

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES, SOCIAL E DO TRABALHO

Ser cuidador.a formal de idosos em tempo de pandemia: riscos agravados, invisibilidades reproduzidas? Catarina Almeida de Sousa

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SER CUIDADOR.A FORMAL DE IDOSOS EM TEMPO DE
PANDEMIA: RISCOS AGRAVADOS, INVISIBILIDADES
REPRODUZIDAS?**

Catarina Almeida de Sousa

Julho 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Liliana Cunha*** (FPCEUP).

Avisos Legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Doutora Liliana Cunha, por toda a disponibilidade, paciência e motivação com que orientou esta investigação. Pelas valiosas sugestões e correções, exigência e empenho, muito obrigada.

Às cuidadoras, pela confiança, generosidade e pela partilha dos seus percursos e vivências profissionais. Pela disponibilidade e prontidão em me auxiliar.

Aos meus pais e irmão por acompanharem o meu percurso, pelo apoio, ajuda e paciência ao longo de todo este processo.

Ao Miguel pela paciência, ajuda, palavras certas e por viveres as minha vitórias como se fossem tuas.

À minha família, por acompanharem o meu percurso com carinho, preocupação e atenção.

À Carolina e à Diana por me acompanharem desde que me lembro, por me ajudarem, por terem sido mais uma vez uma imprescindíveis na minha vida.

À Ana que acompanhou todo o meu percurso académico, partilhamos muitos trabalhos, secretárias e dores de cabeças. Obrigada por tornares tudo mais fácil!

A todas as minhas amigas que partilharam comigo esta jornada, obrigada!

Resumo

No início do ano de 2020 foi declarada, pela Organização Mundial de Saúde, pandemia o problema de saúde pública associado à infeção por coronavírus. Esta pandemia veio colocar em situação de risco crítico a população idosa, e dar visibilidade a um problema já conhecido. Durante a fase pandémica, tem-se observado vários problemas associados às estruturas de apoio à população idosa em Portugal. A questão não é recente, mas tornou-se emergente na conjuntura atual. Dada a importância que se atribui à permanência do idoso no domicílio, evitando a institucionalização, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é a resposta social que mais cresce em Portugal. Os cuidadores formais de assistência domiciliar estão na linha da frente, a auxiliar pessoas vulneráveis nas suas casas durante a pandemia. Não obstante, também eles/as se encontram em situação particularmente vulnerável, atendendo à sua situação de emprego e às suas condições de trabalho. Assim, o objetivo da presente dissertação é analisar a atividade de trabalho dos cuidadores formais, que prestam cuidados de apoio domiciliário durante a pandemia. Estes trabalhadores enfrentam já uma situação crítica, como tal, interessa compreender as alterações sentidas ao nível das exigências e da exposição a riscos, compreender como foram afetados pelo surto, quais as mudanças e desafios no seu trabalho diário, bem como as suas reações à pandemia de COVID-19. Seguiu-se uma investigação qualitativa recorrendo a um diário de atividade e à realização de entrevistas semiestruturadas, junto de cinco cuidadoras formais que prestam serviço de apoio domiciliário. Os resultados indicam que a atividade de cuidar é bastante complexa e exigente, com custos físicos e psicológicos não negligenciáveis para quem a exerce. Verifica-se que a pandemia de COVID-19 veio intensificar as dificuldades e fez emergir novos desafios. Os resultados sugerem que os cuidadores sofreram implicações no bem-estar físico e psicológico devido ao aumento da carga física e mental de trabalho. Os trabalhadores descreveram preocupações em torno da segurança no local de trabalho, a saúde dos utentes e alterações fundamentais no relacionamento com os mesmos. A importância do trabalho destes profissionais parece ter ganho, no contexto da crise de saúde pública atual, uma oportunidade acrescida de reconhecimento. Mas, será que esta visibilidade será consequente, no plano da regulação das suas condições de emprego e de trabalho?

Palavras-chave: Cuidadores formais, idoso, trabalho, saúde, riscos profissionais, covid-19

Abstract

In early 2020, the World Health Organization declared the public health problem associated with coronavirus infection a pandemic. This pandemic has placed the elderly population at critical risk and has given visibility to an already known problem. During the pandemic phase, several problems associated with the support structures for the elderly population in Portugal have been observed. The issue is not recent, but it has become emerging in the current situation. Given the importance attributed to the elderly person staying at home, avoiding institutionalization, the Home Support Service is the fastest growing social response in Portugal. Formal home caregivers are at the frontline, helping vulnerable people in their homes during the pandemic. However, they too are in a particularly vulnerable situation, given their employment situation and their working conditions. Thus, the objective of this dissertation is to analyze the work activity of formal caregivers, who provide home support care during the pandemic. These workers are already facing a critical situation, therefore, it is interesting to understand the changes felt in terms of demands and exposure to risks, understand how they were affected by the outbreak, what the changes and challenges in their daily work were, as well as their reactions to the pandemic of COVID-19. This was followed by a qualitative investigation using an activity diary and conducting semi-structured interviews with five formal caregivers who provide home support services. The results indicate that the activity of caring is quite complex and demanding, with non-negligible physical and psychological costs for those who exercise it. It appears that the COVID-19 pandemic intensified the difficulties and gave rise to new challenges. The results suggest that caregivers suffered implications for physical and psychological well-being due to increased physical and mental workload. Workers described concerns around safety in the workplace, the health of users and fundamental changes in their relationship with them. The importance of the work of these professionals seems to have gained, in the context of the current public health crisis, an increased opportunity for recognition. But will this visibility be consequential in terms of regulating their employment and working conditions?

Keywords: Formal caregivers, elderly, work, health, occupational hazards, covid-19

Résumé

Au début de 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que le problème de santé publique associé à l'infection par le coronavirus était une pandémie. Cette pandémie a placé la population âgée dans un danger critique et a donné la visibilité à un problème déjà connu. Pendant la phase pandémique, plusieurs problèmes liés aux structures d'aide aux personnes âgées au Portugal ont été observés. La question n'est pas récente, mais elle est devenue émergente dans la situation actuelle. Compte tenu de l'importance accordée au maintien à domicile de la personne âgée, évitant l'institutionnalisation, le Service de soutien à domicile est la réponse sociale qui connaît la croissance la plus rapide au Portugal. Les soignants formels à domicile sont au premier plan, aidant à son domicile les personnes vulnérables pendant la pandémie. Cependant, eux aussi sont dans une situation particulièrement vulnérable, compte tenu de leur situation d'emploi et de leurs conditions de travail. Ainsi, l'objectif de cette thèse est d'analyser l'activité professionnelle des aidants formels, qui assurent le maintien à domicile pendant la pandémie. Ces travailleurs sont déjà confrontés à une situation critique, à ce titre, il est intéressant de comprendre les changements ressentis en termes d'exigences et d'exposition aux risques, comprendre comment ils ont été affectés par l'épidémie, quels ont été les changements et les défis dans leur travail quotidien, comme ainsi que leurs réactions à la pandémie de COVID-19. Cela a été suivi d'une enquête qualitative utilisant un journal d'activités et des entretiens semi-structurés avec cinq aidants formels qui fournissent des services de soutien à domicile. Les résultats indiquent que l'activité de soin est assez complexe et exigeante, avec des coûts physiques et psychologiques non négligeables pour ceux qui l'exercent. Il apparaît que la pandémie de COVID-19 a intensifié les difficultés et suscité de nouveaux défis. Les résultats suggèrent que les soignants ont subi des implications pour le bien-être physique et psychologique en raison de la charge de travail physique et mentale accrue. Les travailleurs ont décrit leurs préoccupations concernant la sécurité sur le lieu de travail, la santé des patients et des changements fondamentaux dans leur relation avec eux. L'importance du travail de ces professionnels semble avoir gagné, dans le contexte de la crise de santé publique actuelle, une opportunité accrue de reconnaissance. Mais cette visibilité sera-t-elle conséquente en termes de régulation de leurs conditions d'emploi et de travail ?

Mots-clés : aidants formels, personnes âgées, travail, santé, risques professionnels, covid-19

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento teórico	3
1.1 Envelhecimento demográfico e a necessidade de cuidados continuados	3
1.1.1 Envelhecimento demográfico	3
1.1.2 O avanço na idade e a perda de autonomia.....	4
1.1.3 Respostas sociais dirigidas à população idosa	5
1.2. O estatuto de emprego e a atividade de trabalho dos/as cuidadores/as formais	8
1.2.1 O estatuto de cuidador	8
1.2.2. A segmentação da atividade de cuidador/a em função do género	10
1.2.3 A atividade de cuidar e as condições de emprego	11
1.2.4 Riscos do trabalho e impactos percebidos na saúde	13
1.2.5 Implicações da pandemia de COVID-19	16
II - Método.....	19
2.2 Participantes.....	20
2.3 Instrumentos.....	21
2.4 Procedimentos de recolha de dados	22
2.5 Procedimentos de análise de dados.....	23
III - Apresentação e discussão dos resultados.....	24
3.1 A atividade de trabalho: “ <i>ser uma pessoa com quem eles podem contar e que estamos lá para os ajudar</i> ”	24
3.2 Fatores de risco: “ <i>é um esforço físico muito grande, porque é, aliado muitas vezes a um esforço psicológico</i> ”	31
3.3 Impactos do trabalho: “ <i>quando vimos para esta profissão já sabemos que corremos o risco</i> ”	36
IV - Reflexões finais.....	40
Referência Bibliográficas	42
ANEXOS	43

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial e característico do século XXI, que tem implicações ao nível social, económico, e também ao nível individual, considerando a qualidade de vida nesta etapa (Fragoso, 2008). O crescente número de idosos na população tem uma grande relevância, pois é neste ciclo que se assiste a uma maior prevalência de problemas acrescidos de autonomia, de incapacidades físicas e cognitivas, e ainda de doenças crónicas ou degenerativas que têm impacto na saúde e na qualidade de vida dos idosos (Cabral & Ferreira, 2013; Guerra et al., 2019). Assim, com o aumento de população de idade avançada, surgem novas necessidades de cuidados e torna-se também crescente a procura por serviços de cuidados prestados por profissionais.

A fragilidade desta faixa etária destacou-se ainda mais com a chegada da pandemia de COVID-19, em que se verificou que este grupo etário foi desproporcionalmente afetado (OECD, 2020). Segundo a Direção Geral da Saúde (2020) o impacto da doença provocada pelo coronavírus (morbilidade e letalidade) é maior nas pessoas com 65 ou mais anos e com comorbilidades. Neste sentido, a necessidade de proteger estes pacientes vulneráveis durante a pandemia, impôs mudanças importantes na gestão e na prestação de serviços de cuidados a idosos (Pillemer et al., 2020).

Durante a fase pandémica, verificaram-se efeitos devastadores nas respostas de apoio à população idosa em Portugal, tanto em estruturas residenciais para pessoas idosas como nos serviços de apoio domiciliário, estruturas estas já com fragilidades, às quais a Covid-19 veio dar visibilidade (Gil, 2020a).

Em Portugal, destaca-se a preferência das pessoas idosas em manter-se na sua habitação própria (Martin et al., 2012), uma vez que esta revela ter um importante papel na manutenção da independência, autonomia e atividade social (AARP, 2005). Nesta mesma linha, verifica-se que o Serviço de Apoio Domiciliário é a resposta social dirigida a idosos que apresenta maior crescimento (108%) desde 1998, quando comparado com as outras principais respostas dirigidas à população idosa (89%) (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2018).

Desta forma, torna-se relevante estudar a atividade do/a cuidador/a formal que presta serviço de apoio domiciliário. Esta é uma atividade que está já associada a condições de emprego e trabalho precárias (Eurofound, 2020) e à exposição a riscos e exigências que têm implicações no desenvolvimento de problemas de saúde como cansaço, fadiga e dores

músculo-esqueléticas assim como stress, ansiedade e mal-estar emocional (Alencar et al., 2010; Marigliano & Gil, 2018).

Neste sentido, o objetivo da presente pesquisa é compreender como uma atividade de resposta social dirigida à população idosa, que tem sido mantida de forma precária em termos de condições de emprego e de trabalho, foi afetada pela pandemia de COVID-19. Pretende-se compreender quais as exigências, mudanças e desafios no seu trabalho diário durante a situação de pandemia. Este estudo torna-se especialmente relevante, numa altura em que a atividade de trabalho dos cuidadores.as formais se constituiu como a alternativa de resposta às necessidades de cuidado das pessoas idosas.

A estrutura da presente dissertação encontra-se dividida em três partes. A primeira parte é consagrada ao enquadramento teórico, subdividido em dois capítulos. No primeiro capítulo, destaca-se a problemática do envelhecimento, com o intuito de expor o crescente aumento da população idosa e os seus impactos na sociedade, tendo em conta o envelhecimento como processo que pode ser associado à perda de capacidade e de dependência. Tal leva a que se verifique uma maior procura e necessidade de respostas dirigidas a esta população. O segundo capítulo, aborda uma contextualização do trabalho dos.as cuidadores.as formais, caracterizando estes profissionais do ponto de vista do seu perfil sociodemográfico, as tarefas inerentes à atividade, e as condições de emprego. É ainda referida a relação entre a atividade de trabalho e os riscos profissionais, assim como os impactos na saúde, e as implicações no trabalho destes profissionais, provocados pela pandemia de COVID-19.

Na segunda parte, são apresentados os objetivos do estudo, o plano metodológico de cariz qualitativo, os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados aplicados, que permitiram responder aos objetivos definidos. Esta parte termina com a apresentação e discussão dos resultados, na qual se aborda a atividade de trabalho, os fatores de risco e por fim, os impactos do trabalho.

Por fim, apresentam-se as reflexões finais enunciando os possíveis contributos deste estudo e faz-se uma análise das suas limitações.

I - Enquadramento teórico

1.1 Envelhecimento demográfico e a necessidade de cuidados continuados

1.1.1 Envelhecimento demográfico

Atingir a marca dos cem anos tem-se tornado cada vez mais comum nos países desenvolvidos (Araújo et al., 2016), resultado de melhores condições de vida e avanços na ciência e medicina, a esperança média de vida estendeu-se em toda a Europa (Lunenfeld & Stratton, 2013). As pessoas estão a viver cada vez mais, e o número de idosos na população total está a crescer rapidamente (United Nations, 2020).

De acordo com as Nações Unidas (2019) a população com 60 ou mais anos é a que apresenta um maior crescimento em todo o mundo, sendo superior ao crescimento de qualquer outro grupo etário. É expectável que, globalmente, o número de pessoas com 80 anos ou mais triplicará até 2050, passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050 (Nações Unidas, 2019).

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas e Portugal não é exceção (INE, 2020).

Tabela 1- População residente: total e por grandes grupos etários

Anos	Grandes grupos etários		
	0-14	15-64	65 ou mais
1971	28,5%	61,8%	9,7%
1980	25,8%	62,9%	11,3%
1990	20,4%	66,2%	13,4%
2000	16,4%	67,4%	16,2%
2010	15,2%	66,3%	18,5%
2015	14,2%	65,3%	20,5%
2019	13,6%	64,4%	22,0%

Fonte: Pordata, 2020c.

Conforme se verifica pela análise da tabela 1, a população portuguesa apresenta ao longo dos anos, um crescimento da população mais velha e decréscimo da população jovem. Verificam-se diferenças significativas entre a faixa etária mais jovem (13,6%), e a população com 65 ou mais anos (22%).

Comparativamente com os indicadores europeus nesta matéria, Portugal ganha destaque como o 2º país com maior índice de envelhecimento, contando 161,3 pessoas idosas por cada 100 jovens (menos de 15 anos) (Pordata, 2020a). Em 2019, cerca de metade da população portuguesa, tinha 45,2 ou mais anos, sendo a terceira idade mediana mais elevada da União Europeia, ficando apenas atrás da Itália (46,7) e da Alemanha (46) (Pordata, 2020b).

Prevê-se que o número de idosos na população continuará a aumentar até atingir o valor mais elevado em 2050, e só a partir deste momento começará a decrescer, pois é nesta altura que as gerações nascidas num contexto de baixos níveis de natalidade se encontram no grupo etário de 65 anos ou mais (INE, 2020).

O aumento crescente da população idosa é também marcado pelo aumento da necessidade e procura por meios e respostas sociais adequadas, para fazer face às necessidades características do idoso (Lopes & Lemos, 2012).

1.1.2 O avanço na idade e a perda de autonomia

O aumento de pessoas com 65 ou mais anos na população tem uma grande relevância, dado que, de acordo com Cabral e Ferreira, (2013) à medida que a idade aumenta, o ser humano confronta-se com problemas acrescidos de autonomia e dependência dos outros, bem como de apoios sociais e familiares.

Esta alteração na estrutura demográfica teve o seu reflexo na adoção de novos comportamentos, estilos de vida e expectativas. É cada vez mais comum recorrer-se a cuidados especializados para satisfazer as necessidades da pessoa idosa. Ainda que ser idoso não signifique ser dependente, verifica-se uma maior incidência de doenças de cariz crónico e dependência funcional nesta faixa etária (Guerra et al., 2019).

O envelhecimento é um processo fisiológico próprio dos seres vivos. Considera-se que o envelhecimento resulta da interação de múltiplos fatores, que caracterizam a resposta biológica adaptativa e determinam o papel do envelhecimento individualmente (Oliveira et al. 2010).

A nível biológico, o envelhecimento resulta de danos moleculares e celulares ao longo do tempo. O que leva a uma diminuição gradual das capacidades físicas, aumento do risco de doenças e um declínio geral da capacidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015). Numa perspetiva da psicologia do trabalho, o processo de envelhecimento é acelerado pelos constrangimentos a que o indivíduo é submetido durante a sua vida de trabalho (Ramos, 2015).

Para Farías-Antúnez et al. (2018), a perda de autonomia corresponde à incapacidade funcional dos idosos na realização de atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, vestir-se e tomar banho, ou atividades instrumentais relacionadas à participação social, como utilizar os meios de transporte, fazer as compras e atender o telefone. Neste caso, os idosos podem necessitar de auxílio para a realização destas tarefas e para a gestão da própria vida (Klompstra et al, 2019).

O risco de se tornar dependente de cuidados aumenta consideravelmente a partir dos 80 anos (European Commission, 2014). Com a proporção de pessoas idosas a aumentar, interessa que esses anos sejam passados com qualidade de vida e bem-estar, com uma boa saúde e com uma vida ativa, tanto em termos de funcionamento físico como de participação social. Isto significa que é importante desenvolver estratégias, para que as pessoas vivam da melhor maneira o processo de envelhecimento (Ribeiro & Paúl 2011).

A Organização Mundial da Saúde (2015) defende que um ambiente de apoio pode garantir que, mesmo idosos que veem diminuídas as suas capacidades, consigam ver satisfeitas as suas necessidades. E desta forma cuidados de apoio de longo prazo podem garantir a continuação de uma vida digna, com oportunidades de crescimento pessoal.

O envelhecimento da população, resultante do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento de grandes grupos de baby-boomers, aumentará consideravelmente o número e a proporção de pessoas em risco nos próximos anos. O que vem reforçar a importância dos cuidados de longo prazo, e o acesso a estes cuidados, é o que permite a manutenção do bem-estar, dignidade e saúde da pessoa fragilizada (European Commission, 2014).

1.1.3 Respostas sociais dirigidas à população idosa

Em Portugal, no que toca às respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, tem-se verificado um aumento significativo nos últimos anos, sendo que a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD) são as respostas com maior representatividade. Estas respostas para além de visarem a satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, procuram promover a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do grau de autonomia ou dependência do idoso (Gabinete de Estratégia e Planeamento [GAP], 2018).

A ERPI (ou lar/residência para idosos) trata-se de um estabelecimento para alojamento coletivo, no qual o utente pode permanecer de forma temporária ou permanente

(GAP, 2018). Distingue-se do centro de dia e do apoio domiciliário, que apresentam como objetivo comum retardar ou evitar a institucionalização da pessoa idosa (Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 2006).

O serviço de apoio domiciliário é segundo Bonfim e Veiga (1996) uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária” (p.7).

Figura 70 – Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 1998-2018¹

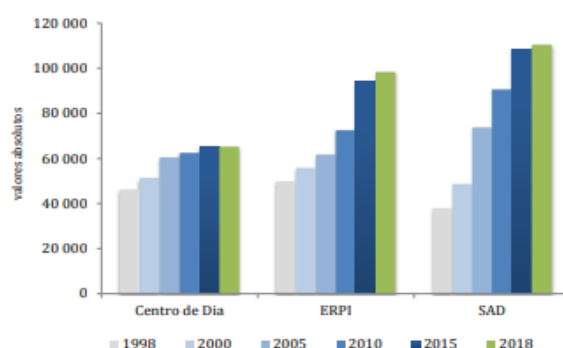


Figura 1- Evolução da capacidade das respostas sociais para pessoas idosas
(Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2018)

De acordo com a Carta Social de 2018, em Portugal as respostas dirigidas à população idosa registaram um desenvolvimento de 89% desde 1998, destacando-se a SAD como a resposta que apresenta maior crescimento, 108% desde então (figura 1). A preferência dos indivíduos com necessidade de cuidados por permanecerem em casa, o maior tempo possível, tem vindo a aumentar, e leva ao aumento da procura por cuidados domiciliários (Butler, 2009).

Pocinho et al. (2017) observaram que esta valência apresenta um papel principal na minimização do sentimento de solidão e no aumento do bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas. Além de priorizar a permanência do idoso no seu domicílio, este apoio também deve incentivar a que o idoso não fique sempre em casa, incluindo auxílio e acompanhamento em atividades ou tarefas no exterior (Kane, 1999).

Adicionalmente, a presença de um cuidador na casa do utente por várias horas seguidas, permite que este tenha a oportunidade de observar as condições físicas, o ambiente e condições de vida (como os alimentos que come, os medicamentos que toma, os riscos

potenciais de queda, etc). Permite-lhe inferir sobre o grau de isolamento social, a dinâmica familiar positiva ou negativa e pequenas mudanças na condição médica ou funcional que podem ajudar os médicos a tomar decisões adequadas e oportunas sobre intervenções terapêuticas, ou sobre a necessidade de transferir o idoso para um hospital ou outro ambiente de cuidados (Stone & Bryant, 2019).

Entre 2007 e 2017, a proporção de pessoas que recebe apoio domiciliário aumentou 4%, de 64% para 68% nos países da OCDE, situando-se Portugal entre os países em que este aumento foi especialmente acentuado (OECD, 2019).

Figura 71 – Evolução da capacidade e do n.º de utentes da resposta social SAD, Continente – 1998-2018¹

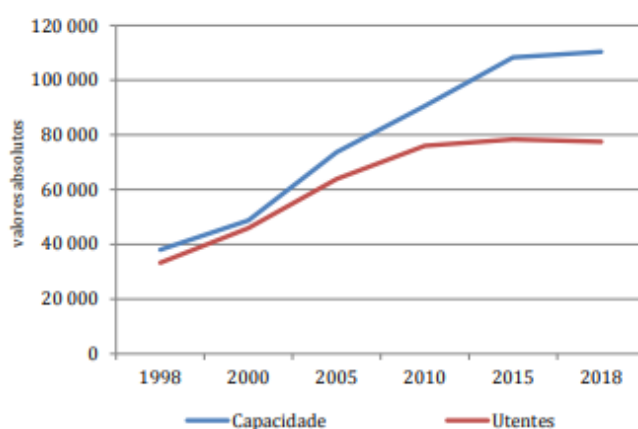


Figura 2- Evolução da capacidade e do n.º de utentes da resposta social SAD, Continente – 1998-2018
(Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2018)

Verifica-se, pela análise da Figura 2, o aumento da procura por serviços de apoio domiciliário em Portugal entre 1998 e 2018. Esta é também a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a idosos, que apresenta maior oferta de lugares (40%) (GEP, 2028).

O aumento constante do número de idosos na população portuguesa nas próximas décadas permite antever um decréscimo na cobertura de respostas sociais dirigidas à 3.ª idade, se se mantiver o atual número de lugares em funcionamento (Equipa Multidisciplinar de Análise de Políticas e Economia Social, 2015).

Dados da OCDE que contabilizam o número de trabalhadores de cuidados de longa duração por 100 pessoas com 65 anos ou mais anos, reflete a escassez de recursos humanos em todo o setor de cuidados de longa duração. Portugal tem uma concentração de trabalhadores de cuidados de longa duração de 0,8, o que significa menos de 1 trabalhador por cada 100 pessoas com mais de 65 anos. Este é um dos valores mais baixos entre os países

da OCDE. Entre estes existem em média cinco trabalhadores por 100 pessoas com 65 ou mais anos, variando desde 13 na Noruega e 0,1 na Grécia (OECD, 2019).

1.2. O estatuto de emprego e a atividade de trabalho dos/as cuidadores/as formais

1.2.1 O estatuto de cuidador

Jesus et al. (2018) definem cuidador como a pessoa que assume a responsabilidade de cuidar e oferecer suporte e auxílio a outra pessoa necessitada. Ríos e Galán (2012) definem cuidador como aquele que ajuda outra pessoa com falta de autonomia e independência, facilitando a sua vida e auxiliando nas atividades básicas, como higiene pessoal ou alimentação. O objetivo geral do cuidador é aumentar a qualidade de vida e independência do recetor de cuidados, prestando ajuda na realização das tarefas diárias (European Commission, 2013).

Os serviços de cuidados de longo prazo podem ser formalmente realizados por profissionais pagos numa instituição ou em casa, ou podem ser realizados informalmente por membros da família, parentes, amigos ou outras pessoas (EIGE, 2020).

Considera-se informal quando o cuidado é prestado voluntariamente, normalmente por uma pessoa próxima e preferencialmente no domicílio. Segundo a literatura, é usualmente assumido por uma mulher, seja ela a cónyuge, a filha ou a neta do idoso (López Gil et al., 2009; Nakatano et al., 2003) e sem receber qualquer remuneração (Karsch, 2003). É comum os familiares tornarem-se cuidadores informais por vontade própria, por agradecimento ou porque consideram ser um dever moral (Martínez et al., 2016).

Em Portugal, o estatuto de Cuidador Informal foi recentemente aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, com o objetivo de regular os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estipulando as respetivas medidas de apoio. Segundo esta lei considera-se cuidador informal principal “o cónyuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (p.9).

O reconhecimento deste estatuto ao cuidador informal permite que este veja reconhecido a sua importância na manutenção do bem-estar da pessoa cuidada, assim como o direito a receber acompanhamento e formação direcionada à prestação adequada de cuidados e a receber informação por parte de profissionais de saúde e da Segurança Social,

sobre a evolução da doença e os apoios a que tem direito, entre outros assuntos. O cuidador informal poderá ainda, beneficiar de apoio psicológico dos serviços de saúde, mesmo após a morte da pessoa cuidada. Beneficia, também, de períodos de descanso com vista ao seu bem-estar e equilíbrio emocional, e pode ter acesso a um subsídio de apoio ao cuidador informal (Lei n.º 100/2019).

Ainda que surjam respostas para a população idosa exteriores à família, esta continua a deter um papel de destaque no cuidado ao idoso. No entanto, quando as necessidades de cuidado ultrapassam a capacidade das famílias, surge a necessidade de recorrer a um cuidador profissional para cuidar do idoso, o cuidador formal (Gaioli et al., 2012). Assim, como os cuidadores informais, estes trabalhadores são a chave para ajudar idosos, ou outras pessoas com algum tipo de limitação, a manter algum nível funcional e qualidade de vida (Stone & Wiener, 2001).

O cuidador formal é um profissional com vínculo contratual, que acompanha a pessoa a ser cuidada numa instituição ou no domicílio, desempenhando funções ligadas às atividades pessoais e instrumentais da vida diária (Gil, 2020b). Born (2006) define o cuidador formal como a pessoa com capacidade de auxiliar o idoso que evidencia limitações e faz o elo de ligação entre o idoso, a família, os serviços de saúde e a comunidade.

Em Portugal, o termo mais comumente utilizado é o de “Ajudante de Ação Direta”, e corresponde aos trabalhadores de cuidados pessoais que prestam cuidados diretos, auxiliando na alimentação, na higiene pessoal e tarefas básicas de saúde (Decreto-lei 414/99, de 15 de outubro).

Bercovitz et al. (2011) indicam que é comum os cuidadores optarem por esta profissão pelo interesse em trabalhar na área de cuidados de saúde, mas também pela procura e necessidade de ter um emprego estável. As experiências de vida e familiares, como situações em que o cuidador já prestava auxílio a um familiar ou amigo é também apontado como um fator motivador para se iniciar nesta atividade.

Contrariamente ao que se assiste com a valorização do cuidador informal, o cuidador formal não vê aumentar o reconhecimento sobre a sua profissão. Assiste-se a uma elevada rotatividade entre os cuidadores formais, em particular de apoio domiciliário. Resultante de baixos salários, pouca segurança de emprego, ausência de formações, sobrecarga de trabalho e ausência de benefícios sociais. Surge a necessidade de definir políticas e estratégias nacionais que invistam na profissionalização dos cuidadores, o que poderá contribuir para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores formais e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados (Eurofound, 2020).

O trabalho como cuidador formal é caracterizado pela intensificação do trabalho (nomeadamente, pelas exigências emocionais e elevada carga de trabalho), ambiente social adverso (risco de abuso, assédio e subvalorização), horas de trabalho atípicas (trabalhar à noite, aos fins de semana, mudanças frequentes no horário de trabalho) e remuneração baixa (EIGE, 2020). É descrita na literatura como uma atividade exigente (Barbosa et al. 2011; Born, 2006), pelas características das tarefas, mas sobretudo pela variabilidade inerente às necessidades dos utentes (Guerra et al., 2017).

O recurso a cuidadores formais permite diminuir a sobrecarga de cuidados aos familiares e contribui, também, para a melhor qualidade de vida do idoso, permitindo que este tenha mais autonomia e independência (Batista et al., 2014).

1.2.2. A segmentação da atividade de cuidador.a em função do género

As situações de desigualdade de género no mercado de trabalho são ainda comuns, não se verificando uma distribuição homogénea. É possível encontrar em determinadas atividades uma predominância de trabalhadores masculinos e noutras de trabalhadores femininos (Macedo e Santos, 2009).

Interessa assim, referir o relatório do INE (2013) no qual é apresentada a taxa de feminização das várias atividades económicas. Estes dados apontam a minoria da população feminina em quase todos os setores, no entanto, predominam em atividades de saúde humana (74,2%), educação (64,2%) e alojamento e restauração (55,5%). Inserindo-se na saúde humana, a atividade social de apoio a pessoas idosas, apresenta um predomínio da população feminina em relação à masculina neste setor.

De forma concordante, Macedo e Santos (2009), numa análise que privilegia a discussão sobre a posição das mulheres no mundo do trabalho em quatro países europeus, Portugal, Lituânia, Bélgica e Holanda, destacam a forte presença das mulheres nas diferentes áreas do cuidar, seja de idosos, crianças, pessoas doentes ou das tarefas domésticas.

Segundo análise da Eurofound (2020), dos trabalhadores do setor de cuidados de longo prazo na União Europeia, quatro em cada cinco (81%) dos cuidadores formais são mulheres.

Neste mesmo sentido, também estudos desenvolvidos por Sjöberg, et al. (2020) na Suécia, e por Ruotsalainen et al. (2020) na Finlândia, com cuidadores formais de apoio domiciliário, identificam a elevada representatividade das mulheres nesta área, destacando-se o primeiro que contou com 1029 cuidadores, 16% dos quais eram homens, e o segundo, com 121 participantes, entre os quais apenas 2 eram homens.

Em Portugal estudos realizados por Monteiro et al. (2014) e Figueiredo et al. (2019) com cuidadores formais de idosos encontram uma representatividade feminina de 100% nas suas amostras, que contam com 78 e 21 participantes respetivamente. Também Caçote e Faria (2016) e Gil (2020b), acedendo a amostras maiores com 225 e 150 participantes, verificam uma presença feminina de 92% e 94% respetivamente.

Segundo Colomé et al. (2011), esta segregação deve-se ao facto da tarefa de cuidar se encontrar tradicionalmente associado à figura feminina, em virtude de razões históricas, culturais e sociais

No que diz respeito à idade dos cuidadores, verifica-se uma distribuição diferente entre as faixas-etárias. Guerra et al. (2019) encontram no seu estudo cuidadores com idades compreendidas entre os 35 e os 55, no entanto Caçote e Faria (2016) referem idades compreendidas entre os 18 e os 56 e Gil (2020b) entre os 21 e os 68 anos. Ainda assim, verifica-se nestes estudos que a média de idades se encontra entre os 42 e 47.

Por outro lado, a literatura tem vindo a revelar semelhanças entre os cuidadores formais relativamente aos níveis de escolaridade, verificando-se uma predominância de cuidadoras com habilitações literárias equivalentes ao 6º ou ao 9º ano (Gil, 2020; Guerra et al., 2019; Monteiro et al., 2014).

No que toca à formação especializada para cuidar de idosos, Pereira e Marques (2014), verificaram junto de 40 cuidadoras que cerca de 52,5% dos elementos da amostra frequentaram formação específica para desempenhar as funções de “ajudantes de ação direta”, ainda assim os restantes 47,5% não tiveram qualquer tipo de formação para cuidar de idosos. Também Barbosa et al. (2011) verificam que os cuidadores participantes não possuem as qualificações profissionais mínimas necessárias para exercer as suas funções, no entanto, desenvolvem conhecimento e competências através de experiência e da observação do trabalho realizado por outros cuidadores.

1.2.3 A atividade de cuidar e as condições de emprego

A atividade de cuidar inclui um conjunto de atividades específicas destinadas a auxiliar a pessoa dependente fisicamente e/ ou psicologicamente. Inclui ações e palavras destinadas a fornecer apoio, ajudar e a acompanhar pessoas vulneráveis ou dependentes. Tem o propósito de facilitar a aquisição ou recuperação de algumas capacidades e autonomia e assim a manutenção de uma vida digna (Heyden & Mollo, 2013).

O trabalho de cuidar significa realizar um conjunto de tarefas, tais como apoiar nas atividades de vida diária, como auxiliar na alimentação, apoio na medicação, apoio na higiene e a vestir, levantar e mobilizar o utente, entre outras (Martin et al., 2010).

Esta atividade está, comumente, associada a utentes que apresentam fragilidades, e que exigem cuidados contínuos. Tal acarreta trabalho por turnos atípicos, altos níveis de exigências emocionais e esforço físico para auxiliar as pessoas a realizar as tarefas (Eurofound, 2020).

Quando o cuidado é domiciliário pode, ainda, incluir dormir no local de trabalho (Knaebel, 2015) ou implicar circunstâncias de trabalho em locais menos favorecidos e em situações domésticas difíceis (Colombo et al. 2011). A isto somam-se a realização de tarefas que não se enquadram no âmbito da assistência ao idoso, mas sim tarefas na própria casa, como lavar roupa, fazer limpezas na casa e preparar a alimentação (Figueiredo et al, 2021), prolongando-se a atividade para além do que lhes foi formalmente consignado, sobretudo pela ambiguidade inerente às fronteiras desta atividade.

Barbosa et al. (2011), procuravam identificar as competências, necessidades e dificuldades que advêm da prestação formal de cuidados. Neste sentido, conduziram um estudo qualitativo no qual recorreram a duas entrevistas de focus group junto de 15 cuidadores formais na região centro de Portugal (Aveiro). Desta análise verificaram que a atividade de cuidar tende a gerar dificuldades, associadas à interação e comunicação com os idosos, à falta de conhecimento sobre doenças, à falta de tempo e de recursos humanos, ao impacto emocional e físico do trabalho, à dificuldade de organização do trabalho, ao planeamento das atividades e à interação com a família dos idosos.

Também Pereira e Marques (2014), com o objetivo de conhecer as dificuldades dos cuidadores formais de idosos desenvolveram um estudo de natureza quantitativa no distrito da Guarda. Verificaram junto de 40 auxiliares de ação direta, que estes revelam dificuldades na prestação de cuidados em tarefas de mobilização, alimentação, higiene, comunicação, e na realização dos cuidados devido às alterações emocionais apresentadas pelos idosos.

A atividade de cuidar destaca-se ainda pelos efeitos positivos, os trabalhadores deste setor em diferentes países consideram o seu trabalho significativo, gratificante (Colombo et al., 2011). Referem entrega, dedicação e orgulho (Settineri et al. 2014), por sentirem que o seu trabalho é útil e diferenciador na qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados (Kalanlar & Alici, 2020)

Tal como já foi referido, nem sempre estes profissionais têm formação especializada. Dados da OCDE (2019) indicam que poucos países da União Europeia exigem que os

trabalhadores de cuidados pessoais apresentem algum nível de formação prévia ou tenham alguma certificação, contribuindo de certo modo para legitimar a precarização associada a esta atividade – assume-se que a atividade é de aprendizagem espontânea ou imediata, e raras vezes é dada formação aos trabalhadores tendo em vista o exercício da atividade.

Neste sentido, o acesso à atividade é perspectivado como facilitado, não obstante, as baixas remunerações e a expectativa muito limitada de carreira (Hirata et al, 2011; Hussein, 2018; Knaebel, 2015), destacando-se o serviço de apoio domiciliário como a área menos remunerada e regulamentada no quadro do setor (Colombo et al., 2011; Eurofound, 2020).

Alguns estudos sinalizam o facto de ser comum os cuidadores formais em serviço de apoio domiciliário, embora remunerados, não terem contrato de trabalho, verificando-se a ausência de direitos ou garantias (Figueiredo et al., 2021; Stone et al., 2013), nomeadamente, ausência de compensação para despesas com deslocações entre diferentes domicílios (Colombo et al., 2011).

A insegurança no emprego para os cuidadores de apoio domiciliar é maior do que para os cuidadores que prestam serviço em residências ou lares para idosos. Os contratos permanentes são relativamente comuns no setor dos cuidados a longo prazo, no entanto, estão concentrados nos trabalhadores de lares e são raros no serviço de apoio domiciliário. Além dos contratos temporários, os contratos intermitentes, trabalhadores independentes e trabalho não declarado são mais comuns no serviço e apoio domiciliário do que nas outras áreas de cuidados (Eurofound, 2020).

Kemper et al. (2008) procuraram identificar aspetos apontados pelos cuidadores como importantes na melhoria das suas condições de trabalho, destacando o aumento salarial como a mudança mais referida pelos cuidadores, seguido pelo aumento e implementação de formações, e auxílio de um colega na realização das tarefas.

A pouca valorização atribuída a esta atividade, as difíceis condições de trabalho, a pouca ou ausência de formação e os baixos salários levam a que o recrutamento e retenção de profissionais nesta área se mostre desafiadora e, às vezes, impossível (Butler et al, 2010).

1.2.4 Riscos do trabalho e impactos percebidos na saúde

Vários estudos têm mostrado que a experiência de cuidar pode estar associada ao desenvolvimento de doenças ou problemas de saúde para aqueles que prestam cuidados a idosos (Alencar et al., 2010; Bauer et al., 2018; Lenardt et al., 2011). Identifica-se uma associação entre esta atividade profissional e problemas de saúde física, como dores

músculo-esqueléticas (Alencar et al., 2010) e problemas psicológicos como stress, ansiedade e mal-estar emocional (Marigliano & Gil, 2018; Moral et al 2003).

Dados da Eurofound (2020) apontam que 37% dos trabalhadores deste setor pensam que o seu trabalho afeta negativamente a sua saúde (em comparação com 25% dos trabalhadores no geral) e quase dois quintos (38%) pensam que serão incapazes de fazer o seu trabalho até aos 60 anos.

Sabe-se que a assunção de posturas penosas é uma constante nesta atividade, tanto em tarefas simples quanto em tarefas consideradas mais complexas, como auxiliar no banho ou a vestir, ajudar a levantar, mudar de posição e apoiar na locomoção (Guerra et al. 2017). Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2008), a tarefa de cuidar pode colocar os trabalhadores em alto risco de lesões músculo-esqueléticas.

Alencar et al. (2010) verificaram junto de 43 cuidadores de idosos que tarefas como mudar a fralda e mudanças posturais são as atividades que causam mais dores aos trabalhadores. As regiões lombar, cervical, ombros e joelhos são aquelas em que referem sentir mais dores, sendo que atribuem estes impactos a aspetos organizacionais como: trabalho intenso e exigente, falta de recursos humanos e ausência de formação.

Também Kalanlar e Alici (2020) verificaram que as tarefas de posicionar o utente, levantá-lo da cama e dar banho são as que causam maior dificuldade física. Estes cuidadores referem sentir frequentemente dores nas costas, no pescoço, pernas, cabeça, fadiga e stresse.

As queixas de dores aumentam devido à intensa jornada de trabalho à qual o trabalhador está sujeito, tendo de realizar atividades que exigem esforço físico, adoção de posturas penosas e tarefas repetitivas que implicam elevado desgaste físico e psicológico (Alencar et al., 2010)

Neste sentido, Figueiredo et al. (2021) destacaram as alterações de humor, depressão e esgotamento, como consequência de um cuidado de longa duração, com tarefas exaustivas e sem o descanso necessário, tanto no auxílio ao idoso, como na execução de tarefas domésticas.

Marigliano e Gil (2018) alertam para o impacto das vivências emocionais, observando relatos de impactos negativos na saúde mental do cuidador, como stresse, ansiedade e sobrecarga emocional. Esta sobrecarga pode ainda originar sintomas como fadiga, insónia e aumento ou perda de peso. Vicente e Oliveira (2015) associam o impacto emocional ao confronto com situações de perda de capacidades e morte do utente, e à dificuldade em lidar com a fragilidade em que este se encontra.

Os riscos que se verificam no setor dos cuidados intensificam-se no apoio domiciliário por este ocorrer num ambiente não controlado e geralmente com pouca ou nenhuma supervisão direta. Por essas razões, pode ser difícil controlar os riscos na assistência domiciliar. Estes perigos têm implicações importantes para a saúde e bem-estar dos trabalhadores e também dos utentes (EU-OSHA, 2014).

Estes profissionais geralmente trabalham sozinhos, sem equipamento ou colegas que auxiliem a levantar ou mover o utente, ou para responder a situações de emergência (Meyer & Muntaner, 1999; Wipfli et al., 2012). Este tipo de cuidado implica a sua prestação em condições muito diferenciadas (contexto habitacional de cada um), não sendo o ambiente de trabalho necessariamente adaptado ao trabalho assistencial (INRS, 2020). Equipamento de proteção contra doenças infecciosas que é possível encontrar em ambientes institucionais é comumente ausente no ambiente doméstico (Meyer & Muntaner, 1999).

Ainda que o beneficiário dos cuidados seja, também, o empregador, as medidas relativas à saúde e segurança do cuidador são muitas vezes inexistentes, expondo-o a riscos como calor, instalações e equipamentos inadequados, etc. (INRS, 2020). A falta de recursos suficientes pode ainda levar os cuidadores a sentirem-se forçados a assumir uma carga de trabalho pouco sustentável para atender às necessidades do utente, o que representa um risco para estes profissionais (Ganesan et al., 2019)

Devido ao ambiente isolado na casa do recetor de cuidados, os trabalhadores enfrentam um risco maior de serem submetidos a um comportamento social adverso por parte dos utentes, dos seus familiares ou até da comunidade em redor (EIGE., 2020). A necessidade de se deslocar entre as casas dos utentes, revela-se um desafio de segurança para os profissionais resultando em lesões decorrentes de acidentes de trânsito ou de esforço excessivo (EU-OSHA, 2014).

Por outro lado, o trabalho por turnos característico desta atividade de trabalho, representa também um risco. Os efeitos de horários de trabalho atípicos e trabalho por turnos na saúde, foram muito estudados e referem um aumento do risco de acidentes de trabalho, doenças cardiovasculares e depressão (Ganesan et al, 2019; Rivera et al, 2020). O trabalho por turnos prejudica o desempenho e o estado de alerta devido à perda de sono e ao desalinhamento do período de sono (Ganesan et al, 2019).

Estes desafios físicos e psicológicos enfrentados pelos cuidadores revelam ter impacto negativo na sua vida pessoal e familiar. Referindo ainda, falta de tempo para a família e dificuldade em relacionarem-se com os filhos ou outros elementos, sentem-se impacientes e extremamente cansados (Kalanlar & Alici, 2020).

Apesar do aumento da esperança de vida e da procura por cuidadores, esta é uma atividade que enfrenta problemas de recrutamento e retenção em vários países da UE devido às más condições de trabalho associadas (Eurofound, 2015). O trabalho realizado por estes profissionais nem sempre é fácil, o seu trabalho requer um esforço contínuo tanto a nível físico como cognitivo e emocional, e muitas vezes não é reconhecido e recompensado de forma adequada (Brown & Stetz, 1999).

De facto, verifica-se que mais da metade desta força de trabalho não pretende trabalhar neste setor até atingir a idade da reforma, por se sentirem física e/ou mentalmente incapaz de o fazer (Bauer et al., 2018).

1.2.5 Implicações da pandemia de COVID-19

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, que atingiu uma rápida disseminação geográfica, uma pandemia (Pinheiro et al., 2020). Em Portugal, foi registado o primeiro caso confirmado de COVID-19 a 2 de março de 2020, e a primeira morte a 16 de março (Mamede et al. 2020).

A pandemia veio destacar a fragilidade da população idosa como uma preocupação de saúde global (Guan et al., 2020). A população idosa não só corre um risco maior de sofrer mais ao contrair o vírus, como também pode correr o risco de ver negligenciadas as suas condições crónicas pré-existentes, ou ainda de perder o acompanhamento médico (Landi et al., 2020).

As pessoas mais velhas ou aqueles que apresentam condições crónicas correm um risco significativamente maior de complicações graves da doença do que outros grupos e, de facto, a maioria das mortes por coronavírus ocorreu entre os idosos (Eurofound, 2020; OECD, 2020).

Em resposta ao estado pandémico, e com o intuito de proteger as pessoas, muitos países aplicaram medidas estritas de saúde pública, como o isolamento social (Ferguson et al., 2020) o que fez com que os idosos e os seus cuidadores fossem afetados de forma desproporcional pela pandemia (Eurofound, 2020; OECD, 2020).

Os cuidadores de idosos exercem o seu trabalho diário em contato físico e emocional muito próximo da pessoa que recebe os cuidados (Pinheiro et al., 2020). O toque é a forma privilegiada de construir relação com os idosos e também um atributo característico do cuidado. Apesar das recomendações para usar equipamento de proteção e manter o distanciamento, os cuidadores precisam de manter um toque significativo, intencional e frequente que seja seguro e humano para oferecer cuidado, vínculo emocional e conforto.

De uma forma ou de outra, os cuidadores precisam de ter contacto com os idosos para realizar o seu trabalho (Bilal et al., 2020).

Neste sentido, muitos aspetos de medidas de proteção aplicadas a toda a comunidade não podem ser implementados em ambientes de cuidado, dado que a maioria dos utentes apresentam fragilidades e necessitam de um contacto mais próximo, assim como é um desafio também, a quarentena e isolamento destas pessoas (Pillemer et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 veio colocar não só em situação de maior risco a população idosa, como dar visibilidade a um problema já conhecido. Durante a fase pandémica, verificaram-se efeitos devastadores nas respostas de apoio à população idosa em Portugal, tanto em estruturas residenciais para pessoas idosas, como nos serviços de apoio domiciliário, estruturas estas já com fragilidades, agravadas entretanto pela pandemia. Emergiram problemas já conhecidos como a falta de trabalhadores, as difíceis condições de trabalho, ausência de formação, sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental e a elevada rotatividade do pessoal (Gil, 2020a).

Além das dificuldades já existentes, os cuidadores podem sofrer mais stresse e sobrecarga durante a pandemia, as atividades de cuidar tornam-se mais complexas e difíceis de realizar (Dang et al., 2020).

Num estudo recente, Bandini et al. (2021) tinham como objetivo explorar as experiências de cuidadores formais que prestam apoio domiciliário durante a pandemia de COVID-19. Foi possível observar as preocupações e desafios enfrentados, destacando-se preocupações comuns entre os cuidadores, como o receio de se colocar em risco na casa do utente e o acesso inadequado a equipamento de proteção individual. As deslocações são também referidas, o transporte de ida e volta para o trabalho foi uma preocupação de segurança durante a pandemia, especialmente para aqueles que dependem do transporte público.

No mesmo estudo, os cuidadores referem o aumento significativo de responsabilidade e preocupação em proteger os utentes, física e emocionalmente. Assim, verificaram ainda transformações nas interações entre cuidador e utente, durante a pandemia, devido às necessidades de distanciamento social, de cobrir o rosto, e o medo geral que passou a pautar o quotidiano de todos. As tarefas do dia-a-dia também se revelaram um desafio. As cuidadoras viram estas tarefas alteradas ou aumentadas, especialmente no que toca à necessidade de higienizar as casas dos utentes, o que requer mais tempo e esforço (Bandini et al., 2021).

Também Lee et al. (2021) observaram relatos de preocupações sobre a infecção e transmissão do COVID-19 e intensificação do trabalho pela necessidade de desinfetar o ambiente de trabalho com mais frequência. Verificaram, ainda, que as incertezas em torno da pandemia intensificam as preocupações dos cuidadores, aumentando o risco de desenvolver ansiedade e depressão.

Pinheiro et al. (2020) acrescentam ainda a preocupação de eventualmente colocar a sua própria família em risco, devido à necessidade de continuar a trabalhar e à impossibilidade de praticar isolamento social. Os cuidadores enfrentam difíceis decisões sobre os riscos para a sua própria saúde por continuarem a trabalhar, riscos financeiros se optarem por não trabalhar, e preocupações sobre os efeitos dessas decisões sobre os utentes recetores dos cuidados (Sterling et al., 2020).

Os cuidadores de idosos estão na linha de frente, trabalham para garantir a saúde dos idosos e de pessoas com limitações ou deficiências durante a pandemia de COVID-19. Ao fazê-lo, enfrentam o risco considerável de contrair o vírus. Esta que é já uma força de trabalho vulnerável enfrentam riscos adicionais ao seu bem-estar físico, mental e financeiro durante a pandemia (Sterling et al., 2020).

Ainda assim, Sterling et al. (2020) encontram relatos entre os cuidadores de sentimentos de desvalorização por se sentirem como trabalhadores invisíveis, lembrados apenas quando aumentam os casos, enquanto estão na linha de frente do combate ao vírus, enfrentando o risco de transmissão.

Em termos de emprego os cuidadores de apoio domiciliário ficaram ainda mais vulneráveis durante a pandemia de COVID-19, face à redução de trabalho devido às restrições impostas pelo governo, e também pela hesitação dos utentes e dos seus familiares em permitir que os cuidadores entrem nas suas casas. Além disso, as medidas de apoio do governo têm menor probabilidade de alcançar estes cuidadores do que cuidadores que trabalham em residências ou lares de idosos com contratos permanentes. Ao mesmo tempo, a concentração de trabalho independente e de trabalho não declarado no ambiente de assistência domiciliar permite e incentiva a que estes trabalhadores continuem a trabalhar mesmo que se encontrem debilitados ou até doentes (Eurofound, 2020).

A crise de pandémica está a atingir significativamente o setor de cuidados de longo prazo, colocando os cuidadores sob pressão para prestar o seu serviço, em condições muitas vezes difíceis, e com apoio limitado (OECD, 2020).

II - Método

Na presente dissertação pretende-se explorar a atividade de trabalho do cuidador formal, em serviço de apoio domiciliário, numa altura em que este setor de atividade tem estado mais em debate; procura-se dar visibilidade aos desafios vivenciados pelos cuidadores, tendo em conta a realidade das suas situações de trabalho. Assim, o objetivo da presente pesquisa é analisar os impactos da pandemia de COVID-19 na atividade de trabalho destes cuidadores, que enfrenta já condições de trabalho e de emprego precárias. Este torna-se um momento oportuno para discutir as condições desta atividade que ganhou visibilidade com a pandemia. Pretende-se assim compreender o que mudou, quais as dificuldades emergentes e de que forma se ampliaram fragilidades já existentes.

Neste sentido, o plano metodológico da investigação segue uma abordagem qualitativa. Este método privilegia o ponto de vista do participante sobre a sua experiência e sobre os seus determinantes. Favorece o acesso aos significados e interpretações do participante a estas experiências, assim como às implicações e consequências das mesmas (Willig, 2012).

Numa primeira fase, foi concebido um diário de atividade e requerido o seu preenchimento (Anexo 1). Pretendia-se ter acesso à atividade de trabalho das cuidadoras, ainda que à distância, de forma a compreender as condições de trabalho e o seu impacto percebido na saúde. A aplicação deste instrumento gerou algumas dificuldades, pois as cuidadoras não se mostraram recetivas ao seu preenchimento. Por ser um documento extenso, estas profissionais referiam falta de tempo para o seu preenchimento. Da mesma forma, demonstraram receio por não compreenderem a finalidade da investigação e ainda em assinar o documento de consentimento informado quando fora solicitado.

Foram, então, conduzidas entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião desenvolvido para o efeito (Anexo 3), que retomou algumas das questões abordadas neste diário de atividade.

2.2 Participantes

As participantes do presente estudo são cuidadoras formais que prestam serviço de apoio domiciliário a idosos, selecionadas numa primeira fase, segundo um processo de amostragem não probabilística de conveniência. Numa fase posterior, as cuidadoras contactadas forneceram o contacto de outras profissionais que poderiam estar disponíveis para colaborar na investigação, assumindo-se um processo de amostragem não probabilística intencional, ou método *snowball*.

As técnicas de amostragem referidas foram escolhidas por se adaptarem ao método de investigação qualitativa, e ainda pelo facto deste grupo profissional se revelar de difícil acesso, uma vez que estas trabalhadoras não exercem as suas atividades num mesmo local de trabalho.

Assim, integraram a amostra cinco cuidadoras formais que prestam serviço de apoio domiciliário, sendo que todas preencheram um registo diário de atividade e participaram nas entrevistas conduzidas, de carácter semiestruturado.

Tabela 2 - Caracterização das participantes

Participantes	Sexo	Idade	Tempo de experiência	Horas de trabalho por semana	Horário de trabalho		
					Irregular/Fixo	Noturno/Diurno/Misto	Fim-de-semana
P1	Feminino	54	12 Anos	20	Irregular	Diurno	Sim
P2	Feminino	62	6 Anos	119	Fixo	Noturno	Sim
P3	Feminino	25	5 Anos	52	Irregular	Misto	Sim
P4	Feminino	23	1 Anos e 6 meses	50	Irregular	Misto	Sim
P5	Feminino	44	4 Anos	48	Fixo	Noturno	Não

No que toca à caracterização das cinco participantes (cf. Tabela 2), todas são do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre os 23 e 62 anos. Entre as participantes apenas uma trabalha a tempo parcial, sendo que as restantes excedem 40 horas semanais de trabalho. No que toca à organização do horário, duas cuidadoras têm horário fixo e realizam sempre o turno da noite, enquanto as restantes trabalham em horários alternados, entre o dia e a noite, e apenas uma das cuidadoras não trabalha ao fim de semana.

2.3 Instrumentos

Foram dois os instrumentos utilizados como suporte à recolha de dados na presente investigação: o diário de atividade e, em seguida, o guião de suporte à entrevista individual conduzida com cada uma das participantes.

Optou-se pelo diário de atividade, uma vez que este método permite ter acesso à atividade de trabalho destes profissionais ao longo de um recorte temporal mais alargado (Sonnentag, 2001) o que se considerou relevante uma vez que esta é uma atividade de trabalho que pode implicar enfrentar diferentes horários e utentes de dia para dia.

O diário divide-se em duas partes, uma primeira parte onde é solicitada a caracterização socioprofissional dos participantes, nomeadamente género, idade, experiência e formação profissional, vínculo laboral, horário de trabalho (noturno, diurno, irregular, fixo, etc.) e horas de trabalho semanais. Ainda nesta primeira parte procurou-se perceber se as cuidadoras consideram ter desenvolvido algum problema de saúde como consequência do trabalho e/ou se o trabalho agravou algum problema de saúde já existente.

A segunda parte divide-se em 3 categorias de análise. Na primeira, pretende-se identificar o dia de trabalho através da indicação do horário de trabalho, por quantas casas passou e o tempo gasto em deslocações, o número de utentes pelos quais ficou responsável e uma avaliação da carga/ritmo de trabalho sentido no dia em análise. Em seguida, procurou-se que a cuidadora fizesse um balanço do dia de trabalho refletindo sobre quais as tarefas em que sentiu mais dificuldade, se surgiu algum imprevisto, o que correu melhor, o que facilitou o trabalho, e o que gostava que fosse diferente. Por fim, inclui-se uma categoria relativa à saúde e bem-estar, na qual a cuidadora indica se sentiu dores, e se sim em que zona do corpo, e a realizar que tarefas, e se teve a necessidade de tomar alguma medicação. Adicionalmente, procura-se compreender se o trabalho teve outros impactos na saúde da cuidadora, nesse dia de trabalho.

Com base na análise dos dados obtidos no diário de atividade, foi elaborado um guião de entrevista recuperando as questões que abordam dimensões da atividade reveladas pertinentes pelas respostas ao diário da atividade. Com o objetivo de compreender o real da atividade, o guião de entrevista é composto por 5 categorias: (I) Experiência e formação, onde se colocaram questões relativamente à escolha da profissão e formação na área; (II) Condições de trabalho e riscos profissionais, relatando as tarefas que realizam, mas também as exigências e constrangimentos que lhes estão associados; (III) Mudanças no trabalho em virtude da pandemia por Covid-19; (IV) Condições de emprego, relatando o vínculo laboral,

a justiça na remuneração e a satisfação com as condições de emprego; (V) Saúde e bem-estar, questionando o impacto da atividade de trabalho na saúde e ainda até que idade tem expectativa de conseguir desempenhar a atividade. Recorreu-se ainda a alguns dados obtidos no diário de atividade, com o intuito de explorar algumas respostas, e ainda como forma de confrontar as cuidadoras com respostas e situações apresentadas por outras colegas.

2.4 Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados ocorreu por via do diário de atividade seguido da condução de entrevistas.

Assim, num primeiro momento de desenvolvimento da investigação, foram contactadas as participantes por via telefónica solicitando a sua participação e acordado um dia e horário da conveniência das mesmas para a entrega do diário (Anexo 1). No momento de entrega do mesmo, foi explicado como deve ser preenchido, o objetivo da investigação e entregue a declaração de consentimento informado (Anexo 3). Este método de recolha de dados foi entregue em papel às participantes com o intuito de ser devolvido após sete dias, quando completado o seu preenchimento.

Este instrumento não se mostrou uma fonte de dados mais rica, uma vez que estas profissionais têm pouco tempo disponível, são pessoas que estão sempre em atividade e foi possível compreender que o preenchimento deste instrumento constituía um constrangimento adicional para estas profissionais.

Após o contacto com os dados obtidos no diário foram agendadas e conduzidas as entrevistas (Anexo 2), contactando individualmente as participantes que se mostraram disponíveis e recetivas à realização da mesma.

Realizaram-se cinco entrevistas com uma duração média de 50 minutos, sem registo de interrupções. Em resultado da situação de pandemia por COVID-19, e da falta de tempo disponível destas participantes, as entrevistas decorreram de forma remota num momento oportuno indicado pelas mesmas. Antes de iniciar a entrevista foi solicitada autorização para a gravação áudio da entrevista e explicada importância da mesma, assim como foi assegurada a confidencialidade dos dados conforme o consentimento informado em anexo (Anexo 4).

2.5 Procedimentos de análise de dados

Após a realização das entrevistas, estas foram integralmente transcritas e analisadas recorrendo a uma análise temática proposta por Braun e Clarke (2006).

Esta análise pressupõe um conjunto de 6 fases: 1) familiarização com os dados; 2) formulação de códigos iniciais; 3) procurar temas; 4) rever temas; 5) definir e nomear temas; e 6) produzir o relatório, procedeu-se à análise dos dados (Braun & Clarke, 2006).

Assim, numa primeira fase, após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à leitura ativa e repetida das mesmas, e ao registo das ideias principais, de forma a inferir os seus significados globais e específicos. Na segunda fase, foram atribuídos códigos a estes significados para em seguida classificar os diferentes códigos em potenciais temas, agrupando vários códigos em temas mais abrangentes.

Na quarta fase, surgiu já um conjunto de temas que foram revistos e redefinidos. Desta etapa resultou o mapa temático da análise (Anexo 5). Os temas surgiram de uma análise indutiva ou *bottom-up*, na qual se recorreu aos dados como ponto de partida para a categorização da informação em temas. Após a elaboração do mapa, os temas foram novamente analisados procurando aperfeiçoar as especificidades de cada um, sendo que nesta etapa as definições dos temas adquiriram carácter mais concreto. Finalmente, para a apresentação dos resultados seleccionaram-se os excertos mais relevantes para ilustrar cada um dos temas. A análise que se segue procura, assim, contar a história dos dados obtidos na presente investigação (Braun & Clarke, 2006).

III - Apresentação e discussão dos resultados

Com base nas entrevistas realizadas a cinco cuidadoras formais de apoio domiciliário, foi possível encontrar temas relevantes de forma a caracterizar as exigências da atividade de trabalho, os riscos profissionais e o seu impacto na saúde e vida pessoal destas profissionais. Uma vez que as entrevistas tiveram por base os dados obtidos através do diário de atividade, optou-se por expor e analisar com maior ênfase as entrevistas uma vez que exploram mais conteúdo e de forma mais detalhada informações analisadas nos diários. Ainda assim recorreu-se, por vezes, a dados registados no diário de atividade, com o intuito de reforçarem e complementarem dados obtidos nas entrevistas. Optou-se por dividir a análise em três grandes tópicos: a atividade de trabalho; fatores de risco; e, por fim, os impactos do trabalho na saúde e vida pessoal. Desta análise surgiram os dados que serão apresentados e discutidos em seguida.

3.1 A atividade de trabalho: *“ser uma pessoa com quem eles podem contar e que estamos lá para os ajudar”*

Relativamente ao ingresso nesta atividade de trabalho (cf. Tabela 3), as trabalhadoras referem tomar esta opção como alternativa ao desemprego, tendo sido motivadas pela necessidade, e não como uma (primeira) opção: *“eu comecei a achar que estava na hora de procurar uma outra profissão e apercebi-me que nesta área havia pouca oferta então procurei (...)”* (P1). Estes resultados estão em consonância com os do estudo de Guerra et al. (2019) onde as cuidadoras, na sua maioria, iniciaram a atividade na sequência da situação de desemprego. Tal pode dever-se à imagem pública, pouco atrativa associada à profissão de cuidador (baixa remuneração para realizar tarefas exigentes e com poucas expectativas de progressão) que pode desencorajar a procura por esta profissão (Stone, 2004). Trata-se, então, de uma alternativa, face a uma situação considerada pior – estar em situação de desemprego.

Destaca-se ainda que, contrariamente ao que se verifica na literatura, as participantes do estudo revelam habilitações literárias essencialmente de nível superior: *“Eu não fiz estágio quando eu saí da faculdade (...)”* (P2). Ainda assim, também Barbosa et al. (2011) encontraram dados semelhantes no seu estudo, no qual a maioria das cuidadoras participantes apresenta formação secundária ou de nível superior.

Por outro lado, no que diz respeito à formação especializada, os dados encontrados vão ao encontro da literatura evidenciada. As participantes apresentam relatos de que realizaram formação quando sentiram que era mesmo necessário, e por sua iniciativa: *“Procurei formação, não fiz uma grande formação, mas fiz aquilo que eu acho que foi o básico, o principal”* (P1), mas também relatos de que aprendem com a prática e transferência de conhecimentos: *“Não, não fiz nenhuma. Aprendi, chegava lá e ensinavam-me como era.”* (P2). Acredita-se que os requisitos mínimos necessários para o exercício desta atividade tenham influência neste aspeto, pois embora se possa esperar que um cuidador formal apresente qualificações e formação profissional para a realização de cuidados (Figueiredo et al., 2021), verifica-se que o acesso a esta atividade não exige formação certificada (Hirata et al., 2011).

Por outro lado, uma das participantes faz referência à quantia elevada que pagou para realizar a sua formação: *“fiz a minha formação, paguei-a, paguei forte e feio (...)”* (P3). Será de supor também que, perante a exigência de pagar um valor elevado para frequentar formação especializada, esta se torna inacessível a algumas pessoas.

Verifica-se ainda que as cuidadoras que fizeram formação reconhecem a importância das mesmas: *“As formações são muito importantes (...). É muito importante também, termos noção de segurança. Segurança no sentido de como é que se deve fazer isto como é que se deve fazer aquilo, levá-los pegar neles segurança para eles e para nós.”* (P3), ao passo que, as cuidadoras que aprenderam com a prática, desvalorizam as formações e consideram-se igualmente capazes: *“Não, não fiz nenhuma. Aprendi, chegava lá e ensinavam-me como era. E pelo que eu tenho visto de formações que têm feito algumas pessoas que eu tenho visto que tem feito formações, vou já dizer, não adiantava muito...”* (P2).

No entanto, há evidências de que receber formação está associado à melhor qualidade dos cuidados prestados, e à satisfação do cuidador ao exercer as suas funções (Guerra et al., 2019).

Neste sentido, é possível também verificar que, talvez devido a algum desconhecimento sobre a realidade do cuidado a idosos, as cuidadoras que não realizaram formação referem ter sentido dificuldade no início do percurso profissional, ainda que estas dificuldades tenham sido ultrapassadas com a experiência: *“No início foi muito complicado, ainda por cima eu nunca tinha trabalhado com idosos antes, e ela não confiava em mim e recusava um bocado tudo o que eu queria fazer, mas com o passar do tempo ela foi confiando em mim e percebeu que eu só estava ali para a ajudar.”* P5.

Segundo Hirata et al. (2011) o baixo nível de qualificação requerida para o exercício desta atividade pode ter, também, como origem a fragilidade/precariedade da profissão. É, de facto comum no contexto desta atividade a ausência de contrato de trabalho: “*Trabalho a recibos verdes, estou ligada a uma empresa que é que me conecta aos utentes que precisam de cuidados, mas não há um contrato. Por um lado, dá-me mais liberdade, consigo gerir o meu tempo e consigo ter uma liberdade que a trabalhar por conta de outrem não conseguia, mas ao estar a recibos não tenho outras regalias como férias, subsídios tanto o de almoço, como de férias e de Natal ou de turnos porque trabalho por turnos, não é?*” (P4). Semelhante aos resultados encontrados por Figueiredo et al. (2021) e Stone et al., (2013) que identificam a ausência de contratos, assim como de direitos e garantias entre os cuidadores de apoio domiciliar.

Tabela 3- Exemplos de verbalizações sobre o percurso profissional

Percurso profissional	Alternativa ao desemprego	<i>Eu era professora de inglês, trabalhei sempre no ensino particular. E começaram a fechar algumas escolas a haver menos meninos e eu comecei a achar que estava na hora de procurar uma outra profissão e apercebi-me que nesta área havia pouca oferta então procurei.... (P1)</i> <i>Eu não fiz estágio quando eu saí da faculdade não era obrigatório fazer estágio e depois não podia concorrer porque eu concorria sempre ao mini-concurso, e não podia concorrer e então depois eu pensei o que é que eu vou fazer agora, e depois também a idade ia passando, não é? E resolvi. Comecei por uma amiga minha que tinha o pai que tinha sido operado a um cancro no intestino e falou comigo “Oh F, estou a precisar de uma pessoa e tal” e eu resolvi fazer a experiência. Olha, e tenho andado assim. (P2)</i>
	Formação certificada	<i>Procurei formação, não fiz uma grande formação, mas fiz aquilo que eu acho que foi o básico, o principal e tive a sorte de ter muitos bons formadores que me prepararam muito bem para o que me esperava, para aquilo que eu iria ter que fazer. (P1)</i> <i>Eu fiz o curso de auxiliar de geriatria (...) fiz a minha formação, paguei-a, paguei forte e feio porque não há, eu não conheço muitos centros de formação, pode haver eu não conheço a verdade é essa, eu não conheço muitos centros de formação. Então acabei por optar por um centro de formação em que a formação realmente era cara, porque é uma área que começa a te muita saída sabes. (P3)</i>
	Aprendizagem na prática	<i>Não, não fiz nenhuma. Aprendi, chegava lá e ensinavam-me como era. Por exemplo o Sr. A era ostomizado, tinha aquele saquinho de lado quando cortam o intestino, fica o saquinho de lado e aquilo é preciso saber mudar o saco e essas coisas todas e ensinaram-me como é que era, e eu aprendi. Mas também já lidei com várias pessoas com outras doenças, com Alzheimer, com Parkinson e, olha, fui lendo muito, falando com quem era entendido, e fazendo aquilo que me diziam, mas não fiz nenhuma formação. (P2)</i> <i>Não fiz formação, até agora o que fui aprendendo com o tempo e o que a família da idosa me ensinou, acho que é suficiente. (P5)</i>
	Ser novata na atividade	<i>A adaptação nem sempre é fácil, porque eles, quando aparece uma pessoa de novo eles rejeitam, depois é preciso uma pessoa ter um certo jeito para tentar chamá-los a si. Porque o início, o primeiro impacto não é fácil. Com a experiência, depois de passar por muita gente vamos aprendendo a lidar com diferentes pessoas, diferentes limitações e tal. (P2)</i>

	<i>No início foi muito complicado, ainda por cima eu nunca tinha trabalhado com idosos antes, e ela não confiava em mim e recusava um bocadinho tudo o que eu queria fazer, mas com o passar do tempo ela foi confiando em mim e percebeu que eu só estava ali para a ajudar. (P5)</i>
Estatuto de trabalhador a independente	<i>É assim, eu trabalho a recibos verdes, com tudo o que isso quer dizer. Trabalho para uma empresa que até é daquelas que paga um bocadinho melhor, mas pronto com tudo o que os recibos verdes têm de inconveniente. (P1)</i>
	<i>Trabalho a recibos verdes, estou ligada a uma empresa que é que me conecta aos utentes que precisam de cuidados, mas não há um contrato. Por um lado, dá-me mais liberdade, consigo gerir o meu tempo e consigo ter uma liberdade que a trabalhar por conta de outrem não conseguia, mas ao estar a recibos não tenho outras regalias como férias, subsídios tanto o de almoço, como de férias e de Natal ou de turnos porque trabalho por turnos, não é? (P4)</i>

No que diz respeito às tarefas realizadas no âmbito da atividade em serviço de apoio domiciliário (cf. Tabela 4), estas são diversas e variam consoante o contexto e o utente: *“Depende de utente para utente, o utente pode ser completamente dependente como ser semi-dependente ou até independente, mas a precisar de algum apoio por qualquer motivo”* P1. Ainda assim, as tarefas mais referidas pelas cuidadoras relacionam-se, sobretudo, com a prestação de cuidados de higiene, preparo e auxílio na alimentação e administração de medicamentos. Realizadas estas tarefas essenciais, as cuidadoras asseguram apoio e companhia aos utentes: *“Fazemos atividades para a senhora estar entretida, como por exemplo jogos de memória ou ler as notícias.”* P5.

Além destas, realizam ainda algumas tarefas domésticas que embora não se relacionem especificamente com o cuidado direto ao idoso, são, ainda, tarefas essenciais para o conforto e bem-estar do utente: *“Às vezes, um pouco na higiene da casa, se é um utente que vive mesmo sozinho podemos ter de fazer uma pequena limpeza”* P1.

Tal como verificou Figueiredo et al. (2021) a maioria dos cuidadores relata que as suas tarefas diárias vão para além dos cuidados ao idoso, ficando responsáveis também pela limpeza da casa e preparação da alimentação do utente e da família.

Tabela 4- Exemplos de verbalizações de atividade de trabalho

Atividade de trabalho	Prestar cuidados de higiene	<i>Fazemos uma higiene na cama, ou vamos com o utente até ao quarto de banho e fazemos a higiene ajudamos a vestir. (P1)</i>
		<i>Da parte da tarde também tenho higiènes, mas são diferentes das da manhã porque já não é o banho integral não é higiènes da pessoa é uma higiene da fralda é mudar a fralda. (P3)</i>
	Alimentar	<i>Faço massagem nos pés da senhora e trato dos cuidados de higiene pessoal como por exemplo ajudar a tomar banho e muda de fralda. (P5)</i>
		<i>Às vezes caso seja um utente dependente podemos ter que lhe dar o pequeno-almoço. (P1)</i>

	<i>Depois o último senhor vou servir o jantar e deitar o senhor, é um serviço menos pesado. (P4)</i>
	<i>Eu chego ao trabalho por volta das 20:00, preparo e dou o jantar à senhora. (P5)</i>
Administrar medicação	<i>Aquilo que se faz é o comum é o que tem de se fazer no dia-a-dia: é ter a comidinha a horas é comer e ter os medicamentos certos na hora e, pronto, é rotinas. (P2)</i>
	<i>No final de jantar, dou-lhe os comprimidos que a senhora tem de tomar. (P5)</i>
Fazer companhia	<i>Acima de tudo, também levar-lhes uma palavra amiga, um sorriso o dizer “hoje está muito bem-disposto, vamos lá trabalhar, fazer a nossa vida.” Pronto, ser uma pessoa com quem eles podem contar e que estamos lá para os ajudar. (P1)</i>
	<i>Fazer companhia à pessoa, porque eu tenho que justificar a hora que estou ali, então, fico a fazer companhia à pessoa, fico a ver televisão, ou a cortar umas unhas, ou sei lá. Qualquer coisa, agora neste momento, acabo o meu dia a jogar dominó com o senhor. (P3)</i>
	<i>Fazemos atividades para a senhora estar entretida, como por exemplo jogos de memória ou ler as notícias. (P5)</i>
Prestar cuidado das casas	<i>Às vezes, um pouco na higiene da casa, se é um utente que vive mesmo sozinho podemos ter de fazer uma pequena limpeza, não são limpezas a fundo porque não estamos lá na casa tempo suficiente. (P1)</i>
	<i>Deixo sempre o quarto assim arrumadito, e abro as janelas para sair os cheiros. (P3)</i>
	<i>Depois posso dar um jeito ao quarto, mudar a cama se for preciso. (P4)</i>

Associada à reflexão sobre a atividade de trabalho, as participantes identificaram alguns constrangimentos (cf. Tabela 5). Estes constrangimentos relacionam-se com o trabalho com o idoso e com o facto de o local de trabalho ser no espaço privado da residência da pessoa a quem são prestados cuidados.

Destaca-se a recusa do utente como um dos principais constrangimentos. Tal acontece quando a cuidadora tem uma tarefa programada e o utente não permite que a mesma se realize: *“Acontece no apoio domiciliário, de a pessoa não querer tomar banho, e nós ficamos ali naquela... mas hoje é dia de banho, o que é que eu faço?”* (P1). Esta situação agrava-se quando o utente vive sozinho e não há a possibilidade de recorrer a um familiar para a auxiliar. Acresce ainda o facto de o local de habitação poder não ter as condições necessárias, dificultando a prestação de cuidados: *“Pode acontecer de uma pessoa estar a pensar “olha hoje vamos tomar banho” e depois não há água quente.”* (P1). Algo já mencionado por Colombo et al. (2011), o cuidado domiciliário pode implicar circunstâncias de trabalho em locais menos favorecidos e em situações domésticas difíceis.

Estes constrangimentos exigem das mesmas uma constante adaptação e procura de alternativas, de forma a encontrarem a melhor solução para enfrentar as diferentes situações,

e para que seja possível às mesmas prestar os cuidados necessários e da forma que consideram adequada.

A presença dos familiares, embora se mostre uma ajuda na maioria das situações, pode também surgir como um constrangimento dificultando o trabalho e criando outras exigências: *“as famílias às vezes dificultam um bocado, porque há algumas que estão presentes e querem se intrometer no meu trabalho (...).”* (P4).

Destaca-se ainda a referência a constrangimentos relacionados com o estado de saúde dos utentes, podendo apresentar sintomas desconhecidos para as cuidadoras: *“A medicação para o Parkinson fá-los ter muitos delírios, por exemplo, o Sr. A dizia que havia gente em casa, e falava, das primeiras vezes assustava-me, uma vez fui direita à cozinha com uma faca na mão (...).”* (P2). Verifica-se que esta falta de conhecimento acerca da doença e de competências para gerir os sintomas e manifestações da mesma, pode ser indutor de elevados níveis de stress, de sobrecarga e de insatisfação (Barbosa et al., 2011).

As dificuldades referidas vão ao encontro dos dados partilhados por Barbosa et al. (2011) onde são manifestadas dificuldades relativas à interação com o utente e com a família dos utentes, ao desconhecimento relativo a certas doenças, à falta de tempo e dificuldade de organização e planeamento de atividades.

As cuidadoras que trabalham em diferentes locais referem ainda uma preocupação relacionada com as deslocações entre os diferentes domicílios e o cumprimento de horários: *“ter de ir de um utente para o outro, nós temos ali uma hora para fazer o serviço num utente e ter só 15 min para a deslocação para uma coisa que podemos precisar de 20 a 30 min”* (P1). Verificou-se também no diário de atividade que as cuidadoras nesta situação despendem entre 1h a 2h30 por dia em deslocações, o que implica despesas adicionais e pressão acrescida, face ao trânsito e às suas implicações no cumprimento dos horários *“Os inconvenientes é os gastos com a gasolina ahah... E traz stress, ter de andar de uma casa para a outra. Numa das casas pode haver sempre atrasos o que já faz com que chegue atrasada à outra casa e depois há o trânsito, porque as casas nem sempre são perto.”* P4. Afirma-se ainda a ausência de compensação e de apoio pelo tempo e despesas envolvidas no trajeto que as cuidadoras necessitam de realizar para fazer o seu trabalho.

Tabela 5- Exemplos de verbalizações sobre constrangimentos

Constrangimentos	Recusa dos idosos	<i>Acontece no apoio domiciliário, de a pessoa não querer tomar banho, e nós ficamos ali naquela..., mas hoje é dia de banho, o que é que eu faço? (...) Porque se o idoso bater o pé que não quer, não quer, e não quer, e eu não posso obrigar a não ser que esteja algum familiar ao lado e diga “não, é para” eu não vou estar a obrigar a pessoa fazer uma coisa que não quer. P1</i>
		<i>Também às vezes recusam-se a tomar banho todos os dias, embora a maioria deles está acamado e isso fá-los suar mais e transpiram e é preciso, senão eles podem até fazer infeções e feridas. P4</i>
	Condições de trabalho adversas	<i>Pode acontecer de uma pessoa estar a pensar “olha hoje vamos tomar banho” e depois não há água quente, por exemplo (...). Mas também, por exemplo, pode surgir de querer fazer uma refeição e deparar-me por exemplo com um frigorífico vazio, o que também não é fácil... P1</i>
		<i>Eu fui a uma senhora, eles davam banho à senhora com um esfregão da louça. Tipo uma esponja da louça. É uma esponja a verdade é essa. P3</i>
	Exigências dos familiares	<i>As famílias são muito importantes, às vezes são mais complicadas do que os próprios utentes, também não conhecem as pessoas e até se habituarem ao nosso trabalho também ficam ali um bocadinho..., (...) há aquelas famílias mais picuinhas, mas temos de aceitar porque temos de nos pôr no papel deles. Embora às vezes não perceba porque é que é assim porque não têm motivo para, mas cada um é como é, e temos que nos respeitar a todos, não é?... P1</i>
		<i>E depois vem este filho, e depois vem aquele filho, e depois vem o neto (...), vêm os filhos, tenho de estar ali a fazer cerimónia, é exaustivo. P3</i>
		<i>As famílias às vezes dificultam um bocado, porque há algumas que são presentes e querem se intrometer no meu trabalho (...). P4</i>
	Desconhecimento sobre o estado de saúde dos utentes	<i>Podem surgir imprevistos como sentir que a respiração está mais ofegante ou tar com mais tosse ou expetoração dificuldade em respirar. Aí depende, vemos se conseguimos contornar a situação ou não, se não, há sempre o telefone. No caso de podermos, falamos com a família para expor a situação, ou então 112, que é sempre aquele caso que ajuda se for preciso. P1</i>
		<i>A medicação para o Parkinson fá-los ter muitos delírios, por exemplo o Sr. A dizia que havia gente em casa, e falava, das primeiras vezes assustava-me, uma vez fui direita à cozinha com uma faca na mão, porque não tinha mais nada e pensei que tinha entrado alguém lá, porque ele estava “vai-te embora, vai-te embora” e depois eu entrei no quarto e vi que ele estava lá sozinho, e ele a dizer-me “mande esse tipo embora” e eu disse “que tipo?” e ele ficou furioso então eu depois já aprendia, depois ele dizia-me “mande-os embora, mande aquela mulher embora que não se cala” e eu disse “esteja descansado que eu vou já pô-los fora. Faz favor de ir já tudo à minha frente” ia até à rua abria a porta vinha ter com ele “já foi tudo embora” e ele ficava todo contente. P2</i>
	Deslocações	<i>O maior problema é o stress de ter de ir de um utente para o outro, nós temos ali uma hora para fazer o serviço num utente, e ter só 15 min para a deslocação para umas coisas que podemos precisar de 20 a 30 min, aquele stress ali do vai a correr é o mais complicado. (P1)</i>
		<i>Porque o que se despende muito tempo é nas viagens não é propriamente na higiene em si, eu faço 3 higiene e mais uma hora e tal em viagens (P3)</i>
		<i>Os inconvenientes é os gastos com a gasolina ahah... E traz stress, ter de andar de uma casa para a outra. Numa das casas pode haver sempre atrasos o que já faz com que chegue atrasada a outra casa e depois há o transito porque as casas nem sempre são perto.”P4</i>

3.2 Fatores de risco: *“é um esforço físico muito grande, porque é, aliado muitas vezes a um esforço psicológico”*

No que diz respeito aos fatores de risco (cf. Tabela 6), a realização de esforços físicos intensos associada a tarefas como dar banho, mudar a fralda ou mobilizar o utente constituem as principais dificuldades referidas pelas cuidadoras: *“Dar banho ou mover custa muito, porque eles pesam muito, por exemplo eu tinha uma senhora que era magrinha, magrinha, mas movê-la da cama? Parecia o chamado peso morto.”* (P2). As queixas permanentes de dores musculoesqueléticas, especialmente na coluna, são percebidas como relacionadas com as atividades diárias de cuidar de idosos, que envolvem cargas pesadas e a adoção de posturas penosas (Wipfli et al., 2012). Para além da ausência de formação em técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes, estas trabalhadoras trabalham de forma individual, o que constitui, em si mesmo, um fator de agravamento destas queixas.

Para além destes fatores, destacam-se os fatores de risco ligados ao horário de trabalho intenso. As participantes fazem referência a trabalhar todos os dias da semana e, por vezes, mais de 8h por dia: *“eu saio de casa às 16h, o mais tardar, para estar aqui para ele poder lanchar às 17h, quer dizer, e saio no outro dia nunca antes das 10h e ao fim de semana ao meio dia, quer dizer, quase que acabo por estar aqui o tempo todo”* (P2). Para além da jornada prolongada de trabalho, estão expostas ao trabalho em regime de turnos, e em horários noturnos.

Longas horas de trabalho, variabilidade de horário e a falta de descanso têm efeitos sobre a saúde física, psicológica e o bem-estar dos trabalhadores (Eurofound & EU-OSHA, 2014). No entanto, o horário de trabalho irregular e atípico, como trabalhar à noite, aos fins-de-semana e mudanças frequentes no horário de trabalho verifica-se como característico da atividade de trabalho como cuidador (EIGE, 2020).

É também característico, segundo as cuidadoras, o contacto com a perda dos utentes: *“Ó pá, é a vida, se eu estivesse a tomar conta de crianças, eu pensava “vou vê-lo crescer”, mas não é o caso, para mim é o pior, é isso, é o inevitável de perder as pessoas”*(P3). Assim como, o contacto com a perda de capacidades do utente e o confronto com o próprio envelhecimento, que revelam ter grande impacto emocional sobre as mesmas: *“para mim, é como se fosse um espelho, portanto eu estou a ver o que me poderá acontecer (...) põe-nos em confronto com a nossa própria vida e com a nossa própria morte. Isto é terrível”* (P2). Vicente e Oliveira (2015) verificam, também, que o confronto do cuidador com a dor, sofrimento e até a morte do utente, são apontadas como as situações menos desejáveis e

indutoras de problemas de saúde mental. Na mesma linha, também Suzuki (2013) identifica que ver o idoso, mesmo com a prestação de todos os cuidados, perder as suas capacidades progressivamente, traz sofrimento ao cuidador.

Verificam-se riscos associados ao trabalho realizado de forma solitária, estas cuidadoras trabalham sempre sozinhas, o que as vulnerabiliza face à exposição a comportamentos adversos por parte dos utentes: “*se tivermos de apanhar assim uma sapatadita também apanhamos.*” (P1). Estes comportamentos agressivos ou violentos representam um fator de elevado stress para as cuidadoras (Schablon et al., 2012).

Desta forma, as cuidadoras têm a perceção de que assumem papéis que ultrapassam o cuidar e assumem uma elevada responsabilidade, destacando a subvalorização que lhes é consignada: “*não é justo, ninguém dá valor, nem nós ganhamos em função daquilo que fazemos, porque nós muitas vezes somos empregados de limpeza, somos auxiliares de geriatria, somos um bocadinho enfermeiros, somos um bocadinho psicólogos, desculpendo-me, não é ... é uma responsabilidade muito grande.*” (P1).

Tabela 6- Exemplos de verbalizações sobre fatores de risco

Fatores de risco	Esforços físicos intensos	<i>Ter de fazer um transporte, tirá-los da cama, pôr um bocadinho num cadeirão enquanto fazemos a cama e depois voltar para a cama. (P1)</i>
		<i>Mas, quando tenho de mudar fraldas, há pessoas pesadas que não fazem o mínimo de esforço e uma pessoa tem de estar ali a agarrar nas pernas. (P2)</i>
		<i>Dar banho ou mover custa muito, porque eles pesam muito, por exemplo, eu tinha uma senhora que era magrinha, magrinha, mas movê-la da cama? Parecia o chamado peso morto. Ela não dava um jeitinho que fosse, era terrível. (P2)</i>
	Horários irregulares, prolongados, diurnos e noturnos, sem pausas	<i>Eu saio de casa às 16h, o mais tardar, para estar aqui para ele poder lanchar às 17h, quer dizer, e saio no outro dia nunca antes das 10h e ao fim de semana ao meio-dia, quer dizer, quase que acabo por estar aqui o tempo todo. (P2)</i>
		<i>Neste momento, estou a fazer 4h ou 5 diárias. Ao fim de semana, 10h ao sábado e 16h ao domingo. (P3)</i>
		<i>Faço sempre das 20h às 8h. (P5)</i>
	Lidar com a morte	<i>Por muito que queira, a gente vai ganhando uma frieza, que é uma frieza para dizer ok eu estou a cuidar dele, mas a qualquer momento... Ó pá, é a vida, se eu estivesse a tomar conta de crianças eu pensava “vou vê-lo crescer”, mas não é o caso, para mim é o pior, é isso, é o inevitável de perder as pessoas. (P3)</i>
		<i>Nós, ao passar tanto tempo com eles acabamos por nos apegar às pessoas, nós estamos diariamente com eles e acaba por haver alguma ligação e quando algum parte, acaba por haver sempre um vazio principalmente aqueles, com aqueles que me dou melhor. É uma carga emocional grande. (P4)</i>
	Ver-se ao espelho	<i>Para mim, é como se fosse um espelho, portanto eu estou a ver o que me poderá acontecer, põe-nos em confronto com essas situações que mais tarde ou mais cedo nós vamos passar, pronto, a não ser que a gente morra, entretanto. Mas se ficarmos digamos que o natural da vida é isto acontecer e as pessoas vão perdendo as faculdades, vão perdendo as lembranças. E isso, vou-lhe dizer, isso é, é terrível, (...) para nós que estamos a ouvir e que temos a consciência, não é,</i>

	<i>da coisa, é terrível, porque é isso põe-nos em confronto com a nossa própria vida e com a nossa própria morte. Isto é terrível. (P2)</i>
Trabalho solitário	<i>No apoio domiciliário não é muito raro nos cruzarmos né, porque eu tenho só meus utentes a minha colega tem outros. (P1)</i>
	<i>Mas também há dias que custa... Porque passo o dia todo sozinha. (P3)</i>
Comportamento agressivo	<i>Lidar com o idoso temos de saber lidar e é para ali que estamos, se tivermos de apanhar assim uma sapatadita também apanhamos. P1</i> <i>Mas, eles pensam assim “estás aqui porque precisas de ganhar e, portanto, vais aturar isto” que era o que me dizia o sr. A, e esse foi uma lição, eu depois até tive muita pena, mas dei-lhe uma lição, eu depois disse-lhe “eu não trato mal ninguém, portanto também não admito que me trate, se me continua a tratar assim eu vou-me embora” e fui, fui-me embora. P2</i>
Incompatibilidade – esforço – recompensa	<i>Independentemente de ser apoio domiciliário, de trabalhar numa IPSS ou de trabalhar para um patrão particular, não é justo, ninguém dá valor, nem nós ganhamos em função daquilo que fazemos, porque nós muitas vezes somos empregados de limpeza, somos auxiliares de geriatria, somos um bocadinho enfermeiros, somos um bocadinho psicólogos, desculpando-me, não é ... é uma responsabilidade muito grande, é um esforço físico muito grande, porque é. Aliado muitas vezes a um esforço psicológico. Nós de maneira nenhuma estamos com uma remuneração que se possa dizer que é correta, não me quero pôr acima de ninguém, como é óbvio, mas acho que ganhar o salário mínimo para se trabalhar numa situação destas, não é o correto. Porque é uma profissão que realmente é muito, muito, muito cansativa, é preciso gostar-se muito, tentar relaxar muito, respirar fundo muitas vezes. (P1)</i> <i>Acho que não é uma remuneração justa claro, é muito exigente. Cada utente leva muito de nós, tanto física como emocionalmente, e nem sempre eles estão bem-dispostos, e quando alguma coisa corre mal, fico logo mais abatida, e as casas a seguir, acabam por sofrer também com isso. Os cuidados todos que nós temos, o desgaste físico é de risco, é um emprego de risco e não é valorizado. (P4)</i>

Com o surgir da pandemia de Covid-19, o setor dos cuidados a idosos foi um dos mais afetados e estas trabalhadoras viram emergir novos riscos profissionais (cf. Tabela 7). Sabendo que esta é uma atividade que não pode parar ou manter-se em regime de teletrabalho, as cuidadoras viram-se obrigadas a adaptar-se à nova realidade, não sem estarem expostas a riscos adicionais. Estas cuidadoras passaram a ter que acomodar no mesmo tempo de trabalho, que já era muitas vezes constrangido, o exercício de novas tarefas, intensificando o seu trabalho. Descreveram tarefas aumentadas ou alteradas, especialmente relacionadas com a necessidade de higienizar as casas dos utentes: “*Eu tenho de desinfetar as coisas pelo menos de 2 em 2 dias, a cama o puxador, as ombreiras porque vai lá mais gente, outras cuidadoras (...)*” (P3). Estes resultados foram já apontados por Bandini et al. (2021), a limpeza adicional exige mais tempo e esforço e pode ainda ser um indutor de stress quando o utente não tem os equipamentos de limpeza adequados e pela responsabilidade de se proteger a si e ao utente.

Neste sentido, veem também emergir novas preocupações, como a preocupação de serem, elas mesmas, um fator de risco adicional para o utente: “*Sim, mesmo na minha vida*

peçoal, por exemplo, tento manter sempre distanciamento, é uma preocupação sabendo que lido no trabalho com uma senhora idosa e ainda para mais com outras dificuldades.” P5, e ainda para si e para a sua família, “Tenho de pensar que tenho de um lado crianças e do outro idosos e não me posso dar ao luxo de andar a brincar.” P3. É ainda referido por uma cuidadora que nem sempre membros da família do utente tomam as devidas precauções, expondo-a a um risco ainda maior: “eles estão nas próprias casa e então não é fácil, não se lembrar e não usam a máscara.” P3

Além disto, destacam-se fatores de risco emocional, referindo preocupação com a reação dos utentes à situação de pandemia e às medidas de combate à mesma, como o isolamento social: “senta-se ali, fica sentado em frente à televisão, a maior parte do tempo, e noto que ele fica de facto deprimido. Ele que é uma pessoa que diz que nunca teve uma depressão na vida agora está, está muito deprimido. (P2). As cuidadoras transmitiram já sentimentos de responsabilidade em proteger os utentes, física e emocionalmente, e veem esta responsabilidade exponenciada como resultado da pandemia.

À semelhança dos resultados do estudo de Bandini et al. (2021), as cuidadoras relatam alterações nas interações com os utentes como consequência do distanciamento criado pelo uso de equipamentos de proteção individual e do medo geral de contrair o vírus: “E eles não percebem o que se está a passar, às vezes até ficam desiludidos e renitentes aos cuidados porque acabou por haver um afastamento emocional (...). Até porque o equipamento usado faz com que haja uma distância física, a máscara e a viseira” P4.

Tabela 7- Exemplos de verbalizações sobre riscos emergentes pela pandemia

Riscos emergentes pela pandemia	Intensificação do trabalho	<i>Eu tenho de desinfetar as coisas pelo menos de 2 em 2 dias, a cama o puxador, as ombreiras porque vai la mais gente, outras cuidadoras. (P3)</i>
		<i>Agora ao chegar ao domicílio sou obrigada a colocar luvas, desinfetar as mãos, manter a máscara posta em todas as interações com a senhora. Tenho de trocar o calçado para calçado próprio antes de entrar em casa, assim como a roupa que tem que ser uma diferente da que usei na deslocação até ao trabalho. (P5)</i>
	Medo de se ser fator de risco para os utentes	<i>No início muito. Havia sempre uma preocupação a cada casa que ia de passar de uma casa para a outra, e isso faz com que fique mais apreensiva e já não ia com a mesma disposição. (P4)</i>
	Ter que correr o risco	<i>Sim, mesmo na minha vida pessoal, por exemplo, tento manter sempre distanciamento, é uma preocupação sabendo que lido no trabalho com uma senhora idosa e ainda para mais com outras dificuldades. (P5)</i>
		<i>Houve uma altura que eu estava a bater mal com isso. Eu tinha medo de ser uma pessoa atípica de não ter sintomas, de poder ter alguma coisa e poder passar, mas pronto comecei a ver “não sou a única” os familiares também saem, portanto, é um risco que temos de correr que se calhar eles precisam da nossa ajuda. (P1)</i>
		<i>Tenho de pensar que tenho de um lado crianças e do outro idosos e não me posso dar ao luxo de andar a brincar. Claro que tens sempre o risco, no início era uma</i>

	<i>coisa que me mexia mais, é verdade, mas agora é uma coisa que já toda a gente sabe. (P3)</i>
Lidar com as emoções dos utentes	<i>O que é que acontece, ele sente-se muito sozinho (...). O filho telefona-lhe todos os dias, mas não faz companhia nenhuma, então com esta história ele ao fim de semana gostava de ir... (...) E, sobretudo o fim-de-semana, para ele é terrível. Chega senta-se ali, fica sentado em frente à televisão, a maior parte do tempo e noto que ele fica de facto deprimido. Ele que é uma pessoa que diz que nunca teve uma depressão na vida agora está, está muito deprimido. (P2)</i> <i>Não é fácil nem para ele, nem para nós. E eles não percebem o que se está a passar, às vezes até ficam desiludidos e renitentes aos cuidados porque acabou por haver um afastamento emocional (...). Até porque o equipamento usado faz com que haja uma distância física, a máscara e a viseira. (P4)</i>

Verificam-se, no entanto, alguns recursos que atenuam os riscos referidos (cf. Tabela 8). Os familiares dos utentes demonstram ter um papel importante, sendo identificados como uma fonte de suporte e auxílio. São referidos, no diário de atividade, como um fator facilitador do trabalho, sendo apontados como “compreensivos” e “colaborativos”. As cuidadoras revelam ter uma boa relação com os familiares dos utentes, desenvolvendo inclusive um sentimento de pertença. Referem que os mesmos demonstram reconhecimento e valorização pelo seu trabalho: “*na sexta à tarde quando fui fazer a higiene desta senhora, que eu faço as 8h e as 14h, ela veio-me dar uma caixinha de amêndoas e isso é reconhecimento, é reconhecer o teu trabalho, que eles gostam.*” (P3).

Aliado a isto, as cuidadoras revelam um sentimento de gratificação pessoal ao observarem os benefícios que a sua atividade traz àqueles de quem cuidam e ao seu bem-estar, reconhecendo também elas a importância do seu trabalho: “*A confiança que têm em nós, o carinho que mostram muitas vezes por nós, a satisfação que mostram quando nós chegamos, a despedida, o dizer “vá com Deus, que Deus a proteja” (...), mas sente-se que eles sentem qualquer coisa por nós e isso é muito gratificante.*” (P1).

As cuidadoras manifestam um sentimento de grande satisfação com as atitudes que os utentes têm para com elas, como forma de retribuir os cuidados que elas lhes prestam, à semelhança do que é relatado no quadro de outros estudos, nomeadamente, no de Guerra et al. (2019)

O reconhecimento do trabalho constitui um valor importante de neutralização dos aspetos negativos do trabalho. Segundo Ferreira (2011), o sofrimento causado pelo trabalho pode levar a problemas de saúde psicológica e o reconhecimento do mesmo pode transformar este sofrimento em prazer, ou melhor, pode dar um outro sentido ao sofrimento.

Tabela 8- Exemplos de verbalizações sobre fatores protetores

Fatores protetores	Reconhecimento pela família	<i>Eu sinto que eles dão valor àquilo que eu faço, porque eles já o fizeram e acabaram por chamar, porque não conseguiam aguentar mais. Porque já não tinham capacidades para mais, ou porque a pessoa ficou mais dependente, já não têm força, já não conseguem. (...) Eu, neste momento, tenho duas pessoas, agora já não é duas porque uma foi para um lar, mas tinha 2 casas que eu chegava todos os dias e tinha um cafezinho e um bolo à minha espera sempre. Agora é só uma, mas ontem, por exemplo, foi a Páscoa e deixaram-me uma caixinha de amêndoas agora no serviço da noite, na sexta à tarde quando fui fazer a higiene desta senhora que eu faço as 8h e as 14h ela veio-me dar uma caixinha de amêndoas e isso é reconhecimento, é reconhecer o teu trabalho, que eles gostam. (P3)</i>
		<i>Fazem-nos sentir como se estivéssemos em casa, e sabemos que estão sempre recetivos para nos ajudar em qualquer dificuldade que possamos ter ou sentir nas tarefas do nosso trabalho. No meu caso, sou sempre muito bem recebida pelos familiares da utente, sinto-me parte da família. (P5)</i>
	Reconhecimento pelo próprio	<i>A satisfação dos utentes, o sorriso com que eles nos recebem o sentir também as famílias satisfeitas com o serviço que nós fazemos, mas acima de tudo a confiança que eles depositam em nós (...). A confiança que têm em nós, o carinho que mostram muitas vezes por nós, a satisfação que mostram quando nós chegamos, a despedida o dizer “vá com Deus, que Deus a proteja” (...), mas sente-se que eles sentem qualquer coisa por nós e isso é muito gratificante. (P1)</i>
		<i>Na hora de eu ir embora diz assim, mas não é sempre, uiii é uma vez de 2 em 2 meses “já vai embora?” “Já, dona A, já vou embora” “não caia” e esse não caia dela é sinal de preocupação, é sinal de opá eu sei que é a maneira dela de dizer que se preocupa e que no fundo até gosta. Para mim, aquilo que eu mais gosto mesmo é ver as pessoas felizes e satisfeitas por eu estar ali, por os ter ajudado” (P3)</i>
		<i>“Saber que eles estão com bons cuidados, saber que ao fim do dia eles ficam satisfeitos com o meu cuidado, apesar de às vezes não quererem, depois ficam satisfeitos por estarem limpinhos e bem cuidados” (P4)</i>

3.3 Impactos do trabalho: “quando vimos para esta profissão já sabemos que corremos o risco”

No que toca aos impactos do trabalho verificam-se incompatibilidades entre o trabalho e vida familiar decorrentes, principalmente, da conflitualidade de horários (cf. Tabela 9). Como já foi referido, estas trabalhadoras trabalham todos os dias, inclusive ao fim de semana, e por vezes em horários atípicos o que dificulta a conciliação do trabalho com a vida familiar: “Eu não tenho um dia que digo assim, hoje vou ficar de pijama em casa, vou fazer as lides domésticas, vou dar uma volta com as minhas filhas, eu não tenho isso, não sei o que é isso.” P3. Alguns estudos apontam que os sistemas de turnos, que incluem trabalho noturno, rotativo e aos fins-de-semana são os mais penosos para os trabalhadores, pois o tempo livre ao fim do dia e aos fins-de-semana é percebido como tendo grande valor em termos de contacto familiar e de atividades sociais (Handy, 2010; Li et al., 2014). Estes

efeitos têm implicações para o bem-estar emocional e social dos trabalhadores (Matheson et al., 2014). Embora as cuidadoras atribuam uma carga negativa a esta situação, entre as respostas emergiram falas que demonstram uma certa normalização e aceitação desta característica como sendo intrínseca à profissão: “*mas pronto, é uma opção, quando vimos para esta profissão já sabemos que corremos o risco*” (P1).

Da mesma forma, verificam-se relatos de falta de tempo para descansar: “*Eu saio da noite e entro num serviço de manhã, eu não tenho tempo de vir a casa dormir, tenho de seguir, tenho de seguir para outro trabalho.*” (P3). Figueiredo et al. (2021) assinalam que este cuidado de longa duração, sem o descanso necessário traduz impactos negativos, tanto na saúde física, como mental e emocional dos cuidadores formais.

Tabela 9 - Exemplos de verbalizações sobre impactos na vida pessoal e familiar

Impactos na vida pessoal e familiar	Difícil conciliação trabalho-família	<i>Mas, torna-se um bocadinho desgastante, os 7 dias da semana, mesmo trabalhando às vezes, poucas horas por dia, às vezes é um bocadinho frustrante uma pessoa não conseguir estar um fim-de-semana com a família (...) mas pronto, é uma opção, quando vimos para esta profissão já sabemos que corremos o risco. (P1)</i>
		<i>Eu não tenho um dia que digo assim, hoje vou ficar de pijama em casa, vou fazer as lides domésticas, vou dar uma volta com as minhas filhas, eu não tenho isso, não sei o que é isso. (P3)</i>
	Ausência de descanso	<i>Eu preciso de tempo para mim, pode até nem ser para nada, nem que seja para estar estendida em cima da cama a não fazer nada, mas preciso de tempo para mim. (P2)</i>
		<i>Mexe, porque eu saio da noite e entro num serviço de manhã, eu não tenho tempo de vir a casa dormir, tenho de seguir, tenho de seguir para outro trabalho. (...) É assim, eu já sei que ao domingo tenho aquela noite, já estou mentalizada que vou fazer aquela noite, já sei que a segunda-feira me vai custar, portanto já estou a contar. Saio segunda às 8h e entro às 8.30 (P3)</i>

A necessidade de fazer esforços intensos, e ainda o facto de estas tarefas serem desenvolvidas sem auxílio, está associado a um desgaste físico, verificando-se no diário de atividade que são relatadas dores em vários locais do corpo. Este esforço leva a que estas trabalhadoras fiquem mais debilitadas e que sejam agravados problemas de saúde já existentes, ou ainda que surjam novos problemas de saúde (Tabela 10). Como se verifica no relato das participantes: “*Fui operada à coluna (...) eu tinha uma hérnia discal que estava a comprimir já o nervo*” (P1); “*Já começo a notar, dores nas costas aqui na zona lombar, sim, com o tempo começa a dar sinais.*” (P2); “*Eu tenho uma contratura muscular que o médico disse que por muito que ela se vá desfazendo e vá ajudando, ela nunca vai desaparecer totalmente (...) esta contratura muscular eu fiz uma vez a pegar num senhor*” (P3). Problemas crónicos, hérnia de discal, dores na coluna vertebral, osteoporose e

hipertensão arterial são alguns dos problemas de saúde associados ao trabalho como cuidadoras, e que podem ser desenvolvidos no quotidiano de trabalho, em resultado das muitas horas dedicadas ao cuidado do outro (Marigliano & Gil, 2018).

Um outro problema de saúde assinalado pelas cuidadoras, é o impacto do trabalho na saúde psicológica indicando por diversas vezes no diário de atividade impactos como “stress”, “ansiedade” e “cansaço psicológico” algo que foi novamente reforçado na entrevista: *“Mas eu tenho sempre 1000 coisas para fazer, então eu ando sempre stressada, (...) claro que eu deixei de fazer o sábado à tarde porque eu estava a chegar a um ponto em que não estava a aguentar os nervos, eu dei por mim a chorar no domingo à noite no trabalho (...)”* (P3). Tal como no estudo de Marigliano e Gil (2018), verifica-se que a carga de cansaço psicológico revelada pelas trabalhadoras se deve a diferentes motivos, como o tempo dispensado com cuidados aos idosos, assim como aumento da sobrecarga de cuidados ao longo do tempo e ainda o estado mental e funcional do utente.

Ao mesmo tempo, as cuidadoras demonstram atribuir a si mesmas a culpa de alguns problemas de saúde desenvolvidos na atividade de trabalho: *“Mas, às vezes também uma pessoa facilita, “ah esta senhora é tão magrinha é fácil, só que depois é magrinha, mas é um esforço na mesma e com o tempo acabo por sentir dores e acho que não fiz nada de mal, mas nessas pequenas coisas o corpo acaba por se ressentir.”* (P4).

Em função disto, é possível perceber que este cuidado de longa duração, sem descanso necessário, tem um impacto negativo, tanto na saúde física, como mental e emocional destas cuidadoras formais. Tendo em conta os impactos na saúde destas trabalhadoras, as mesmas referem ainda dificuldades em manter este ritmo de trabalho até à idade da reforma: *“Não aguento até à reforma, eu se com 23 anos já sinto mazelas já sinto dores e já tenho complicações, acho que daqui a uns aninhos... até porque com o passar dos anos a nossa capacidade física e psicológica já não é a mesma e estar a tratar de alguém que está debilitada não é fácil... leva muito de nós.”* (P4).

Também Bauer et al. (2018) verificam que mais da metade destes cuidadores não pretende trabalhar neste setor até atingir a idade da reforma por se sentirem física e/ou mentalmente incapazes de o fazer.

Tabela 10 - Exemplos de verbalizações sobre impactos na saúde

Impactos na saúde	Lesões	<i>Fui operada à coluna (...) eu tinha uma hérnia discal que estava a comprimir já o nervo. Mas, isso acontece em todos, tanto faz ser em apoio domiciliário, como em lar, como num centro de dia, pode acontecer em qualquer circunstância. Lógico que o facto de fazer esforços foi prejudicando sem dúvida nenhuma a minha situação. (P1)</i>
	Dores	<i>Já começo a notar, dores nas costas aqui na zona lombar sim, com o tempo começa a dar sinais. (P2)</i> <i>Sinto dores de costas e sei que é por causa do esforço físico. Na altura não me apercebo, mas por exemplo ainda ontem estive a fazer algumas tarefas domésticas na minha casa, e comecei a notar algumas dificuldades e dores a fazer alguns movimentos. (P5)</i>
	Contraturas	<i>Eu tenho uma contratura muscular que o médico disse que por muito que ela se vá desfazendo e vá ajudando, ela nunca vai desaparecer totalmente (...) esta contratura muscular, eu fiz uma vez a pegar num senhor eu senti mesmo a prender. Tive a fazer fisioterapia tive pelo médico, tudo..., mas vou ter sempre isto, foi o que ele disse, vou ter sempre. (P3)</i>
	Stress	<i>Um horário assim como o que eu tenho, não me dá tempo para nada, eu ando num stress desgraçado (...). Ando sempre num stress por causa dos horários. (P2)</i> <i>Mas eu tenho sempre 1000 coisas para fazer, então eu ando sempre stressada, (...) claro que eu deixei de fazer o sábado à tarde, porque eu estava a chegar a um ponto em que não estava a aguentar os nervos, eu dei por mim a chorar no domingo à noite no trabalho, porque não estava com paciência para ouvir a senhora nha nha nha nha nha e está ali horas, e ó pá coitada da senhora, é a doença dela, pior está ela. Mas, eu já não tenho paciência para estar ali, estava tão nervosa, já não conseguia comer, não me conseguia sentar nada porque estou cansada de trabalhar sem descanso, porque eu trabalho todos os dias, o único dia que não entro às 8.30 da manhã, eu entro às 8h e nunca posso descansar. (P3)</i>
	Culpa sua	<i>Às vezes, também tenho de dar a mão à palmatória, porque nós queremos que o serviço ande (...), porque vemos as horas a passar, e o utente tem de tomar o pequeno-almoço, e há certos esforços que fazemos sozinhos que se calhar deviam ser feitos com outro colega". (P1)</i> <i>Falando por mim, eu tenho dificuldade de manter a calma comigo, não é com eles porque eu estou habituada a um ritmo alucinante de vida, não de trabalho, de vida, ando sempre a correr de um lado para o outro, zau zau zau. E eles não têm culpa (...). (P3)</i> <i>Mas, às vezes também uma pessoa facilita, "ah esta senhora é tão magrinha é fácil, só que depois é magrinha, mas é um esforço na mesma e com o tempo acabo por sentir dores e acho que não fiz nada de mal, mas nessas pequenas coisas o corpo acaba por se ressentir. (P4)</i>
	Trabalhar até à reforma	<i>Eu sendo muito sincera, ainda estou com vontade de continuar, mas se calhar tentar uma instituição com apoio domiciliário que trabalhe menos horas, que seja diferente (...) em que faça um horário das 8h às 18h uma coisa mais certinha e que é um pouco diferente, embora haja horas, já não somos nós que vamos conduzir ou já vai ser diferente. Uma coisa dentro da mesma área, mas um pouco mais soft, mas gostava de poder continuar a trabalhar. (P1)</i> <i>Não aguento até à reforma, eu se com 23 anos já sinto mazelas já sinto dores e já tenho complicações acho que daqui a uns aninhos... até porque com o passar dos anos a nossa capacidade física e psicológica já não é a mesma e estar a tratar de alguém que está debilitada não é fácil... leva muito de nós... (P4)</i>

IV - Reflexões finais

Este estudo tinha como principal objetivo analisar a atividade de trabalho de cuidadores formais em apoio domiciliário, e os impactos e as mudanças introduzidas pela pandemia de COVID-19, através do ponto de vista destes profissionais. O foco sobre esta atividade revelou-se particularmente pertinente, sabendo que integra uma das respostas sociais dirigidas à população idosa que mais tem vindo a crescer no nosso país.

O fenómeno de envelhecimento populacional verifica-se em toda a Europa e ainda que seja cada vez mais necessária a prestação de cuidados à população idosa, verifica-se a pouca valorização atribuída a estes profissionais, destacando-se a ausência de contratos de trabalho e uma remuneração incompatível com as exigências a que se veem confrontadas na atividade. Em particular numa altura em que estas profissionais se tornaram ainda mais indispensáveis, não são mencionadas quaisquer propostas de melhoria das condições de trabalho e emprego destas cuidadoras. Durante a pandemia estas cuidadoras mantiveram-se na linha da frente, a auxiliar pessoas vulneráveis a manter uma vida digna, enfrentando desafios importantes, principalmente relacionados à incerteza e ao medo do vírus.

A atividade de cuidar tem impactos negativos na saúde física e psicológica. As cuidadoras referem sofrer de dores nas costas, lombares e de problemas ao nível dos músculos e articulações, o que é compreendido tendo em conta as exigências inerentes à atividade, designadamente os esforços físicos intensos a um ritmo com constrangimento de tempo. O impacto psicológico da tarefa de cuidar associado a longas jornadas de trabalho e intenso ritmo de trabalho, é também reforçado pela construção da relação com o utente. Há uma dificuldade em encarar os utentes como clientes, o que leva a um envolvimento emocional elevado e pode ainda ter consequência na separação da vida pessoal e familiar.

É ainda de salientar que, embora as cuidadoras refiram a entrada nesta atividade por situação de desemprego, é notória uma satisfação e gratificação pelo trabalho que desenvolvem. No entanto, não se sentem capazes para manter esta profissão até à idade da reforma se não se verificarem alterações nas condições de trabalho atuais.

Importa referir algumas limitações da investigação, entre as quais a grande dificuldade no acesso a estes profissionais. Ainda que contactadas empresas de serviço de apoio domiciliário, e ainda que as mesmas estivessem disponíveis para colaborar, os cuidadores esses não se mostravam disponíveis para participar indicando falta de tempo, e ainda algum receio e desconfiança em participar na investigação, o que contribuiu para ter

uma amostra de cinco participantes, embora tivesse sido interessante integrar mais pessoas para diversificar os pontos de vista.

Além disto, a recolha de dados ocorreu numa altura em que se vivia um período de quarentena no país, resultado da pandemia de COVID-19, o que impediu qualquer contacto presencial com as cuidadoras. Em virtude deste cenário, todas as entrevistas tiveram que ser realizadas à distância o que acarretou outras tantas limitações, verificando-se que algumas participantes não se mostravam tão confortáveis a interagir num formato de reunião por videoconferência. Seria também enriquecedor fazer uma análise da atividade das cuidadoras ao longo de uma semana de trabalho, acompanhando-as em atividade e assim poder fazer o registo do que é realizado, do tempo consignado a cada tarefa, como desempenham as tarefas, as reações a determinadas situações que lhes são impostas, as interações, entre outras dimensões de análise.

Compreender a realidade dos cuidadores formais é necessário para conhecer a complexidade das ações, experiências e exigências que envolvem o cuidado. Assim, considerando os desafios e a dificuldade do cuidado a idosos considera-se necessário dar continuidade a estudos que retomem a análise desta atividade, e que contribuam para compreender a problemática do cuidado de longa duração no domicílio e, assim, permitam construir propostas de intervenção sobre as condições de trabalho em que a atividade é exercida. É, pois, relevante potenciar a visibilidade sobre esta atividade, e intervir na regulação das suas condições de emprego – é dizer que se revela importante assegurar que sejam exigidas condições aos cidadãos que contratam estas trabalhadoras. É ainda importante requalificar esta profissão, garantindo condições para uma formação qualificada, atendendo a que a necessidade de cuidado do outro é crescente, e constitui um desafio societal incontornável numa população envelhecida.

Referência Bibliográficas

- AARP (2005), *A Report to the Nation on Livable Communities: Creating Environments for Successful Aging*, Washington, D. C., AARP.
- Alencar, M. D. C. B. D., Schultze, V. M., & Souza, S. D. D. (2010). Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, 23(1), 63-72.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paul, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2, 1-11.
- Bandini, J., Rollison, J., Feistel, K., Whitaker, L., Bialas, A., & Etchegaray, J. (2021). Home Care Aide Safety Concerns and Job Challenges During the COVID-19 Pandemic. *New Solutions : A Journal of Environmental and Occupational Health Policy : NS*, 31(1), 20–29. <https://doi.org/10.1177/1048291120987845>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M. D., & Lancman, S. (2014). Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 879-885.
- Bauer, G., Rodrigues, E., Leichsenring (2018) Working conditions in long-term care in Austria: the perspective of care professionals, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Bercovitz, A., Moss, A. J., Sengupta, M., Park-Lee, E., Jones, A., Harris-Kojetin, L. D., & Squillace, M. R. (2011). An Overview of home health aides; United States, 2007.
- Bilal, A., Saeed, M. A., & Yousafzai, T. (2020). Elderly care in the time of coronavirus: Perceptions and experiences of care home staff in Pakistan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1442–1448. <https://doi.org/10.1002/gps.5386>
- Bonfim C. J., & Veiga S. M. (1996) Serviços de Apoio Domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento). *Direcção-Geral da Acção Social*
- Born, T. (2006). A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. *Seminário Velhice Fragilizada [Internet]*.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, M. A., & Stetz, K. (1999). The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qualitative health research*, 9(2), 182-197.
- Butler, S. (2009). Women still taking care: the experiences of older home care workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 277-293.
- Butler, S. S., Simpson, N., Brennan, M., & Turner, W. (2010). Why do they leave? Factors associated with job termination among personal assistant workers in home care. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(8), 665-681.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caçote, C. M., & Faria, L. D. C. (2016). Vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique, Journal of Research Centre for Psychology of the Universidade Autonoma de Lisboa*, 13, 49-61.
- Colombo, F., Nozal, A.L., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). “Help wanted? Providing and paying for long-term care”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.
- 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 Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Dang, S., Penney, L. S., Trivedi, R., Noel, P. H., Pugh, M. J., Finley, E., Pugh, J. A., Van Houtven, C. H., & Leykum, L. (2020). Caring for caregivers during COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2197-2201. <https://doi.org/10.1111/jgs.16726>
- Decreto-lei 414/99, de 15 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). Diário da República: Série I-A , n.º 241. <https://dre.pt/application/file/a/667238>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *COVID-19: Fase de Mitigação*
- EIGE (2020), *Gender equality and long-term care at home*, Publications Office of the European Union, <https://eige.europa.eu/publications/gender-equality-and-long-term-care-home>
- Equipa Multidisciplinar de Análise de Políticas e Economia Social (2015). *Carta social: Folha Informativa nº19*. GEP
- EU-OSHA (2014), *Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

- Eurofound & EU-OSHA (2014). Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2015). *Improving working conditions in occupations with multiple disadvantages*. Publications Office of the European Union
- Eurofound (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Publications Office of the European Union
- European Agency for Safety and Health at Work (2008). *E-fact 35: Risk assessment for care workers*, EU-OSHA, Bilbao
- European Commission (2013), Commission staff working document – Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options, SWD(2013) 41 final. http://aei.pitt.edu/45916/1/swd2013_0041.pdf
- European Commission (2014), Adequate Social Protection for Long-term Care Needs in an Ageing Society, Publications Office of the European. [https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/71532344-ddf1-4d34-a7aa-f65c701a22a2/ language-en](https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/71532344-ddf1-4d34-a7aa-f65c701a22a2/language-en)
- Fariás-Antúnez, S., Lima, N. P., Bierhals, I. O., Gomes, A. P., Vieira, L. S., & Tomasi, E. (2018). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27, e2017290.
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., ... & Ghani, A. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand.
- Ferreira, L. L. (2011). Uma luta pelo reconhecimento do trabalho contra a política de redução de pessoal. *Laboreal*, 7, (1), 17-27. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45n SU5471124227833:84381>
- Figueiredo, M. D. L. F., Gutierrez, D. M. D., Darder, J. J. T., Silva, R. F., & Carvalho, M. L. D. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 37-46.
- Figueiredo, M., Teixeira, L., & Paúl, C. (2019). StressadaMente: Mental health promotion program for direct care workers of older people. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119834116.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *IGT na Rede ISSN 1807-2526*, 5(8).

- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2018). Carta social: rede de serviços e equipamento 2018. GEP/MTSSS
- Gaioli, C. C. L. D. O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 150-157.
- Ganesan, S., Magee, M., Stone, J. E., Mulhall, M. D., Collins, A., Howard, M. E., Lockley, S. W., Rajaratnam, S. M. W., & Sletten, T. L. (2019). The impact of shift work on sleep, alertness and performance in healthcare workers. *Scientific reports*, 9(1), 1-13.
- Gil, A. P. (2020a). *Trabalhadores de cuidados: Os heróis invisíveis da COVID-19*. Observador. Obtido 27 de Junho de 2021, de <https://observador.pt/opiniao/trabalhadores-de-cuidados-os-herois-invisiveis-da-covid-19/>
- Gil, A. P. (2020b). Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades*, (40), 67-87. <https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05>
- Guan, W. J., Liang, W. H., Zhao, Y., Liang, H. R., Chen, Z. S., Li, Y. M., ... & He, J. X. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal*, 55(5).
- Guerra, H. S., Almeida, N. A. M., Souza, M. R. D., Minamisava, R., & Tobias, G. C. (2017). Qualidade de vida dos cuidadores de um serviço de atenção domiciliar. *Rev. enferm. UFPE on line*, 254-263.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*(27), 291-313.
- Handy, J. A. (2010). Maintaining family life under shiftwork schedules: A case study of a New Zealand petrochemical plant. *Journal of Psychology*, 39(1), 7-14.
- Heyden, I., & Mollo, V. (2013). Caractériser l'environnement de travail du soignant à domicile: un enjeu pour le développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient. *Activités*, 10(10-2).
- Hirata, H., Guimarães, N. A., & Sugita, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho do Care no Brasil, França e Japão. *Sociologia e Antropologia*, 1(1), 15.
- Hussein, S. (2018) Job demand, control and unresolved stress within the emotional work of long-term care in England. *International Journal of Care and Caring*, 2(1), 89–107. doi:10.1332/239788218x15187915863909

- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas - 2019* (p. 34). Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2013). *Trabalhar no feminino*. Instituto Nacional de Estatística
- INRS (2020). *Aide à domicile*. Dossier INRS. <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/aide-domicile.html>.
- Jesus, I. T. M. D., Orlandi, A. A. D. S., & Zazzetta, M. S. (2018). Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 194-204.
- Kalanlar, B., & Alici, N. K. (2020). The effect of care burden on formal caregiver's quality of work life: a mixed-methods study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 1001-1009.
- Kane, R. A. (1999). Goals of home care: Therapeutic, compensatory, either, or both?. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 299-321.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon, D., Angelelli, J., Vasey, J., & Anderson-Knott, M. (2008). What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *The Gerontologist*, 48 Spec No 1, 17-25. https://doi.org/10.1093/geront/48.supplement_1.17
- Klompstra, L., Ekdahl, A. W., Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-8.
- Knaebel, R. (2015). *The invisible workers caring for the German elderly*. www.etui.org/Topics/Health-Safety-working-conditions/HesaMag/The-nursing-world-at-tipping-point/The-invisible-workers-caring-for-the-German-elderly
- Lee, J. J., Tsang, W. N., Yang, S. C., Kwok, J. Y. Y., Lou, V. W., & Lau, K. K. (2021). Qualitative Study of Chinese Stroke Caregivers' Caregiving Experience During the COVID-19 Pandemic. *Stroke*, 52(4), 1407-1414.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio

- Lenardt, M. H., Willing, M. H., Seima, M. D., & Pereira, L. D. F. (2011). A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colombia Médica*, 42(2), 17-25.
- Landi, F., Barillaro, C., Bellieni, A., Brandi, V., Carfi, A., D'Angelo, M., ... & Bernabei, R. (2020). The new challenge of geriatrics: saving frail older people from the SARS-COV-2 pandemic infection. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(5), 466-470.
- Li, J., Johnson, S. E., Han, W. J., Andrews, S., Kendall, G., Strazdins, L., & Dockery, A. (2014). Parents' nonstandard work schedules and child well-being: A critical review of the literature. *The journal of primary prevention*, 35(1), 53-73.
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 13-31.
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7). <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
- Lunenfeld, B., & Stratton, P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(5), 643-659.
- Macedo, E., & Santos, S. (2009). Apenas mulheres?: Situação das mulheres no mercado de trabalho em quatro países europeus. *Ex Aequo*, 19, 129-155
- Mamede R., Pereira M. & Simões A. (2020). *Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho*. Organização Internacional do Trabalho
- Marigliano, R. X., & Gil, C. A. (2018). O cuidador formal domiciliar de idosos: aspectos psicológicos e vivências emocionais. *Mais60-Estudos sobre Envelhecimento*, 29(72), 26-47.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 177-203.
- Martin, J. I. G., Oliveira, L. M. A., & Duarte, N. S. C. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos Utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 245-253.

- Martínez, R. T. S., Cardona, E. M. M., & Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-84.
- Matheson, A., O'Brien, L., & Reid, J. A. (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3309-3320.
- Meyer, J. D., & Muntaner, C. (1999). Injuries in home health care workers: An analysis of occupational morbidity from a state compensation database. *American journal of industrial medicine*, 35(3), 295-301.
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2006). Respostas Sociais - nomenclaturas/conceitos. *Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança*
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos / Empathy and engagement as predictors of burnout among professional caregivers of elderly people. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2–11. <https://doi.org/10.15309/14psd150102>
- Moral, J.J., López, J., & Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32, 77-87.
- Nações Unidas (2019). *Envelhecimento*. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nakatano, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Sousa, M. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficite de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 15-20.
- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- Oliveira, C. R. D., Santos-Rosa, M., Mota-Pinto, A., Botelho, M. A., Moraes, A., & Veríssimo, M. T. (2010). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa.
- Organização Mundial da Saúde (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde
- Pereira, S. A. S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 133-140.

- Pillemer, K., Subramanian, L., & Hupert, N. (2020). The Importance of Long-term Care Populations in Models of COVID-19. *JAMA*, 324(1), 25–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9540>
- Pinheiro, L. S., Tokarski, C. P., & Vasconcelos, M. (2020). *Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil*.
- Pocinho, R., Neves, T., Belo, P., & Martins, A. (2017). A Depressão Geriátrica E Sua Relação Com a Solidão Numa Amostra De Utentes Com Serviço De Apoio Domiciliário. *Egitania Scientia*, 21, 39–49.
- PORDATA (2020a). *Índice de envelhecimento*. Acedido em 16 de Janeiro de 2021, em <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- PORDATA (2020b)- *População residente: idade mediana*. Acedido em 16 de Janeiro de 2021, em <https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+idade+mediana-2265>.
- PORDATA (2020c)- *População residente: total e por grandes grupos etários*. Acedido em 16 de Janeiro de 2021, em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390-1926>
- Ramos, S. (2015). Envelhecimento e transformações demográficas: novos desafios para a GRH. In A. I. Ferreira, L. Frutuoso Martinez, F. G. Nunes, & H. Duarte (Eds.) *Gestão de Recursos Humanos para Gestores* (pp. 441-463). Cidade: RH Editora.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo* (pp. 11- 12). Lisboa: Lidel
- Ríos, A. E. R., & Galán, M. G. N. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
- Rivera, A. S., Akanbi, M., O'Dwyer, L. C., & McHugh, M. (2020). Shift work and long work hours and their association with chronic health conditions: A systematic review of systematic reviews with meta-analyses. *PloS one*, 15(4), e0231037.
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 896. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohler, C., Harling, M., & Nienhaus, A. (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees

- in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2(5).
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.
- Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K. G., Lindholm, L., & Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. *International archives of occupational and environmental health*, 93(6), 747-764.
- Sterling, M. R., Tseng, E., Poon, A., Cho, J., Avgar, A. C., Kern, L. M., Ankuda, C. K., & Dell, N. (2020). Experiences of home health care workers in New York City during the coronavirus disease 2019 pandemic: a qualitative analysis. *JAMA Internal Medicine*, 180(11), 1453-1459.
- Stone, R. I. (2004). The direct care worker: The third rail of home care policy. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 521-537.
- Stone, R. I., & Bryant, N. S. (2019). The future of the home care workforce: training and supporting aides as members of home-based care teams. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(S2), S444-S448.
- Stone, R., Sutton, J. P., Bryant, N., Adams, A., & Squillace, M. (2013). The home health workforce: A distinction between worker categories. *Home health care services quarterly*, 32(4), 218-233. <https://doi.org/10.1080/01621424.2013.851049>.
- Stone, R., & Wiener, J. M. (2001). *Who will care for us?: Addressing the long-term care workforce crisis*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Suzuki, M. Y. (2013). Para uma proposta de educação destinada a cuidadores de idosos, focada em cuidados paliativos. *Revista Kairós: Gerontologia*, 16(1), 223-234.
- Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em cuidadores formais de idosos e doentes crónicos: Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3), 132.
- Willig, C. (2012). Perspectives on the epistemological bases for qualitative research
- Wipfli, B., Olson, R., Wright, R. R., Garrigues, L., & Lees, J. (2012). Characterizing hazards and injuries among home care workers. *Home Healthcare Now*, 30(7), 387-393.

ANEXOS

Anexo 1 – Diário de atividade

Objetivo
O presente documento consiste num registo diário de atividade. Faz parte de um estudo a ser realizado no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho no qual se pretende dar visibilidade às exigências da atividade de trabalho, aos riscos profissionais e ao seu impacto na saúde dos/as profissionais que prestam serviços de apoio domiciliário. Este “diário de atividade” irá permitir ter acesso, ainda que à distância, ao trabalho neste contexto, num momento em que tem estado mais em debate. O objetivo é que seja preenchido uma vez por dia, ao longo de uma semana de trabalho, 7 dias, inclusive fim-de-semana. Pode ser também preenchido nos dias de folga ainda que só a secção “Saúde e bem-estar”.

Caracterização socioprofissional
Idade: _____
Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino
Quantos anos de experiência tem na área de cuidados a idosos? _____
Há quanto tempo trabalha em serviço de apoio domiciliário? _____
Teve formação na área de cuidados a idosos? ☐ Sim ☐ Não
Qual o seu vínculo laboral? ☐ Contrato de trabalho a tempo completo ☐ Contrato de trabalho a tempo parcial ☐ Trabalho temporário ☐ Trabalho independente ☐ Outro: _____
Qual o horário de trabalho que pratica? Trabalho a tempo: ☐ Inteiro ☐ Parcial ☐ Irregular ☐ Fixo ☐ Diurno ☐ Noturno ☐ Misto Trabalho ao fim de semana ☐
De forma global, quantas horas trabalha por semana? _____
De forma global, considera que desenvolveu algum problema de saúde físico/psicológico associado à atividade de trabalho em análise? ☐ Sim ☐ Não
O trabalho agravou algum problema de saúde que já tinha? ☐ Sim ☐ Não

1º Dia __/__/2021

Identificação do dia de trabalho

Em que horário/os trabalhou hoje: _____

Quantas horas trabalhou: _____

Em quantas casas trabalhou hoje: _____ Quanto tempo gastou em deslocações: _____

Ficou responsável por quantos utentes: _____

Teve ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados?

☐ Sim

☐ Não. Se não, considera que seria necessário: Sim ☐ Não ☐

Como avalia a carga/ritmo de trabalho exigido hoje:

Muito elevada ☐	Elevada ☐	Nem elevada nem baixa ☐	Baixa ☐	Muito baixa ☐
---	-------------------------------------	---	-----------------------------------	---

Balanco do dia de trabalho

Quais as situações em que sentiu mais dificuldade?

Ocorreu alguma situação imprevista/ crítica?

O que correu melhor?

O que facilitou o trabalho?

O que gostava que tivesse sido diferente?

Saúde e bem-estar

Sentiu dores?

☐ Sim

☐ Não

Em que zona (s) do corpo?

☐ Pescoço

☐ Ombros

☐ Braços

☐ Pulso

☐ Costas

☐ Lombar

☐ Pernas

☐ Joelhos

☐ Pés

☐ Outro _____

A realizar que tarefas?

Tomou medicação para as dores?

☐ Sim

☐ Não

Que outros impactos teve o trabalho na sua saúde?

Anexo 2 - Guião de entrevista semiestruturada

(I) Experiência e formação

- Há quanto tempo trabalha em apoio domiciliário a idosos?
- Como surgiu o serviço de apoio domiciliário na sua vida?
- Já trabalhou na prestação de auxílio a idosos além de apoio domiciliar? Por quanto tempo?
- Realizou formação profissional antes de ingressar nessa atividade profissional?
- Sente que a(s) mesma(s) foi/foram útil/úteis? Fazem diferença na hora de cuidar?

(II) Condições de trabalho e riscos profissionais

- Pode descrever-me em que consiste o seu trabalho? Que tarefas diárias realiza na sua atividade de trabalho?

- Trabalha por turnos?

Se sim	Se não
Como são os seus turnos? Trabalha quantas horas por dia?	Qual o horário em que trabalha?
Quais considera ser os inconvenientes do trabalho por turnos?	Gosta de trabalhar nesse horário?
Qual o turno que lhe custa mais e menos? ¹	Se trabalha num horário atípico, sente que isso lhe causa algum transtorno?

- Durante a sua semana de trabalho, normalmente, trabalha em várias casas?
 - Desloca-se a quantas casas no mesmo dia?
 - Quais os inconvenientes destas deslocações?
 - Sente alguma dificuldade de adaptação às diferentes pessoas, casas, famílias, etc?
- Que tipo de imprevistos é que surgem na sua atividade? ²
- O que é mais penoso no trabalho? ³
- O que é mais desagradável, incomodo?
- O que é que foi mais difícil aprender?
- O que é que exige mais experiência?
- O que é que lhe dá mais prazer? ⁴

(III) Mudanças no trabalho em virtude da pandemia por Covid-19

- Relativamente à pandemia de covid-19, consegue descrever o que se alterou no seu trabalho? Que diferenças verifica na sua atividade de trabalho antes e depois da pandemia?
- Que comportamentos teve de alterar?
- Que dificuldades surgiram em virtude da pandemia de covid-19?
- Que preocupações lhe surgiram por trabalhar com uma população de risco?

(IV) Condições de emprego

- Qual o seu vínculo laboral? Como o avalia?
- Tendo em conta a sua experiência, considera que a remuneração média é justa para o serviço prestado?
- Já pensou em despedir-se/ trocar de profissão? Porquê?
- Sente-se satisfeita com a sua situação de emprego?

(V) Saúde e bem-estar

- Considera que o seu trabalho é emocionalmente e/ou fisicamente desgastante? Porquê? ⁵
- Sofre/ sofreu de algum problema de saúde provocado pela atividade de trabalho?
- Em que tarefas sente dores/ Que tarefas sente que prejudicam a sua saúde?
- Acredita que consegue manter-se nesta atividade até a idade da reforma?

DADOS SOCIODEMOGRAFICOS

Sexo:

Idade:

Chegamos ao fim, agradeço-lhe imenso a sua colaboração.

Com base no diário de atividade

1. Cuidadoras que trabalham sempre à noite, regularmente, referem que o trabalho não é muito cansativo nem difícil. Também trabalha à noite? Acha que este é um horário menos exigente? Porquê?
 2. São referidos imprevistos como insónias ou falta de ar dos utentes, recusa a tomar medicamentos e ainda necessidade de acompanhar o utente ao hospital. Também passa por estes imprevistos? Como lida com os mesmos?
 3. No diário de atividade manter a calma é referida como uma dificuldade. Sente esta dificuldade? Como surge a mesma?
Uma cuidadora refere dificuldade em “dar a volta” aos utentes para fazer o que é preciso, também sente esta dificuldade?
 4. O bom humor dos utentes é também referido por algumas cuidadoras como facilitador do trabalho. De que forma tem impacto no mesmo?
No diário de atividade a simpatia dos familiares é referida como um aspeto que facilita o trabalho. Em que sentido isto é positivo? Sente que o seu trabalho é valorizado? É frequente ser bem recebida pelos familiares e utentes?
 5. O cansaço psicológico foi referido diversas vezes como um dos impactos do trabalho na saúde, o que pensa ser o principal responsável por este cansaço?
Algumas cuidadoras referem sentir dores ao realizar tarefas fora da atividade de trabalho, como por exemplo conduzir. Identifica-se com esta situação?
-
-

Anexo 3 - Consentimento Informado- Diário de atividade

Caro/a participante

Este estudo enquadra-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, em desenvolvimento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Cunha.

O objetivo deste estudo é dar visibilidade às exigências da atividade de trabalho, aos riscos profissionais e ao seu impacto na saúde dos/as profissionais que prestam serviços de apoio domiciliário. Desta forma, solicita-se a sua participação no preenchimento de um diário de atividade que permitirá ter acesso ao vivido no seu quotidiano de trabalho.

A sua participação é voluntária. Se não pretender participar, tal decisão não lhe trará qualquer prejuízo. Da mesma forma, poderá a qualquer momento decidir não dar continuidade à sua participação sem a exigência de justificação.

Os dados recolhidos serão usados exclusivamente no âmbito do presente estudo, ficando sempre garantida a preservação do anonimato e a confidencialidade dos dados partilhados.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar: Catarina Sousa,
201508162@fpce.up.pt.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de a qualquer altura, poder recusar participar neste estudo sem quaisquer consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, irei partilhar.

Assinatura:

Data ____/____/____

Anexo 4 - Consentimento Informado - Entrevistas

Caro/a participante

Este estudo enquadra-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, em desenvolvimento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Cunha.

O objetivo deste estudo é dar visibilidade às exigências da atividade de trabalho, aos riscos profissionais e ao seu impacto na saúde dos/as profissionais que prestam serviços de apoio domiciliário. Para isso, serão realizadas entrevistas individuais para as quais se solicita a sua participação.

Para que a recolha e a análise do conteúdo partilhado sejam o mais fidedignas possível, solicita-se a sua autorização para proceder à gravação áudio da entrevista.

A sua participação é voluntária. Se não pretender participar, tal decisão não lhe trará qualquer prejuízo. Da mesma forma, poderá a qualquer momento decidir não dar continuidade à sua participação, sem qualquer exigência de justificação.

Os dados recolhidos serão usados exclusivamente no âmbito do presente estudo, ficando sempre garantida a preservação do anonimato e a confidencialidade dos dados partilhados.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Para mais esclarecimentos, por favor, contactar: Catarina Sousa,
201508162@fpce.up.pt.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, a qualquer altura, poder recusar participar neste estudo sem quaisquer consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, irei partilhar.

Assinatura:

Data ____/____/____

Anexo 5- Mapa temático de análise

1. Estatuto na atividade
 - 1.1. Alternativa ao desemprego
 - 1.2. Formação certificada
 - 1.3. Aprendizagem na prática
 - 1.4. Ser novata na atividade
 - 1.5. Estatuto de trabalhadora independente
2. Atividade de trabalho
 - 2.1. Prestar cuidados de hygiene
 - 2.2. Alimentar
 - 2.3. Administrar medicação
 - 2.4. Fazer companhia
 - 2.5. Prestar cuidado das casas
3. Constrangimentos
 - 3.1. Recusa dos idosos
 - 3.2. Condições de trabalho adversas
 - 3.3. Exigências dos familiares
 - 3.4. Desconhecimento sobre o estado de saúde dos utentes
 - 3.5. Deslocações
4. Fatores de risco
 - 4.1. Esforços físicos intensos
 - 4.2. Horários irregulares, prolongados, diurnos e noturnos, sem pausas
 - 4.3. Lidar com a morte
 - 4.4. Ver-se ao espelho
 - 4.5. Trabalho solitário
 - 4.6. Comportamento agressivo
 - 4.7. Incompatibilidade esforço – recompensa
5. Riscos emergentes pela pandemia
 - 5.1. Intensificação do trabalho
 - 5.2. Medo de se ser fator de risco para os utentes
 - 5.3. Ter que correr o risco
 - 5.4. Lidar com as emoções dos utentes
6. Fatores protetores

- 6.1. Reconhecimento pela família
- 6.2. Reconhecimento pelo próprio
- 7. Impactos na vida pessoal e familiar
 - 7.1. Dificil conciliação trabalho-família
 - 7.2. Ausência de descanso
- 8. Impactos na saúde
 - 8.1. Lesões
 - 8.2. Dores
 - 8.3. Contraturas
 - 8.4. Stress
 - 8.5. Trabalhar até à reforma
 - 8.6. Culpa sua