
Impacto da Satisfação com o Emprego na Qualidade de Vida dos Cuidadores
Formais de Idosos

Anabela Almeida Silva

Dissertação
Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por:
Professora Doutora Helena Martins

2018

“Somos como anões aos ombros de gigantes, pois podemos ver mais coisas do que eles e mais distantes, não devido à acuidade da nossa vista ou à altura do nosso corpo, mas porque somos mantidos e elevados pela estatura de gigantes.”

Bernardo de Chartres

Agradecimentos

Alcançar esta meta não teria sido possível se não contasse com o apoio incondicional de algumas pessoas.

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora, professora Helena Martins, que mesmo não me conhecendo abraçou comigo este desafio e dia após dia mostrou-me o verdadeiro significado de sermos “anões aos ombros de gigantes”. Por todo o apoio, incentivo, partilha de conhecimentos, ideias e sugestões que contribuíram para o meu crescimento e para o culminar deste estudo, o meu mais sincero agradecimento.

A todos quantos responderam ao meu desafio e deram 10 minutos do seu tempo para me ajudar a crescer, o meu muito obrigada!

Às “migas”, as minhas colegas de curso, que ao longo dos últimos dois anos tiveram sempre uma palavra de apoio, conforto, companheirismo e entreaajuda. Foi um gosto conhecer-vos e conquistar esta etapa convosco!

À Inês, que mesmo a 200km de distância não deixa que a nossa amizade esmoreça. Obrigada pelo teu apoio, pelas tuas palavras e por teres vivido mais esta etapa comigo. “Coimbra para sempre”.

À minha família. Em especial aos meus pais, aos meus irmãos e ao meu afilhado amoroso, por me mostrarem dia após dia que com esforço e dedicação tudo se alcança. A vocês que mesmo longe estiveram sempre ao meu lado nas conquistas e nas quedas, esta vitória também é vossa.

Aos meus avós. Só uma é que ainda cá está e os abraços dela ao domingo dão força para mais uma semana de luta, mas todos vocês contribuíram para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Avó Luz, avô Luís e avô Américo, onde quer que vocês estejam, eu sei que são as minhas maiores estrelas e que orientam o meu caminho sempre na melhor direção.

Ao Filipe. És o companheiro de todas as horas e o porto de abrigo nas noites de tempestade. A ti, que me mostraste que “casa” pode ser dentro do abraço de alguém. A ti, que acreditas em mim e me mostras dia após dia que é possível fazer mais e melhor. A ti, ao teu apoio e

conhecimento extra na conquista deste objetivo. Sabes bem que esta vitória é tão tua como minha!

A vida não para. Quem faz o caminho somos nós. Que eu continue a caminhar e a ter-vos presentes na minha vida.

Resumo

A satisfação com o emprego pode afetar a saúde física e mental dos cuidadores de idosos, modificando o seu comportamento e a sua performance profissional, uma vez que quanto maior for o cansaço físico e psicológico e maiores os níveis de ansiedade, maiores dificuldades sentem os cuidadores na prestação de cuidados aos idosos. As relações entre trabalho e qualidade de vida no setor da saúde e o impacto dessas relações na economia das organizações e das sociedades são cada vez mais evidentes quando se fala em afastamentos do ambiente profissional e em acidentes em contexto de trabalho. Tendo em conta esta visão, o objetivo desta investigação foi estudar o impacto da satisfação com o emprego na qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos.

Através de uma investigação por questionário online, recolheram-se dados de 82 cuidadores formais de idosos onde se aferiu a sua qualidade de vida através da escala WHOQOL-Bref e satisfação com o emprego através do Minnesota Satisfaction Questionnaire. A presente investigação concluiu a existência de fortes correlações positivas entre a satisfação com o emprego e suas dimensões e a qualidade de vida (e respetivas dimensões) na população de cuidadores formais de idosos.

No presente trabalho discutem-se as implicações para a gestão e investigação destes resultados, apresentando-se as limitações e propostas de pistas de investigação futura.

Palavras-chave

- WHOQOL
- MSQ
- Cuidadores Formais
- Satisfação com o emprego
- Qualidade de vida
- IPSS

Abstract

Job satisfaction can affect the physical and mental health of caregivers of the elderly, modifying their behavior and professional performance, as high levels of physical and psychological fatigue and anxiety, lead to greater difficulties felt by the caregivers while providing care. The relationship between work and quality of life in the health sector and the impact of these relationships on the economy of organizations and societies are increasingly evident when absence from the professional environment and accidents in the workplace are analyzed. Based

on this vision, the objective of this research was to study the impact of job satisfaction on the quality of life of the formal caregivers.

Using a survey questionnaire, data was collected from 82 formal caregivers for the elderly where life quality was assessed through the WHOQOL BREF and job satisfaction was assessed using the Minnesota Satisfaction Questionnaire. The present work points to the existence of strong positive correlations between job satisfaction (and the respective dimensions) and life quality (and respective construct dimensions) in the population of formal elderly caregivers.

In the present work, implications of these findings for management and research are discussed, study limitations presented and future research suggested.

Keywords

● WHOQOL ● MSQ ● Formal Caregivers ● Job Satisfaction ● Life Quality ● Social Institutions

Abreviaturas

FORM_ESP – Tem formação específica na área do envelhecimento?

FORM_SUF – Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa?

ANTIG_INST – Há quanto tempo trabalha nesta instituição (em anos)?

N_HOR_SEM – Número de horas de trabalho semanais

T_CONTR – Tipo de contrato

BAIXA – Quantos dias, aproximadamente, esteve de baixa durante o último ano?

MSQ_T – Pontuação total MSQ

ESC_GRUP – Escolaridade agrupada

TWDG – Total domínio geral WHOQOL

TWD1F – Total domínio físico WHOQOL

TWD2P – Total domínio psicológico WHOQOL

TWD3RS – Total domínio relações sociais WHOQOL

TWD4A – Total domínio ambiente WHOQOL

WHOQOL_T – Pontuação total WHOQOL

SALARIO_H – Quanto recebe à hora

MSQ_I – Satisfação - domínio intrínseco

MSQ_E – Satisfação - domínio extrínseco

N/R – Não respondeu

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iv
Palavras-chave	iv
Abstract	iv
Keywords	v
Abreviaturas	vi
Índice	vii
Índice de Tabelas	ix
Índice de Imagens	xi
Introdução	1
Fundamentação Teórica	3
<i>Processo de Envelhecimento</i>	<i>3</i>
<i>Cuidador de Idosos: Formal vs Informal</i>	<i>6</i>
<i>Estado de Saúde e Qualidade de Vida</i>	<i>9</i>
<i>Satisfação com o Emprego</i>	<i>12</i>
<i>Práticas de Gestão de Recursos Humanos</i>	<i>15</i>
Formação.....	18
Remuneração/Compensação	18
Metodologia	20
<i>Formulação de hipóteses</i>	<i>20</i>
<i>Recolha de dados</i>	<i>20</i>
<i>Análise</i>	<i>21</i>

<i>Instrumentos de Recolha de dados e fiabilidade</i>	23
Estatísticas de Fiabilidade – WHOQOL-Bref	24
Estatísticas de Fiabilidade - MSQ.....	25
<i>Amostra</i>	26
<i>Estudo exploratório</i>	30
<i>Resultados</i>	33
Discussão	35
Conclusões	38
Referências Bibliográficas	40
Anexos	46
<i>Anexo I. Autorização para utilização do instrumento WHOQOL-Bref</i>	46
<i>Anexo II. Estatística descritiva</i>	46
<i>Anexo III. Estudo Exploratório</i>	50
<i>Anexo IV. Questionário</i>	62

Índice de Tabelas

Tabela 1	Fiabilidade do questionário WHOQOL-Bref	24
Tabela 2	Fiabilidade do questionário MSQ	25
Tabela 3	Estatística descritiva - Estado civil.....	26
Tabela 4	Estatística descritiva – Escolaridade.....	27
Tabela 5	Estatística descritiva – Função	28
Tabela 6	Estatística descritiva - Tipo de contrato.....	29
Tabela 7	Correlações de Pearson dos níveis de Satisfação com o emprego total (I), Intrínseco (I) e Extrínseco (E) aferidos a partir do MSQ, e níveis de satisfação com a vida indicados pelo WHOQOL (sobre total WHOQOL_T) e respetivos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente.	34
Tabela 8	Estatística descritiva – Género	47
Tabela 9	Estatística descritiva – Idade.....	47
Tabela 10	Estatística descritiva - Formação específica na área do envelhecimento	47
Tabela 11	Estatística descritiva - Formação suficiente.....	48
Tabela 12	Estatística descritiva - Número de horas de trabalho semanais	49
Tabela 13	Estatística descritiva - Número de dias de baixa	49
Tabela 14	Estatística descritiva - Remuneração mensal.....	50
Tabela 15	Correlação de Spearman - Idade e Escolaridade	50
Tabela 16	Correlação de Spearman - Idade e Formação suficiente	51
Tabela 17	Correlação de Spearman - Idade e Número de dias de baixa	51
Tabela 18	Correlação de Spearman - Idade e MSQ total	51
Tabela 19	Correlação de Spearman - Idade e WHOQOL total	52
Tabela 20	Correlação de Spearman - Escolaridade e Formação suficiente.....	52
Tabela 21	Correlação de Spearman - Escolaridade e Salário.....	53
Tabela 22	Estatísticas de teste - Formação suficiente	53
Tabela 23	Estatísticas de grupo - Formação suficiente e Formação específica na área do envelhecimento	54
Tabela 24	Teste T' - Formação suficiente e Formação específica na área do envelhecimento ..	54
Tabela 25	Correlação de Spearman - Antiguidade e Formação suficiente.....	55

Tabela 26 Correlação de Spearman - MSQ total e Formação suficiente	55
Tabela 27 ANOVA - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato	55
Tabela 28 Teste de Levene - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato.....	56
Tabela 29 Scheffé - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato	57
Tabela 30 Correlação de Spearman - Número de horas de trabalho semanal e WHOQOL total	57
Tabela 31 Correlação de Spearman - Remuneração e MSQ total.....	58
Tabela 32 Correlação de Pearson - WHOQOL total e Remuneração	58
Tabela 33 ANOVA - Tipo de contrato e MSQ total.....	59
Tabela 34 ANOVA - Tipo de contrato e WHOQOL total.....	59
Tabela 35 Teste T - MSQ total e Formação específica na área do envelhecimento	59
Tabela 36 Teste T - WHOQOL total e Formação específica na área do envelhecimento	60
Tabela 37 Estatísticas - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa	61
Tabela 38 Estatísticas de grupo - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa.....	61
Tabela 39 Teste T - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa	61
Tabela 40 Normalidade das variáveis escalares.....	62

Índice de Imagens

Figura 1 Domínios WHOQOL-Bref.....	24
------------------------------------	----

Introdução

O trabalho com idosos é um trabalho desgastante, quer a nível psicológico como físico, tendo uma carga emocional bastante pesada, essencialmente devido às patologias e demências, cuja prevalência aumenta com o envelhecimento (Sequeira, 2010).

Sendo um trabalho desgastante, muitos colaboradores acabam por não se adaptar e não gostar do que fazem, pelo que é necessário auxiliar na procura de estratégias que aumentem a produtividade, mas ao mesmo tempo também potenciem o bem-estar dos colaboradores. Num estudo feito por Pereira e Marques (2014), concluiu-se que quanto maior fosse o cansaço físico e psicológico e maiores os níveis de ansiedade, maiores dificuldades sentiriam os cuidadores na prestação de cuidados aos idosos (Pereira & Marques, 2014).

Segundo Esteves (2008), existe uma correlação positiva entre as perceções dos colaboradores sobre as práticas de Gestão de Recursos Humanos e a satisfação com o próprio emprego, sendo que algumas dessas práticas têm a capacidade de, aplicadas e abordadas da forma correta, aumentar a motivação e os conhecimentos dos colaboradores, contribuindo para o potenciamento das suas capacidades, para o aumento da sua autoestima e da sua qualidade de vida e ainda da satisfação com o seu próprio emprego (Esteves, 2008).

Contudo, existem muitas pessoas que não tendo formação suficiente, sensibilidade e gosto para o cuidar, acabam por não se adaptar ao emprego que têm, não se dedicarem para fazer mais e melhor e, conseqüentemente tornam-se pessoas insatisfeitas, stressadas, frustradas e, por vezes, incompetentes, acabando por atingir o estado descrito pela Síndrome de Burnout (exaustão emocional, despersonalização emocional e baixa realização profissional) (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Pessoas insatisfeitas, stressadas e frustradas com o seu emprego, acabam por transportar estes sentimentos para as restantes dimensões da sua vida, diminuindo a sua qualidade de vida e o seu bem-estar físico e psicológico.

Desta forma, o que se pretende estudar e investigar é a forma como a satisfação com o emprego afeta o estado de saúde e o nível de qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos, a nível físico, psicológico e do ambiente envolvente.

Se os cuidadores estiverem satisfeitos com os domínios intrínsecos e extrínsecos do seu trabalho, se tiverem formação específica e contínua, terão então mais bases para desenvolver o seu trabalho de forma correta, tornando-se pessoas e profissionais mais confiantes no desenvolver das suas funções. Tendo as ferramentas necessárias para o exercício correto da sua função, será de esperar que existam menos problemas de saúde que, consequentemente levam a dias de baixa e ao declínio da qualidade de vida.

Sendo bons profissionais, serão recompensados devidamente, podendo atingir níveis de qualidade de vida mais elevados, tais como uma casa melhor, um carro mais recente, vida familiar mais estável, momentos de lazer, entre outros.

Relativamente à estrutura, este trabalho de investigação encontra-se dividido em três grandes partes:

Na primeira parte encontra-se a fundamentação teórica, onde será abordado o Processo de Envelhecimento, a diferença entre Cuidador Formal e Cuidador Informal, o Estado de Saúde e Qualidade de Vida, a Satisfação com o Emprego e as Práticas de Gestão de Recursos Humanos, nomeadamente Formação e Remuneração.

Na segunda parte encontra-se a investigação prática: formulação de hipóteses, recolha e tratamento de dados, caracterização da amostra participativa do estudo e resultados obtidos.

A investigação conclui com uma discussão e comparação dos resultados obtidos com as conclusões e pontos-chaves da fundamentação teórica e serão apresentadas também nesta secção as principais conclusões do estudo, incluindo as suas principais limitações e pistas de investigação futura.

Fundamentação Teórica

Processo de Envelhecimento

Segundo Sequeira (2010), o envelhecimento é um processo biológico inevitável e está associado a alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o passar do tempo, desde o nascimento até à morte (Sequeira, 2010). De acordo com o mesmo autor, não há uma data específica a partir do qual se fica velho, sendo que as características físicas e mentais associadas à velhice aparecem gradualmente no decorrer do ciclo vital (Sequeira, 2010).

Como ninguém é igual a ninguém, cada pessoa tem uma história de vida diferente, influenciada por crenças, culturas e conhecimentos, é importante ver o envelhecimento com um processo individual, de acordo com as vivências de cada pessoa. Sendo um processo individual, surgem vários obstáculos à caracterização do envelhecimento em termos globais (Sequeira, 2010). Alguns autores caracterizam o envelhecimento como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros autores consideram-no como um período crescente de vulnerabilidade e dependência e ainda há quem considere a velhice como o ponto alto do conhecimento e do bom senso, devido ao acumular de anos de experiências (Trompieri & Fachine, 2012).

Neto (2002) afirma que a velhice é a última fase do ciclo de vida que apresenta algumas mudanças físicas, psicológicas e sociais, tais como a diminuição das capacidades funcionais e do trabalho, aparecimento da solidão e perda de papéis sociais.

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela OMS em 2015, o envelhecimento está associado a perdas biológicas e sociais (OMS, 2015). Ao nível biológico, a par com a passagem dos anos, o envelhecimento caracteriza-se pelo acumular de danos celulares e moleculares que conduzem à perda de reservas fisiológicas, ao aumento da probabilidade de contrair doenças e a um declínio geral das capacidades da pessoa (OMS, 2015). Sequeira (2010) conclui que as alterações internas do organismo humano acontecem devido a mudanças nos sistemas de órgãos e no metabolismo, diminuindo, de uma forma geral, a capacidade funcional da pessoa idosa e alterando o funcionamento cerebral e psicológico do idoso, bem como algumas das funções cognitivas (memória, linguagem e orientação).

A senescência (envelhecimento primário caracterizado pelas mudanças associadas ao passar dos anos) tem início com mudanças no aspeto exterior da pessoa, tais como a calvície ou o aparecimento de cabelos brancos, a diminuição do equilíbrio e da força muscular e até alterações emocionais e cognitivas, sendo que este é pré determinado geneticamente nos seres humanos (Neto, 2002; Sequeira, 2010). Por outro lado, o envelhecimento secundário, ou patológico, é aquele que resulta das interações e da influência do meio envolvente, onde são descritos quadros clínicos e efeitos de doenças e do ambiente (Neto, 2002; Spirduso, 2005)

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), a maioria dos problemas de saúde enfrentados pelas pessoas idosas estão associados a condições crónicas, sendo que a maioria dessas doenças podem ser prevenidas ou retardadas através da promoção de um envelhecimento ativo e saudável. No mesmo relatório, a OMS afirma que se algumas doenças forem detetadas numa fase inicial, existe a possibilidade de serem controladas de forma eficiente sem pôr em causa a funcionalidade da pessoa idosa (OMS, 2015).

As alterações biológicas associadas ao envelhecimento acabam por influenciar o idoso a nível psicológico, modificando atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010). Ao nível social, o envelhecimento caracteriza-se pela perda de posições, papéis e relações sociais, sendo comum entre as pessoas idosas a definição de metas e objetivos mais pequenos, mas mais significativos, visto haver uma redefinição de prioridades de acordo com as capacidades e limitações individuais (OMS, 2015).

Sequeira (2010) afirma que o envelhecimento psicológico e social depende também do contexto sociocultural em que a pessoa está inserida, bem como da forma com organiza e vive o seu plano de vida (Sequeira, 2010). De acordo com o mesmo autor, o envelhecimento bem-sucedido está associado à satisfação e bem-estar psicológico, sendo estes afetados pela história de vida, meio envolvente e a interação entre ambos, emoções e desejos individuais, bem como alguns papéis sociais em que a pessoa idosa mantém a sua funcionalidade e que dão sentido à vida de cada um, compensando parte das perdas associadas ao envelhecimento (Baltes e Baltes, 1990, cit in Sequeira, 2010).

Apesar de o envelhecimento ser uma realidade inevitável e apesar de a população idosa continuar a aumentar, a sociedade continua a afastar as pessoas mais velhas do processo produtivo, pelo

que é necessário criar estratégias que contribuam para a manutenção das atividades e dos papéis sociais da pessoa idosa, contribuindo para a satisfação individual das pessoas com mais idade e para a manutenção das suas funcionalidades (Sequeira, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2015) afirma que envelhecimento das populações está a acelerar rapidamente em todo o mundo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), o envelhecimento demográfico é tido como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI, devido à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento dos níveis de esperança média de vida.

Segundo o mesmo instituto, quando comparado com os restantes Estados Membros da União Europeia, Portugal apresenta o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, sendo o 4º país com maior proporção de idosos (INE, 2015). Em 2014, a população portuguesa era constituída por 20,3% de idosos e apenas por 14,4% de jovens, ou seja, por cada 100 jovens, residiam em Portugal 141 idosos (INE, 2015).

De acordo com Sequeira (2010), o prolongamento da vida e o crescimento da população idosa, deve-se aos progressos que surgiram com o desenvolvimento e com a evolução das ciências da saúde: desenvolvimento de novas tecnologias medicinais, melhores condições de vida, planeamento familiar e redução da natalidade, são algumas das causas para o aumento da população idosa e para a diminuição da população jovem, sendo que a previsão é para que estes números continuem a aumentar (INE, 2015; Sequeira, 2010).

Em muitos casos, devido à diminuição das capacidades do idoso, existe a necessidade de recorrer à institucionalização. Perlini et al (2007) concluem que as famílias recorrem a residências sénior, centros de dia e lares, quando não há um membro da família que possa responsabilizar-se pelo cuidado ao idoso; quando a família não tem condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar os cuidados necessários e até quando o próprio idoso prefere ter um espaço para morar onde recebe os cuidados que necessita sem perturbar os familiares (Perlini, Leite, & Furini, 2007).

Segundo os mesmos autores, quando as famílias procuram um lugar para a pessoa idosa morar, esperam que o idoso seja acolhido e bem tratado, mantendo os laços com a família. Contudo, o que a literatura evidencia é que as instituições para idosos favorecem a exclusão, não prestam os devidos cuidados ao idoso, não têm recursos humanos suficientes para atender às necessidades

dos idosos e os que têm nem sempre têm a qualificação ideal para prestar cuidados (Perlini et al., 2007).

Cuidador de Idosos: Formal vs Informal

Segundo Sequeira (2010), o aumento da esperança média de vida da população, deve-se à melhoria das condições socioeconómicas e à evolução da tecnologia medicinal. O aumento da esperança média de vida e da longevidade das populações levaram a uma maior consciencialização por parte da sociedade relativamente à saúde e à qualidade de vida da pessoa idosa, à qual se associa o aumento da prevalência de doenças crónicas e dependência nas atividades de vida diária (AVD)(OMS, 2005; Sequeira, 2010).

Com o aumento da prevalência de doenças e da dependência da pessoa idosa, é necessário que se criem condições de prestação de cuidados à população idosa, quer estes sejam prestados pela família ou pela comunidade, garantindo uma maior qualidade de vida para o idoso durante o máximo de tempo possível (Batista, Almeida, & Lancman, 2014). Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, contempla um conjunto de estratégias que contribuem para um envelhecimento ativo, dando respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas e assenta em três pontos(DGS, 2006; Sequeira, 2010):

1. Promoção do envelhecimento ativo;
2. Adequação dos cuidados de saúde às necessidades da pessoa idosa;
3. Promoção de ambientes que fomentem a autonomia e independência da pessoa idosa.

Sequeira (2010) afirma que, apesar de ser desafiante para a família, a manutenção do idoso no seu ambiente familiar deve ser privilegiada sempre que possível, salientando que, apesar de os cuidados serem prestados por uma pessoa sem formação específica na área (o que faz com que estes cuidados possam não ser rigorosos tecnicamente), o facto de ser um familiar a prestar os cuidados apresenta valor humano simbólico que envolve os laços afetivos e familiares, visto ser a família o grupo primário de apoio ao idoso e que tem o papel mais relevante a longo prazo (Sequeira, 2010).

O mesmo autor apoia a teoria de Howe e Lettieri (1999), que afirmam que o cuidador familiar deve prestar os cuidados ao idoso, pois “é sensível ao meio que o rodeia e às pessoas com quem se relaciona” (Howe e Lettieri, 1999, cit in Sequeira, 2010, p. 154).

Pode definir-se como cuidador o “membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso no exercício das suas atividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...”(Gordilho et al., 2000, cit in Colomé et al., 2011, p.307).

Na prestação de cuidados à pessoa idosa podemos definir dois tipos de cuidadores: cuidador formal e cuidador informal (Sequeira, 2010).

O cuidador informal normalmente atua no domicílio e tende a ser um familiar, vizinho ou amigo próximo da pessoa idosa. Este tipo de cuidados são executados de forma não remunerada, por alguém em quem é depositada a responsabilidade de prestar os cuidados necessários à pessoa idosa, tendo como funções acompanhar, orientar e prestar o apoio necessário, de uma forma total ou parcial (Sequeira, 2010).

Colomé et al. (2011) afirma que a tarefa de cuidar está associada à figura feminina, devido a razões culturais e históricas, visto ser a mulher quem sempre cuidou da casa, dos filhos e do marido, pressupôs-se que teria mais facilidade de adaptação à tarefa de cuidar de uma pessoa idosa (Colomé et al., 2011).

Mesmo no contexto familiar, o cuidador informal tende a ser o cônjuge ou um filho, maioritariamente do sexo feminino, onde a tarefa de cuidar é vista como uma obrigação por parte da família. Na maioria das famílias, a escolha do cuidador informal é feita com base em características e experiências pessoais e ao contexto em que se encontra cada membro (se está desempregado, se já prestou cuidados anteriormente, etc) (Sequeira, 2010).

Prestar cuidados ao idoso no contexto familiar é de grande importância, contudo o cuidador informal vivencia contextos de fragilidades física, financeira e social, além de ter implicações para a própria saúde mental. O ato de cuidar é de extrema sobrecarga de atividades que, em muitos casos, leva o cuidador informal “ao estado de esgotamento emocional, isolamento social e situações de intensos conflitos”, pelo que é necessário que sejam desenvolvidas estratégias de apoio ao cuidador informal, no sentido de promover, proteger e recuperar o seu bem-estar, sendo que muitas dessas estratégias passam por encaminhar o idoso para uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) onde receberá todos os cuidados por parte de uma

equipa de cuidadores formais com preparação técnica para dar resposta às necessidades individuais da pessoa idosa (Camargo, 2010, p.247).

O cuidador formal é o profissional qualificado (por exemplo médico, enfermeiro, gerontólogo, assistente social, entre outros), com preparação técnica para o exercício das funções de cuidar. Diz respeito à atividade profissional e está interligado com todas as atividades e competências inerentes à profissão (Sequeira, 2010). Carrilho (2012) partilha da mesma opinião, afirmando que os cuidadores formais, sendo profissionais contratados, têm que ter uma preparação específica para as funções que irão exercer.

Gonçalves et al. (1992, cit in Sequeira, 2010) vai mais além e diz que o cuidador formal é aquele que, estando capacitado para dar resposta às necessidades individuais da pessoa idosa, tem em conta as suas limitações e faz a ligação entre o idoso, a família e a comunidade.

O cuidador formal tem como principais funções ajudar nas atividades da vida diária do idoso; administrar medicação; auxiliar na mobilidade; proporcionar conforto físico e psicológico; estimular o relacionamento com a realidade e com a vida em comunidade; controlar sinais vitais, reconhecendo alterações significativas e prestando auxílio em situações de emergência (Pereira & Marques, 2014).

Num estudo levado a cabo por Pereira & Marques (2014), concluiu-se que apenas 52,5% dos cuidadores formais inquiridos tinham formação específica para executar funções de “auxiliar de ação direta”, enquanto os restantes 47,5% não tinham tido qualquer tipo de formação para prestar cuidados a pessoas idosas institucionalizadas. Apesar disso, 77,5% dos cuidadores inquiridos assumiu ter um vínculo efetivo à instituição (Pereira & Marques, 2014). Contudo, segundo Sequeira (2010), para se prestar os cuidados devidos à pessoa idosa, deve ter-se preparação técnica/formação específica para o fazer.

Sequeira (2010) afirma que os cuidadores formais de idosos tendem a ter elevados níveis de sobrecarga física, psicológica e profissional. Na mesma investigação supracitada, 45% dos inquiridos afirmaram cansaço psicológico e 42,5% afirmaram cansaço físico decorrente das atividades de prestação de cuidados, sendo que 52,5% dos inquiridos apresentaram ansiedade motora classificada como caso clínico (Pereira & Marques, 2014).

Cuidar de idosos acarreta várias dificuldades, especialmente quando existe um quadro de demência e independentemente de se ser um cuidador formal ou informal. Segundo Barbosa et al. (2011), as principais dificuldades apontadas pelos cuidadores formais de idosos são o desconhecimento da doença e a interação com o utente, a falta de tempo e de recursos e a dificuldade de organização, o planeamento de atividades, a interação com as famílias dos idosos e o impacto emocional e físico inerente à profissão (A. L. Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011).

Por outro lado, Pereira & Marques (2014) concluem que as principais dificuldades dos cuidadores formais estão ao nível de cuidados relacionados com a mobilidade, alimentação, higiene e alterações emocionais dos utentes. Estas autoras concluíram ainda que “quanto maior for o cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade, maiores dificuldades sentem os cuidadores na prestação de cuidados aos idosos” e que, por isso, o processo de cuidar é complexo e exige apoio e intervenção por parte da entidade empregadora, visto ter consequências para a vida dos cuidadores (Pereira & Marques, 2014, p.138).

Estado de Saúde e Qualidade de Vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (Constituição da Organização Mundial da Saúde-OMS, 1946). Contudo, segundo Scliar (2007), a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, podendo ser influenciada pela cultura, pela sociedade, pela economia e pela política do meio envolvente (Scliar, 2007).

Segundo Marc Lalonde (1974, cit in Scliar, 2007), o conceito de Saúde abrange também a herança genética que é passada de geração em geração, a qualidade da água, do solo e do meio ambiente, o estilo de vida e os hábitos de vida saudáveis e ainda o acesso aos cuidados de saúde e a política de Saúde da sociedade.

Numa outra perspetiva, o termo Saúde é frequentemente associado ao termo qualidade de vida, sendo a qualidade de vida uma noção comparada à satisfação pessoal encontrada na vida familiar, amorosa e social, determinada pela sociedade como um padrão de conforto e bem-estar (Mínayo, Hartz, & Buss, 2000).

Minayo et al (2000) afirmam que a qualidade de vida tem três referências principais: história, cultura e classes sociais. A história remete-nos para evolução e para o passar dos anos; ou seja, o desenvolvimento de uma determinada sociedade num período específico da história proporcionou uma determinada qualidade de vida aos indivíduos daquela sociedade, diferente da proporcionada num outro período qualquer. A cultura é diferente de sociedade para sociedade e diz respeito às necessidades e aos valores construídos e definidos para a população. As classes sociais mostram que os padrões de bem-estar variam conforme a classe social em que a pessoa se insere; pessoas de uma classe social mais rica têm padrões de bem-estar mais elevados do que as pessoas de uma classe social mais pobre (Minayo et al., 2000).

De uma forma geral, Minayo et al. (2000) concluem que qualidade de vida está associada a bens materiais, tais como comida, moda, viagens, carro e tecnologias, consumo de arte e riqueza, mas também a valores não materiais, tais como o amor, inserção social e liberdade. Estes valores de qualidade de vida aliam-se ao conceito de Saúde, na medida em que resultam da construção social dos parâmetros de conforto individual. O conceito de qualidade de vida apoia-se, assim, nas necessidades humanas – subsistência, educação e Saúde - e tem como foco principal a promoção e manutenção da própria Saúde.

Com o passar dos anos, o envelhecimento da população tem-se tornado cada vez mais evidente e com a velhice tendem a aparecer doenças, demências, além de uma deterioração das capacidades biopsicossociais do indivíduo, iniciando-se, frequentemente, uma procura por parte dos familiares de um lugar com boas condições – em termos de estruturas físicas, cuidados e convívio social - para acolher o idoso que necessita de apoio nas suas atividades de vida diária (Perlini et al., 2007).

A institucionalização da pessoa idosa tem aspetos positivos e negativos. Se por um lado existem técnicas aplicada por profissionais que potenciam as capacidades do idoso, por outro lado podem existir maus tratos, falta de recursos humanos e más condições dos recursos materiais, sendo portanto imperativo apostar na formação de profissionais qualificados e na manutenção das boas condições da instituição (Perlini et al., 2007).

De uma forma geral, os cuidados prestados à pessoa idosa tendem a ser uma tarefa árdua e complexa, que acaba por gerar sentimentos de ansiedade, insegurança, angústia e desânimo

(Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira, & Ferreira, 2009). Os mesmos autores frisam que, muitas vezes, as pessoas idosas não estão preparadas para as alterações decorrentes da velhice e acabam por ter comportamentos que não são compreendidos pelos cuidadores formais e acabam por incomodar, causando situações de stress e incapacidade por parte do cuidador (Ribeiro et al., 2009).

Pereira e Marques (2014), concluíram, como já foi referido, que “quanto maior for o cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade, maiores dificuldades sentem os cuidadores na prestação de cuidados aos idosos”, sugerindo que fossem utilizadas medidas para ajudar os próprios cuidadores formais a encontrar forma de enfrentar as dificuldades com que se deparam nas suas tarefas diárias, focando a necessidade de apostar na formação contínua e em estratégias de *coping* que auxiliassem os cuidadores na gestão individual dos níveis de cansaço e ansiedade (Pereira & Marques, 2014, p.138).

Em 1982, Maslach desenvolveu a teoria multidimensional de Burnout que assenta em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. A exaustão/esgotamento reflete o stress associado ao Burnout causado pelo trabalho, levando ao desleixo cognitivo e emocional necessário para a execução de determinadas tarefas, principalmente quando se está a lidar com pessoas (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). De acordo com os mesmos autores, a despersonalização é o distanciamento que é criado entre o prestador de cuidados e o utente, ignorando as qualidades que tornam a prestação de cuidados num serviço único e pessoal: criar distância é a primeira consequência do esgotamento. A baixa realização profissional acaba por aparecer quando os cuidadores sentem que não estão a conseguir prestar os melhores serviços aos utentes. Em casos de pessoas idosas e indivíduos com doenças crónicas, as exigências físicas e emocionais aumentam, levando à diminuição dos sentimentos de eficácia profissional. O cansaço físico e psicológico interfere com a eficácia, que pode ser resultante da falta de recursos e sobrecarga individual do cuidador (Maslach et al., 2001).

Barbosa, Noronha, Spyrides, & Araújo (2017) concluíram que a maior perda de saúde “refere-se aos domínios estado de saúde geral, vitalidade e dor”, sendo que esta perda de saúde reflete a sobrecarga de trabalho a que os cuidadores formais são sujeitos, bem como o número de idosos que têm ao seu encargo (o que reflete a falta de cuidadores).

Os mesmos autores concluíram ainda que quando se comparam os declínios da saúde mental e capacidade física dos cuidadores formais com a dos cuidadores informais, os cuidadores formais têm valores mais baixos de declínio, pelo que se salienta a necessidade de criar uma rede formalizada com capacidades para prestar os cuidados necessários à população idosa (Barbosa et al., 2017).

Apesar das dificuldades, nem todos os profissionais reagem da mesma forma, havendo alguns que retiram prazer e conforto do seu trabalho e do ato de ajudar e cuidar da pessoa idosa (Ribeiro et al., 2009).

Pereira & Marques (2014) defendem a necessidade de desenvolver estudos que aprofundem as dificuldades dos cuidadores formais e das principais causas dessas dificuldades, como forma de encontrar uma estratégia que diminua os sintomas/sentimentos associados à Síndrome de Burnout e aumente os sentimentos de eficácia e satisfação com o emprego.

Satisfação com o Emprego

De acordo com Spector (1997), a satisfação com o emprego é o grau em que as pessoas gostam do seu trabalho, sendo que a satisfação pode estar sujeita a influências internas e externas à organização. Algumas pessoas gostam do seu emprego e encontram nele uma parte importante da sua vida; outros odeiam e só trabalham porque realmente precisam (Spector, 1997).

Operacionalmente, uma das maiores dificuldades em avaliar a satisfação no trabalho é que é possível estar satisfeito com alguns aspetos de um trabalho e, ao mesmo tempo, estar insatisfeito com os outros (Spagnoli, Caetano, & Santos, 2012).

De acordo com Martinez, Paraguay & Latorre (2004), a satisfação no trabalho é um “fenómeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo”, sendo que este estado subjetivo pode variar ao longo do tempo, de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância (M. Martinez, Paraguay, & Latorre, 2004, p.56).

As definições mais frequentes referem-se à satisfação com o emprego “como sinónimo de motivação, como atitude ou como estado emocional positivo” (Martinez & Paraguay, 2003, p.2).

Segundo Locke (1976), a satisfação com o emprego pode afetar a saúde física e mental do trabalhador, modificando o seu comportamento profissional. Num estudo realizado por Martinez et al (2004), as autoras chegaram à mesma conclusão que Locke e concluíram que a satisfação no trabalho está associada à saúde dos trabalhadores, em aspetos como “saúde mental” e “capacidade para o trabalho”, mostrando a importância dos fatores psicossociais em relação à saúde e bem-estar dos trabalhadores (Locke, 1976; M. Martinez et al., 2004).

Locke (1976) representa a satisfação com o emprego de acordo com os seguintes aspetos:

- 1- Satisfação com as tarefas desenvolvidas e o seu contexto, motivação intrínseca, variedade, oportunidade de aprendizagem, dificuldade, quantidade de trabalho, possibilidade de êxito e contrato sobre os métodos;
- 2- Satisfação com o salário, em termos de valor e equidade;
- 3- Satisfação com as promoções, em que se destaca a oportunidade de formação e bases para as promoções;
- 4- Satisfação com o reconhecimento pelo trabalho realizado, em elogios ou críticas;
- 5- Satisfação com benefícios, como seguros, férias e reforma;
- 6- Satisfação com as condições de trabalho – horários, folgas e características do trabalho em si;
- 7- Satisfação com a supervisão: aspetos técnicos da gestão de recursos humanos;
- 8- Satisfação com os colegas de trabalho, amizades e partilhas;
- 9- Satisfação com a organização e direção, destacando-se a política geral da Gestão de Recursos Humanos.

Este modelo de satisfação de Locke engloba os aspetos psicossociais do trabalho, tais como o ambiente e o conteúdo do trabalho, as condições da organização e as capacidades do trabalhador, bem como as suas necessidades e situações da sua vida pessoal. Estes fatores, influenciados pela cultura e pela experiência individual, podem afetar o estado de saúde do trabalhador, bem como o seu desempenho e a sua satisfação com o trabalho (Locke, 1976; M. Martinez et al., 2004).

Costa, Bento, Sá, & Ziviani (2013) concluíram que as maiores causas de insatisfação dos colaboradores têm por base a remuneração e os respetivos benefícios, a falta de estimulação das capacidades individuais e o feedback por parte da chefia. Relativamente a este último ponto, os autores referem que é crucial para as organizações que os gerentes deem opinião aos seus colaboradores relativamente ao trabalho desempenhado, orientando e oferecendo as condições

ideais para desenvolverem as suas capacidades e executarem as suas tarefas da melhor forma possível, contribuindo assim para reduzir o *turnover* organizacional.

As relações entre trabalho e stress/saúde e qualidade de vida no setor da saúde, e o impacto dessas relações na economia das organizações e das sociedades são cada vez mais evidentes e postas a olho nu quando se fala em afastamentos do ambiente profissional, em diminuições da produtividade e em acidentes em contexto de trabalho. Haikal et al (2013) concluíram que as relações que se criam no ambiente de trabalho, bem como o suporte social e o sentimento de pertença e envolvimento com a organização, estão relacionados com os níveis de qualidade de vida percebidos pelos colaboradores (Haikal et al., 2013).

Os autores supracitados concluíram, ainda, que é importante que os colaboradores se sintam recompensados pelo trabalho que desenvolvem, afirmando a necessidade de criar políticas que visem diminuir o stress dos colaboradores e que equilibrem a ligação esforço-recompensa (Haikal et al., 2013).

Vários estudos (Meleiro e Siqueira, 2005; Padovam,2005; Siqueira, 2003, 2005; Tamayo, 1998; cit in Siqueira, 2002) apontam que a satisfação com o trabalho está ligada às perceções de justiça, suporte e reciprocidade organizacional que os trabalhadores sentem em relação à organização empregadora, nomeadamente as práticas que definem a distribuição de recompensas e o nível de preocupação que a entidade empregadora demonstra a respeito do bem-estar dos colaboradores e da retribuição dos esforços e investimentos individuais para a melhoria do trabalho desenvolvido. Ou seja, a satisfação está ligada à perceção de valor que o colaborador tem de si próprio e que pensa que a empresa lhe atribui (M. Siqueira, 2002).

De acordo com a mesma autora, investigar a satisfação no trabalho significa avaliar os sentimentos gratificantes e prazerosos do colaborador, proporcionados pelos retornos dados pela empresa em forma de salário e promoções, pela convivência e aprendizagem com os colegas e chefias e pela produtividade e tarefas desenvolvidas pelo colaborador (M. Siqueira, 2002).

Orgambidez-Ramos & Almeida (2017) partilham das mesmas conclusões, afirmando que o suporte social das chefias e dos colegas de trabalho e o envolvimento com a organização são fatores chave para promover a satisfação com o emprego, contribuindo para a melhoria das atitudes laborais e para a melhoria do estado de saúde e bem-estar dos colaboradores.

Práticas de Gestão de Recursos Humanos

“As pessoas são um fator chave para o sucesso organizacional” (Rego et al., 2015, p.56), sendo que delas depende o desempenho geral da organização (Chiavenato, 2004, cit in Reis, Dias, & Alves, 2015). De acordo com Bilhim (2002), foi a partir dos anos 80 que as pessoas passaram a ser vistas como o recurso mais importante, valioso e inimitável que as organizações possuem e que as torna distintas entre si (Bilhim, 2002, cit in Mota & Cordeiro, 2015).

A forma como os colaboradores estão organizados, capacitados e motivados afeta diretamente o ambiente de trabalho, o clima organizacional e, conseqüentemente, a produtividade da organização e a satisfação individual com o trabalho (Reis et al., 2015).

Rego et al (2015) defendem que, sendo as pessoas o fator chave, os gestores das organizações devem entender o seu papel e intervir na sua gestão, motivando na implementação de estratégias e desenvolvendo as atitudes, expectativas e comportamentos fundamentais para o crescimento da organização a longo prazo (Rego et al., 2015).

Os colaboradores, sendo pessoas singulares, diferentes uns dos outros, com histórias de vida e experiências diferentes, têm necessidades diferentes, pelo que não podem ser tratados como se fossem todos iguais. Cabe aos gestores conhecer e compreender o que é importante para cada indivíduo, definindo metas e recompensas alcançáveis de acordo com as necessidades individuais de cada um, de forma a potenciar a motivação do colaborador e a maximização da sua produção e satisfação no trabalho (Robbins, 2005).

Reis, Dias & Alves (2015) defendem, então, que cabe aos gestores criar e desenvolver “os meios motivadores, adequá-los à realidade e às necessidades individuais de cada pessoa” (Reis et al., 2015, p.65). Esta ideia é apoiada por Santos (2004) que diz que os gestores devem criar as condições que permitem desenvolver o capital intelectual da empresa e, para isso, dispõem de três opções:

Desenvolvimento do capital humano, ou seja, desenvolver as capacidades individuais de cada colaborador, não só através da formação, mas também desenvolvendo responsabilidades e cumprindo objetivos, fomentando a autonomia e a tomada de decisões;

Desenvolvimento do capital estrutural, ou seja, apostando nas estruturas que estimulem a aprendizagem interna da organização e os relacionamentos interpessoais e aprendizagem do todo;

Desenvolvimento do capital racional, ou seja, através de trocas de informação e conhecimentos com o ambiente envolvente e entre todos os colaboradores, de forma a criar uma vantagem competitiva e impossível de imitar.

Assim, a Gestão de Recursos Humanos é definida como “o conjunto de políticas, práticas e sistemas que influenciam o comportamento, as atitudes e o desempenho dos empregados” no sentido de aumentarem a competitividade empresarial e as capacidades de aprendizagem da organização e dos seus colaboradores (Rego e Cunha, 2008, cit in Rego et al., 2015, p.57).

De uma forma geral, o grande objetivo da Gestão de Recursos Humanos (GRH) passa por “recrutar e selecionar, desenvolver, motivar e reter colaboradores na organização” Wood e Wall (2002, cit. por Esteves, 2008), sendo que para isso abordam diversas práticas, tais como planeamento das necessidades de recursos humanos, recrutamento e seleção de novos colaboradores, formação ao nível do trabalho já desenvolvido e desenvolvimento de novas competências, gestão de carreiras, avaliação do desempenho individual e organizacional, compensação e motivação dos trabalhadores e ainda manutenção de um clima organizacional positivo, fomentando as relações interpessoais, a saúde e a higiene no trabalho (Rego et al., 2015).

Estas práticas de GRH são uma valiosa vantagem competitiva relativamente a outras organizações, pois desenvolvem pessoas, equipas e formas de trabalhar que são difíceis de imitar pela concorrência, sendo que essa posição competitiva só é mantida quando a empresa tem capacidade de atrair, remunerar e reter os trabalhadores que trazem mais valor à organização e a distinguem das outras (Rego et al., 2015)(Mota & Cordeiro, 2015).

Segundo Esteves (2008), existe uma correlação positiva entre as perceções dos colaboradores sobre as práticas de Gestão de Recursos Humanos e a satisfação com o próprio emprego, sendo que algumas dessas práticas têm a capacidade de, aplicadas e abordadas da forma correta, aumentar a motivação e os conhecimentos dos colaboradores, contribuindo para o potenciamento das suas capacidades, para o aumento da sua autoestima e ainda da sua satisfação com o seu próprio emprego.

Siqueira & Mendes (2009) afirmam a necessidade de rever o processo de seleção de pessoal e as suas capacidades para o trabalho a desenvolver, “se a remuneração é digna, se o ambiente de trabalho é adequado, se a gestão de desempenho é justa, se há efetiva administração participativa, se o indivíduo tem a possibilidade de exercer a sua criatividade e se há espaço para que o sujeito se manifeste” (p.248).

Hinkin e Tracey (2010)concluíram que as organizações com melhores resultados têm várias práticas em comum, desde uma cultura de preocupação e comunicação aberta com os colaboradores; métodos inovadores que atraem, selecionam e retêm as pessoas mais competentes; os programas de formação são vistos como um investimento para o desenvolvimento futuro; os sistemas de gestão de desempenho são alinhados com os objetivos da organização e ainda possuem programas de compensação que refletem os valores da empresa e que estão de acordo com a ideia de pagar pelo bom desempenho individual e grupal.

Relativamente à GRH em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), o Decreto-Lei n.º 119/83, n.º 1, art.º 12.º, relativo aos estatutos das IPSS, diz que “em cada instituição haverá, pelo menos, um órgão colegial de administração e outro com funções de fiscalização, ambos constituídos por um número ímpar de titulares, dos quais um será o presidente”. Nas competências do órgão de administração a alínea d) do art.º 13.º define que compete ao órgão de administração “organizar o quadro de pessoal e contratar e gerir o pessoal da instituição”. As orientações da Segurança Social reforçam a necessidade de haver um diretor técnico que assegure o recrutamento de profissionais com formação adequada à prestação dos serviços propostos, que assegure a coordenação das equipas e garanta a supervisão do pessoal (Despacho normativo 62/99, norma X)(Diário da República Portuguesa, 1983).

Tal como relatado anteriormente, o processo de cuidar é complexo e existem muitas dificuldades sentidas pelos cuidadores formais que devem ser tidas em conta pela entidade empregadora. Dificuldades como o desconhecimento das doenças, a falta de tempo e de recursos, dificuldade de organização e planeamento, o impacto emocional e físico inerente ao ato de cuidar, dificuldades em prestar os melhores cuidados à pessoa idosa institucionalizada, devem ser vistas pela organização como falhas a colmatar, sendo que para as colmatar é necessário que a organização atue, invista e aposte em formações, dê o apoio necessário aos cuidadores, para que

estes possam dar o apoio necessário aos idosos e se possam sentir mais realizados e satisfeitos com o emprego que têm e com a sua própria vida (A. L. Barbosa et al., 2011; Pereira & Marques, 2014).

Formação

De acordo com Cabrera (2006), a formação pode ser definida como “o conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de induzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados”, sendo que essas mudanças e esses conhecimentos adquiridos devem ser aplicados no contexto laboral de forma a maximizar o potencial da empresa (Cabrera, 2006, p.168, cit in Rego et al., 2015).

Segundo Rego et al (2015), a formação é, assim, vista como um “instrumento de gestão orientado para o alcance das metas organizacionais”, através da melhoria do desempenho nas funções de cada colaborador (Rego et al., 2015, p.380). Os mesmos autores concluem que a formação deve ser contínua e encarada como uma filosofia da vida da organização, onde as pessoas adquirem novos conhecimentos e capacidades relevantes para a realização do seu trabalho, sendo fundamental para que as pessoas mantenham o seu emprego e sejam capazes de orientar os seus conhecimentos para uma maior produção, uma melhor qualidade de vida e uma maior realização pessoal e profissional (Rego et al., 2015).

Santos (2004) partilha da mesma opinião, afirmando que é necessário que os trabalhadores “disponham de um amplo leque de competências que lhes permitam criar e inovar, e que tenham capacidade para aprender, pensar e saber valorizar as suas contribuições”, aumentando a sua satisfação a nível profissional (p.145).

Remuneração/Compensação

De acordo com Rego et al. (2015), a compensação consiste em determinar como é que o trabalhador será recompensado pelo trabalho que realiza e “é um fator importante para cativar candidatos, motivar pessoas e mantê-las na organização”, sendo que “a forma como as organizações gerem os respetivos sistemas de recompensa influencia as atitudes e os comportamentos dos membros” (p.624-625).

Apesar de o salário e restantes benefícios e incentivos serem motivadores, existem outros fatores também motivadores, tais como o trabalho ser desafiante, ter reconhecimento social e dar

significado à vida que contribuem para a satisfação com o emprego e para a atração e retenção dos colaboradores. De acordo com os mesmos autores, muitas pessoas em início de carreira não se importam de ter um salário mais baixo, desde que o emprego lhes dê experiência e reconhecimento, ao passo que outras acabam por abandonar empregos onde têm um salário elevado, mas onde não se sentem bem, motivados ou satisfeitos (Rego et al., 2015).

De acordo com Armstrong (2002), a compensação pode ter três componentes diferentes (Rego et al., 2015):

1. Retribuições fixas, onde estão incluídos o salário mensal e os subsídios;
2. Retribuições variáveis, onde estão incluídos bônus, comissões, atribuição de ações, entre outros incentivos;
3. Benefícios, onde estão incluídos automóvel da empresa, seguros de vida e de saúde, cartão de crédito, apoios para formação/educação, entre outros.

Metodologia

Formulação de hipóteses

Considerando a revisão de literatura apresentada, formulamos então a hipótese que sujeitos que reportam maiores níveis de satisfação com o emprego e as suas subdimensões, reportam também níveis superiores de satisfação com a vida e as suas subdimensões.

Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada online, através da ferramenta Google Forms, sendo que o questionário foi partilhado via email para a listagem das Instituições Particulares de Solidariedade Social, disponibilizada no site da Segurança Social, e também via Facebook junto de vários grupos de estudos na área do Envelhecimento. Das 90 respostas recolhidas, foram excluídas oito, das quais uma foi excluída pelo facto do inquirido não trabalhar em território nacional português, uma foi excluída pelo facto do inquirido não trabalhar numa IPSS, duas respostas foram excluídas pelo facto de os inquiridos não terem contacto direto com a pessoa idosa e as restantes quatro respostas foram excluídas porque os inquiridos trabalhavam menos de 10 horas semanais.

Para esta recolha de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento, voluntário e completamente anónimo e confidencial (Anexo IV). A recolha foi realizada em dois meses, desde o dia 10 de Maio de 2018 ao dia 9 de Julho do mesmo ano.

Para a concretização segura e viável desta investigação foram utilizados dois inquéritos validados previamente para a população portuguesa: WHOQOL-Bref – para avaliação da qualidade de vida dos cuidadores formais – e MSQ – para avaliação da satisfação com o emprego desses mesmos cuidadores.

Para a utilização do questionário WHOQOL-Bref foi solicitada autorização à equipa de trabalho que validou o instrumento para a população portuguesa, que prontamente respondeu e autorizou a sua utilização (Anexo I). Pela equipa do WHOQOL-Bref foram disponibilizados, em suporte digital, o documento para análise dos resultados, com as respetivas fórmulas de cálculo, o manual

do utilizador e sintaxe, que, estando apenas ao dispor da equipa e de quem solicite a autorização para a sua utilização, não se encontrarão em anexo.

Para a utilização do questionário MSQ não foi solicitada autorização formal, uma vez que é um questionário de livre utilização disponível online; foi usada a versão portuguesa da escala de Martins, Rebelo e Tomás (2008).

O questionário foi dividido em três partes. Numa primeira parte foram incluídas 14 questões de caracterização sociodemográfica, sendo uma delas de resposta opcional. Na segunda parte, foi incluído o MSQ na íntegra, composto por 20 questões, e numa terceira parte, o inquérito WHOQOL-Bref traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra et al. (2006), também de forma integral e constituído por 26 questões.

Análise

Para a análise dos dados recolhidos recorreu-se à plataforma de software IBM SPSS Statistics na versão 24.

Análise de variância (ANOVA), teste t para amostras independentes, Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney foram usados para verificar diferenças entre grupos na análise exploratória de dados. O teste de hipóteses recorreu ao teste de correlação de Pearson e o seu equivalente não paramétrico, correlação de Spearman,

A análise de variância (ANOVA) aplica-se quando se pretende comparar a média de uma variável quantitativa dependente em mais que dois grupos populacionais definidos por uma variável qualitativa independente. Utiliza-se o equivalente não paramétrico quando os pressupostos da normalidade (aferidos neste caso através do teste de Kolmogorov-Smirnov) e da homogeneidade (verificada através do teste de Levene) não se verificam. nos casos em que assumimos a igualdade de variâncias e utilizam-se os resultados do teste post hoc de Scheffe; nos restantes casos optámos pelo teste de post hoc de Games-Howell. Na ANOVA, valores de F com significância ≤ 0.05 , indica que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em questão (Laureano, 2011, p.41).

O teste t de Student para amostras independentes aplica-se quando se pretende comparar a média de uma variável quantitativa dependente em dois grupos populacionais independentes

definidos por uma variável qualitativa. Ao teste t aplica-se o Teorema do Limite Central (TLC) que diz que o conjunto das médias amostrais converge para a média da população, desde que o tamanho da amostra seja significativamente grande ($n \geq 30$) para que tal aconteça (Rodrigues, 2011). Para a utilização deste teste, o pressuposto da normalidade fica salvaguardado pelo Teorema do Limite Central, visto que $n=82 \geq 30$ (Laureano, 2011, p.28).

Na verificação dos resultados do teste t, verificamos primeiro o nível de significância do teste de Levene, de modo a verificar se se podem assumir variâncias iguais ou não; se o valor de p for maior que 0.05, utiliza-se os valores dados pela linha onde se indica “Equal Variances Assumed”; se Sig do teste de Levene for menor que 0.05, utiliza-se os valores dados por “Equal Variances Not Assumed”. Na verificação dos resultados do teste t, deve considerar-se o valor de t e a sua respetiva significância ($p \leq 0.05$, então há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos) (Laureano, 2011, p.82).

O teste de independência do Qui-quadrado aplica-se quando se pretende testar se duas variáveis qualitativas nominais são independentes. Utiliza-se o equivalente não paramétrico, Qui^2 de Fisher, quando existem mais de 20% das células esperadas com valor inferior a 5, sendo o valor de significância deste teste o tradicional ponto de corte de $p \leq 0.05$ (Laureano, 2011, p.114).

O teste Kruskal Wallis é o teste não paramétrico que equivale à já referida ANOVA One way, e utiliza-se para comparar três ou mais distribuições de populações independentes. Utiliza-se este teste quando se têm dois ou mais grupos independentes definidos por uma variável qualitativa nominal e se pretende testar a igualdade das médias quando a variável de teste é quantitativa, ou então quando se pretende testar a igualdade das distribuições dos grupos quando a variável de teste é qualitativa ordinal. Neste caso, se $p > 0.05$, então aceita-se a hipótese nula e conclui-se pela existência de igualdade de distribuições (Laureano, 2011, p.150).

O teste Mann-Whitney U é também um teste não paramétrico e utiliza-se quando se pretende testar a igualdade de duas distribuições populacionais, permitindo comparar as médias das variáveis qualitativas ordinais de duas amostras independentes. Se $p > 0.05$, então aceita-se a hipótese nula e conclui-se pela existência de semelhança entre as médias das amostras (Laureano, 2011, p.134).

O teste de Correlação de Pearson e o teste de Correlação de Spearman aplicam-se quando se pretende testar se existe uma relação entre duas variáveis quantitativas. Utiliza-se o equivalente não paramétrico (Spearman) se uma das variáveis não seguir o pressuposto de normalidade. O valor de R^2 varia entre -1 e 1, e quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O valor negativo significa que são inversamente proporcionais, enquanto o valor positivo significa que são proporcionais. Se $\text{Sig} > 0.05$, então não existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (Laureano, 2011, p.125).

Instrumentos de Recolha de dados e fiabilidade

O instrumento de avaliação WHOQOL-Bref é um questionário de rápida aplicação, abreviado do questionário WHOQOL-100 e desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Fleck et al., 2000).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo as duas primeiras sobre a perceção com a qualidade de vida e a perceção com o estado de saúde, de forma geral. As restantes 24 questões dizem respeito aos restantes quatro domínios e representam cada uma das 24 facetas que constituem o questionário original – WHOQOL-100.

Enquanto no questionário original cada faceta é avaliada por quatro questões, na versão abreviada, a cada faceta corresponde apenas uma questão. Assim, a versão abreviada continua a contemplar as 24 facetas do questionário original e “mantém a essência subjetiva e multidimensional do conceito de qualidade de vida” (Serra et al., 2006, p.3).

Desta forma, temos então quatro domínios para além das duas questões iniciais. O domínio físico que é constituído por 7 questões, o domínio psicológico constituído por 6 questões, o domínio das relações sociais constituído por 3 questões e, por último, o domínio do Ambiente que é constituído por oito questões (Serra et al., 2006).

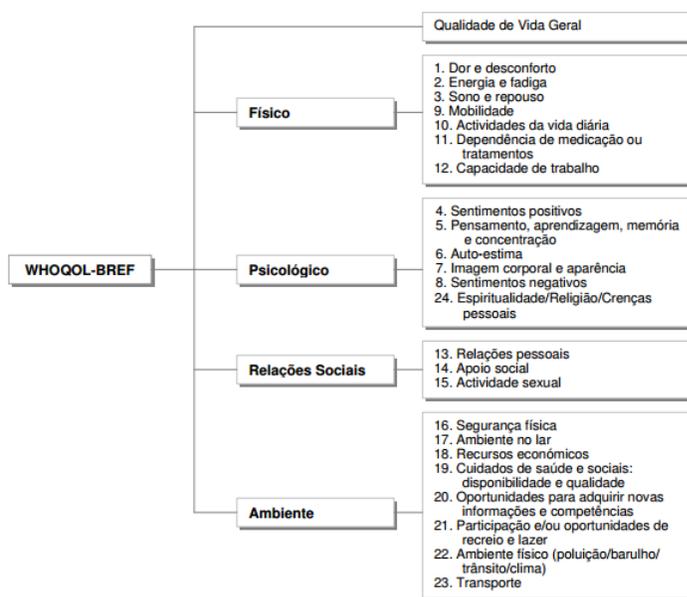


Figura 1 Domínios WHOQOL-Bref

As perguntas que constituem o questionário estão organizadas em escalas de resposta do tipo Likert de 5 pontos – intensidade, frequência, capacidade e avaliação (Serra et al., 2006).

O WHOQOL-Bref é um instrumento de avaliação que tem sido utilizado em vários países e que tanto pode ser aplicado a populações saudáveis como a populações que padecem de algum tipo de patologia (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2010).

Para o instrumento WHOQOL-Bref foi calculado o Alfa de Cronbach, como mostra a tabela seguinte ($\alpha = 0.924$). De acordo com Cortina (1993), o ponto de corte que avalia a fiabilidade de uma escala é igual a 0.70, ou seja, um Alpha de Cronbach superior a 0.70 ($\alpha > 0.7$) indica que a escala é fiável para utilização (Cortina, 1993).

Estatísticas de Fiabilidade – WHOQOL-Bref

Tabela 1 Fiabilidade do questionário WHOQOL-Bref

Alpha de Cronbach	Nº de Itens
.924	26

O questionário de avaliação Minnesota Satisfaction Questionnaire-MSQ (Questionário de Satisfação do Minnesota) é um questionário com 100 questões, desenvolvido em 1967, por Weiss, Dawis, England e Lofquist, no sentido de avaliar a satisfação dos colaboradores de uma organização com vários aspetos do seu trabalho (Weiss, Dawis, England, & Lofquist, 1967).

Os autores criaram uma versão curta do MSQ, constituída por 20 das 100 questões inicialmente definidas, com cinco opções de resposta: 1 – Muito insatisfeito/a com este aspeto do meu trabalho; 2 – Insatisfeito/a com este aspeto do meu trabalho; 3 – Não consigo decidir se estou satisfeito/a ou insatisfeito/a com este aspeto do meu trabalho; 4 – Satisfeito/a com este aspeto do meu trabalho; 5 – Muito satisfeito/a com este aspeto do meu trabalho. As respostas a cada item são somadas, dando origem a uma pontuação total – quanto maior for a pontuação, maior é o nível de satisfação no trabalho (Weiss et al., 1967). Nesta formulação, a satisfação com o emprego apresenta duas dimensões: satisfação intrínseca (refere-se ao trabalho em si mesmo e contempla variáveis como as responsabilidades e crescimento ou realização pessoal, etc.) e satisfação extrínseca (associada a variáveis como o status, o pagamento, condições gerais de trabalho, etc.).

O questionário MSQ tem sido muito usado desde a sua criação, sendo visto como um instrumento estável ao longo do tempo, com excelentes coeficientes (Martins & Proença, 2012).

Este questionário é de auto percepção e pode ser aplicado a qualquer tipo de colaborador, com vista a avaliar a sua satisfação individual com o seu próprio emprego (Weiss et al., 1967).

Para o instrumento MSQ foi calculado o Alfa de Cronbach, como mostra a tabela seguinte ($\alpha=0.950$). De acordo com Cortina (1993), o ponto de corte que avalia a fiabilidade de uma escala é igual a 0.70, ou seja, um Alpha de Cronbach superior a 0.70 ($\alpha > 0.7$) indica que a escala é fiável para utilização.

Estatísticas de Fiabilidade -

MSQ

Tabela 2 Fiabilidade do questionário MSQ

Alpha	de
Cronbach	Nº de Itens

.950	20
------	----

Amostra

De acordo com Marôco (2010) a população ou universo estatístico refere-se a grupos de objetos e/ou observações que podem ser agregáveis e sobre as quais estamos interessados em generalizar (Marôco, 2010). Ou seja, é o conjunto de todos os elementos que têm, pelo menos, uma característica em comum e que por isso pertencem a um mesmo grupo. Neste estudo, a população-alvo são os cuidadores formais de idosos, que prestam serviços em Instituições Particulares de Solidariedade Social do território português, continental e ilhas.

Marôco (2010) informa ainda que a amostra é um subconjunto, uma parcela, devidamente selecionada da população. Neste estudo, a amostra são 82 cuidadores formais de idosos, que prestam serviços em Instituições Particulares de Solidariedade Social do território português, continental e ilhas, e que responderam de forma voluntária, anónima e confidencial ao questionário (Marôco, 2010).

A caracterização da amostra foi feita através das questões da primeira parte do questionário.

Através das questões de caracterização sociodemográfica, podemos verificar que a amostra é constituída por 82 indivíduos, dos quais 77 são do género feminino, conforme anexo II. Podemos concluir que a distribuição modal é ser do género feminino.

Relativamente à idade dos indivíduos, esta varia entre os 20 anos e os 61 anos, sendo a média de idades de 35 anos e o desvio-padrão de 9.872 (Anexo II).

Quanto ao estado civil, 39 indivíduos são casados e 31 são solteiros, os restantes têm estados civis conforme podemos ver na tabela 3. A distribuição modal é ser casado/a.

Tabela 3 Estatística descritiva - Estado civil

Estado Civil

		Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Válido	Solteiro/a	31	37,8	37,8	37,8

Casado/a	39	47,6	47,6	85,4
União de Facto	7	8,5	8,5	93,9
Divorciado/a	3	3,7	3,7	97,6
Viúvo/a	2	2,4	2,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Relativamente à escolaridade, verifica-se que a maioria dos inquiridos possui habilitações académicas ao nível do Ensino Superior, sendo que varia entre o Ensino Básico e o Ensino Superior Pós Graduado, conforme se observa na tabela 4.

Tabela 4 Estatística descritiva – Escolaridade

		Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Válido	Ensino Básico	14	17,1	18,4	18,4
	Ensino Secundário	12	14,6	15,8	34,2
	Ensino Superior (1 Ciclo)	41	50,0	53,9	88,2
	Ensino Superior Posgraduado (2 ciclo)	9	11,0	11,8	100,0
	Total	76	92,7	100,0	
N/R		6	7,3		
Total		82	100,0		

Relativamente à formação específica na área do envelhecimento, 64 inquiridos disseram que tinham formação nesta área, ao passo que 18 inquiridos disseram que não tinham formação na área em que trabalham (Anexo II).

Relativamente a perceção dos inquiridos sobre o nível de formação na área do envelhecimento, numa escala de resposta de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Discordo completamente” e 5

corresponde a “Concordo completamente”, a média de resposta é 4.06 e desvio padrão é 0.759, enquanto a distribuição modal é 4 (Anexo II).

Quanto à função desempenhada na instituição, a distribuição modal é Auxiliar de Ação Direta, sendo que representa 25,6% dos inquiridos. Os restantes inquiridos apresentam funções descritas na tabela 5.

Tabela 5 Estatística descritiva – Função

Qual é a sua função nesta instituição?

	Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Válido Dir.Admin/Fin	1	1,2	1,2	1,2
Gerontólogo/a	12	14,6	14,6	15,9
Técnico/a Superior	1	1,2	1,2	17,1
Psicólogo/a	4	4,9	4,9	22,0
Educador/a Social	2	2,4	2,4	24,4
Animador/a Socioeducativo/a	1	1,2	1,2	25,6
Escriturário/a	1	1,2	1,2	26,8
Fisioterapeuta	2	2,4	2,4	29,3
Enfermeiro/a	8	9,8	9,8	39,0
Auxiliar de Ação Direta	21	25,6	25,6	64,6
Animador/a Sociocultural	9	11,0	11,0	75,6
Auxiliar de Serviços Gerais	8	9,8	9,8	85,4
Coordenador/a	2	2,4	2,4	87,8

Assistente Social	4	4,9	4,9	92,7
Diretor/a Técnico/a	5	6,1	6,1	98,8
Assistente Técnico/a	1	1,2	1,2	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Quanto ao número de horas de trabalho semanal, estas variam entre 16 e 80, sendo a média igual a 36.890 horas de trabalho semanal e desvio padrão igual a 7.4697 (Anexo II).

Relativamente ao tipo de contrato de cada indivíduo, 49 inquiridos têm contrato de trabalho sem termo (efetivos), sendo esta a tendência modal, tal como podemos verificar na tabela 6.

Tabela 6 Estatística descritiva - Tipo de contrato

Tipo de contrato

	Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Válido Termo certo	17	20,7	20,7	20,7
Termo incerto	10	12,2	12,2	32,9
Sem termo (efetivo).	49	59,8	59,8	92,7
Prestação de Serviços	4	4,9	4,9	97,6
Outra opção	2	2,4	2,4	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Relativamente ao número de dias de baixa durante o último ano, a maioria das pessoas não esteve nenhum dia de baixa, sendo a média igual a 1.24 e desvio padrão igual a 4.875 (Anexo II).

Relativamente à remuneração, sendo esta uma questão opcional, vários dos inquiridos optaram por não responder. Ainda assim, com as respostas obtidas, os ordenados variam entre 300€ e 1201€, tendo uma média igual a 720€ e desvio-padrão igual a 204.067 (Anexo II).

Estudo exploratório

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a idade dos indivíduos ($\rho=-0.303$, $p=0.008$). Ou seja, a Idade e a Escolaridade são inversamente proporcionais: quanto mais velhos foram os inquiridos, menores serão os seus níveis de habilitações académicas. Isto poderá ser explicado pelo facto de que há alguns anos atrás apenas as pessoas com mais posses continuavam a estudar depois de atingirem o ensino obrigatório, ao passo que atualmente uma grande maioria da população prossegue para estudos superiores (Anexo III)

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e a perceção dos indivíduos se têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa ($\rho=0.033$, $p=0.767$). Sendo a pergunta “Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa?” uma questão de autoavaliação, poderá não estar diretamente relacionada com os anos de experiência ou com a formação, uma vez que pessoas com muitos anos de experiência, logo mais velhas, podem considerar que não têm a formação suficiente para prestar os cuidados necessários porque não tiveram formação para isso, ao passo que pessoas mais novas mas com formação específica na área podem considerar que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa (Anexo III).

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o número de dias de baixa e a idade dos inquiridos ($\rho=0.005$, $p=0.962$). Seria de esperar que cuidadoras mais velhas e com mais problemas de saúde acumulados com o avançar da idade tivessem necessidade de mais dias de baixa em comparação com pessoas mais novas. Contudo isso não se verificou, sendo que a esmagadora maioria dos inquiridos responderam que tiveram 0 dias de baixa durante o último ano. Esta baixa taxa de dias de baixa e consequente correlação estatisticamente não significativa poderá ser justificada pela experiência acumulada ao longo dos anos de trabalho com pessoas idosas, que traz mais conhecimento e mais técnicas que reduzem o risco de lesões (Anexo III).

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos inquiridos e o seu nível de satisfação com o emprego ($\rho=0.111$, $p=0.322$) nem entre a idade dos inquiridos e a sua perceção individual de qualidade de vida ($\rho=0.049$, $p=0.663$) (Anexo III). Ou seja, a idade dos inquiridos não influencia a sua satisfação com o emprego nem a sua qualidade de vida.

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a percepção dos indivíduos se têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa ($\rho=0.152$, $p=0.189$). Uma vez que neste caso a escolaridade mais alta não quer dizer obrigatoriamente mais conhecimentos sobre o envelhecimento e sobre o cuidado à pessoa idosa, poderá haver respostas em que os inquiridos teriam uma licenciatura numa área completamente distinta àquela em estudo e por isso considerarem que não têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa, da mesma forma que inquiridos com mais anos de experiência, mas com um nível de escolaridade mais baixo, podem considerar que têm formação suficiente e atribuírem essa formação aos anos de experiência acumulados (Anexo III).

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos inquiridos e o seu salário/hora ($\rho=0.639$, $p=0.000$). Ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior tenderá a ser o salário/hora dos colaboradores (Anexo III).

A média da resposta à pergunta “Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa” é de 4.06 numa escala de 1 a 5. Como no teste t-Student $t_{80} = -3.399$ e $p < 0.001$, conclui-se que existe uma diferença estatisticamente significativa quando comparadas as respostas dadas à pergunta “Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa” pelos indivíduos com formação específica na área do envelhecimento e pelos indivíduos sem formação específica na área do envelhecimento. Numa escala de 1 a 5 onde 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 corresponde a “Concordo totalmente”, indivíduos com formação na área do envelhecimento têm uma média 4.20 e indivíduos sem formação específica na área do envelhecimento têm uma média mais baixa de 3.56. Os resultados do teste vão ao encontro do que seria de esperar. Colaboradores com formação na área do envelhecimento são cuidadores informados e mais confiantes no trabalho que realizam e mais facilmente consideram que têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa do que indivíduos sem formação na área do envelhecimento (Anexo III).

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a antiguidade na instituição e percepção dos indivíduos se têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa ($r=0.035$, $p=0.752$). Ou seja, apesar dos anos acumulados de experiência na instituição, ainda existem colaboradores que consideram que não têm formação suficiente para prestar os

cuidados necessários à pessoa idosa. Por outro lado, indivíduos que estejam há menos tempo na instituição poderão considerar que têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários, uma vez que poderão ter trabalhado noutra instituição ou até ter prestado cuidados a algum familiar ou conhecido e isso influenciar a sua resposta. Ainda assim, seria de esperar que cuidadores mais antigos na instituição já tivessem tido mais formações fornecidas pela organização em que trabalham e que isso se verificasse na perceção individual sobre se têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa (Anexo III).

Não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com o emprego e a perceção dos indivíduos se têm formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa ($r=0.104$, $p=0.353$). Quer isto dizer que apesar de haver cuidadores que consideram ter formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa, não quer dizer que esses mesmos colaboradores estejam satisfeitos com o seu trabalho (Anexo III).

Para comparar o tipo de contrato com o número de horas de trabalho semanais, recorreu-se ao teste da ANOVA em que o resultado foi significativo ($F=3.459$, $p = 0.012$), conclui-se que existe pelo menos um grupo onde existe uma diferença estatisticamente significativa em relação a pelo menos um dos outros grupos, concluindo-se pela análise post hoc que colaboradores com contrato de prestação de serviços trabalham, menos horas por semana que os seus pares com contrato de trabalho a termo incerto (Anexo III).

Existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o número de horas de trabalho semanais e a perceção individual de qualidade de vida de cada inquirido ($r=-0.406$, $p < 0.001$). Ou seja, quanto maior o número de horas de trabalho semanais, menor tenderá a ser a perceção de qualidade de vida dos inquiridos. Sendo que a qualidade de vida engloba os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, poderá acontecer que mais horas de trabalho se reflitam em menos tempo para cultivar amizades, para praticar desporto, para descansar, ter momentos de lazer, entre outras atividades que contribuem para o aumento da qualidade de vida e da saúde dos cuidadores (Anexo III).

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o salário/hora e a perceção individual de qualidade de vida ($r=0.318$, $p=0.038$). Quer isto dizer que quanto maior a remuneração, maior tenderá a ser o nível de qualidade de vida reportado pelos inquiridos. Se os colaboradores

recebem mais, podem gastar mais dinheiro em atividades de lazer, num carro melhor, numa casa melhor, podem ir a um hospital privado em vez de esperarem meses no hospital público. Ou seja, se recebem mais, têm mais meios para comprar qualidade de vida (Anexo III).

Não parecem existir diferenças significativas dos níveis de satisfação reportados por trabalhadores agrupados por tipo de contrato e “Satisfação com o emprego” ($F=0.093, p=0.984$), o que nos dá a entender que na nossa amostra, o tipo de contrato não influencia a satisfação com o emprego (Anexo III), o mesmo acontecendo com os níveis de qualidade de vida indicados por colaboradores agrupados por tipo de contrato ($F=0.135, p = 0.969$).

Não parecem haver não diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o emprego e a formação específica na área do envelhecimento ($t_{80}= 1.282, p= 0.204$), ou seja, o facto de os indivíduos terem formação na área em que trabalham não parece implicar maior satisfação com o seu emprego (Anexo III).

Não parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e a formação específica na área do envelhecimento ($t_{80}= -0.176, p= 0.861$), ou seja, apesar de a educação ser uma das necessidades humanas, esta não influencia a qualidade de vida dos inquiridos (Anexo III), no entanto, estes indivíduos reportam menos dias de baixa usufruídos por ano que os seus pares sem formação específica ($t_{80}= 2.279, p= 0.025$), o que nos leva a crer que pessoas com formação específica na área do envelhecimento poderão ter mais conhecimentos e técnicas de atuação que reduzam o número de lesões originadas pelo esforço físico necessário no trabalho com pessoas idosas acamadas, por exemplo, da mesma forma que possuem melhores competências para lidar com o stress psicológico que advém do trabalho direto com pessoas idosas com demência (Pereira & Marques, 2014). (Anexo III).

Resultados

Para responder à questão central deste estudo, recorreu-se ao teste de correlação de Pearson, que afere a relação recíproca entre os níveis de satisfação com o emprego e as suas sub dimensões com os níveis de satisfação com a vida e as suas sub dimensões.

O teste de Correlação de Pearson varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis, considerando o nível de significância estatístico apresentado.

Tabela 7 Correlações de Pearson dos níveis de Satisfação com o emprego total (T), Intrínseco (I) e Extrínseco (E) aferidos a partir do MSQ, e níveis de satisfação com a vida indicados pelo WHOQOL (sobre total WHOQOL_T) e respetivos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

	MSQ_T	MSQ_I	MSQ_E
WHOQOL_T	,438***	,454***	,343***
Domínio geral	,317**	,329**	,246*
Domínio físico	,336**	,383***	,222*
Domínio psicológico	,370**	,389***	,274**
Domínio das relações sociais	,265**	,267**	,227*
Domínio do ambiente	,515 ***	,508***	,437***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

O teste de correlação de Pearson (tabela 7) indica que entre a satisfação com o emprego e a qualidade de vida dos inquiridos e suas diversas subdimensões as correlações que existem são positivas e têm significância estatística muito elevada na maior parte dos casos, o que confirma a hipótese formulada neste trabalho. As implicações deste resultado encontram-se discutidas na secção seguinte.

Discussão

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com o emprego e a percepção individual de qualidade de vida ($r=0.438, p < 0.001$). Ou seja, quanto maior a satisfação com o emprego, maior será o nível de qualidade de vida dos inquiridos e vice-versa. Como foi visto inicialmente, algumas pessoas gostam do seu emprego e encontram nele uma parte importante da sua vida, enquanto outras odeiam e só trabalham porque realmente precisam (Spector, 1997). Possivelmente, esta correlação positiva deve-se ao facto de que colaboradores satisfeitos com o seu trabalho, trabalham felizes e gostam do que fazem, estando satisfeitos com o ambiente de trabalho, com a relação com os colegas e com as ordens da chefia, com o ordenado e com as regalias. E estando satisfeitos com o seu emprego acabam por transportar essa satisfação para as restantes dimensões da sua vida. Saem do trabalho felizes e com vontade de continuar a aproveitar o resto do dia, quer seja através da gastronomia, passatempos, compras, tecnologias ou cultivando relações sociais. Da mesma forma que pessoas satisfeitas com a sua saúde e com a sua vida pessoal, acabam por ir trabalhar felizes, passando essa satisfação para os outros e lidando com os desafios de forma confiante, tal como referido por Locke (1976) e M. Martinez et al. (2004).

Tal como mencionado em cima, a satisfação com o emprego está diretamente relacionada com a qualidade de vida dos cuidadores, pelo que já se esperava que tanto a satisfação extrínseca como intrínseca também estivessem diretamente relacionadas com a qualidade de vida, uma vez que compõem a satisfação geral com o emprego. Tendo como exemplo a remuneração que faz parte do domínio extrínseco, compreende-se que apesar de o salário e restantes benefícios e incentivos serem motivadores, existem outros fatores tão ou mais motivadores, tais como o trabalho ser desafiante, ter reconhecimento social e dar significado à vida que contribuem para a satisfação com o emprego (Rego et al., 2015). A satisfação intrínseca tem uma correlação mais forte com a qualidade de vida do que a satisfação extrínseca, uma vez que a satisfação extrínseca engloba todos os aspetos que não são controláveis pelos colaboradores, como também já foi concluído por Martins & Proença (2012). Desta forma, é necessário que a entidade empregadora aposte na valorização dos fatores intrínsecos da satisfação com o emprego, uma vez que estes têm um efeito maior na percepção de qualidade de vida dos cuidadores.

Como já foi referido anteriormente, a satisfação com o emprego está positivamente correlacionada com o nível de qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos. Visto que a qualidade de vida tem 5 domínios (domínio geral de qualidade de vida e saúde, domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais e domínio do ambiente), poderia acontecer que a satisfação com o emprego tivesse uma correlação estatisticamente significativa com apenas um dos domínios, contudo a satisfação com o emprego é apresentada valores significativos a todos os domínios da qualidade de vida. Ou seja, cuidadores satisfeitos com o seu emprego estão também satisfeitos com todos os domínios da sua vida, pois, discutivelmente, têm possibilidades de ter um carro melhor, uma vida familiar mais estável ou até viver em zonas com menos poluição. Ainda assim, podemos verificar que a correlação entre a satisfação com o emprego e o domínio das Relações Sociais é a menos significativa baixa de todas as analisadas o que pode implicar que a satisfação com as relações sociais se relaciona com elementos extrínsecos do trabalho, mas que estes não são os mais importantes nesta relação, como seria expectável.

Qualquer fator da satisfação quer extrínseca quer intrínseca influencia significativamente a qualidade de vida geral e a saúde dos cuidadores. Quer isto dizer que a satisfação com o conjunto desses fatores eleva o domínio geral da qualidade de vida, através de proporcionalidade direta. Ou seja, quanto maior for a satisfação com o emprego maior será a qualidade de vida e vice-versa.

A satisfação intrínseca tem uma correlação mais forte com o domínio físico da qualidade de vida do que a satisfação extrínseca, uma vez que, como já foi referido, a satisfação intrínseca está relacionada com a performance individual dos cuidadores. Por exemplo, cuidadores com formação específica na área do envelhecimento terão um nível de satisfação intrínseca mais elevado, pois têm uma maior preparação e um maior conhecimento para o cuidado à pessoa idosa, diminuindo o risco de erros e lesões e potenciando a qualidade de vida a nível físico.

A satisfação intrínseca tem uma correlação mais forte com o domínio psicológico da qualidade de vida do que a satisfação extrínseca, uma vez que o domínio intrínseco está relacionado com os sentimentos, sensações e perceções dos cuidadores (Martins & Proença, 2012). Ou seja, o domínio intrínseco está relacionado com a mente e com o nível psicológico dos indivíduos. Desta forma, se um colaborador está feliz com o seu emprego, provavelmente tenderá a sentir-

se melhor ao dar um pouco de si aos outros e se sente realizado com o seu trabalho, também se sentirá bem consigo próprio a nível psicológico (tendo pensamentos mais positivos) e, conseqüentemente, a nível físico (mais energia).

A satisfação intrínseca e a satisfação extrínseca correlacionam-se significativamente com o domínio das relações sociais, o que faz sentido na medida em que tanto a nível intrínseco como extrínseco existem fatores relacionados com terceiros. Por exemplo, uma das questões que avalia o domínio intrínseco é “A oportunidade de ser alguém na comunidade”; apesar de ser uma questão sobre os sentimentos pessoais dos colaboradores, está relacionada com terceiras pessoas, uma vez que dirige o ponto de atuação para a comunidade e para as relações sociais que daí advém. Da mesma forma que a nível extrínseco “O reconhecimento que tenho por fazer um bom trabalho” também potencia as relações sociais, tal como “A forma como os colegas se dão uns com os outros” e, conseqüentemente potencia também a qualidade de vida a nível psicológico.

A satisfação intrínseca tem uma correlação mais forte com o domínio ambiente da qualidade de vida do que a satisfação extrínseca. Como exemplo: se os cuidadores estiveram satisfeitos com os seus horários, com as suas funções e com o ordenado que recebem, mais facilmente estarão satisfeitos com o meio de transporte que utilizam, pois a junção de horários e ordenado permite gerir melhor a forma como se deslocam, melhorando o ambiente envolvente e a satisfação com o meio em que vivem.

Conclusões

Como previsto no início da investigação, sujeitos que reportam maiores níveis de satisfação com o emprego e as suas dimensões, reportam também níveis superiores de satisfação com a vida e as suas dimensões. Existe uma forte correlação entre os construtos aferidos pelo questionário WHOQOL-Bref e as variáveis latentes medidas pelo questionário MSQ, que conclui que efetivamente quanto maiores forem os níveis de satisfação com o emprego maiores serão os níveis de qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos.

O domínio intrínseco da satisfação com o emprego parece ser aquele que tem maior impacto na qualidade de vida dos cuidadores, tendo correlações mais fortes com os domínios da qualidade de vida e mesmo com a qualidade de vida como um todo. Este resultado indicia que as instituições e chefias de topo que pretenderem contribuir para a qualidade de vida dos seus colaboradores, deverão investir na melhoria dos fatores que constituem o domínio intrínseco da satisfação, uma vez que este tem um efeito maior sobre a qualidade de vida, tal como descrito em cima, indiciando também que considerar características dos indivíduos que contribuam para uma maior satisfação intrínseca (por exemplo, a vontade de ser alguém na comunidade) na fase de recrutamento e seleção pode aumentar a probabilidade de a instituição ter uma equipa de colaboradores com elevada satisfação com a vida e todas as vantagens que daí advêm como consequência. Para além disso, os resultados indicam ser importante investir na formação inicial e contínua específica dos cuidadores, o que poderá resultar numa diminuição no número de dias no ano que os colaboradores têm de faltar por motivos de saúde, redução do número de lesões relacionadas com o trabalho e aumento das competências de gestão de stress ocupacional por parte dos colaboradores.

O presente estudo tem algumas limitações que se prendem com a sua natureza transversal, que não permite aferir causa e efeito de forma conclusiva e adequada no que se refere às duas variáveis em estudo (satisfação com o emprego e qualidade de vida de cuidadores formais de idosos). Apesar de terem sido enviados emails com pedidos de colaboração para muitas instituições, apenas uma pequena parte respondeu ao questionário, pelo que a amostra apresentada é só uma pequena parte do universo dos cuidadores formais de idosos em Portugal, o que é sem dúvida algo que limita no presente estudo a possibilidade de fazer testes estatísticos

mais complexos e conclusivos e não reflete o crescimento significativo que esta população de colaboradores tem sofrido nos últimos anos.

Para futuras investigações seria benéfico alcançar um maior número de cuidadores de idosos e se possível fazer um acompanhamento longitudinal de colaboradores, de modo a perceber de que forma variam estes construtos ao longo do tempo nos mesmos e se existe uma relação de causalidade entre os mesmos. Poderia ainda ser interessante estudar de que forma diferentes motivações para o trabalho com idosos podem afetar a satisfação com o emprego e a qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos. Considerando que existe uma relação tão forte entre a satisfação com o emprego e a qualidade de vida dos cuidadores formais de idosos, em especial no que se refere aos fatores intrínsecos da satisfação com o emprego, parece-nos de toda a relevância levar a cabo um estudo sistematizado do perfil de competências destes cuidadores, de modo a poder potenciar-se o recrutamento e seleção de indivíduos com maior tendência para desenvolverem satisfação intrínseca com este tipo de funções, mas também como forma de apoiar programas de desenvolvimento de recursos humanos das instituições que cuidam deste tipo de população.

O presente estudo comprova a existência de uma relação entre a satisfação com o emprego e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos. Cuidadores com elevada satisfação no trabalho, conseguirão mais facilmente transferir estas atitudes positivas para outros aspetos da sua vida, conseguindo atingir níveis mais elevados de qualidade de vida nos vários domínios que a constituem, o que por seu turno terá implicações ao nível da performance e outros indicadores de gestão de recursos humanos dos mesmos.

Tendo em conta que estamos perante uma população cada vez mais envelhecida e que a institucionalização de pessoas idosas requer profissionais cada vez mais qualificados para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa, é imperativo continuar a apostar na formação e na satisfação dos cuidadores formais de idosos, considerando os aspetos mencionados em todos os subsistemas de Gestão de Recursos Humanos das mesmas instituições, em especial o recrutamento e seleção, formação e desenvolvimento e gestão de carreira dos cuidadores formais de idosos.

Referências Bibliográficas

- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percepcionadas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 119–129. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a08.pdf>
- Barbosa, L. D. M., Noronha, K., Spyrides, M. H., & Araújo, C. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 34(2), 391–414. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-30982017005001104&lng=pt&nrm=iso
- Batista, M., Almeida, M. H., & Lancman, S. (2014). Cuidadores Formais de Idosos : Contextualização Histórica no Cenário Brasileiro. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17(4), 879–885. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00879.pdf>
- Camargo, R. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD: Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool E Drogas*, 6(2), 231–254. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002
- Carrilho, P. M. (2012). *Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho e Exercício Físico em Instituições de Apoio a Idosos*. Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7988/1/Patricia Mendes Carrilho.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7988/1/Patricia%20Mendes%20Carrilho.pdf)
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M., & Nora, T. (2011). Cuidar de Idosos Institucionalizados: Características e Dificuldades dos Cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, pp. 306–312. Retrieved from <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/9376/9637>
- Constituição da Organização Mundial da Saúde-OMS (1946). Nova Iorque: ONU. Retrieved from <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da>

Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html

- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104.
- Costa, C., Bento, K., Sá, F., & Ziviani, F. (2013). Qualidade de Vida no Trabalho, Satisfação e Motivação do Trabalhador no Setor de Varejo. *Revista de Administração Da UNIMEP*, 11, 181–199. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=8b58c2f7-976a-4a03-a362-260a7c133492%40sessionmgr4010&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3D%3D>
- DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Saude-Pessoas-Idosas-2006.pdf>
- Diário da República Portuguesa. Decreto-Lei n.º 119/83 (1983). Lisboa. Retrieved from https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/311401/details/maximized?sort=whenSearchable&sortOrder=DESC%2Fen&q=Lei+n.º+10%2F97&print_preview=print-preview&perPage=25
- Esteves, T. (2008). *Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Atitudes e Comportamentos de Trabalho: Estudo de Caso no Sector Bancário Português*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Retrieved from <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1329/1/TESE INTEGRAL.pdf>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Revista de Saúde Pública Journal of Public Health. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. Retrieved from <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref/artigos>
- Haikal, D., Santa-Rosa, T., Oliveira, P., Sales, L., Pereira, A., Macedo, C., ... Ferreira, E. (2013). QUALIDADE DE VIDA , SATISFAÇÃO E ESFORÇO / RECOMPENSA NO TRABALHO , TRANSTORNOS PSÍQUI-. *Revista APS*, 16(3), 301–312. Retrieved from

<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1549/748>

- Hinkin, T. R., & Tracey, J. B. (2010). What Makes It So Great? An Analysis of Human Resources Practices among Fortune's Best Companies to Work for. *Cornell Hospitality Quarterly*, 51(2), 158–170. Retrieved from <http://scholarship.sha.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1215&context=articles>
- INE. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Kluthcovsky, F. A. (2010). O WHOQOL-bref , um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria*, 31 nº3, 1–12. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000400007&script=sci_abstract&tlng=pt
- Laureano, R. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS - O Meu Manual de Consulta Rápida*. (M. Robalo, Ed.) (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Locke, E. A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297–1349). Chicago: Rand McNally.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística : com utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social No Trabalho*, 6, 59–78. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200005
- Martinez, M., Paraguay, A., & Latorre, M. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 55–61. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452>
- Martins, H., & Proença, T. (2012). *Minnesota Satisfaction Questionnaire - Psychometric Properties and Validation in a Population of Portuguese Hospital Workers* (No. 471). Porto. Retrieved from <http://wps.fep.up.pt/wps/wp471.pdf>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, (52), 397–422. Retrieved from <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18. Retrieved from <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20545>
- Mota, M. F., & Cordeiro, J. P. (2015). Práticas de Gestão de Recursos Humanos : estudo de caso no setor segurador. *European Journal of Applied Business Management*, 1(1), 93–114. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/19386>
- Neto, M. P. (2002). História da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Temas Básicos. In E. V. Freita, L. Py, A. L. Néri, F. Cançado, M. L. Gorzoni, M. L. Rocha, & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1–12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- OMS. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Retrieved from <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Orgambídez-Ramos, A., & Almeida, H. (2017). Work engagement , social support , and job satisfaction in Portuguese nursing staff : A winning combination. *Applied Nursing Research*, 36, 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.012>
- Pereira, S., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *INFAD-Revista de Psicologia*, N°2, 133–140. Retrieved from http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Perlini, N., Leite, M., & Furini, A. (2007). Em Busca de uma Instituição para a Pessoa Idosa Morar : Motivos Apontados por Familiares. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 229–236. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342007000200008&lng=pt&tlng=pt

- Rego, A., Cunha, M. P., Gomes, J. F. S., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. A. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. (M. Robalo, Ed.) (3ª). Lisboa: Sílado.
- Reis, F., Dias, D., & Alves, M. (2015). O impacto das práticas de gestão de recursos humanos na motivação dos colaboradores da Administração Pública Cabo-verdiana. *R-LEGO - Revista Lusófona de Economia E Gestão Das Organizações*, 1, 61–88. Retrieved from <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6972>
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de Cuidar nas Instituições de Longa Permanência: Visão dos Cuidadores Formais de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870–875. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000600011&script=sci_abstract&tlng=pt
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Pearson Education.
- Rodrigues, C. K. (2011). Um breve estudo sobre a abordagem do teorema central do limite nos livros-texto. *XIII CLAEM-LACME*.
- Santos, M. J. N. (2004). Gestão de recursos humanos: teorias e práticas. *Sociologias*, 6(12), 142–158. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222004000200006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29–41. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Siqueira, M. (2002). Medidas do Comportamento Organizacional. *Estudos de Psicologia*, 7, 11–18.

Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a03v7esp.pdf>

- Siqueira, M., & Mendes, A. (2009). Gestão de Pessoas no Setor Público e a Reprodução do Discurso do Setor Privado. *Revista de Serviço Público Brasília*, 60(3), 241–250. Retrieved from <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/25>
- Spagnoli, P., Caetano, A., & Santos, S. C. (2012). Satisfaction with Job Aspects: Do Patterns Change Over Time? *Journal of Business Research*, 65(5), 609–15.
- Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Spirduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. (Barueri, Ed.). São Paulo: Manole.
- Trompieri, N., & Fachine, B. (2012). O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso. *Revista Científica Internacional*, 1(7), 106–132. Retrieved from <http://ftp.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>
- Weiss, D., Dawis, R., England, G., & Lofquist, L. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. University of Minnesota, Minneapolis. Retrieved from http://vpr.psych.umn.edu/sites/g/files/pua2236/f/monograph_xxii_-_manual_for_the_mn_satisfaction_questionnaire.pdf

Anexos

Anexo I. Autorização para utilização do instrumento WHOQOL-Bref

Pedido de instrumento de avaliação | Qualidade de Vida

Nome	Anabela Almeida Silva
E-mail	anabela.asilva94@gmail.com
Área de formação do requerente	Outra
Área de formação:	Gerontologia Social
Profissão	Estudante
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Helena Martins
E-mail	helenagmartins@gmail.com
Instituição	Faculdade de Economia da Universidade do Porto
Título	Impacto da Satisfação com o Emprego no Estado de Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais de Idosos
Tipo de população	Cuidadores formais de idosos institucionalizados
Tamanho de amostra previsto	100
Qual o questionário desejado	WHOQOL-Bref Accepted

Now create your own JotForm - It's free!

[Create a JotForm](#)

Anexo II. Estatística descritiva

Género

	Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Feminino	77	93,9	93,9	93,9
Masculino	5	6,1	6,1	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Tabela 8 Estatística descritiva – Género

Estatísticas

IDADE

N	Válido	82
	N/R	0
Média		35,22
Mediana		33,00
Desv. Padrão		9,872
Alcance		41
Mínimo		20
Máximo		61

Tabela 9 Estatística descritiva – Idade

Tem formação específica na área do envelhecimento?

		Freq.	Perc.	Perc. Válida	Perc. Cumul.
Válido	Não	18	22,0	22,0	22,0
	Sim	64	78,0	78,0	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Tabela 10 Estatística descritiva - Formação específica na área do envelhecimento

Estatísticas

Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa?

N	Válido	82
	N/R	0
Média		4,06
Mediana		4,00
Desv. Padrão		,759
Alcance		3
Mínimo		2
Máximo		5

Tabela 11 Estatística descritiva - Formação suficiente

Estatísticas

N_HOR_SEM

N	Válido	82
	N/R	0
Média		36,890
Mediana		36,000
Desv. Padrão		7,4697
Alcance		64,0
Mínimo		16,0

Máximo	80,0
--------	------

Tabela 12 Estatística descritiva - Número de horas de trabalho semanais

Estatísticas

Quantos dias, aproximadamente, esteve de baixa durante o último ano?

N	Válido	82
	N/R	0
Média		1,24
Mediana		,00
Desv. Padrão		4,875
Alcance		30
Mínimo		0
Máximo		30

Tabela 13 Estatística descritiva - Número de dias de baixa

Estatísticas

Remuneração mensal

N	Válido	43
	N/R	39
Média		720,1621
Mediana		640,0000
Desv. Padrão		204,06736

Alcance	901,00
Mínimo	300,00
Máximo	1201,00

Tabela 14 Estatística descritiva - Remuneração mensal

Anexo III. Estudo Exploratório

Correlações

		ESC_GRUP	IDADE
Rho de Spearman	ESC_GRUP	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,303**
		N	76
IDADE		Coef. de Correlação	-,303**
		Sig. (2-tailed)	,008
		N	76

** Correlação significativa ao nível de 0.01(2-tailed).

Tabela 15 Correlação de Spearman - Idade e Escolaridade

Correlações

		IDADE	FORM_SUF
Rho de Spearman	IDADE	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,033
		N	82

FORM_SUF	Coef. de Correlação	,033	1,000
	Sig. (2-tailed)	,767	.
	N	82	82

Tabela 16 Correlação de Spearman - Idade e Formação suficiente

Correlações

		IDADE	BAIXA
Rho de Spearman	IDADE	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005
		N	,962
		82	82
	BAIXA	Coef. de Correlação	,005
		Sig. (2-tailed)	,962
		N	1,000
		82	82

Tabela 17 Correlação de Spearman - Idade e Número de dias de baixa

Correlações

		IDADE	MSQ_T
Rho de Spearman	IDADE	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,111
		N	,322
		82	82
	MSQ_T	Coef. de Correlação	,111
		Sig. (2-tailed)	,322
		N	1,000
		82	82

Tabela 18 Correlação de Spearman - Idade e MSQ total

Correlações

			IDADE	WHOQOL_T
Rho de Spearman	IDADE	Coef. de Correlação	1,000	,049
		Sig. (2-tailed)	.	,663
		N	82	82
	WHOQOL_T	Coef. de Correlação	,049	1,000
		Sig. (2-tailed)	,663	.
		N	82	82

Tabela 19 Correlação de Spearman - Idade e WHOQOL total

Correlações

			ESC_GRUP	FORM_SUF
Rho de Spearman	ESC_GRUP	Coef. de Correlação	1,000	,152
		Sig. (2-tailed)	.	,189
		N	76	76
	FORM_SUF	Coef. de Correlação	,152	1,000
		Sig. (2-tailed)	,189	.
		N	76	82

Tabela 20 Correlação de Spearman - Escolaridade e Formação suficiente

Correlações

			ESC_GRUP	SALARIO_H
Rho de Spearman	ESC_GRUP	Coef. de Correlação	1,000	,639**

	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	76	39
SALARIO_H	Coef. de Correlação	,639**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	39	43

** . Correlação significativa ao nível de 0.01(2-tailed).

Tabela 21 Correlação de Spearman - Escolaridade e Salário

Estatísticas

Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa?

N	Válido	82
	N/R	0
Média		4,06
Mediana		4,00
Desv. Padrão		,759
Alcance		3
Mínimo		2
Máximo		5

Tabela 22 Estatísticas de teste - Formação suficiente

Estatísticas de Grupo

FORM_ESP	N	Média	Desv. Padrão	Err. Padrão	Médio
----------	---	-------	--------------	-------------	-------

FORM_SUF	Não	18	3,56	,616	,145
	Sim	64	4,20	,739	,092

Tabela 23 Estatísticas de grupo - Formação suficiente e Formação específica na área do envelhecimento

Teste de amostras independentes

	Teste Levene		Teste-t para Igualdade de Médias						
	p/ Igualdade de Variâncias								
	F	Sig.	t	gl	Sig. (2-tailed)	Dif. Média	Dif. Erro Padrão	95% C.I.	
								Inf.	Sup.
FORM_SUF Assumindo variâncias iguais	,023	,879	-3,399	80	,001	-,648	,191	-1,027	-,268
Não assumindo variâncias iguais			-3,765	32,122	,001	-,648	,172	-,998	-,297

Tabela 24 Teste T - Formação suficiente e Formação específica na área do envelhecimento

Correlações

		ANTIG_INST	FORM_SUF
Rho de Spearman	ANTIG_INST	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,035
		N	82
	FORM_SUF	Coef. de Correlação	,035
			1,000

	Sig. (2-tailed)	,752	.
	N	82	82

Tabela 25 Correlação de Spearman - Antiguidade e Formação suficiente

Correlações

			MSQ_T	FORM_SUF
Rho de Spearman	MSQ_T	Coef. de Correlação	1,000	,104
		Sig. (2-tailed)	.	,353
		N	82	82
	FORM_SUF	Coef. de Correlação	,104	1,000
		Sig. (2-tailed)	,353	.
		N	82	82

Tabela 26 Correlação de Spearman - MSQ total e Formação suficiente

ANOVA

N_HOR_SEM

	Soma Quadrados	degl	Quad. Média	F	Sig.
Entre Grupos	688,474	4	172,119	3,459	,012
Nos Grupos	3831,038	77	49,754		
Total	4519,512	81			

Tabela 27 ANOVA - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato

Test of Homogeneity of Variances

N_HOR_SEM

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,889	4	77	,121

Tabela 28 Teste de Levene - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato

(I) T_CONTR	(J) T_CONTR	Dif. Média (I-Err. Padrão)	Sig.	95% C. I.		
	J)			Limite Inf.	Limite Sup.	
Termo certo	Termo incerto	-5,4412	2,8111	,447	-14,314	3,431
	Sem termo (efetivo).	-1,1248	1,9855	,988	-7,391	5,142
	Prestação de Serviços	9,8088	3,9198	,192	-2,563	22,181
	Outra opção	1,0588	5,2729	1,000	-15,584	17,701
Termo incerto	Termo certo	5,4412	2,8111	,447	-3,431	14,314
	Sem termo (efetivo)	4,3163	2,4476	,543	-3,409	12,042
	Prestação de Serviços	15,2500*	4,1730	,014	2,079	28,421
	Outra opção	6,5000	5,4637	,841	-10,745	23,745
Sem termo (efetivo)	Termo certo	1,1248	1,9855	,988	-5,142	7,391
	Termo incerto	-4,3163	2,4476	,543	-12,042	3,409
	Prestação de Serviços	10,9337	3,6679	,074	-,643	22,511
	Outra opção	2,1837	5,0884	,996	-13,877	18,244
	Termo certo	-9,8088	3,9198	,192	-22,181	2,563

Prestação de Serviços	de Termo incerto	-15,2500*	4,1730	,014	-28,421	-2,079
	Sem termo (efetivo)	-10,9337	3,6679	,074	-22,511	,643
	Outra opção	-8,7500	6,1086	,726	-28,030	10,530
Outra opção	Termo certo	-1,0588	5,2729	1,000	-17,701	15,584
	Termo incerto	-6,5000	5,4637	,841	-23,745	10,745
	Sem termo (efetivo)	-2,1837	5,0884	,996	-18,244	13,877
	Prestação de Serviços	de 8,7500	6,1086	,726	-10,530	28,030

Tabela 29 Scheffé - Número de horas de trabalho semanal e Tipo de contrato

Correlações

			N_HOR_SEM	WHOQOL_T
Rho de Spearman	N_HOR_SEM	Coef. de Correlação	1,000	-,406**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	82	82
	WHOQOL_T	Coef. de Correlação	-,406**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	82	82

** . Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed).

Tabela 30 Correlação de Spearman - Número de horas de trabalho semanal e WHOQOL total

Correlações

		SALARIO_H	MSQ_T
Rho de Spearman	SALARIO_H	Coef. de Correlação	1,000
		Sig. (2-tailed)	,199
		N	43
MSQ_T	MSQ_T	Coef. de Correlação	,200
		Sig. (2-tailed)	,199
		N	43

Tabela 31 Correlação de Spearman - Remuneração e MSQ total

Correlações

		WHOQOL_T	SALARIO_H
WHOQOL_T	Correlação de Pearson	1	,318*
			,038
		N	82
SALARIO_H	Correlação de Pearson	,318*	1
			,038
		N	43

*. Correlação significativa ao nível de 0.05(2-tailed).

Tabela 32 Correlação de Pearson - WHOQOL total e Remuneração

ANOVA

MSQ_T

	Soma de Quadrados	gl	Quad. Média	F	Sig.
Entre Grupos	98,615	4	24,654	,093	,984

Nos Grupos	20311,434	77	263,785		
Total	20410,049	81			

Tabela 33 ANOVA - Tipo de contrato e MSQ total

ANOVA

WHOQOL_T

	Soma de Quadrados	gl	Quad. Média	F	Sig.
Entre Grupos	105,421	4	26,355	,135	,969
Nos Grupos	15038,944	77	195,311		
Total	15144,365	81			

Tabela 34 ANOVA - Tipo de contrato e WHOQOL total

Teste de amostras independentes

	Teste Levene p/		Teste-t para Igualdade de Médias						
	Igualdade de Variâncias	de	t	gl	Sig. (2-tailed)	Dif. Média	Dif. Erro Padrão	95% C.I.	
	F	Sig.						Inf.	Sup.
MSQ_T Assumindo variâncias iguais	1,556	,216	1,282	80	,204	5,406	4,218	-2,989	13,801
Não assumindo variâncias iguais			1,518	36,526	,138	5,406	3,561	-1,812	12,624

Tabela 35 Teste T - MSQ total e Formação específica na área do envelhecimento

Teste de amostras independentes

	Teste Levene de Igualdade de Variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (2-tailed)	Dif. Média	Dif. Erro Padrão	95% C.I.	
								Inf.	Sup.
WHOQOL_T assumindo variâncias iguais	,625	,432	-,176	80	,861	-,64680	3,67009	-7,95052	6,65691
Não assumindo variâncias iguais			-,164	24,867	,871	-,64680	3,94913	-8,78238	7,48878

Tabela 36 Teste T - WHOQOL total e Formação específica na área do envelhecimento

Estatísticas

Quantos dias, aproximadamente, esteve de baixa durante o último ano?

N	Válido	82
	N/R	0
Média		1,24
Mediana		,00
Desv. Padrão		4,875
Alcance		30

Mínimo	0
Máximo	30

Tabela 37 Estatísticas - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa

Estatísticas de Grupo

	FORM_ESP	N	Média	Desv. Padrão	Err. Padrão Médio
BAIXA	Não	18	3,50	9,666	2,278
	Sim	64	,61	1,865	,233

Tabela 38 Estatísticas de grupo - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa

Teste de amostras independentes

	Teste Levene p/ Igualdade de Variâncias	F	Sig.	Teste-t para Igualdade de Médias						
				t	gl	Sig. (2- tailed)	Dif. Média	Dif. Erro Padrão	95% C.I. Inf. Sup.	
BAIXA	Assumindo variâncias iguais	23,402	,000	2,27980		,025	2,891	1,268	,367	5,415
	Não assumindo variâncias iguais			1,26217	357	,224	2,891	2,290	-1,934	7,715

Tabela 39 Teste T - Formação na área do envelhecimento e Número de dias de baixa

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
idade - Idade	,150	43	,016	,953	43	,078
Form_suf - Considera que tem formação suficiente para prestar os cuidados necessários à pessoa idosa?	,296	43	,000	,786	43	,000
Antiguidade_inst - Há quanto tempo trabalha nesta instituição (em anos)?	,221	43	,000	,854	43	,000
N_hor_sem - Número de horas de trabalho semanais	,319	43	,000	,689	43	,000
baixa - Quantos dias, aproximadamente, esteve de baixa durante o último ano?	,453	43	,000	,329	43	,000
salario - Remuneração mensal	,164	43	,005	,939	43	,025
satisfacao -	,077	43	,200*	,970	43	,316
Total_whoqol	,077	43	,200*	,972	43	,368
salario_hora	,159	43	,008	,917	43	,004

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tabela 40 Normalidade das variáveis escalares

Anexo IV. Questionário