urgentemente 5 baixas em simultâneo, o que é que faz para substituir essas pessoas? Quando isso acontece e ocorre muito e devido ao perfil de pessoas que procura este tipo de trabalhos, começamos a ter uma taxa de absentismo muito grande e quando isso ocorre temos de contratar alguém e conseguimos às vezes quem está a trabalhar faça prolongamento de horários". DT (2) – *a exigência da profissão a nível físico, nem toda a gente é capaz (…) apesar de haver sempre um período experimental, muitas vão-se embora no fim desse período ou mesmo antes desse período terminar".*

É um facto que estas instituições têm um problema persistente de recrutamento, seleção e retenção de recursos humanos, apontando como principais causas as condições de trabalho oferecidas, no entanto não são casos únicos, já que vários estudos apontam para o mesmo problema, como baixo salário, sobrecarga de horário devido à escassez de recursos humanos, ausência de benefícios, esforços físicos elevados e cansaço mental.

Como consequência existe uma alta rotatividade e absentismo, devido às condições de trabalho. Apesar disso, as auxiliares entrevistadas apenas referem como maior problema o esforço físico que têm de fazer diariamente [*"Bem, as dificuldades são sempre, quando temos de pegar neles. A força que é preciso ter. Principalmente agora que a idade já não é a mesma de quando era mais nova."*] (RERPI 1) e ["*O peso. Quando temos de pegar neles e transportá-los*"] (RERPI 2). Quando questionadas se se sentem valorizadas pelas suas instituições ambas respondem afirmativamente, mas que gostariam de ter condições mais favoráveis, como menos sobrecarga de trabalho e um salário melhor. Há também uma menor rotatividade e absentismo de enfermeiros quando comparado aos auxiliares. EC (1): "*Isto para mim é mais um voluntariado do que propriamente um trabalho porque eu gosto mesmo (…) Somos mais incentivados aqui do que no hospital, no sentido em que temos liberdade para organizar e a direção está sempre do nosso lado".*

Pode-se concluir com este resultado que a rotatividade e a intenção de sair está diretamente relacionada com a satisfação no trabalho (Choi et al., 2012), mesmo que as duas auxiliares entrevistadas se mostrem satisfeitas no seu trabalho, tal não acontece com a maioria desses colaboradores.

4.3. A Formação dos Cuidadores Formais de Idosos

Para analisar esta questão foram entrevistadas as diretoras técnicas, enfermeiras e auxiliares, uma vez que, a formação é fundamental para o desempenho eficaz e eficiente das funções diárias de um cuidador formal. Neste sentido, foram avaliadas as seguintes dimensões:

formação em gerontologia de cada uma das entrevistadas, relevância da formação para cada uma delas, temas mais pertinentes a abordar e formação na área da comunicação.

Como se pode constatar, as diretoras técnicas são licenciadas noutras áreas de conhecimento que não a gerontologia e quando questionadas sobre o enfoque acerca do tema na faculdade, DT (1): "*tive uma cadeira de introdução à gerontologia*" e a DT (2) afirma não se recordar de, na faculdade, ter contacto com o tema. Além disso, em termos de experiência anterior com esta população, antes de assumirem o cargo, ambas tiveram uma experiência de curta duração, no entanto atualmente possuem 19 e 10 anos de experiência. Assim, as diretoras técnicas apresentam alguma homogeneidade ao nível da formação, ou seja, nenhuma das duas tem formação de base em gerontologia. Este facto, pode ser relevante no modo como estas profissionais organizam os serviços para responder aos desafios e complexidades inerentes ao processo de envelhecimento. Segundo um estudo de Falcão *et al*. (2017), as instituições de longa permanência para idosos geridas por um gerontologista[3] têm maior probabilidade de ter idosos mais satisfeitos com os cuidados prestados. Tal facto deve-se à forma como estes profissionais conseguem adequar e destacar as suas capacidades na gestão destas instituições. Importa salientar que, apesar do evidente aumento da população idosa em Portugal, não foram encontrados muitos estudos sobre a prática gerontológica, o que dificulta a comparação da efetividade e eficiência dos diretores técnicos gerontológicos e não gerontológicos.

Acerca da formação interna ou externa que realizam sobre gerontologia e a gestão destas instituições, ambas confessam que já não o fazem. DT (1): "*Fiz formações pontuais*. *Neste momento não, não tenho tempo". DT* (2): "*Sim. Fiz algumas formações externas. Atualmente, já não faço*".

Relativamente à formação que proporcionam aos seus funcionários, ambas são da opinião que a formação para além de ser obrigatória, é pertinente e tem elevada importância, no entanto quando questionadas sobre a frequência com que são realizadas, as respostas ficam aquém [DT (1) – "*Temos feito até parcerias. Já fizemos com a Caritas, agora com o covid as coisas ficaram um bocadinho em stand by (…) a Câmara da Amadora organiza também muitas formações para as auxiliares do concelho e depois internamente as enfermeiras vão fazendo breafings para relembrar e cimentar as ideias (…) organizado com alguma instituição fazemos 1 a 2 vezes por ano e depois aqui com a prata da casa umas duas, mas também diariamente as*

[3] Novo perfil profissional que surge com a necessidade de enfrentar os desafios tanto nas políticas como nos sistemas de apoio às pessoas idosas causadas pelo envelhecimento populacional. Estes profissionais possuem uma formação académica que corresponde ao 1º ciclo das Escolas Superiores e está especificamente vocacionada para o atendimento a pessoas idosas (Falcão et al., 2017).

próprias enfermeiras vão estando com as colegas." A resposta da DT (2) é muito semelhante, o que indica que, apesar da existência de um plano de formação anual, a sua realização poderá não se concretizar. Segundo o Decreto-Lei Nº 93/2019, artigo 131º, altera o período de formação contínua no trabalho para 40 horas anuais, sendo que essa formação pode ser administrada pelo empregador, por uma entidade formadora certificada para o efeito ou por um estabelecimento de ensino reconhecido pelo ministério competente, segundo artigo 131º n.ºs 2,3 e 5 do código de trabalho.

No que toca aos tópicos das formações e onde acham mais pertinente atuar, as duas respostas distinguem-se entre a área comportamental e técnica. Para a DT (1) – "*A comunicação e relações interpessoais. É tão difícil chegar lá. Apanham-se pessoas que são assim, foi a educação delas. Para mudar formas de ser é muito difícil*", enquanto para a DT (2) – "*Primeiros Socorros e como cuidar dos idosos*". No seguimento desta questão, já que para a DT (1) um dos assuntos mais importantes a desenvolver é a comunicação e as relações interpessoais, foi questionado qual a estratégia para combater essa lacuna, à qual respondeu "*Já temos feito e nota-se claramente que aquilo resulta aí por uns tempos e depois passado aquele tempo a pessoa já esqueceu tudo e volta ao início*". Para a DT (2) a comunicação também é uma parte importante no processo relacional cuidador-idoso e quando questionada sobre a estratégia utilizada pela instituição a resposta não vai de encontro ao esperado: "S*omos uma instituição pequena, o ambiente é familiar, a comunicação está sempre presente e os laços mantêm-se*". Se por um lado, há uma tentativa de promover, pontualmente, uma formação na área da comunicação e relações interpessoais, por outro, tal não acontece.

Após a análise dos testemunhos das duas enfermeiras é possível verificar alguma heterogeneidade nas respostas no que diz respeito ao seu contacto com a gerontologia na faculdade, sendo que as experiências diferem. A EC (1) afirma que "*Tínhamos um semestre dedicado mesmo à gerontologia, ao idoso e aos cuidados intensivos. Entretanto eu, particularmente tirei um curso depois da faculdade e especializei-me em feridas".* Já a EC (2) não tem formação especifica em gerontologia e garante que "s*ó tive uma cadeira na faculdade*".

Quando questionadas sobre a formação que têm na instituição, a EC (1) não faz formações pela instituição e a EC (2) faz uma ou outra ocasionalmente. A formação que recebem, advém maioritariamente do hospital onde também trabalham, ou da formação externa que as próprias procuram fazer. [EC (1) - "*No meu caso, procuro fazer formação fora e trazer cá para dentro. Não é de uma forma formal com diploma e certificado, mas é uma passagem de informação e de coisas novas que possa haver. Por exemplo, agora fiz um panfleto, com os novos estudos de feridas e deixei lá no gabinete e qualquer dúvida consultamos aquele manual e ele é sempre*

atualizado". Este resultado relaciona-se com o facto de as enfermeiras não estarem presentes todos os dias nas instituições e por isso quando estão, o foco está totalmente virado para os idosos ficando as formações para segundo plano. Este facto é sustentado pela EC (2) que afirma: "*Só venho 3x por semana, por isso nem sempre tenho tempo*". No entanto, a EC (1) diz fazer por ano, 200 horas de formação, contanto com os livros e artigos que lê e filmes que vê sobre o assunto e a EC (2) cerca de 80 horas sendo que nem todas estão relacionadas com a gerontologia ou com a população idosa.

Uma vez que estas profissionais de saúde, são responsáveis pela passagem de informação e conhecimentos às auxiliares, que muitas vezes as substituem em algumas das suas tarefas, considerei pertinente saber as suas opiniões acerca do plano de formação e se este é suficiente e adequado. A EC (1) considera que a informação nunca é demais, mas que em termos gerais a formação é suficiente. Já a EC (2) "Sim*, claro que nem sempre é possível fazer-se devido à correria do dia a dia, mas acho que se adequa"*. Quando questionadas sobre quais os assuntos mais abordados nas formações, a EC (1) destaca o suporte básico de vida, feridas e mudança de fraldas (dadas em parecia com as marcas) e a EC (2) enumera os cuidados de higiene, tratamentos a feridas, glicémias e os seus cuidados, alimentação, manuseio com sonda nasogástrica ou algalia e posicionamentos. Como podemos constatar, as formações assentam maioritariamente na componente técnica, no entanto, a componente comportamental é também muito necessária quando se trata da qualidade dos serviços prestados a este tipo de população. Neste contexto, quando questionadas sobre a pertinência sobre formação acerca de comunicação, gestão de conflitos e relações interpessoais denota-se alguma desconsideração nas respostas [EC (1) - "*Eu não sei muito sobre as outras instituições, mas aqui não temos muito esse problema. Se tivermos algum problema com um utente, conseguimos falar com a família, conversamos sempre com eles e tentamos que a família seja o elo porque nem sempre as pessoas aqui acatam o que dizemos*". Já a EC (2) diz que nunca viu esses temas serem abordados na sua instituição, e aponta esse facto como sendo uma lacuna deixando a sugestão desse tipo de temas para serem abordados no futuro. Tanto num caso, como no outro, estas afirmações são um contraditório ao referido pelas diretoras técnicas, mostrando assim que as diretoras e as enfermeiras respetivas de cada instituição possuem uma visão diferente relativamente à problemática que são a comunicação e as relações interpessoais.

Em relação ao planeamento de formações, este é feito anualmente em ambas as instituições. Segundo a DT (1), percebem informalmente junto das auxiliares e enfermeiras quais os assuntos mais pertinentes e juntamente com a direção tentam colocar esses assuntos na planificação. Já

na outra instituição, é realizado um questionário junto das auxiliares e o plano de formação é realizado conforme as necessidades encontradas.

Tanto para as diretoras técnicas como para as enfermeiras a formação é "*muito importante e indispensável*" e torna os cuidados aos idosos "*melhores e mais diferenciados*", no entanto, algumas barreiras como a falta de tempo, grupos com interesses diferentes e a resistência de algumas auxiliares dificultam a execução do plano de formação. Segundo a EC (1) – "*A formação é mais ou menos feita mediante, por exemplo se recebemos residentes novos com outras patologias, justifica fazermos uma formação ou quando entram auxiliares novas. Quando isso não dá, uma vez por ano vamos vendo, quando trocamos de produtos, mas o normal é uma vez por ano*".

No seguimento desta questão, foram também entrevistadas as auxiliares, sendo elas as maiores interessadas, uma vez que são as profissionais que mais tempo passam com os idosos. Numa primeira análise percebeu-se que nenhuma das auxiliares entrevistadas tinha algum tipo de formação para a função e, portanto, tudo aquilo que fazem e sabem atualmente, aprenderam com a experiência do trabalho na instituição, sendo que, segundo a DT (1), todas as auxiliares que começaram a trabalhar no ano de abertura da instituição, que é o caso da auxiliar entrevistada, tiveram uma formação inicial. Quando questionadas sobre as formações disponibilizadas pelas suas instituições, a AG (1) afirma que "*Tive formações aqui dentro e formações fora também"*, no entanto a resposta da AG (2) vai totalmente contra o que alegadamente é praticado na organização ["*Nunca tive formação de nenhum tipo aqui na instituição"*]. Relativamente às questões sobre quais os temas mais abordados, horas de formação por ano e se a formação satisfaz as necessidades da equipa, as respostas não são as desejadas uma vez que esta profissional afirma nunca ter tido qualquer tipo de formação e por isso as respostas baseiam-se em "*não sei quais os temas porque nunca tive formação (...) não faço nenhumas horas de formação aqui na instituição (...) não acho que a formação satisfaça as necessidades porque nunca tive"*. Já a AG (2) afirma que "*Sim, temos algumas formações aqui e até com algumas empresas que vêm cá, e quando temos dúvidas falamos com os enfermeiros e com a médica*". Quanto aos temas mais abordados relata que as feridas, as fraturas, posicionamentos e a mudança das fraldas está no topo dos temas mais desenvolvidos. Relata também que quando entra um utente novo, a equipa reúne-se, são discutidos quais os procedimentos a seguir relativamente às patologias desse novo utente sendo que, posteriormente essa informação é passada às restantes auxiliares como sendo uma formação.

Quanto à importância da formação, a AG (1) afirma: "*Acho uma perda de tempo (...) quando sou chamada, tenho de ir, mas preferia não ir e muitas vezes não vou até porque quando*

há raparigas novas, elas têm prioridade (…) Isto não é as formações. É o tempo. O tempo e a experiência é que nos vai ensinando como é (…) para além disso, sempre que temos alguma dúvida perguntamos à medica ou às enfermeiras e as colegas mais novas quando não sabem vêm ter connosco e nós damos-lhes algumas dicas e esclarecemos as suas questões". Já a AG (2) nunca teve qualquer tipo de formação, apesar de se perceber que há uma grande vontade de aprender e frequentar estas ações: "*é muito importante a formação. Se não é, devia ser obrigatória*". Sobre a formação acerca da comunicação e gestão de conflitos a AG (1) diz já ter frequentado, mas "*vou por mim. Principalmente aquelas pessoas com alzheimer e com outras doenças que é muito difícil comunicar com elas (…) Eu já tive ao princípio formação de como comunicar com o idoso, mas para mim não serviu de nada porque eu sou mesmo assim e faço como acho*". A AG (2), mais uma vez, não teve esse tipo de formação. Quando questionadas sobre o que acham acerca da formação da sua instituição a AG (1) - "*Acho que a formação aqui é suficiente, se tiver alguma questão ou dúvida pergunto sempre, por exemplo se não tiver cá nenhuma enfermeira, como tenho de agir (…) não tenho nenhuma sugestão para dar, acho que é suficiente*". Já a AG (2) – "*Não acho que a formação seja adequada ou suficiente, porque como lhe disse nunca fiz nenhuma aqui dentro. Vou sim, lendo sobre o assunto e tento absorver o máximo de informação que tenho acesso, se tiver alguma dúvida também pergunto às minhas colegas, à enfermeira ou à médica (…) sobre sugestões, para mim era interessante saber sobre primeiros socorros*".

Apesar de, tanto numa instituição como noutra, denotar-se a vontade de fazer mais e melhor, havendo reconhecimento de que a formação tem um papel importante no crescimento técnico e pessoal das profissionais, observam-se opiniões contraditórias. Se por um lado na primeira instituição a diretora técnica percebe que existem lacunas principalmente a nível da comunicação, a enfermeira tem a opinião contrária afirmando que esse problema não existe. Já a auxiliar dessa mesma instituição tem uma elevada resistência em frequentar as ações de formação dirigindo-se a estas com alguma desconsideração. Na segunda instituição estudada, a diretora não aponta nenhuma lacuna ao plano de formações, sendo que a enfermeira aponta a comunicação como falha no plano de formação. Para além disso, a auxiliar afirma nunca ter tido formações de qualquer tipo desde os três anos que lá trabalha o que nos leva a questionar a organização do plano de formação e a importância que lhe é dada.

Alguns autores referem que a formação destes profissionais tem sido descurada (Llobet et al., 2010a), o que vai de encontro aos resultados deste estudo. Segundo Barbosa *et al*. (2011), os programas de apoio aos cuidadores têm aumentado, no entanto o tempo das formações e os conteúdos destas ainda necessitam de ser trabalhados principalmente quando nos referimos ao

desenvolvimento de qualidades emocionais. É de notar que a maioria das ações de formação proporcionadas pelas instituições são de caracter técnico ficando muito aquém a formação que dota os cuidadores de competências sociais.

4.4. A Comunicação Cuidador- Idoso e o seu Impacto

A comunicação é um elo fundamental nas relações entre cuidadores e idosos e a sua efetividade está relacionada com melhor qualidade de vida e de cuidados prestados e consequentemente à diminuição de agressões verbais e físicas e da depressão nos lares de idosos (Sprangers et al., 2015). Neste sentido, foram entrevistadas as enfermeiras, auxiliares e uma residente de cada instituição no sentido de avaliar a abordagem comunicativa das cuidadoras para com os residentes e seus familiares e compreender como é recebida essa comunicação pelos idosos.

Como também já constatámos, numa das instituições existem, pontualmente formações de comunicação, mas que têm pouco impacto uma vez que os resultados se dissipam no tempo, voltando as auxiliares aos seus hábitos anteriores. Na outra instituição não existe este tipo de formação, tendo até sido este fato apontado como uma lacuna pela enfermeira.

Como já foi referido acima, as enfermeiras normalmente não têm formação dentro das instituições, mas quando questionadas de como é que normalmente se dirigem aos idosos denota-se algum cuidado e sensibilidade perante esta questão [EC (1) – "*A primeira abordagem é sempre aquela antes de entrar. Perguntar à pessoa como gosta de ser tratada. Há aquelas que dizem logo que podemos tratar como quisermos. Também há aquelas que dizem "pode me tratar pelo nome, senhora enfermeira". Quando me tratam assim eu já sei que é senhora dona ou senhor. É pela primeira abordagem que sabemos (…) há pessoas mais sensíveis que outras quando se dirigem aos idosos, mas eu e as outras enfermeiras tentamos sempre corrigir, mas há pessoas que não aceitam, ou mudam a atitude nos dias seguintes e depois voltam ao mesmo*"], já a EC (2) – "*Tratando-o por você, mas utilizando o nome que mais gosta de ser chamado, normalmente faço isso na primeira abordagem com a pessoa*".

As relações entre a equipa e os residentes foram descritas como elemento essencial da interação comunicativa num determinado ambiente, sendo que em contexto de lares de idosos há uma maior importância virada para as conversas pessoais do que conversas orientadas para as tarefas (Degen et al., 2022). Neste caso, as enfermeiras têm o hábito de conversar com os idosos para além daquilo que seria o estritamente necessário fomentando assim as relações interpessoais [EC (1) - "*Eu procuro entrar 1h mais cedo ou sair 1h mais tarde. Para mim essa horinha já dá para conversar com eles na sala de convívio*"] e [EC (2) – "*Converso muito com*

eles. Gosto de conhecer as suas histórias e é dessa forma que muitas vezes identifico problemas ou cuidados necessários".

Embora as enfermeiras mostrem ter algum conhecimento de estratégias comunicativas e terem consciência da importância do relacionamento pessoal com os utentes para facilitar a comunicação, existem fatores que apresentam barreiras para a comunicação. Um deles são os distúrbios comunicativos que podem ser encontrados nos lares de idosos. Por vezes pode ser a combinação de um distúrbio comunicativo neurológico e diferenças no background linguístico (Degen et al., 2022). Na primeira instituição, por exemplo, a maioria dos residentes está acamada, o que dificulta a interação. Neste sentido foi questionada a estratégia usada pelas enfermeiras e ambas utilizam muito o toque e o olhar como estratégia comunicativa [EC (1) – "*Aperte a minha mão se sim, ou aperte a minha mão se não. Faço ali uma estratégia. Se tem AVC ou se não tem os dois membros, pronto se tem esses problemas de nível motor, eu peço com os olhos, pisque-me o olho se tem dor ou pisque-me o olho se não tem dor".* Para além disto, outras limitações aparecem na comunicação como o facto de terem de lidar com diferentes disposições, humores e atitudes mais agressivas por parte dos utentes ou as diferenças geracionais [EC (1) – "*A minha abordagem é não ultrapassar aquele limite. Se eu vejo que estão ali com alguma recusa, tento dizer que já vi que não está bem, mas qualquer coisa eu estarei aqui e que me pode chamar quando quiser. Procuro sempre no olhar e quando passo essa palavra, tento fazer com que eles olhem para mim. Contacto visual*"], e [EC (2) – "*Costumo adaptar a linguagem para facilitar a conversa e muitas vezes realizar escuta ativa*"].

Relativamente às auxiliares, a forma como se dirigem aos idosos é feita mais à base das suas intuições e daquilo que acham ser o mais correto, não levando em consideração as vontades dos utentes [AG (1) – "*Não lhes pergunto nada. Quem está cá dentro é que sabe como é que se tem de tratar o idoso. Vendo o dia a dia. Há aquele que não gosta de ser tocado, por exemplo e nós tentamos no nosso ser acarinhá-lo primeiro, para eles terem confiança em nós. Há aquelas raparigas que a vida também as fez e que às vezes são agressivas a falar e eles não gostam disso (…) Eu falo com eles com muito amor, às vezes tenho mais paciência para lhes dar do que tenho em casa. Temos de saber ouvi-los, dar-lhes mimos*"] e [AG (2) – "*Dirijo-me a eles com carinho e respeito. Não pergunto como é que querem ser chamados, normalmente vejo no dia a dia"*]. Quanto às dificuldades encontradas na comunicação, a AG (1) diz não ter dificuldades quando comunica com qualquer utente, no entanto a AG (2) garante que "*as deficiências auditivas e comunicativas são as maiores dificuldades e eu tento ultrapassá-las gesticulando*". Existe uma clara falta de conhecimento e pouca sensibilidade por parte destas duas auxiliares ainda que as suas atitudes possam não ser feitas em consciência. Esta diferença

de comportamentos entre enfermeiras e auxiliares pode estar relacionada com a forma que cada uma encara a pessoa idosa e o processo de envelhecimento. Quando questionadas sobre esta questão, existe uma evidente diferença entre estas duas classes profissionais. Enquanto as enfermeiras olham para o idoso e para o processo de envelhecimento com uma perspetiva positiva, as auxiliares, pelo contrário encaram como sendo um aspeto negativo. [EC (1) - "*Eu vejo o idoso, uma pessoa carregada de experiências, mas com uma sensibilidade de uma criança. Sabe tudo o que se passa à sua volta (…) Eu acho o processo de envelhecimento uma coisa bonita, é uma troca de experiência*]. A EC (2) segue uma linha de pensamento idêntica "*Depende de pessoa para pessoa, mas de uma forma geral acho que são pessoas construtivas, seguras, fortes, críticas, bonitas, carinhosas (nem todos, mas de forma geral), doces, sábias, internautas, com sentido de oportunidade (…) quanto ao processo de envelhecimento pode ser uma fase complicada porque ficam exponencialmente mais dependentes, mas com qualidade de vida é um processo muito bonito e nós aprendemos muito com ele"*. Já as auxiliares acham o processo de envelhecimento "*uma coisa muito negativa*" e "*um processo natural da vida, mas muito triste*" e olham para o idoso como "*queixoso, fraco, inseguro e uns coitados*". Este estereótipo negativo por parte das auxiliares leva, apesar das suas boas intenções, a uma situação de comunicação do envelhecimento intitulada com "*Elderspeak*"[4] e que, a longo prazo, diminui as hipóteses de uma comunicação efetiva e contribui para o declínio físico e mental da pessoa idosa (Sprangers et al., 2015).

Uma vez que nestas instituições, muitas vezes a comunicação é feita através dos familiares dos utentes, surgiu a necessidade de entender como é que se processa a comunicação entre os cuidadores e os familiares dos idosos. Desta forma detetamos que existem algumas discrepâncias nas respostas, sendo que as AG (1) e a AG (2) afirmam que apesar de "*haver alguns familiares mais conflituosos não tenho dificuldades. A comunicação fica ao nosso encargo a não ser que sejam questões médicas*" e "*dou-me muito bem com todos os familiares, não acho que sejam uma barreira".* Já as enfermeiras assumem que, de facto os familiares podem ser uma barreira quando "*não deixam o idoso falar por ele próprio*", no entanto, "*Caso contrário, podem ajudar a reunir informação importante"*. A DT (1) vai mais longe e afirma que "*A realidade é que há cuidadores que até estão proibidas de falar. Não sabe, não diz, porque isso dá azos a outras coisas*". Já a DT (2) revela que já existiram alguns conflitos entre auxiliares e familiares, mas que nem sempre consegue controlar as suas interações. Algumas

[4] Estilo de comunicação, utilizando um tom de voz mais agudo, entoação exagerada, gramática simplificada e fala mais lenta (Sprangers et al., 2015).

pesquisas mostram que os familiares passam por um nível de *stress* considerável, quando toca a relacionamentos nos lares de idosos e o mesmo acontece com os trabalhadores, visto que os seus relacionamentos com os familiares tendem a ser desafiantes. Tal acontece devido a barreiras à comunicação como: pressão de tempo por parte da equipa (interações breves), tendência dos familiares em hesitar a oferta de sugestões e críticas por medo de que os seus comentários possam influenciar negativamente o cuidado prestado e as diferenças étnicas e socioeconómicas. Um estudo mostrou que ambos os grupos (familiares e auxiliares) demonstraram ter melhores atitudes em relação ao outro e menos conflitos quando treinados com técnicas de comunicação e resolução de conflitos (Pillemer et al., 2003). Na primeira instituição, apesar da AG (1) afirmar comunicar com os familiares sem qualquer problema e não indicar qualquer conflito entre estes, é claro que tais conflitos já aconteceram uma vez que a diretora dessa mesma instituição declara que existem auxiliares cuja interação com familiares está proibida. Na segunda instituição, a auxiliar comunica também abertamente com os familiares dos utentes, no entanto a sua diretora evidencia que já existiram conflitos entre estes dois grupos. É evidente que há uma clara falta de formação de técnicas de comunicação que poderiam facilitar as relações entre cuidador e familiar.

Por último, foram entrevistadas duas residentes, no sentido de perceber quais as suas perceções e relações com os seus cuidadores. Desta forma, foi questionado se consideram que o apoio dado pelos enfermeiros e auxiliares corresponde às suas necessidades. Ambas respondem que sim e no geral estão satisfeitas com os cuidados prestados, no entanto a RERPI (1) acrescenta: "*claro que têm uma falha ou outra, as auxiliares (...) como são muitos empregados, há alguns que não têm tanto jeito, muitas vezes não são tão simpáticas ou são mais brutas, mas normalmente funciona bem (...) eu não sei se elas têm formação, mas acho que algumas pessoas mesmo com formação não vão lá (...) depois há outras que falam connosco e tentam conhecer-nos, principalmente as enfermeiras*". Já a RERPI (2) acrescenta que apesar de gostar de estar sozinha e mais isolada dos outros utentes "*a enfermeira é muito querida e algumas auxiliares também, falam comigo (...) outras nem por isso*". Estes resultados indicam que existem realmente auxiliares que se empenham em fomentar as relações interpessoais, no entanto esse facto não se estende a todas as profissionais. Quanto à comunicação e à forma como os cuidadores se dirigem a estas utentes, nunca lhes foi questionado como gostariam de ser tratadas. "*Normalmente aquelas com que eu tenho maior afinidade sem eu dizer nada passaram-me a tratar por Teresa ou por dona Teresa. Eu não intervenho. Mas quando me dizem minha querida ou menina, aí intervenho porque não gosto*" - RERPI (1) e [RERPI (2) - "*Não, não gosto nada. Porque tratarem-me por você, eu prefiro*

que me tratem por tu. E elas aqui têm essa mania de tratar toda a gente por você (…) ou quando são pessoas que pronto já não têm todas as faculdades dirigem-se a elas como se fossem uns bebés e eu não gosto nada disso"]. É percetível que muitas das auxiliares utilizam formas de comunicação paternalistas e de "*baby talk*", e que essa forma de comunicar não é bem recebida pelas entrevistadas.

Quando questionadas sobre as mudanças que gostariam de ver nos seus cuidadores, as duas não referem questões técnicas, mas sim comunicativas. Enquanto a RERPI (1) - "*A única coisa que eu acho, mas isso é muito difícil conseguirem, é às vezes o pessoal auxiliar falam muito alto. Demasiado alto entre eles e às vezes podiam ter mais cuidado e pronto por vezes a Dra. chama a atenção para elas terem mais cuidado, mas são viciadas em falar alto. Naquela altura em que são chamadas a atenção são capazes de se controlar, mas depois voltam ao mesmo", a* RERPI (2) aponta "*algumas auxiliares que aqui andam são mais brutas na forma como falam e eu não gosto de ouvir*". Tal facto pode dever-se a vários fatores como a forma como estes profissionais olham para o idoso e para o processo de envelhecimento, o stress e irritabilidade a que estão sujeitos nas tarefas do dia a dia, insatisfação no trabalho e as motivações que as levaram a trabalhar na área (Zhang & Sun, 2019).

Devido à situação pandémica dos últimos anos considerámos também pertinente saber como tinha sido feita a comunicação e transmissão de informação, uma vez que a situação em lares de idosos foi bastante critica devido às elevadas mortes que aconteceram e o afastamento social a que os utentes foram obrigados. Ambas as respostas foram positivas no sentido da passagem de informação referindo que as informações foram "*passadas conforme o desenrolar da situação e as auxiliares e enfermeiras iam explicando a função das máscaras e o porquê de não podermos receber visitas"* (RERPI 1), no entanto as utentes referem também que a comunicação mudou e que "*falavam menos connosco porque com aqueles fatos todos era mais difícil e não tinham tempo (…) andavam sempre a correr*" (RERPI 1) e que "*elas andavam sempre de um lado para o outro e às vezes ficavam umas em casa, depois ficavam outras porque ficavam infetadas e por isso tinham menos tempo porque eram poucas*" (RERPI 2). Referem que foi uma fase difícil e que apesar de ambas gostarem de estar sozinhas "*não podermos ver os nossos familiares, só falávamos com eles por telefone*" nem "*podermos contactar com os outros utentes*" nem sempre foi fácil de gerir, mas que atualmente "*voltou tudo ao normal*". É de conhecimento geral que as medidas implementadas tiveram consequências não intencionadas nas relações sociais destes residentes, resultante do isolamento, mas também na vida dos cuidadores que tinham poucas oportunidades de se envolver na vida dos utentes (Bethell et al., 2021). Neste sentido, parece ser importante iniciar a educação de idosos sobre o

uso de aplicativos móveis e eletrónicos, reduzindo assim a exclusão social e o isolamento e aprendendo uma nova forma de comunicar (Robič & Pavlič, 2021).

5. Considerações Finais e Recomendações

A crescente preocupação com a população idosa e o aumento de idosos institucionalizados leva à realização deste estudo que pretendeu analisar a gestão nos lares de idosos no que toca ao recrutamento e seleção, formação e comunicação dos cuidadores formais de quem ficou dependente dos cuidados dos outros. Ainda que a gestão de serviços de saúde tenha um papel contributivo significativo para estas instituições, foram encontradas várias limitações ao longo da dissertação que podem comprometer o seu bom funcionamento. Assim, e respondendo à primeira questão de investigação, as estratégias de recrutamento e seleção não se revelaram eficazes, uma vez que ambas as diretoras técnicas manifestaram inúmeras dificuldades no recrutamento, seleção e retenção do capital humano. Por um lado, esta dificuldade debate-se com ofertas precárias de condições de trabalho e realização de tarefas exigentes a nível físico e mental e consequentemente escassez de recursos humanos. Por outro, nenhuma das diretoras, apesar de estarem no cargo há dez anos ou mais tem formação em gestão ou gestão de saúde e parecem ter algumas lacunas formativas no que diz respeito a processos de recrutamento e seleção. Uma vez que são elas as responsáveis por este processo, este facto pode enviesar os resultados pretendidos acabando por dar uma resposta inadequada às necessidades. Conclui-se que a recomendação de outros é a estratégia mais usada de recrutamento seguindo-se as plataformas de procura de emprego e a inscrição espontânea na própria instituição. Apesar da informalidade do "boca a boca", esta técnica apresenta algumas vantagens como a velocidade e o custo (Carroll et al., 1999), o que neste momento é uma prioridade para estas duas estruturas residenciais, uma vez que há urgência em contratar recursos humanos, que tendem a ser escassos. O processo de seleção baseia-se apenas na entrevista que, como já foi referido, é uma técnica que tem uma baixa validade preditiva impedindo a análise mais profunda do perfil do candidato.

Nesta primeira análise, observa-se que apesar da evolução das políticas sociais e do incremento da participação da mulher no mercado de trabalho, esta continua a ser encarada como cuidadora, quer seja quando falamos em crianças, idosos ou da família em geral. Tal facto, poderá justificar a setorização de género presente nas instituições em estudo. Para além disso, as auxiliares de geriatria entrevistadas apresentam um baixo nível de escolaridade. Este não é um caso excecional visto que a maioria das candidatas possui também baixo nível de escolaridade, são de nacionalidades diversas e muitas vezes apresentam barreiras linguísticas. São também, na sua maioria mulheres jovens com filhos, o que contribui para o absentismo laboral que está muito presente nas instituições em estudo.

No que diz respeito à formação, conclui-se que nenhuma das diretoras técnicas tem formação especifica na área da gerontologia, e que atualmente não fazem formações na área sendo a falta de disponibilidade o argumento mais presente e por isso todos os conhecimentos que adquiriram na área advém dos anos de experiência no trabalho.

Quanto às auxiliares, observa-se que as motivações que as levaram a procurar esta profissão foram meramente uma questão de necessidade e por isso não têm qualquer tipo de formação académica ou técnica em gerontologia, no entanto, ambas acabam por referir que se mantém na profissão por terem ganho um amor e gosto por cuidar da pessoa idosa. No caso das enfermeiras, estas tiveram contacto com o tema durante o seu percurso académico, mesmo sendo em proporções diferentes e procuram fazer formações na área, no entanto essas formações não são feitas através das instituições, mas sim de forma autónoma.

No que diz respeito à formação disponibilizada pelas instituições às auxiliares de gerontologia, ambas as residências possuem um plano de formação anual e apesar de as duas diretoras reconhecerem a sua importância, ficou claro que a sua execução não é cumprida. Por um lado, é notada a insuficiente realização de formações, por outro, a falta de controlo e organização por quem as faz, sendo que no caso das instituições em estudo apurou-se que uma das auxiliares nunca teve qualquer tipo de formação desde que iniciou as suas funções e a outra afirma que nem sempre comparece. Denota-se também uma grande diferença na forma que cada auxiliar encara a formação devido às experiências distintas que cada uma vivenciou. Num dos casos, deparamos-mos com uma total falta de interesse e desvalorização, no outro, vontade de aprender e de frequentar este tipo de ações.

De acordo com as informações retiradas das entrevistas percebe-se que existe uma maior preocupação no que diz respeito à área de desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas ficando assim aquém a formação que dota os cuidadores de competências comunicativas e sociais. Sobre este último tema, existe por parte de uma das instituições alguma preocupação sobre a abordagem deste tema, enquanto na outra, a sua diretora afirma que esse tópico não é um problema e por isso esse tipo de formação não existe. Quando questionadas sobre o tema, as cuidadoras apontam como preferência formações direcionadas à parte técnica, exceto uma enfermeira que refere que gostaria de ver na instituição formações mais viradas para a parte comunicativa. Este facto demonstra, mais uma vez, que as formações de caráter comunicativo e social são tidas em conta poucas vezes e não são consideradas prioridade.

Como tal, denota-se a ausência total de técnicas ou estratégias comunicativas por parte das auxiliares para com os idosos, sendo que a sua comunicação se baseia na intuição. No caso das enfermeiras, ambas mostram algum conhecimento nesta matéria e apresentam algumas

estratégias como por exemplo utilizar a comunicação verbal em conjunto com a comunicação não verbal. É possível concluir também que a forma como o cuidador olha para a velhice e para o processo de envelhecimento está diretamente relacionado com a forma como vai comunicar com o idoso. Neste caso, as duas auxiliares encaram este processo como sendo negativo e olham para a pessoa idosa como sendo fraca e frágil e por isso tendem a utilizar uma forma de comunicação paternalista e infantil não levando em conta o que idoso deseja ou as suas opiniões, apesar de o fazer inconscientemente e achando que estão a fazer o melhor.

As motivações dos cuidadores para trabalhar na área da gerontologia, o seu perfil e as formações a que são sujeitos estão diretamente relacionados com a qualidade dos cuidados que prestam aos residentes destas instituições. Por esse motivo, foi pertinente entrevistar os próprios. Dessas duas entrevistas retira-se que ambas as residentes estão satisfeitas com as suas cuidadoras no geral, fazendo rasgados elogios às enfermeiras, no entanto, no que toca às auxiliares apontam algumas falhas se relacionam, precisamente, com aspetos de comunicação, como o tom de voz ou a forma muitas vezes brusca de comunicar. No que diz respeito à comunicação auxiliar-familiar, as duas entrevistadas apresentam uma boa relação com os familiares dos utentes, no entanto as diretoras não apoiam esta proximidade por já ter havido conflitos entre as duas partes.

Quando questionadas sobre a comunicação durante a pandemia Covid 19 as residentes consideram que a comunicação foi clara e adequada, no entanto houve uma brusca diminuição do tempo dedicado às relações interpessoais.

É notória, com a realização deste trabalho, não só a necessidade de repensar os processos de recrutamento e seleção destes profissionais assim como a necessidade de maior investimento nestes processos, visto que escolhas de pessoas não aptas pode levar a uma baixa qualidade de serviços prestados. É importante também ir além da entrevista e adquirir técnicas de seleção que permitam conhecer melhor os candidatos, tanto a nível psicológico como a nível da presença de características essenciais para o desempenho das funções, nomeadamente a capacidade de trabalhar em equipa, empatia, competências ao nível do cuidado e capacidades de comunicação interpessoal adequadas, entre outras. Para tal, seria relevante perceber qual o perfil e as motivações dos diretores técnicos, que têm esta responsabilidade em mãos e que para além disso, fossem dotados de conhecimentos e formação na área que lhe permita fazer as escolhas mais adequadas.

Quanto às formações, seria importante sensibilizar tanto as diretoras técnicas como as auxiliares de geriatria para a importância das suas realizações periódicas e desenhar um plano de formação realista que vá de encontro à realidade da instituição, assim como um plano de

monitorização para que se possa gerir eficazmente as necessidades de cada colaboradora. Claro que as formações de caracter técnico têm uma elevada importância, não só devido aos esforços físicos a que as cuidadoras estão sujeitas diariamente, como também à evolução constante dos cuidados médicos. No entanto denota-se alguma urgência em apostar em formações de caráter comunicativo e de relações interpessoais, visto serem uma lacuna evidente nas duas instituições.

No que diz respeito aos objetivos desta dissertação, considera-se que foram cumpridos na sua generalidade e que foi possível retirar conclusões substantivas. De referir apenas que, em termos de comparação entre a IPSS e o setor privado não foram encontradas diferenças significativas na forma como gerem os seus recursos humanos no que diz respeito ao seu recrutamento, seleção e formação, o que pode revelar que a questão pode não estar na forma de gestão organizativa, mas sim especificamente na gestão de recursos humanos, seleção de colaboradores e processos formativos.

Como limitações ao estudo é possível destacar a dificuldade em obter resposta de instituições que estivessem disponíveis para participar no estudo e o reduzido tamanho da amostra. É de ressalvar que a presente investigação foi metodologicamente desenhada como estudo de caso, permitindo um número reduzido de participantes e por isso representa uma realidade especifica, não podendo as suas conclusões serem extrapoladas para o conjunto de instituições nesta área e de respetivos cuidadores formais.

A nível prático, esta dissertação pode ser uma mais-valia para que, em estudos futuros, se possam delinear protocolos que visem a melhoria dos processos de gestão ao nível dos recursos humanos e consequentemente na qualidade de serviços de saúde a idosos institucionalizados e que possa constituir um ponto de partida para estudos mais aprofundados que abranjam realidades institucionais diferentes mais abrangentes.

Este estudo mostra que ainda há um longo caminho a percorrer no que toca aos processos de gestão, no âmbito organizativo, recursos humanos, seleção de colaboradores e processos formativos, destas residências e que os resultados ficam muito aquém do que seria espectável e principalmente desejável para uma boa comunicação interpessoal com os idosos. Assim, se pretendemos cuidar da melhor forma dos idosos institucionalizados, é imprescindível fornecer formação e educação aos cuidadores e a quem gere estas residências e criar um plano de incentivos para que esta profissão seja escolhida em consciência e não exclusivamente por necessidade e ausência de alternativas.

6. Fontes

Constituição de República Portuguesa [CRP], 2005, art. 72)

Lei nº 93/2019. Diário da República nº 169/2019: Alteração do Código do Trabalho. Série I de 2019-09-04.

7. Referências Bibliográficas

Abdalla Hamza, P., Jabbar Othman, B., Gardi, B., Sorguli, S., Mahmood Aziz, H., Ali Ahmed, S., Yassin Sabir, B., Burhan Ismael, N., Jamal Ali, B., & Anwar, G. (2021). Recruitment and Selection: The Relationship between Recruitment and Selection with Organizational Performance. *International Journal of Engineering, Business and Management*, *5*(3), 2456–8678. https://doi.org/10.22161/ijebm.5.3

Alves, F., Cruz, S., Ribeiro, A., Silva, A. B., Martins, J., & Cunha, I. (2020). Walkability index for elderly health: A proposal. *Sustainability (Switzerland)*, *12*(18). https://doi.org/10.3390/SU12187360

Alves, M., Menezes, M. do R., Felzemburg, R., Silva, V., & Amaral, J. (2017). Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects. *Escola Anna Nery*, *21*(4). https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0337

American Federation for Aging Research. (2016). *Theories of Aging*.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *12*(1), 119–129.

Benbasat, I., Goldstein, D. K., Mead, M., & School, H. B. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. In *Source: MIS Quarterly* (Vol. 11, Issue 3). http://www.jstor.org/stable/248684

Beringuilho, F. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Bethell, J., O'Rourke, H. M., Eagleson, H., Gaetano, D., Hykaway, W., & McAiney, C. (2021). Social connection is essential in long-term care homes: Considerations during COVID-19 and beyond. *Canadian Geriatrics Journal*, *24*(2), 151–153. https://doi.org/10.5770/cgj.24.488

Birren, J., Schroots, J., Kenyon, G., Ruth, J.-E., & Svensson, T. (2004). *Aging and Biography-Exploration in Adult Development* (1ª ed.). Springer Publishing Company.

Boerio, P., Garavaglia, E., & Gaia, A. (2021). Active ageing in Europe: Are changes in social capital associated with engagement, initiation and maintenance of activity in later life? *Ageing and Society*, 1–19. https://doi.org/10.1017/S0144686X21001021

Bryman, A., & Bell, E. (2003). *Business Research Methods* (Oxford, Ed.; 3rd ed.). Oxford University Press.

Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). *Envelhecimento Ativo em Portugal* (1º ed.). Fundação Francisco Manuel do Santos.

Carroll, M., Marchington, M., Earnshaw, J., & Taylor, S. (1999). Recruitment in small firms Processes, methods and problems. *Employee Relations*, *21*(3), 236–250.

Castle, N. G., & Engberg, J. (2007). The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. *Health Services Research*, *42*(5), 1822–1847. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00704.x

Choi, J., Flynn, L., & Aiken, L. H. (2012). Nursing practice environment and registered nurses'job satisfaction in nursing homes. *Gerontologist*, *52*(4), 484–492. https://doi.org/10.1093/geront/gnr101

Costa, J. C. (2011). *O Procedimento Científico Passo a Passo*. https://www.academia.edu/8357994/O_procedimento_cient%C3%ADfico_passo_a_passo

Cristina, I., Colomé, S., Bernadete, A., De, T., Ii, M., Do Carmo, A., Iii, J., Gindri, D., Iv, R., De Carli, R., Teresinha, M., Vi, W., Dalla, T., & Vii, N. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, *13*(2), 306–312. http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a17.htm.

Degen, C., Frankenberg, C., Meyer-Kühling, I., Wendelstein, B., Knebel, M., Pantel, J., Zenthöfer, A., Rammelsberg, P., Andrejeva, N., & Schröder, J. (2022). Communication skills in nursing home residents with dementia: Results of a prospective intervention study over 21 months. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *55*(1), 27–31. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01929-0

Diniz, M. A. A., Melo, B. R. de S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. de O., & Gratão, A. C. M. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia e Saude Coletiva*, *23*(11), 3789–3798. https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016

Duarte, M., & Paúl, C. (2008). Avaliação do Ambiente Institucional – Público e Privado: Estudo Comportamental dos Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, *1*(2), 17–29. http://usc.no.sapo.pt

Dul, J., & Hak Tony. (2008). *Case Study Methodology in Business Research* (1ª ed.). Elsevier Ltd. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=zMMsBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=how+to+conduct+a+study+case&ots=dR2WpJQHR4&sig=cuCkPU2v5DMtdYcFccgoyN8NmZY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Falcão, A., Pereira, F., Pimentel, H., Teixeira, C., & Rodrigues, V. (2017). The academic background of gerontologists and client satisfaction in long-term residential care for older persons. *Educational Gerontology*, *43*(2), 62–72. https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1259288

Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, *1*(20), 106–132. https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007

Fernandes, A., Forte, T., Santinha, G., Diogo, S., & Alves, F. (2021). Active aging governance and challenges at the local level. *Geriatrics (Switzerland)*, *6*(3). https://doi.org/10.3390/geriatrics6030064

Figueiredo, L. C., Gratão, A. C. M., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Pelegrini, L. N. de C., & Sato, T. de O. (2021). Musculoskeletal symptoms in formal and informal caregivers of elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(2), 1–7. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0249

Figueiredo, M. D. L. F., Gutierrez, D. M. D., Darder, J. J. T., Silva, R. F., & de Carvalho, M. L. (2021). Formal caregivers of dependent elderly people in the home: Challenges

experienced. *Ciencia e Saude Coletiva*, *26*(1), 37–46. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020

Fitzgerald, K. G. (2015). Teaching Global Aging. *The Gerontologist*, *55*(1), 173–176. https://doi.org/10.1093/geront/gnu126

Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, *10*, 65–80. https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2005.8809

García, M., Manso, B., & Alfonso, D. (2021). Dilemmas and Challenges in a Population Undergoing an Aging Process. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *37*(2). https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, *27*, 291–313. https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385

Hoek, L. J. M., van Haastregt, J. C. M., de Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. H., & Verbeek, H. (2021). Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia*, *20*(5), 1631–1648. https://doi.org/10.1177/1471301220962235

Holst, A., & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, *12*(4). https://doi.org/10.1111/opn.12158

Hwang, H. L., Tu, C. T., & Kuo, T. Y. (2021). Correlates of perceived caring behaviour of formal caregivers in long-term care facilities: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *00*, 1–10. https://doi.org/10.1111/scs.12981

INE. (2021a). *Estatísticas Demográficas 2020* (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507

INE. (2021b). *Inquérito à Fecundidade* (Instituto Nacional de Estatística, Ed.). www.ine.pt

Jończyk, J. A. (2015). The Impact of Human Resource Management on the Innovativeness of Public Hospitals in Poland. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *213*, 1000–1007. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.517

Kalanlar, B., & Kuru Alici, N. (2020). The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: a mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(4), 1001–1009. https://doi.org/10.1111/scs.12808

Kendall, P. S., Scott, M., & Jolivette, K. (2019). "Well, You Can't Force Them": Altercasting in the Home Health Care Context. *Communication Studies*, *70*(1), 99–113. https://doi.org/10.1080/10510974.2018.1462838

Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. M. (2021). Formal Caregiver Burden in Nursing Homes: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, *43*(9), 877–893. https://doi.org/10.1177/0193945920979691

Llobet, P., Canut, L., Mateu, S., & Ávila, R. (2010a). *LIFE QUALITY AND TRAINING NEEDS FOR THE FORMAL CARE GIVERS OF DEPENDENT ELDERLY INSTITUTIONALIZED*.

Llobet, P., Canut, L., Mateu, S., & Ávila, R. (2010b). Life Quality and Training Needs For The Formal Care Givers of Dependent Elderly Institutionalized. *Revista Eletrónica de Enfermeria*, *19*, 1–6. http://www.geriatri-k.com/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=48

Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, *451*, 716–719. https://doi.org/10.1038/nature06516

Manuel, S. (2018). *Perfil e recrutamento dos cuidadores de idosos institucionalizados na região do Algarve* [Dissertação]. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade* (Relógio de água Editores, Ed.; 1ª ed.). Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Martins, A., Vivas, I., Andrade, D., & Gil, H. (2021, June 23). WhatsApp and communication in a pandemic state: Family members and institutionalized elderly: Case Study in the County of Idanha-a-Nova (Portugal). *Iberian Conference on Information Systems and Technologies, CISTI*. https://doi.org/10.23919/CISTI52073.2021.9476260

Miguel, M. E., Pinto, M., & Marcon, S. (2007). The dependence on aging process in the view of old age caregivers in a nursing home. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, *09*(3), 784–795. http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm

Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Evelhecimento, Saúde, Idadismo* (1ª ed.). Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Motta-Ochoa, R., Bresba, P., Da Silva Castanheira, J., Lai Kwan, C., Shaffer, S., Julien, O., William, M., & Blain-Moraes, S. (2021). "When I hear my language, I travel back in time, and I feel at home": Intersections of culture with social inclusion and exclusion of persons with dementia and their caregivers. *Transcultural Psychiatry*, *58*(6), 828–843. https://doi.org/10.1177/13634615211001707

Murphy, M. (2017). Demographic Determinants of Population Aging in Europe since 1850. *Population and Development Review*, *43*(2), 257–283.

Nath, D. C., & Islam, M. N. (2009). New Indices: An Application of Measuring the Aging Process of Some Asian Countries with Special Reference to Bangladesh. *Journal of Population Ageing*, *2*(2), 23–39. https://doi.org/10.1007/s12062-009-9016-2

Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós- Gerontologia*, *20*(1), 133–154.

Nussbaum, J., & Coupland, J. (2004). Organizational Communication. In *Handbook of Communication and Aging Research* (2ª ed., pp. 301–303). https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781410610171

Olaniyan, D. A., & Ojo, L. B. (2008). Staff Training and Development: A Vital Tool for Organisational Effectiveness. In *European Journal of Scientific Research* (Vol. 24, Issue 3). http://www.eurojournals.com/ejsr.htm

Paoletti, I. (2014). Active Aging and Inclusive Communities: Inter-Institutional Intervention in Portugal. *Ageing International*, *40*(2), 165–186. https://doi.org/10.1007/s12126-014-9216-9

Paroli, R., Consonni, G., & Rosina, A. (2020). The Measure of Population Aging in Different Welfare Regimes: A Bayesian Dynamic Modeling Approach. *European Journal of Population*, *36*(2), 363–385. https://doi.org/10.1007/s10680-019-09531-2

Pathiranage, Y., Jayatilake, L., Abeysekera, R., Pathiranage, Y. L., & Jayatilake, L. V. K. (2020). Case Study Research Design for Exploration of Organizational Culture towards Corporate Performance. *Article in International Journal of Comparative Management*, *21*(3), 361. https://doi.org/10.24818/RMCI.2020.3.361

Paúl, C. (2017). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. *Ociologia: Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, *15*, 275–287. https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392

Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos - qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos.* Verlag Dashofer.

Pereira, R. (2016). *Análise das Motivações de Escolha no Mercado dos Lares de Idosos em Portugal* [Dissertação de Mestrado]. IPAM.

Pereira, S. A., Marques, E. M., & Corte, A. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. , 1*(2), 133–140. https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.016

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health and Medicine*, *11*(4), 470–482. https://doi.org/10.1080/13548500600726633

Pillemer, K., Jill Suitor, J., Henderson, C. R., Meador, R., Schultz, L., Robison, J., & Hegeman, C. (2003). A Cooperative Communication Intervention for Nursing Home Staff and Family Members of Residents. *The Gerontologist*, *43*(2), 96–106. https://academic.oup.com/gerontologist/article/43/suppl_2/96/637549

Pilny, A., & Stroka, M. A. (2016). Determinants of received long-term care – Individual responses to regional nursing home provisions. *Health Care Management Science*, *19*(4), 326–337. https://doi.org/10.1007/s10729-015-9333-3

Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuiados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, *1*(2), 225–236. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124

Pordata. (2020). *Pensionistas de invalidez e velhice do regime geral da Segurança Social com pensões inferiores ao salário mínimo nacional (em euros)*. https://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Seguran%c3%a7a+Social+com+pens%c3%b5es+inferiores+ao+sal%c3%a1rio+m%c3%adnimo+nacional+(em+euros)-2003-160062

Robertson, I. T., & Smith, M. (2001). Personnel selection. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *74*(4), 441–472. https://doi.org/10.1348/096317901167479

Robič, M., & Pavlič, D. (2021). COVID-19 and Care for the Elderly in Long-Term Care Facilities: The Role of Information Communication Technology. *Acta Medica Academica*, *50*(3), 414–422. https://doi.org/10.5644/ama2006-124.363

Rodrigues, R. (2017). Cuidados de longa duração para idosos no contexto europeu: múltiplas soluções para um problema comum? In P. M. Ferreira, M. V. Cabral, & A. Moreira

(Eds.), *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados* (1ª ed., pp. 165–179). www.ics.ul.pt/imprensa

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *33*, 109–113. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093

Rychtaříková, J. (2019). Perception of population ageing and age discrimination across EU countries. *Population and Economics*, *3*(4), 1–29. https://doi.org/10.3897/popecon.3.e49760

Ryder, N. B. (1975). Notes on Stationary Populations. *Journal Storage*, *41*(1), 3–28. http://www.jstor.orgURL:http://www.jstor.org/stable/2734140http://www.jstor.org/stable/2734140?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

Sacco, G., Lléonart, S., Simon, R., Noublanche, F., & Annweiler, C. (2020). Communication technology preferences of hospitalized and institutionalized frail older adults during COVID-19 confinement: Cross-sectional survey study. *JMIR MHealth and UHealth*, *8*(9). https://doi.org/10.2196/21845

Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J., & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*, *44*(2), 185–187. https://doi.org/10.1093/ageing/afu189

Santa Casa da Misericórdia. (n.d.). *História - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Https://Www.Scml.Pt/Sobre-Nos/Historia/.

Schmid, M., 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. https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2011.00547.x

Schneider, A. M., Oppel, E. M., & Winter, V. (2019). Explaining variations in hospitals' use of strategic human resource management: How environmental and organizational factors matter. *Health Care Management Review*, *46*(1), 2–11. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000242

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (Lidel, Ed.).

Simões, Â., & Sapeta, P. (2018). Proteção social da velhice em Portugal. O caso particular dos lares de idosos. *Revista Kairós- Gerontologia*, *21*(1), 9–36. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X

SNS. (2020). *Estruturas Residenciais para idosos*. https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/08/12/estruturas-residenciais-para-idosos/

Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, *10*, 311–319. https://doi.org/10.2147/CIA.S73053

Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications.

Vilas Boas, A. A., Silva, N. R., Pires, A. A. de S., Adell, E. F., & Cardoso, R. F. (2016). Indicadores De Gestão De Pessoas E Gestão Do Conhecimento De Hospitais Do Sul De Minas Gerais: Uma Análise Comparativa. *Revista FSA*, *13*(1), 03–24. https://doi.org/10.12819/2016.13.1.1

WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. http://www.who.int/hpr/

WHO. (2015). *World report on ageing and health* (1º ed.). WHO.

Yang, L., Peng, H., Yang, Y., Ouyang, L., & Li, Y. (2020). Situation and Countermeasures of the Management Team of the Elderly Care Institutions from the Perspective of the Combination of Medical and Health Care: A Cross-Sectional Study. *Journal of Healthcare Engineering*, *2020*. https://doi.org/10.1155/2020/8826007

Yin, R. (2017). *Case study research and applications - Design and Methods* (6ª ed.). SAGE Publications.

Zeng, Y., Hu, X., Li, Y., Zhen, X., Gu, Y., Sun, X., & Dong, H. (2019). The quality of caregivers for the elderly in long-term care institutions in Zhejiang province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(12). https://doi.org/10.3390/ijerph16122164

Zhang, H., & Sun, H. (2019). Knowledge, attitude and self-efficacy of elderly caregivers in Chinese nursing homes: A cross-sectional study in Liaoning Province. *BMJ Open*, *9*(11). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029869

8. Anexos

Anexo A- Guião de Entrevista aos Diretores Técnicos

Grupo I- Caracterização do entrevistado

- Idade
- Género
- Estado Civil
- Naturalidade
- Habilitações Literárias
- Profissão/Função
- Outras experiências de formação profissional
- Formação especifica em gerontologia
  (Formação na faculdade, formações externas?)
- Já trabalhou noutros sítios relacionados com a área de gerontologia? Quais?

Grupo II

1. Qual o ano de abertura da instituição?
2. Qual o número total de cuidadores formais? (Enfermeiros e auxiliares). Quantos é que que são do sexo feminino e quantos do sexo masculino?
3. Qual o nº total de utentes?
4. No momento de recrutar cuidadores formais, é utilizada alguma estratégia ou técnica? (Por exemplo, entrevista, análise de currículo, provas de grupo, recomendações de outros).
5. Quem é o responsável pelo recrutamento? Que técnicas são utilizadas? Qual o tempo despendido?
6. Aquando de um processo de recrutamento a que características dá mais importância ou acha que são mais pertinentes num cuidador formal de idosos? (Por exemplo: género; idade; formação; nível de escolaridade)
7. No momento da seleção é dada prioridade a profissionais que já tenham trabalhado na área ou que tenham algum tipo de formação?
8. Em fase de recrutamento, quais as características de personalidade a que dá mais importância num cuidador formal?

9. Que tipo de competências procura, aquando numa fase de recrutamento de um cuidador formal?
10. O que considera ser os maiores desafios e barreiras para o recrutamento?
11. Sente que a forma como são realizados o recrutamento e a seleção destes profissionais, contribui de alguma forma para a taxa de rotatividade destes profissionais?
12. Como é que é feita essa gestão (turnouver etc)?
13. Os cuidadores contratados passam por um período experimental?
14. Considera importante oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores formais?
15. Se sim, quais as áreas que considera mais pertinentes, ou quais as áreas mais exploradas na instituição para os cuidadores formais.
16. Existe algum planeamento anual das formações? Como é que é feito esse planeamento? A opinião dos auxiliares é tida em conta nesse planeamento?
17. Sente que é importante a formação na área da comunicação e gestão de conflitos dirigida aquando do contacto dos cuidadores formais com os idosos e os seus familiares, especialmente em contexto de pandemia?
18. A instituição apresenta algumas(s) estratégia(s) para promover uma comunicação eficaz entre os cuidadores e as pessoas institucionalizadas?

Anexo B- Guião de Entrevista aos Cuidadores Formais

Grupo I- Caracterização do entrevistado

- Idade
- Género
- Naturalidade
- Estado Civil
- Habilitações literárias
- Profissão/Função
- Outras experiências de formação profissional
- Formação especifica em gerontologia? Se sim, onde adquiriu essa formação?
- Tempo em que trabalha na instituição
- Tempo que trabalha com idosos
- Alguma vez, numa experiência passada já tinha cuidado de um idoso? Se sim, onde e quantos anos.

Grupo II

1. Quais as maiores dificuldades que sente quando cuida de um idoso no geral?
2. O que mais gosta e o que menos gosta nas suas tarefas?
3. Quais os principais motivos que o/a levaram a trabalhar nesta área?
4. Sente que a instituição promove a formação aos seus trabalhadores no âmbito do bem-estar e saúde dos idosos?
5. Quais os temas mais abordados?
6. Já lhe foi dada formação sobre comunicação e gestão de conflitos?
7. Em média quantas horas de formação tem por ano?
8. Considera que a formação fornecida pela instituição é adequada e suficiente? Que satisfaz as necessidades da equipa?
9. Costuma participar nas formações?
10. Quão importante acha que é a formação? Acha que é indispensável?
11. Quais têm sido os contributos da formação no serviço?

12. Na sua opinião que estratégias seriam as melhores para motivar a presença nas formações?
13. Quais os fatores que acha que podem condicionar a eficácia da formação? (Ex: falta de tempo?)
14. Acha que o planeamento de formações está adequado? Tem alguma sugestão que gostaria de alterar?
15. Tem por hábito procurar formação na área do envelhecimento, ler sobre o tema, ou trocar ideias com colegas de trabalho?
16. Porque escolheu trabalhar com idosos?
17. Como se dirige habitualmente ao idoso?
18. Habitualmente conversa com o idoso, ou só o faz quando solicitada?
19. Quais as barreiras ou dificuldades que encontra, quando tem que comunicar com o idoso? E que estratégias adota para as ultrapassar?
20. Sente que os familiares podem ser uma barreira para a comunicação com o idoso? Porquê?
21. Que atitudes ou postura adota para que o idoso se sinta bem tratado?
22. Qual a sua perceção relativamente ao envelhecimento?
23. Normalmente como vê o idoso? (Construtivo/Destrutivo; Seguro/Inseguro; Forte/Fraco; Condescendente/Crítico; Discreto/Intrometido; Bonito/Feio; Carinhoso/Frio; Doce/Amargo; Sábio/Ignorante; Interessante/Desinteressante; Com senso de oportunidade/Chato; Humilde/Arrogante; Conformado/Queixoso)
24. Quais as competências que acha que são importantes para ser um cuidador de idosos?

Anexo C- Guião de Entrevista aos Residentes

Grupo I- Identificação

- Idade
- Género
- Estado Civil
- Habilitações Literárias
- Profissão dominante ao longo da vida

1. Como ocupa o seu dia normalmente?
2. Que atividades mais gosta de fazer?
3. Considera que o apoio que recebe tanto dos enfermeiros como de auxiliares responde a todas as suas necessidades?
4. Mudaria alguma coisa em relação a esse apoio?
5. Como se dirigem os enfermeiros e auxiliares a si, no momento da comunicação?
6. Sente-se confortável com essa abordagem? Gostaria que o tratassem de outra forma?
7. Durante a pandemia Covid-19 sentiu que a comunicação foi clara por parte dos cuidadores?
8. Costuma sentir-se sozinho? Se sim, consegue concretizar em que sentido ou situações? Tem alguma(s) sugestões para contornar essa situação?