

OTÍLIA MARIA ANDRÉ RODRIGUES

**GESTÃO DE SERVIÇO SAD:
RISCOS E PREVENÇÃO DOS CUIDADORES
FORMAIS DE IDOSOS**

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Garcia

Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Volume I

Lisboa

2022

OTÍLIA MARIA ANDRÉ RODRIGUES

**GESTÃO DE SERVIÇO SAD:
RISCOS E PREVENÇÃO DOS CUIDADORES
FORMAIS DE IDOSOS**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção de Grau de Mestre no Curso de Serviço Social: Mestrado em Serviço Social Gestão de unidades Sociais e de Bem-estar, conferido pela da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 01 de Março de 2023, perante o Júri, nomeado pelo Despacho N.º 345/2022 de 04 de Novembro de 2022, homologado com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Paula Ferreira

Arguente: Prof.^a Doutora Hélia Bracons Carneiro

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Paula Garcia

Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Volume I

Lisboa

2022

Se não conseguires andar, rasteja...
O importante é chegares na estação
Ergue-te do chão e caminha (Omar, 2022)

Dedicatória

À memória da minha mãe, que não pode celebrar comigo esta conquista, porque Deus chamou antes do tempo, tendo eu a certeza, que estará orgulhosa de mim.

O meu passado não guarda somente as memórias da sua existência, guarda também, as histórias que me moldaram e me impulsionam para vida.

As boas recordações da minha infância, do seu colo, e todo o seu carinho. Por me deixar ter sido uma criança livre e feliz, com ela aprendi a amar a natureza, a gostar de admirar coisas simples, como observar da janela o bailado do vento nas flores e folhas, a chuva a cair de mansinho, chapinhar nos charcos até ficar toda molhada, fazer barquinhos com folhas de eucalipto, correr pelos campos, e rebolar nas flores brancas do lameiro. Oh! Como eu gostava de ouvir e adormecer com o assobio do vento. Era como se naquelas tardes de Outono o tempo fosse interminável.

Depois de regresso a casa, apanhar as folhas amarelas caídas das árvores, para dentro do cesto de verga ou para a saca de sarja, colocar à cabeça e levar para o repasto das ovelhas. Como eu era feliz, contigo mãe...

Tu sim mãe, ensinaste-me as primeiras letras do abecedário e desde os primeiros dias de escola, incutiste em mim o sentido de responsabilidade, determinante influência, apenas e somente para a minha caminhada...

Para fazer jus à tua passagem na terra, faço a ti esta singela homenagem, por tudo aquilo que de mágico me ensinaste e transmitiste. Daqui até ao céu, a tua filha...

A minha dedicatória vai também, para os meus dois filhos, Roberto Carlos Ferreira e André Alexandre Ferreira, para que nunca lhes falte a coragem de vencer as adversidades da vida.

Por fim, aos meus cinco netos, Beatriz, Rodrigo, Bianca, Leonor e Lourenço, que a vida lhes sorria, sempre.

Agradecimentos

À professora Doutora Ana Paula Garcia, por se ter disponibilizado, para que fosse possível finalizar esta dissertação de mestrado, depois de ter iniciado este percurso sob a orientação da Doutora Aida Ferreira, não tendo sido possível no tempo planeado.

Pelas valiosas sugestões e correções, exigência e empenho, por me orientar até ao fim desta caminhada. O meu muito obrigado.

Às cuidadoras e Técnicos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pela confiança, generosidade, e partilha dos seus percursos e vivências profissionais, pela disponibilidade e prontidão demonstrada em auxiliar-me a fim atingir os meus objetivos. Estou ciente, que sem a riqueza das suas entrevistas, seria impossível concluir esta Dissertação.

Ao Instituto de Serviço Social, a todos quantos contribuíram para que este sonho fosse possível.

A Deus, por me tem guiado e acompanhado em todas as dificuldades sentidas neste percurso...

O meu muito obrigado a todos os que fizeram parte deste meu percurso.

Resumo

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma das respostas sociais que mais cresce em Portugal, os cuidadores formais têm-se destacado no apoio e cuidado aos mais velhos, este tipo de serviço veio permitir que os idosos permaneçam na sua habitação e integrados na comunidade local, onde podem beneficiar de cuidados de saúde especializados.

Sendo declarado no dia 11 de Março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde, um problema de saúde pública o coronavírus, identificado como a COVID 19, veio expor as fragilidades já existentes do apoio domiciliário, colocando os cuidadores em situação de risco crítico e consequentemente os idosos ou quem necessite desse apoio.

Os Agentes de Geriatria, os também chamados Ajudantes Domiciliarias, inseridos no campo dos cuidadores formais, expostos à COVID19, e devido ser um assunto bastante relevante, foi o tema escolhido para esta investigação. Este tipo, de cuidadores fazem parte de um grupo essencial nos nossos dias, devido ao envelhecimento crescente da população, porém os mesmos estão expostos a um vasto número de riscos laborais, onde se podem referir os fatores físicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais, os quais originam subcarga de trabalho, doenças profissionais e acidentes.

Mediante o exposto, achou-se pertinente um estudo relacionado com o tema escolhido pela mestrandia, identificando os riscos e as ações preventivas, por parte dos Coordenadores de SAD, no sentido de minimizá-los, uma vez que a sua ocorrência gera transtornos pessoais, familiares e sociais, assim como prejuízos não só para os indivíduos, como para as organizações e para o estado.

Pretendeu-se assim investigar, quais os desafios da Gestão e a problemática sentida pelas agentes de geriatria no exercício das suas funções, como cuidadoras formais, no Apoio Domiciliário, descrever e perceber como evoluíram os riscos dos Ajudantes Domiciliárias, Cuidadores Formais em tempo de Pandemia, de forma a construir um instrumento exploratório de análise que possa constituir-se como um instrumento de gestão nas organizações públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos.

Foram realizadas 15 Ajudantes Domiciliarias/Ajudantes de Geriatria e Apoio à Comunidade (AGAC), 2 coordenadores de SAD e para finalizar fez-se uma breve entrevista ao médico da medicina do trabalho da instituição, a fim de perceber melhor os riscos laborais.

Conclui-se que as dificuldades foram agravadas pela falta de recursos disponíveis e também pela modalidade de teletrabalho, nas áreas de intervenção. Apesar de todas as dificuldades, e da subcarga das equipas, foi demonstrada capacidade de adaptação ao novo evento, sendo introduzido a intervenção através dos meios de comunicação à distância, entre os coordenadores, os ajudantes familiares e familiares dos idosos.

Palavras-chave: Serviço de Apoio Domiciliário, Cuidadores Formais, Condições de Trabalho, Riscos profissionais, Acidentes de trabalho.

Abstract

The Home Support Service (SAD) is one of the fastest growing social responses in Portugal, formal caregivers have stood out in supporting and caring for the elderly, this type of service has allowed the elderly to remain in their home and integrated into the local community where they can benefit from specialist health care.

Being declared on March 11, 2020, by the World Health Organization, a public health problem, the coronavirus, identified as COVID 19, came to expose the existing weaknesses of home care, putting caregivers at a critical risk and consequently the elderly or those who need this support.

Family helpers, also called formal caregivers, exposed to COVID19 and due to being a very relevant topic were chosen for this investigation. This type of caregivers are part of an essential group nowadays due to the aging of the population, but they are exposed to a vast number of occupational risks, which include physical, biological, ergonomic and psychosocial factors, which lead to an underburden of work. work, occupational diseases and accidents.

In view of the above, a study related to the theme chosen by the master's student is pertinent, identifying the risks and preventive actions, by the SAD Coordinators, in order to minimize them, since their occurrence generates personal, family and emotional disorders. as well as losses not only for individuals, but also for organizations and the state.

We therefore intend to investigate what are the Management challenges and the problems felt by the assistants in the exercise of their functions, as formal caregivers, in Home Support, to describe and understand how the risks of Family Helpers, Formal Caregivers, in times of a Pandemic, in order to build an exploratory instrument of analysis that can be constituted as a management instrument in public or private organizations, with or without lucrative ends.

15 Home Helpers/ Geriatrics and Community Support Assistant, 2 (SAD) Coordinators were carried out and finally, a brief interview was carried out with the institution's occupational medicine doctor, in order to better understand the risks at work.

It is concluded that the difficulties were aggravated by the lack of available resources and also by the modality of telework, in the areas of intervention. Despite all the difficulties, and the underload of the teams, the ability to adapt to the new event was demonstrated, with the introduction of intervention through the means of distance communication, between the coordinators, family helpers and relatives of the elderly.

Keywords: Home Support Service, Formal Caregivers, Working Conditions, Professional risks, Work accidents

Siglas

AD	Ajudante Domiciliária
AD	Apoio Domiciliário
AGAC	Agente de Geriatria e Apoio à Comunidade
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
EM	Entrevista do médico
EPI	Equipamento de proteção Individual
T1	Técnica AD 1
T2	Técnica AD 2
MMT	Médico da Medicina do Trabalho
M.T.	Medicina do trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PI	Plano de Intervenção
PIC	Plano Individual de Cuidados
RH	Recursos Humanos
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SS	Segurança Social
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	14
CAPÍTULO I – ENTRE A GESTÃO DE PESSOAS E O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	17
1. Gestão de Pessoas Conceitos e Gerações	17
1.1. Conceito de Gestão.....	19
1.2. Teoria Clássica da Gestão	20
1.2. 1. Funções da Gestão.....	21
1.2.2. Gestão da Qualidade” na ética do cuidar.....	22
1.2.3. Gestão de Conflitos	23
1.2.4 Conceito de Conflito	25
1.2.5. Categorias do conflito	27
1.3. O Envelhecimento	28
1.4. Apoio Domiciliário	30
1.5. Promoção do Cuidar.....	33
1.5.1. Cuidar Versus ser Cuidador	35
1.5.2. Cuidador Formal e Informal.....	35
1.5.3. Cuidar de idosos em tempo de pandemia de COVID-19	37
1.6. Conceito de Stress	39
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	42
2.1 Metodologia e campo empírico.....	42
2.3. Procedimentos para a recolha de dados.....	44
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
3.1. Caracterização das participantes	48
3.2. Perfil e motivação das Ajudantes Domiciliárias (AGAC,s).....	50
3.3. Apoio à prática Profissional em Domicílio	53
3.4. Apoio Limites e Constrangimentos.....	57
3.5. A Gestão do tempo	58
3.6. Reconhecimento Profissional	61

5. Saúde dos cuidadores	69
5.1. Prevenção de acidentes de trabalho na ótica dos Técnicos	71
5.2. Análise e discussão à Entrevista dos Técnicos A. Domiciliário	73
CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
Recomendações.....	79
Referências bibliográficas e webgrafia:	81
APÊNDICES.....	I
Apêndice I- Consentimento informado	II
Apêndice II- Guião da Entrevista Ajudantes Domiciliárias	III
Apêndice III Guião da Entrevista – Técnicos	V
Apêndice IV Guião da Entrevista – Médico	VII

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura Organizacional e níveis Hierárquicos	20
Figura 2 - Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes ...	32
Figura 3 - Quadro Conceptual (Modelo de Análise)	47

Índice de Quadros

Quadro 1 - Aspetos Positivos / Negativos do Conflito	26
Quadro 2 - Categorias do Conflito	27

Índice de Tabelas

Tabela 1 - As Cuidadoras Formais	48
Tabela 2 - Os Técnicos.....	49
Tabela 3 - Os Riscos	49
Tabela 4 - Exemplos de verbalizações de atividade de trabalho	52
Tabela 5 - Apoio à prática Profissional em Domicílio	55
Tabela 6 – Exemplos de verbalizações sobre constrangimentos	57
Tabela 7 – Exemplos de verbalizações do limite de tempo	59
Tabela 8 - Exemplos de Reconhecimento Profissional	61
Tabela 9 – Exemplos de verbalizações sobre fatores de risco	66

Introdução

Este trabalho de investigação, realizado no âmbito do Mestrado em Serviço Social - Gestão de Unidades Sociais e de Bem-estar, sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Garcia.

A Dissertação tem como título, Gestão de Serviço SAD: Riscos e Prevenção dos Cuidadores Formais de Idosos no Domicílio e as dificuldades sentidas e a prevenção, com abordagem aos tempos vividos em pandemia.

As razões para a escolha deste tema são de natureza pessoal, profissional e científica.

O envelhecimento populacional¹ gerou diversos riscos (incapacidades, isolamento, solidão e exclusão social dos idosos) que a sociedade não estava preparada para enfrentar. Os idosos vivem cada vez mais tempo, mas fazem-no frequentemente acompanhados de patologias, algumas delas causadoras de dependência e para tal é necessário pessoal especializado e tempo o que por vezes as famílias não tem (Quaresma, Fernandes, Calado e Pereira 2004, p.51).

Presentemente, as questões do envelhecimento assumem-se como uma preocupação global, sobretudo quando se pensa nos conceitos de bem-estar ou de qualidade de vida que lhe estão associados. Envelhecer com qualidade é hoje um dos grandes desafios com que as famílias se deparam.

O tema para além de ser muito relevante nos dias de hoje prende-se com o facto da área profissional da mestranda, com início no ano 1989 e também pelo gosto pessoal, em cuidar de pessoas.

Esta investigação visou assim, ter uma melhor perceção de um tema com grande importância, numa sociedade cada vez mais envelhecida, vivenciado e experienciado no dia-a-dia pela mestranda, incide sobre diversos fatores, quer de índole pessoal, quer profissional.

A motivação para a investigação no âmbito do cuidador formal, que presta apoio a idosos no domicílio, justifica-se por ser mais desafiante, pelo facto de grande parte das investigações se focarem mais no cuidador informal, havendo assim uma escassez em estudos que incidam sobre o cuidador formal.

Considerou-se pertinente, realizar uma investigação na área do cuidado formal do apoio domiciliário, sabendo que todas as áreas do cuidar são de extrema importância e que cada vez essa necessidade é mais emergente no nosso País, exigindo assim cada vez

mais empenho e uma melhor investigação sobre esta demanda, para que possa ser dada uma resposta mais eficaz à população idosa.

Este trabalho, na sua particular contribuição, pretendeu dar uma visão holística, recolhendo informação dos vários departamentos e pessoas que constituem os Serviços de Apoio Domiciliário.

Pretendeu assim, explorar os diferentes factores e dimensões que podem estar correlacionados ou influenciar a existência de elementos da problemática na intervenção dos cuidadores formais, nos setores público/privado, concretamente, nos profissionais que trabalham diretamente, com os idosos no domicílio.

Pretendeu-se assim identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores, a capacidade de lidar com o stress, assim como consequências físicas e psicológicas, relatadas pelos cuidadores, na ética do cuidar.

Na perspetiva do Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales, embora cada caso seja único, cuidar de uma pessoa idosa em casa tem sempre características comuns: “tensão, stress, fadiga, cansaço físico, que levam ao desgaste físico e emocional” (Intress, 2022).

Neste sentido existe diversos estudos no qual se destaca Neri (2001) que refere a necessidade da existência de profissionais formados e tecnicamente preparados para abordar as situações complexas com que se deparam, tanto na sua intervenção junto da pessoa idosa, como no seu contexto ambiental e social, junto da família ou outros cuidadores informais. No entanto, sabemos que muitas vezes tal não acontece.

De facto, a qualidade dos serviços, dirigidos às pessoas idosas depende, em grande parte, dos recursos humanos que os orientam e/ou prestam, ou seja, dos técnicos que orientam os cuidadores, o chamado serviço de apoio domiciliário.

O SAD assegura a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a idosos quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

Perante o crescimento da população envelhecida, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) traçou alguns objetivos que devem resultar dos cuidados a prestar aos idosos, tais como: prevenir a perda de aptidões funcionais; manter a qualidade de vida; manter o idoso no lugar que ele deseja; dar suporte à família do idoso; proporcionar

assistência de qualidade; permitir que o idoso no decorrer da sua longevidade lhe seja proporcionando os cuidados adequados.

O desafio dos gestores do Apoio Domiciliário é oferecer cuidados que tenham em conta três dimensões: bio psicossociais, culturais e espirituais da pessoa como um todo, mobilizando o seu desejo de viver, a partir das suas necessidades, das capacidades que ainda mantém e possibilidades do seu meio sociofamiliar.

Sabendo que o envelhecimento e o fim da vida são realidades da evolução do Homem, universais e inevitáveis. Refletir sobre o envelhecimento é uma experiência sobre a qual a sociedade não lida ainda com serenidade. Pensar sobre o próprio envelhecimento ocorre de forma diversa e acentua-se certamente com a idade. A previsão do envelhecimento próprio acomoda-se, porém, ao desejo de uma vida independente e feliz, se possível prolongada. Contudo, a complexidade que caracteriza a sociedade contemporânea coloca a todos nós, cidadãos, novos desafios e mais exigentes responsabilidades, pois como sustenta Pinto (2004, p. 21), “Uma sociedade desenvolvida é a que (..) cria efetivas condições para que os seus cidadãos possam nascer, crescer, viver e morrer com dignidade”.

A procura do saber, sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e social, deu lugar à construção de uma área transdisciplinar do conhecimento, a que chamamos Gerontologia Social. Dentro das políticas sociais, integradas na área da Gerontologia, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e a sua gestão bem como riscos desta profissão.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo refere-se à gestão de pessoas e o cuidar em tempos de pandemia, faz uma abordagem teórica a um conjunto de autores com o propósito de definir e aprofundar os conceitos escolhidos. Parte-se de conceitos na área da gestão, as teorias da gestão, a ética e cuidados prestados a pessoas idosas em contexto de SAD, por cuidadores formais em tempos de Covid 19. O segundo capítulo apresenta a metodologia da investigação, traça o caminho sobre a metodologia utilizada, métodos e técnicas para recolha de dados. O problema que vai ser objeto de investigação, universo da população alvo a ser investigada e questões inerentes a este processo. O terceiro capítulo apresenta as entrevistas e a discussão dos resultados das mesmas. O capítulo quarto são feitas as considerações finais, bem como recomendações para futuros estudos.

CAPÍTULO I – ENTRE A GESTÃO DE PESSOAS E O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

1. Gestão de Pessoas Conceitos e Gerações

É incontornável que as sociedades contemporâneas trouxeram consigo desafios a todos os níveis sendo um deles, os relacionados com o aumento do número de idosos e consequentemente, o aumento da necessidade de cuidar. Assim este capítulo começará por fazer o enquadramento das questões da gestão de pessoas, uma vez que a dissertação se enquadra no mestrado de Serviço Social e Gestão de Unidades de Sociais e Bem-Estar.

Nos dias de hoje, um dos principais desafios que se coloca aos gestores, é recompensar e motivar os seus colaboradores de forma a otimizar a sua eficácia laboral, de “forma a maximizar o potencial dos colaboradores. Os gestores devem compreender o funcionamento, o *PER SI*, de cada geração. Existem inúmeras categorias que designam diferentes gerações: Baby Boomers; Geração X; Geração Y e geração Z. Cada uma destas gerações (categorias) é consequência de acontecimentos históricos que moldam os seus valores e visão do mundo, bem como a forma como se posicionam perante o trabalho.

Como anteriormente referido existiram diversas gerações e todas com características diferentes. O Baby Boomer surgiu no final da segunda guerra mundial e era assim chamado devido a serem pessoas nascidas entre 1946 e 1964, devido ao súbito aumento das taxas de natalidade, daí essa designação. São trabalhadores que se caracterizam por gostarem de um emprego fixo e estável. No trabalho, os seus valores estão fortemente apoiados no tempo de serviço, e preferem ser reconhecidas pela sua experiência, à sua capacidade de inovação. Em termos de trabalho exigem pensões e cuidados de saúde. Contextualmente, defendem o amor livre, questões sociais e direitos civis.

Por sua vez, a geração X, termo esse inventado pelo fotógrafo Robert Capa, que afirmava existir uma dificuldade em caracterizar os jovens que viriam após a segunda guerra mundial. Eles seriam vistos como um grupo de pessoas sem identidade aparente. Por isso, um dos seus ensaios fotográficos foi nomeado como Geração X.

Estavam incluídas pessoas nascidas a partir de 1960 até finais dos anos 70.

Em termos de trabalho e de forma genérica, não são fiéis a uma organização, são pessimistas, independentes e resilientes. Querem imediatamente o feedback do que fazem e o trabalho para eles deve ser divertido.

Uma das principais características desses jovens é a sede pelo conhecimento. Para eles, a melhor forma de chegar ao sucesso é a aprendizagem. Além disso, buscam a individualidade, sem deixar de lado a convivência em grupo, também existe uma rutura com gerações anteriores, lutavam pelos seus direitos e buscavam a liberdade. Essa foi a geração que viu surgir o telemóvel, a impressora, o e-mail e o computador pessoal.

A Geração Y surgiu com os nascimentos entre a década de 1980 até 1995, apresentam-se pessoas autoconfiantes, multitarefas, bons trabalhadores, tecnologicamente experientes. Querem dinheiro, desafia-os o trabalho que para eles é importante, têm oportunidades de aprendizagem, são mais difíceis de agradar, requerem mais direção. Procuram muitas escolhas/opções e exigem liberdade para perseguir os seus sonhos. Querem equilíbrio: trabalho-vida. Oferecem oportunidades de formação (a todas as gerações): esperam ser coach e ser recompensados. Esperam por novas técnicas motivacionais e relacionam-se intensivamente com o ambiente de trabalho. Não aceitam o autoritarismo (Oliveira, 2010).

Por sua vez, a Geração Z engloba pessoas nascidas, entre meados dos anos 1990 até ao início de 2010. A maioria ainda não está inserida no mercado de trabalho. São nativos nas questões relacionadas com as tecnologias. Esta geração é tida como a mais tolerante que já existiu (Pinto, 2020).

De acordo com o novo relatório da Hays (2020), a Geração Z, são os nativos digitais no mercado laboral. As Gerações X e Y ou Millennials, concordaram em considerar que as suas chefias diretas e superiores não têm as soft skills necessárias para desenvolver a função.

De facto, as chefias diretas e os managers têm um enorme impacto direto nos seus colaboradores dentro de uma empresa. Sendo que o bom ambiente e a cultura empresarial são dos aspetos que os profissionais mais valorizam num potencial empregador, é relevante perceber a relação com os superiores diretos (Limpkin, 2010). Quando as diferentes gerações foram questionadas sobre se os seus superiores/managers diretos tinham as soft skills necessárias para desenvolver a função, 48% dos Baby Boomers, 55% da Geração X e 53% da Geração Y comentaram que não.

Apresentaram como justificação, que as principais características de uma chefia ideal, passa por ser alguém motivador, justo, ético, supervisor transparente, experiente e alguém que seja mentor, com atitude.

Já as Gerações X (56%) e Y (54%) consideram que as suas conquistas alcançadas não são valorizadas dentro das empresas. Contudo, os profissionais, mas principalmente as

novas gerações, procuram sobretudo um mentor nas chefias diretas. Alguém que motive, que seja justo e que reconheça o valor e as conquistas profissionais de cada colaborador. Desde já, começa a ser exigido um tipo de acompanhamento específico, e as empresas terão de acompanhar esta nova realidade para reter os talentos, num mercado cada vez mais dinâmico e expansivo.

Cada uma dessas gerações viveu momentos sociais completamente diferentes, o tipo de modelo que os que modelou, a sua forma de pensar e agir, inclusive no ambiente organizacional foram tempos diferentes.

Enfim, cabe à gestão de RH reconhecer cada uma delas e atuar para prover um ambiente propício para o aproveitamento de suas habilidades, bem como reduzir os impactos dessas diferenças, garantindo que as melhores qualidades de cada uma delas sejam empregadas no benefício mútuo e crescimento da instituição para onde trabalham (Dutra, 2002).

1.1. Conceito de Gestão

A implementação de uma gestão estratégica, em qualquer organização, implica trabalho prévio e o mercado competitivo actual, requer muita preparação e ponderação sobre o que fazer. Para tal, é necessário delinear estratégias de actuação no mercado, fundamentais para a sobrevivência de qualquer organização (Santos, 2008, p. 55).

Esta gestão pode ser entendida, como o processo de coordenação e integração de recursos que tendente à consecução dos objetivos. Planeamento organização, direcção e controlo. Com o objetivo de atingir resultados económicos, financeiros, humanos, etc., não obténíveis por uma pessoa sozinha (Robalo, 2008, p.27).

Taylor (citado por Santos, 2008, p. 58) considera que a chave para o sucesso organizacional consistia na cooperação e compatibilidade dos empregadores e empregados para que pudessem descobrir a melhor maneira de executar as tarefas.

Para Santos (2008), a gestão estratégica está relacionada com a criação de vantagens competitivas que permitam o cumprimento da missão de uma organização com eficiência e eficácia, tal como acontece no serviço SAD, desde que bem organizada seja para o utente quer seja para o cuidador, tem como finalidade um bom trabalho.

1.2. Teoria Clássica da Gestão

A Teoria clássica da gestão foi idealizada por Henri Fayol, caracteriza-se pela ênfase na estrutura organizacional, pela visão do homem económico e pela busca da máxima eficiência. Pois ele foi gestor de topo Francês tornou-se notório com a publicação do seu livro *administration industrielle et generale* em 1916, onde resumiu as suas propostas fundamentais relativamente á gestão das organizações, (Robalo, 2008, p. 60).

Tendo como ótica a visão da empresa a partir da gerência administrativa, Fayol focou os seus estudos na unidade do comando, autoridade e na responsabilidade.

A gestão pode ser entendida como o processo de coordenação e integração de recursos, tendente à consecução dos objetivos estabelecidos, através do desempenho das atividades de planeamento, organização, direção e controle. Pode ser também assimilada a processo de trabalho com e através dos outros, a fim de se atingirem eficazmente os objetivos organizacionais traçados, utilizando-se eficientemente os recursos escassos, num contexto em constante mutação (Santos, 2008).

Figura 1 - Estrutura Organizacional e níveis Hierárquicos



Fonte: Gestão estratégica, (Santos, J, 2008, p.37)

Esta função da gestão pode ser definida como o processo de comando e motivação dos trabalhadores, através do qual os gestores influenciam os membros da organização,

no sentido de assegurar que estes assumem os comportamentos de trabalho indispensáveis à consecução dos objetivos estabelecidos (Santos, 2008).

Para tal são encaminhados por gestores que estão dispostos hierarquicamente como refere a Figura1.

Segundo Santos (2008) eles dividem-se em gestores de 1ª linha, referem-se aos supervisores que integram o nível mais baixo da gestão. Estes gestores coordenam e integram o trabalho de outros trabalhadores. Alguns exemplos destes gestores são supervisores e chefes. Depois temos os gestores intermédios que são os que planeiam e organizam, lideram e controlam, são objeto de supervisão e por fim temos os gestores de topo, que são estes que tomam decisões de âmbito geral, definem as políticas e estratégias que afetam toda a organização.

1.2. 1.Funções da Gestão,

Quando pensamos em gestão, vemos que o mundo ao nosso redor, todo depende dela, desde o núcleo familiar, a sociedade organizada em suas formas, política, económica, intelectual, as empresas e órgãos públicos, ou seja, em qualquer lugar onde formos, estaremos rodeados por algo que necessita ser gerido. Sendo que uma boa gestão necessita de bons princípios e de métodos comprovados que levem a plena satisfação do indivíduo e ao desenvolvimento de todos, sejam entidades ou indivíduo social.

Lyndall Urwick foi um consultor de negócios administrativos e pensador influente do Reino Unido, seguidor das ideias de Fayol quanto a questões de teorias compreensivas da administração (1952), ele refreiu que para uma boa gestão teriam que ser estudadas 6 etapas, que se descrevem a seguir Santos (2008):

1. Investigar – ver a viabilidade do projeto;
2. Prever- visualizar o futuro e planejar ações a desenvolver;
3. Organizar – obter e alinhar os recursos necessários;
4. Comandar – lidera, motivar, dirigir e orientar o pessoal, procurando maximizar a eficácia e a eficiência da organização
5. Coordenar – ligar, unir e sincronizar, de forma coerente e consistente, todas as atividades e recursos, procurando assegurar-se a consecução dos afins, através da correta adequação dos meios;

6. Controlar – verificar e assegurar que tudo corre de acordo com as regras e planos estabelecidos”.

1.2.2. Gestão da Qualidade” na ética do cuidar

Quando a maioria das pessoas pensa em qualidade nos cuidados de saúde, fá-lo dirigido à qualidade técnica e à qualidade dos serviços, no entanto, a qualidade ética é igualmente importante. Ela traduz que as práticas através da organização sejam consistentes com padrões éticos largamente aceites, normas e expectativas de atuação preconizadas.

O *Manual dos Processos-chave*, disponibilizado pela Segurança Social, afirma que “a gestão para a qualidade” é atualmente um “elemento-chave de qualquer organização, quer no sector privado, quer no sector público, envolvendo todos os colaboradores da organização, independentemente do nível hierárquico em que se encontrem “Deve ser um fator chave e aplicado no dia-a-dia de todas as atividades profissionais”.

De facto, a gestão para a qualidade revela-se um fator importante para um ótimo funcionamento de uma instituição, que tem como objetivo fazer a gestão dos recursos e do capital humano, em prol de proporcionar melhor qualidade de vida aos seus utentes.

Permitindo-nos a implementação, desse mesmo modelo, e assim criar o enquadramento certo para uma melhoria contínua, de modo a aumentar a probabilidade de conseguir uma melhor satisfação dos clientes (Manual dos Processos-chave da Segurança Social, 2013).

É neste sentido que se pretende a melhoria da condição humana tornando-nos cada cada vez mais exigentes, numa sociedade envelhecida colocando novos desafios às instituições e gestores de cuidadores formais e informais.

1.2.3. Gestão de Conflitos

Existem dentro das organizações e empresas, acontecimentos que tendem a gerar conflitos, são condições inerentes à natureza das organizações que criam percepções entre as pessoas e grupos, as quais se predispõem ao conflito. Podemos definir a gestão de conflitos como a capacidade de prever tensões desajustadas, identificar as procedências, impedir o crescimento dos desacordos e encontrar soluções satisfatórias para todas as partes envolvidas, visando a uma gestão eficaz. O conflito pode ser visto como funcional ou disfuncional, dependendo da forma como cada sujeito ou grupo o percebe, o gere e o resolve (Kaitelidoul et al., 2012). O tratamento inadequado de um conflito, de qualquer proveniência, pode gerar violência, insatisfação, insubordinação e outras anomalias organizacionais.

O manual para a administração de conflitos organizacionais, aponta alguns exemplos comuns desencadeadores de conflitos, a ter em reparo os seguintes:

Choques de interesses individuais, grupais e organizacionais; Luta pelo poder; Inveja, Ciúme; Fofocas, diz que disse; Frustrações por promessas não cumpridas; Falhas de Comunicação; Mudanças estruturais; Intrigas de colegas com mais tempo de empresa; Apadrinhamento de profissionais incompetentes; Nepotismo. (Cargos a familiares). Já as causas diretas geradoras do conflito, advém dos funcionários com objetivos diversos ou diferentes, uma expressão muito usada, os que tem capacidades para vestir a camisola, porque também tem o objetivo de progredir na carreira, outros não se importam porque estão ali porque precisam trabalhar para ganhar o seu dinheiro; as interdependências de tarefas, ou seja as tarefas de um funcionário não foram concluídas até ao circuito final; por um motivo ou outro; Recursos compartilhados; Diferenças de personalidade.

Verifica-se conforme a literatura apresentada por vários autores, que a melhor forma de resolver o conflito nas organizações, seja através da negociação, deve ter como estratégia um bom diálogo entre as partes envolvidas, para discutir ideias, informações e opções, de modo a atingir um aceitável acordo mútuo.

Segundo Carvalho (2008, p. 17)

“A negociação do conflito pode ser considerada como um processo de decisão pelo qual os intervenientes estabelecem, ou pretendem estabelecer, um acordo por oposição de uma forma de ação unilateral. Processo esse que se desencadeia quando se verifica a existência de divergências entre posições de várias partes, cuja natureza compreende a percepção de interesses comuns que conduzem, por sua vez, à geração de algum tipo de interdependência”

Esta envolve um sistema de comunicação para a negociação, em que a mesma pode ser formal ou informal, visando a decisão ou aceitação como resolução tendo como objetivo a satisfação das necessidades de ambas as partes.

Contudo para Crespo, (2008, p, 26) o “sucesso do processo de negociação prende-se com a gestão de objetivos e interesses intangíveis e tangíveis de ambas as partes revendo quais os pontos assentes, relevantes para atingir os fins da negociação”.

A boa comunicação é um dos principais elementos-chave para a solução de conflitos e obtenção de um bom acordo, ajuda a prevenir que o atual conflito aumente de proporções. As atitudes e conhecimentos de boa comunicação são vitais para todos aqueles que desejam gerir construtivamente na solução de um conflito. Passa-se a descrever alguns pontos-chave referenciados no Manual, para Administração de Conflitos Organizacionais:

1. Identificar a causa do problema;
2. Procurar soluções, não culpados;
3. Analise e escolha a melhor solução;
4. Manter a calma um clima de respeito;
5. Adquirir habilidade de ouvir e falar, e compreender o que ouve e ser claro na transmissão da sua mensagem;
6. Ser capaz de por no lugar do outro;
7. Ser construtivo ao fazer uma crítica;
8. Procurar a solução ganha-ganha;
9. Agir sempre no sentido de eliminar as causas do conflito;
10. Reconhecer o erro;
11. Não por os problemas para debaixo do tapete;
12. Agir com Resiliência.

Depois da referência destes pontos determinantes para atingir objetivos, resta ainda ressaltar um aspeto importante na gestão do conflito, é o da,

“Imparcialidade, quando o conflito envolver a necessidade de julgamento de um terceiro, um julgamento mal feito, pode destruir a vida ou a carreira de uma pessoa”. Por isso devem os “gestores de conflito ser cautelosos e flexíveis, sobretudo ter em conta a cultura, o meio envolvente, das partes intervenientes” (Carvalho & Serafim, sd, 1995, p.161).

Torna-se extremamente necessário que o gestor saiba usar o conflito, para estimular a participação ativa das pessoas nas tomadas de decisões.

1.2.4 Conceito de Conflito

A palavra conflito, em diferentes contextos pode adquirir significados diferentes para diferentes pessoas. Em geral tem uma conotação negativa, mas podemos vê-lo de uma forma positiva e construtiva.

Considera-se o conflito, como à partida um fenómeno social multidimensional, que faz parte integrante e desde sempre, da existência humana. Contudo designado como essencial, para o processo evolutivo da humanidade e para a transformação social.

Os conflitos podem ser divididos consoante o seu nível de ocorrência, Deste modo, observando-se o surgimento de conflitos ao nível intrapessoal, interpessoal, intragrupal, intraorganizacional, intergrupar e interorganizacional (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2007).

Chiavenato, (2009, p. 361), refere o conflito como

“nem casual nem accidental, mas é inerente à vida das Organizações ou por outro lado, inerente ao uso do poder. Conflito significa existência de ideias, sentimentos e atitudes ou interesses antagónicos, que podem chocar-se. Sempre que se fala em acordo aprovação ou coordenação, resolução e unidade de consentimento e harmonia, assim sendo estas palavras fazem lembrar que pressupõe a existência ou a iminência de seus opostos como descordo”.

Neste contexto o conceito de conflito é nada mais que uma ocorrência, de pelo menos dois impulsos ou motivos incompatíveis, que são sentidos por uma ou mais pessoas.

Por si só, envolve pessoas ou grupos, quando existem ideias ou interesses contrários, pode acontecer quando há um estado de espírito insatisfatório ou desentendimento entre as partes envolvidas. Pode acontecer em contexto social, empresarial, micro ou macro, entre patrões, empregados, empresas, instituições e sindicatos. Resta ressaltar que também pode existir o conflito à escala mundial, entre países ou religiões pelos mais diversos interesses.

Para Crespo de Carvalho (2008, p. 25), o conflito é uma potencial

“consequência da interdependência, que apesar das partes trabalharem como mesmo objetivo, cada uma delas pode procurar atingir objetivos individuais diferentes, por vezes antagónicos, baseados em ideias distintas e interesses divergentes”

Perante um conflito a sua perceção pode ter conotações diferentes, dos desejos e expectativas geradas pelas partes, que de certo modo não seja obtida a sua satisfação em simultâneo.

É também a comunicação deficiente, um dos pontos fulcrais nas instituições, a comunicação dada pelo emissor transmitida e passada por vários recetores, chega ao último, completamente desvirtuada, por vezes em linhas completamente opostas, geradoras de desentendimentos.

Nesta lógica o conflito pode ter aspetos positivos ou ter repercussão negativas.

Quadro 1 - Aspetos Positivos / Negativos do Conflito

Positivos	Negativos
-Atuam como agentes promotores do crescimento individual e organizacional	- Criam ambientes improdutivos, gerados por desmotivação e incertezas
-Funcionam como catalisadores para atingir metas	- Desviam a atenção dos reais objetivos
Proporcionam a união de equipas em busca de soluções e motivam pessoas a resolverem problemas em conjunto	-Causam desgaste nas partes envolvidas, mobilização de recursos e perda de produtividade
- Levam à descoberta de novidades que resultem em benefícios para a empresa e envolvidos.	- Criam situações que resultam em desperdício de tempo e esforços

Fonte: Gestão de Pessoas Chiavenato (2009).

Chiavenato (2009, p.361), defende que todo o conflito, tem no seu conteúdo

“forças construtivas que levam à inovação e á mudança e forças destrutivas que levam ao desgaste e à oposição. Sendo que a ausência de conflitos significa acomodação, apatia e estagnação, pois o conflito existe porque existem pontos de vista e interesses diferentes que normalmente se chocam”.

Contudo, existem outros fatores que podem influenciar o surgimento do conflito, não ficando restrito às questões relacionadas ao trabalho ou à estrutura organizacional. Os conflitos mais comuns podem ser as diferenças individuais e os diversos níveis de competência interpessoal.

1.2.5. Categorias do conflito

Para que se alcance bons resultados, é preciso que todo o fluxo de trabalho esteja caminhando em ordem e sintonia.

No entanto, sabemos que muitas vezes acontecem desavenças dentro das equipes, fator natural, mas que, se não for contornado da maneira correta, pode acarretar grandes problemas.

Sendo assim, é necessário saber como fazer a gestão de conflitos, buscando minimizar as situações de desentendimento no ambiente corporativo e garantindo um bom clima organizacional.

Esses conflitos apresentam-se de várias ordens quer seja intra ou interpessoal ou grupal como é o caso anteriormente referidos de trabalhos em equipa.

Passamos a descrever no quadro abaixo, algumas categorias do Conflito segundo Crespo de Carvalho (2008, p. 26).

Quadro 2 - Categorias do Conflito

- Intrapessoal e intrapsíquicos: envolvem um dilema da pessoa para consigo própria. E com questões comportamentais ou psicológicas.	- Interpessoal : Ocorre entre indivíduos, amigos, colegas de trabalho.
Conflito intrapessoal - Envolvem a pessoa isoladamente, ou seja, ocorrem dentro do indivíduo. Podem manifestar-se, por exemplo, quando existe um desacordo entre várias tarefas desempenhadas pelo trabalhador da empresa ou pela adequação das tarefas que desempenha às suas competências ou conhecimentos.	O conflito interpessoal - Ocorre quando existem divergências entre duas ou mais pessoas. Pode surgir, por exemplo, entre superior e uma subordinada. Podem ocorrer devido a diferença individuais, limitação de recursos e diferenciação de papéis. As diferenças de personalidade, presentes nos valores, crenças, atitudes, idades e experiências podem causar situações de conflito.
Intragrupo : Ocorre dentro de um pequeno grupo.	Intergrupo : Ocorre entre grupos ou equipa A e B.
Conflito intragrupal - Envolve situações de tensão que ocorrem entre os membros de um determinado grupo, causadas por diferenças entre sistemas de valores, e atitudes ou por divergências de opinião relativamente a objetos, tarefas ou procedimentos.	Conflito intergrupar - Ocorre quando as opiniões entre os grupos da organização são diferentes. Por exemplo, divergências entre a equipa de futebol.
- Intra organizacional : O conflito abrange a generalidade das partes da organização.	

Fonte: Adaptado de “In Manual de Comportamento Organizacional e Gestão” (p.465)

1.3. O Envelhecimento

A questão do envelhecimento tem merecido uma maior atenção nos últimos tempos. O mundo tem experimentado um ritmo acelerado no envelhecimento da sua população nas últimas décadas. Já em 1993, Carrilho afirmava que: “O envelhecimento demográfico é um fenómeno social actual, que caracteriza os países industrializados, sobretudo a Europa” (1993, p.78). O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI e com maior incidência nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, “entre 2018 e 2080, de acordo com o cenário central de projecção em Portugal perderá população dos atuais 10,3 para 8,2. Milhões de pessoas. O número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões. Mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos motivada pela redução de mulheres em idade fértil ou reflexo de baixos níveis de fecundidade.

Assim, o número de idosos 65 e mais anos passará de 2,2 para 3,0 milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080. Em resultado do decréscimo da população jovem e aumento da população idosa, a região mais envelhecida em 2080, será a região Autónoma da Madeira, com este índice a atingir os 429 idosos por cada 100 jovens e a região menos envelhecida, será o Algarve, com um índice de 204.

Em Portugal o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações que já se encontram no grupo etário 65 e mais.

A população em idade ativa entre os 15 a 64 anos diminuirá de 6,6 para 4,2. Milhões de pessoas.

O índice de sustentabilidade potencial consciente entre o número de pessoas com idades dos 15 aos 64 anos e o número de pessoas com mais de 65 anos poderá diminuir de forma acentuada face ao decréscimo.

A população em idade ativa a par do aumento da população idosa. Este índice passará de 259 para 138 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos entre 2018 e 2080.

Os exercícios de projecções da população residente, com os principais resultados que se apresentam, assentam em hipóteses de evolução futura das componentes

demográficas de fecundidade, mortalidade e migrações. Essas hipóteses não tiveram subjacente o impacto que a situação atual determinada pela pandemia Covid 19 possa vir a ter nas tendências demográficas futuras.¹

Não há dúvida, que no envelhecimento da população revela-se uma tendência positiva, que está intimamente ligada ao avanço científico-tecnológico, com uma maior eficácia das medidas preventivas de saúde e um progresso no combate à doença, refletindo-se em melhores condições socio-sanitárias, melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, numa consciencialização progressiva do indivíduo como principal agente do seu próprio envelhecimento. A melhoria das condições de vida é um fator intimamente associado ao aumento da esperança média de vida, mas representa um grande desafio para a sociedade atual.

Perante este cenário socioeconómico e demográfico, é necessária a adoção de respostas políticas eficazes conforme a comunicação apresentada pela Comissão Europeia, no âmbito do Ano Internacional dos Idosos, organizado pelas Nações Unidas (Comissão Europeia, 1999:4) onde é apresentada precisamente esta necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência às pessoas idosas, o que representará uma pressão cada vez maior sobre os sistemas formais de prestação de cuidados individualizados.

Sobre o envelhecimento, segundo Morato (1986) e Imaginário (2004, p.45)

“os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjetivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais, como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjetivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico”.

O processo de envelhecimento demográfico tem de ser aceite e não deve ser necessariamente encarado como penoso para a sociedade, pois este não pode estar

¹ “Entre 2018 e 2080, de acordo com cenário central de projeção em Portugal perderá população dos atuais 10,3 para 8,2. Milhões de pessoas. O número de jovens diminuirá de 1,4 para cerca de 1,0 milhões. Mesmo admitindo aumentos no índice sintético de fecundidade, resulta, ainda assim, uma diminuição do número de nascimentos motivada pela redução de Mulheres em idade fértil ou reflexo de baixos níveis de fecundidade. Assim, o número de idosos 65 e mais anos passará de 2,2 para 3,0 Milhões. O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080. Em resultado do decréscimo da população jovem e aumento da população idosa, a região mais envelhecida em 2080, será região Autónoma da Madeira, com este índice a atingir os 429 idosos por cada 100 jovens e a região menos envelhecida, será o Algarve, com um índice de 204. Em Portugal o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2050, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações que já se encontram no grupo etário 65 e mais. A população e em idade ativa (15 a 64) anos diminuirá de 6,6 para 4,2. Milhões de pessoas.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESsmode=2. Consultado em 30- 08-2022

desligado do contexto social. A sociedade tem que se organizar de forma a permitir dar respostas adequadas às necessidades dos vários grupos etários da população. (Rosa, 1996).

Também Stevens (cit. por Imaginário, 2004, p, 42) refere que “o envelhecimento é um processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e fisiológicas produzindo-se entre os 50 e os 60 anos”.

A revisão da Carta Social Europeia do Conselho da Europa, em 1996, expõe no artigo 23 da parte 2,

“permitir às pessoas idosas escolher livremente o seu modo de vida e ter uma existência independente no seu meio habitual, tanto quanto o desejarem e tanto quanto possível. O envelhecimento e o fim da vida são realidades da evolução do Homem, universais e inevitáveis”.

Refletir sobre o envelhecimento é uma experiência sobre a qual a sociedade não lida ainda com serenidade. Pensar sobre o próprio envelhecimento ocorre de forma diversa e acentua-se certamente com a idade. A previsão do envelhecimento acomoda-se, porém, ao desejo de uma vida independente e feliz, se possível prolongada. Envelhecer em casa, com saúde e bem-estar, permite ao idoso manter o sentido da sua identidade e de controlo da sua própria vida. Para além destas vantagens é de referir, também, o custo elevado da institucionalização e a escassez de respostas sociais.

1.4. Apoio Domiciliário

Historicamente foi depois de 1974, que as Políticas Sociais dirigidas à "terceira idade" ganharam impulso, contemplando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, ou consideradas incapacitadas para o trabalho. O modelo do sistema de Segurança Social, que assegura a aplicação destas políticas sociais, começou a evidenciar-se na década de 80, uma crise no seu sistema de financiamento. Nesta circunstância, o Estado reagiu criando assim espaços de atividade social privada e fortaleceu-se para a produção de bens e serviços. A Sociedade-Providência organizada, inicialmente em actividades do sector de segurança social, é fortalecida pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de fevereiro que alarga a conceção legal de IPSS aos «domínios da saúde, da educação, da habitação e outros em que as necessidades sociais dos indivíduos e das famílias encontram apoio».

Em Portugal, os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, sobretudo no contexto da economia social, resultante do aumento do número de pessoas idosas e das suas necessidades. Foi na década de 90 do séc. XX que se consolidaram e se alistaram no contexto das políticas de velhice como ações coletivas (Garcia, 2009).

O serviço de apoio domiciliário tem a função de assegurar a prestação de cuidados individualizados no domicílio a indivíduos e famílias que, por motivos de doença ou incapacidade, não consigam assegurar por si mesmo as suas necessidades básicas de vida diária.

“ (...) e tem como finalidades proporcionar condições de bem-estar, vivência saudável meio e uma participação ativa na vida social, de modo a facilitar uma vida normal e integrada no meio de vida habitual, diminuindo assim as situações de isolamento, visando retardar a admissão noutras respostas destinadas a idosos, como lares e residências. Esta resposta tem como objetivo principal prevenir situações de dependência, a promoção de autonomia e a prestação de cuidados de saúde, quer de ordem física quer psicossocial” (MTS, 2000, p.270).

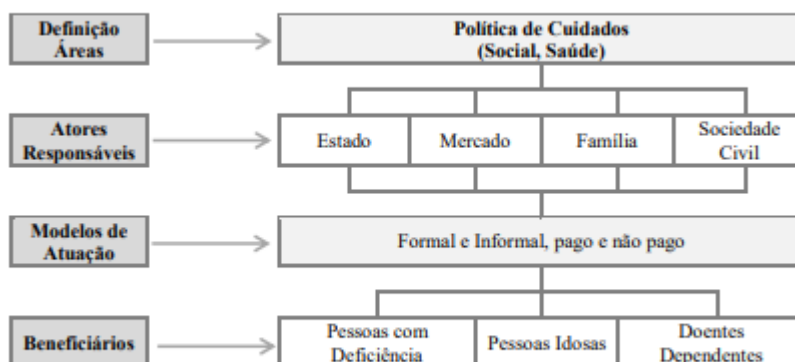
No Relatório de Sustentabilidade da SCML, define o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) na prestação de cuidados individualizados no domicílio a pessoas que, temporária ou permanentemente, se encontrem numa situação de incapacidade física e/ou psíquica que impossibilite a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária (In Relatório de Sustentabilidade da SCML, 2015).

Entende-se por S.A.D a disponibilização de serviços necessários a pessoas dependentes, que não podem ser prestados de forma adequada pela família ou pelos amigos, e que lhes permitem permanecer em suas casas. Na sua diversidade, este tipo de serviços procura atingir os seguintes objectivos: “Promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; Apoiar nas actividades de vida diária; Promover estilos de vida saudáveis; Prestar cuidados de saúde; Melhorar as condições de habitabilidade; Evitar o desenraizamento/manter laços; Combater o isolamento e a solidão; Fomentar a solidariedade;” (Ferreira, 2004, p.19)

O serviço de SAD, para além do apoio que tecnicamente tem como objetivo, poder também completar as funções sociais da família, quando articula e complementa os cuidados com o cuidador familiar, pode também funcionar como “delegação” quando a família existe, mas delega nos cuidadores domiciliários as actividades familiares, demitindo-se das suas funções (Ribeirinho, 2005).

Para Carvalho (2009), quando se fala de cuidados a pessoas idosas e dependentes, fala-se de um conjunto de elementos cruciais que remetem para uma união entre áreas, responsabilidades, modos de atuação e beneficiários.

Figura 2 - Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes



Fonte: Adaptado de Carvalho, (2009:271)

Os cuidados aos idosos no seu domicílio podem revestir-se de várias formas, podem substituir a família, quando o idoso não tem nenhum membro da rede familiar e encontra-se a viver só e dependente desses cuidados para a sua sobrevivência, recorrendo ao serviço de apoio domiciliário (SAD) para se proteger e integrar socialmente e relacionalmente na sociedade. A efetivação dos cuidados no domicílio varia consoante o grau de dependência física e psíquica do idoso e do seu contexto familiar (Carvalho, 2006).

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) privilegia a permanência do idoso na sua casa, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. Presta um conjunto de serviços como fornecimento de refeições, higiene pessoal e da habitação, acompanhamento ao médico ou a realização de pequenas tarefas, pressupondo assim a co-responsabilização de vários agentes formais e informais, uma vez que a sua filosofia de base apela à complementaridade e não à substituição (Pimentel, 2001). Estes serviços são prestados por cuidadores formais.

1.5. Promoção do Cuidar

Face ao número crescente de pessoas idosas e ao reduzido número de vagas em Residências de Idosos, aliando à preferência pelas respostas de proximidade que começou a manifestar-se, é de todo importante que se façam estudos que abordem esta realidade, para que o Serviço de Apoio Domiciliário tenha outra projeção e passe a constituir um serviço de primeira linha na intervenção nesta temática.

Para Sequeira (2010, p. 260),

As necessidades de cuidados dos idosos dependentes são diversas, o que implica, objetivamente, uma prestação de cuidados múltipla e que engloba actividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, assistência nas AVD.

Assim, a duração de cuidados prestados, dependem das necessidades objetivas do idoso, nomeadamente com a dependência física e psíquica e deteriorações cognitivas.

Assim sendo o Apoio Domiciliário constitui um conjunto de serviços prestados no domicílio habitual da vida do utente, contribuindo para a “promoção da sua autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento” (MTSS, 2005, p.1).

Vários estudos apontam para a preferência por parte das pessoas idosas, para os serviços de apoio domiciliário, como é o caso da investigação levada a cabo por Ester Vaz (2001, p. 212), na qual é reforçada esta preferência, considerando que “(...) o serviço deveria ser alargado a toda a população idosa por ser o que lhes permite continuar a relação afetiva com objetos e pessoas que, ao longo da vida, foram construindo e acumulando”.

No Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, no seu artigo 3º (ONU, 2002), é feita especial referência à necessidade de apoio e proteção da família, acrescentando que “os idosos que o desejem deveriam poder permanecer na sua casa e no seu meio, tanto tempo quanto possível. O recurso à sua institucionalização como nos casos em que é preciso prestar assistência a longo prazo, deveria ser evitado ou adiado tanto quanto possível”.

Costa (1998, p, 89) defende que a política de 3ª idade’ que hoje tem, necessariamente, de abarcar também a ‘4ª idade’, tem de orientar-se no sentido de reduzir a sua componente institucional, fomentando a sua permanência ou regresso ao seio das famílias, ou seja, as famílias deveriam ter uma resposta interna e não recorrerem sempre a instituições.

Em Portugal, a proteção social constitui um direito de todos os cidadãos, consagrado no artigo 63 da Constituição da República Portuguesa, enquanto no número 5 do mesmo artigo expressa que “O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, sem carácter lucrativo, com vista à prossecução dos objectivos de solidariedade social...”. Mais objectivamente, o artigo 72º da mesma norma, sob o título Terceira Idade consagra expressamente o direito das pessoas idosas bem como o, em termos de princípios, o conteúdo da política de terceira idade. A revisão constitucional de 1992 mantém este quadro, efetivado pelo sistema de segurança social aprovado pela lei nº 4 / 2007, de 16 de janeiro, que define as suas bases gerais, princípios, objetivos e estrutura. Sobressai, entre os objetivos assegurar por um lado, a proteção dos trabalhadores e das suas famílias nas situações de falta ou diminuição da capacidade para o trabalho, de desemprego involuntário e de morte garantindo a compensação de encargos familiares, e por outro garantir proteção das pessoas se encontram em situação de falta ou de meios de subsistência.

Em relação às políticas dirigidas a pessoas e às pessoas idosas há uma tendência mundial de incentivar a sua permanência na família, em considerá-la o agente prioritário nos cuidados, na assistência de uma maneira geral no atendimento às suas necessidades sociais. Portugal, tem uma política de cuidados em domicílio, porém, aquém da necessidade da população idosa. Na grande maioria as ofertas de serviços de apoio domiciliário são privadas e bastante lucrativas dificultando o acesso para as famílias, que se encontram em dificuldade financeira, devido aos baixos salários e às pensões dos idosos.

Referindo Ribeirinho citado por Moura (2012, pp 55-56)

“se acharmos que cuidar é na essência, permitir a alguém com dificuldade física e/ou psicoafectiva enfrentar a vida diária, os cuidados são o motor da Intervenção Gerontológica. O desafio é oferecer cuidados que tenham em conta três dimensões, biopsicossociais, culturais e espirituais da pessoa, mobilizando o seu desejo de viver, a partir das suas necessidades, das capacidades que ainda mantém e possibilidades do seu meio sociofamiliar”.

Segundo este autor, a permanência no seu seio familiar e social, ou seja, no seu meio habitual de vida, em continuada interação com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa idosa, mas uma vez que muitas delas necessitam de serviço de apoio para a sua vida quotidiana, esses serviços

deveriam ser mais abrangentes, de melhor qualidade, e focalizados nas necessidades das pessoas (Ribeirinho, 2005).

1.5.1. Cuidar Versus ser Cuidador

Cuidar, significa atenção, cautela, zelo, cuidar de alguém garantindo o seu bem-estar. Eleva-nos para atitudes de cargo, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado. Resume-se, em compromisso (Dicinário de Português).

O cuidador é, neste sentido, um individuo que pode, ou não, ter vínculos familiares e retribuição monetária, mas que cuida da pessoa idosa, a vários níveis e essencialmente no que concerne a tarefas do quotidiano, como a alimentação, a higiene pessoal, a gestão da toma da medicação, o acompanhamento aos serviços de saúde, entre outros (Colomé et al., 2011).

A habilidade do cuidador advém não só de atender às necessidades básicas, primárias (alimentação, higiene, saúde, abrigo...) mas também de prosseguir as relações e devolver a pessoa ao seu habitat e incumbência natural da vida, com o respeito e dignidade humana.

Cuidar significa ajudar a pessoa idosa a realizar atividades que esta não consegue realizar por si própria, atividades que são fundamentais para a promoção e a manutenção do seu bem-estar. As práticas de cuidar incluem podem incluir, ajudar a realizar atividades na vida diária, AVD,s, higiene corporal, mobilidade física e dar refeições, ajudarem realizar atividades instrumentais da vida diária AIVD, o cuidador também pode fazer compras, preparar refeições e tratar da roupa. Mostrar compreensão relativamente às preocupações do idoso” (Moura, C. etal. 2012, p.127)

1.5.2. Cuidador Formal e Informal

O cuidador formal define-se segundo Sommerhalder (2001), pela prestação de serviços de índole profissional em instituições direcionadas para a prestação de cuidados, enquanto os cuidadores informais poderão ser familiares, amigos, vizinhos, que cuidam do idoso em ambiente familiar. Para Sequeira (2007), o cuidado informal (prestado por cuidadores informais), com a prestação de cuidados executados no domicílio e que maioritariamente são da responsabilidade dos elementos da família, amigos, vizinhos, entre outros, cujo trabalho não é remunerado, é meramente solidário, podendo a prestação

dos cuidados ser de uma forma parcial ou total. Este presta ajuda física a pessoas com dificuldades na realização das (AVD,s) atividades de vida diária (higiene, alimentação, deambulação entre outras).

Numa ótica mais alargada os cuidados a idosos envolvem também a colaboração no desenvolvimento das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (aquisição de serviços ou compras, ocupação dos tempos livres, utilização de equipamentos do quotidiano). Assim, o cuidado formal (atividade profissional) é essencialmente levada a cabo por profissionais, com preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, gerontólogos, entre outros, que enquadram esta designação (cuidadores formais), sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias, IPSS e instituições de carácter privado...).

De acordo com Ávila (2009) o apoio formal é essencial, nomeadamente quando a rede de apoio familiar não existe ou se torna pouco eficaz através duma prática assistencial contínua, devendo assim ter como objetivo, em primeiro lugar evitar a hospitalização e a institucionalização, pela consequente perda da liberdade, autonomia, despersonalização e estigmatização social.

Segundo Sequeira, os cuidadores formais são indivíduos qualificados que detêm preparação para o desempenho deste papel, e são remunerados pelos serviços que executam uma vez que estão a desempenhar a sua atividade profissional tendo em conta as suas competências profissionais (Sequeira, 2007).

Os cuidadores têm como principal objetivo, dar 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 ou as atividades de vida diária, ficando dependentes da ajuda de terceiros.

Entende-se por dependência:

“[...] situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária “ (Decreto-Lei 101/2006 nº 108,p.3856)

Baltes e Silverg apud Sanchez (1998) mencionam que a dependência no Homem resulta das alterações que se foram efetuando ao longo da sua vida, tanto do ponto de vista biológico como do ponto de vista sociocultural.

Carvalho (2009) refere, que o “estado” de dependência é medido através de indicadores que determinam vários graus e tipos de dependência. Estes combinam o índice das limitações pessoais e sociais para efetuar as Actividades da Vida Diária – (AVD’s), e o índice das Actividades Instrumentais da Vida Diária – (AIVD). Esta tipologia relaciona as necessidades físicas, cognitivas e intelectuais determinando níveis de dependência e necessidade de cuidados por diferentes categorias: a independente, a levemente dependente, a moderadamente dependente e a gravemente dependente.

Esta atividade em funcionamento há já algumas décadas, tem sofrido diversas transformações, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades dos seus idosos e famílias.

1.5.3. Cuidar de idosos em tempo de pandemia de COVID-19

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID19, doença causada pelo novo coronavírus, que atingiu uma rápida disseminação geográfica e a nível mundial, 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 pôr em maior destaque a fragilidade da população idosa como uma preocupação de saúde global (Guan et al., 2020). A população idosa não só corre um risco maior ao contrair o vírus, como de maior sofrimento, como também pode correr maior risco de morrer.

Os cuidadores de idosos estão na linha de frente, enfrentaram e continuam a enfrentar todos os riscos, trabalham para garantir a saúde dos idosos e de pessoas com limitações ou deficiências durante a pandemia de COVID-19. Ao fazê-lo, enfrentam todos os dias um risco considerável, de contrair o vírus e transmiti-lo aos idosos. Os cuidadores referem o aumento significativo de responsabilidade e preocupação em proteger os utentes, física e emocionalmente.

Sendo esta, já uma força de trabalho vulnerável, enfrentam vários 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.

As pessoas que prestam cuidados aos idosos, obrigatoriamente, 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 fórmula mágica de construir relação de confiança 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, conforto e segurança.

As interações entre cuidador e a pessoa cuidada foram completamente alteradas durante a pandemia, devido às necessidades de distanciamento social, de tapar o rosto, o pânico e o medo de contrair o vírus e morrer, passou a fazer parte do dia-a-dia de todos. 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).

Agravaram-se problemas já antes conhecidos como a falta de trabalhadores, as difíceis condições de trabalho, ausência de manutenção da formação, sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental (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) apresentou como objetivo explorar as experiências de cuidadores formais que prestam apoio domiciliário durante a pandemia de COVID-19. As deslocações são também referidas, do transporte de ida e volta para o trabalho foi uma preocupação de segurança durante a pandemia, especialmente para aqueles que dependem do transporte público.

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 doenças crónicas correm um risco agravado significativamente, de obter complicações graves da doença do que outros grupos, a maioria das mortes por coronavírus ocorreu entre os idosos (Eurofound, 2020; OECD, 2020).

As técnicas entrevistadas, referiram ter sido muito complicado trabalhar durante a pandemia ... foi difícil gerir uma equipe com os medos. Era assim, todo mundo tinha medo. A maior dificuldade eram as máscaras a transpirar, uma roupa por cima, com fatos horríveis. As Ajudantes Domiciliárias (AGAC) andam de casa em casa, e tinham que colocar, fato, avental, luvas, mascaras todo o equipamento necessário para não haver contágio e era assim consecutivamente quando mudavam de casa para casa.

Durante a pandemia e como referem as técnicas *“Elas dedicaram-se ainda mais de corpo e alma. E aqui veio explicar realmente... Quem tem aqueles valores...valores solidários e humanos”*.

1.6. Conceito de Stress

Os profissionais que se enquadram no perfil de cuidador neste âmbito, padecem de uma atividade desgastante, quer física, quer psicologicamente, o que muitas vezes facilita o aparecimento da ansiedade e a predisposição de vulnerabilidade ao stress.

A palavra stress provém de duas expressões latinas:

I “stingere” que significa esticar ou deformar e de

II “strictus” que corresponde às palavras portuguesas “esticado”, “tenso” ou apertado (Serra, 1999). Stranks (2005) enuncia diversas formas de definir o stress, destacando-se entre outras:

- A resposta a um “ataque”;
- Uma resposta psicológica que se segue à incapacidade de “lidar” com os problemas;
- A resposta frequente a alterações do ambiente.

Segundo Vaz Serra (2000), os efeitos do stress sobre o indivíduo são largamente mediados por variáveis de natureza biológica, psicológica e social, onde algumas variáveis reduzem os efeitos do stress, enquanto outras, pelo contrário, acentuam os referidos efeitos.

A Comissão Europeia definiu o Stress como:

“Um padrão de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e psicológicas a aspetos adversos e nocivos relacionados com o conteúdo, a organização e o ambiente de trabalho. (...) O stress é causado pelo desajustamento entre nós e o nosso trabalho, pelos conflitos entre o nosso papel, relacionados com o trabalho e outros papéis que lhe são exteriores”.European Commission (1999, p.64).

Apesar do conceito de stress ter sido utilizado pela primeira vez na área da Psicologia no século XVIII, só em 1926, com Hans Selye, considerado o Pai da Teoria do Stress, começou a ser evidente a sua presença em doenças físicas, sendo contextualizada na área da saúde. Foi ele, o primeiro a pesquisar acerca desta temática, tentando através de um estudo experimental perceber a relação biológica entre a emoção e o desencadeamento da reação neuro-endócrina, dando assim início a um conjunto de estudos voltados para o stress biológico (Santos & Teixeira, 2008)

Os cuidadores profissionais que trabalham nesta área submetem-se, algumas vezes, a condições extremas de desgaste não só físico como emocional, sendo, portanto, essencial uma boa formação técnica que compreenda os aspetos teóricos, humanos e éticos (Garbin et al. 2008). Costa (2002) refere que, existem atributos como responsabilidade, compromisso, dedicação e envolvimento sincero com o trabalho da instituição.

A função de cuidador formal é habitualmente, exercida por profissionais devidamente qualificados, são designadamente, médicos, enfermeiros psicólogos, gerontólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e auxiliares de apoio e cuidadores de idosos, todos estes profissionais, estão sujeitos a grandes cargas de stress.

De acordo com Queirós, a reação que o individuo tem perante acontecimentos perturbadores, depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o individuo possui ou a que tem acesso. Tendo em conta, o significado que ele próprio dá ao acontecimento, e não tanto ao acontecimento em si. Se o individuo desenvolve a percepção de não ter controlo sobre determinado problema, Freitas (1999, citado por Queirós, 2005), surge como uma metáfora que define um estado de fadiga física e mental – O Burnout. Segundo Alvarez, et al., (1993, citado por Queirós, 2005), uma das características do Burnout é a sua manifestação em sujeitos que normalmente desempenham funções de ajuda e assistência, nos quais se geram alterações emocionais que se consubstanciam em sentimentos de vazio, fracasso e incapacidade para o trabalho.

O stress relacionado com o trabalho, também designado como “stress profissional” ou “stress ocupacional” é definido por Niosh (2006), como uma consequência da desarmonia (ou desequilíbrio) entre as exigências do trabalho e as capacidades (e recursos ou necessidades) do trabalhador. A importância do trabalho no equilíbrio e na qualidade de vida da população ativa é cada vez mais reconhecida e vem justificando o interesse crescente no estudo do stress no trabalho.

O stress parece já ser um elemento natural e inevitável no trabalho e na vida. Não é necessariamente mau ou destrutivo, no entanto tem o potencial de se tornar em algo negativo por várias razões.

Em suma, é comum verificar-se que a vulnerabilidade ao stress seja variável de indivíduo para indivíduo, e que perante determinados acontecimentos, existem pessoas que são extremamente vulneráveis, no entanto, existem outras que parecem resistir a um grande número de situações desagradáveis.

CAPÍTULO II –METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Na presente dissertação pretendeu-se explorar a Gestão, bem como os riscos e prevenção da atividade de trabalho do cuidador formal, em serviço de apoio domiciliário, numa altura em que este setor de atividade tem estado mais em debate; procurou dar-se visibilidade aos desafios vivenciados pelos cuidadores, actualmente designados como Agentes de Geriatria e Apoio à Comunidade (AGAC) e/ou Auxiliares de Ação Direta, tendo em conta a realidade das suas situações de trabalho. Como já referido este tornou-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.

2.1 Metodologia e campo empírico

O plano metodológico da investigação segue uma abordagem qualitativa (Willig, 2012).

. Para Fortin, a metodologia é

“um processo metódico de recolha de dados observáveis e quantificáveis, que tem por finalidade (...) cooperar para o progresso e validação dos conhecimentos e oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de antedizer e controlar as ocorrências” (Fortin, 2003, p, 22).

Conforme nos refere Esteves (1987, p, 257)

“a metodologia corresponde a um corpo misto de conhecimentos onde se interligam, para além das técnicas próprias de uma disciplina científica ou apropriáveis por ela, elementos teóricos e epistemológicos” (Esteves, 1987, p, 257)

Contudo Serrano (2008, p, 23), define a metodologia, como uma meta a alcançar, um objetivo quantificado e qualificado. Formular uma meta é assinalar que quantidade queremos alcançar de cada objetivo e qual a sua qualidade. Assim como os objetivos, as metas têm de ser realistas e alcançáveis com os meios disponíveis.

Assim, o objetivo da presente pesquisa foi também analisar os impactos e os riscos da pandemia de COVID-19 na atividade de trabalho destes cuidadores, que enfrenta já condições de trabalho e de emprego precárias.

Pretendeu-se assim compreender o que mudou, quais as dificuldades emergentes e de que forma se ampliaram fragilidades já existentes.

Recolheu-se a informação das causas e dos acontecimentos relacionados com o desgaste enfrentado no exercício da sua atividade profissional, enquanto cuidadores de idosos e dos gestores do apoio domiciliário. Este tornou-se o momento oportuno para discutir as condições desta atividade que ganhou maior visibilidade com a pandemia. Pretendeu-se assim compreender o que alterou ou se agravou, quais as dificuldades emergentes e de que forma se ampliaram fragilidades já existentes.

Procedeu-se à elaboração de um guião de entrevista, que foi estruturado pela mestrande e responsável pela realização das entrevistas com a obtenção de informação para concretização dos objetivos. Neste contexto e segundo Fortin (2003, p, 245) a entrevista semiestruturada, de teor qualitativo permite colher as informações junto dos participantes relativamente aos factos, às noções, aos comportamentos, às atitudes às preferências, aos sentimentos, às expectativas de um determinado assunto.

As entrevistas do tipo qualitativo podem ter um grau de instrução diferente, isto é, podem variar entre entrevistas estruturadas ou entrevistas não estruturadas, no entanto, as entrevistas semiestruturadas, são aquelas que permitem obter dados comparáveis entre vários indivíduos que fazem parte da investigação. Bogdan e Biklen (1994) salientam então, que as entrevistas devem permitir aos indivíduos que estão a ser entrevistados estarem à vontade para falarem dos seus pontos de vista. Assim, na investigação qualitativa existe a possibilidade de utilizar imensas estratégias para recolha de dados. No entanto, a entrevista semiestruturada, segundo Savoie Zajc

“consiste numa interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se há, guiar pelo fluxo da entrevista com objetivo de abordar de um modo que se assemelha a uma conversa em termos gerais, sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo” (Zajc, 2003:282).

Haguette (1987, p. 86) define a entrevista como “um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações”. Yin (2005) define a entrevista como a base de informação mais importante e fundamental nos estudos de caso. Para Fontana e Frey (1994) “entrevistar é uma das formas mais comuns e poderosas de tentar compreender outros seres humanos”.

2. 2. Instrumentos tratamentos e recolha de dados

Utilizou-se o guião suporte à entrevista individual conduzida com cada uma das participantes.

Com o objetivo de compreender a atividade, o guião de entrevista é composto por 4 categorias:

- I. Dados pessoais, experiência e formação, onde se colocaram questões relativamente à escolha da profissão e formação na área;
- II. Condições de trabalho, riscos profissionais e pandemia por Covid-19; relatando as tarefas que realizam, mas também as exigências e constrangimentos que lhes estão associados;
- III. Recursos institucionais e condições de emprego, relatando o vínculo laboral, a justiça na remuneração e a satisfação com as condições de emprego;
- IV. 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 aos relatos descritos pelas ajudantes familiares, inerentes aos desafios impostos pela pandemia.

A amostra foi constituída por um total de 15 cuidadoras (AGAC), verificou-se que as 15 cuidadoras eram do sexo feminino, cuidam de idosos dependentes, residentes no concelho de Lisboa. Foram ainda entrevistados 2 técnicos do Apoio Domiciliário e 1 médico.

2.3. Procedimentos para a recolha de dados

Assim, num primeiro momento, fez-se o enquadramento da investigação dos pontos base a desenvolver, seguidamente, foi feito um email formal, a pedir autorização para os locais onde se pretendia fazer as entrevistas, ao Sr. Administrador da Ação Social da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Dr. Sérgio Cintra, que prontamente enviou email com autorização.

Tendo em conta os diferentes modelos de trabalho e prestação de serviços, nas empresas e instituições, a fim de aferir as diferentes situações laborais, fez-se também um pedido informal via telefone, a 2 cuidadoras em regime de prestação de serviços, os chamados trabalhadores a recibo verde, a prestarem serviço para a empresa Domus Care,

Foram assim os feitos os contactos e pedidos feitos via email e via telefónica, solicitando a sua participação, acordado um dia e horário da conveniência das mesmas, em locais designados e agendados para o efeito. Antes de iniciar a entrevista foi solicitada autorização para a gravação áudio e explicada a importância da mesma, assim como foi assegurada a confidencialidade dos dados e agradecimento, conforme o consentimento informado em anexo.

As cuidadoras prestam serviço, dentro da área geográfica de Lisboa. As entrevistas tiveram a duração entre 20 a 45 minutos.

Tendo como finalidade conhecer as dificuldades experienciadas pelos cuidadores formais (AGAC, s) de idosos dependentes no domicílio, pretendeu-se obter conhecimento acerca da realidade desses profissionais.

A selecção da amostra teve as suas particularidades, prende-se com o facto, da mestranda trabalhar na instituição desde 1989 na área de idosos e cuidadores formais.

Procedeu-se à aplicação, de três tipos de guião de entrevista para os 15 intervenientes do processo, sendo um tipo de guião para os cuidadores, um para os gestores e por último o guião para o médico da medicina do trabalho da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

A mestranda utilizou a entrevista semiestruturada no seu projeto de investigação, aplicando esta técnica aos cuidadores. Este tipo de entrevista pareceu ser o mais adequado, aos objetivos desta investigação, dado que, sendo menos rígida do que a entrevista estruturada, embora tendo um conjunto de questões previamente definidas, pode sempre introduzir novas questões de forma a obter novas e mais abrangentes informações.

Outras técnicas utilizadas são a pesquisa bibliográfica, que segundo Ander-Egg (1999), “consiste na recolha de informação a partir das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto” e as fichas de leitura que se baseiam em “detetar (num texto) as suas principais ideias e as suas articulações, de modo a fazer aparecer a unidade do pensamento do autor” (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Depois de ter realizado as entrevistas, a mestranda procedeu à respetiva análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma forma de recolher informação através da entrevista, permite “a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade e profundidade” (Quivy e Campenhoudt, 1997). 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.

Segundo Silva e Fossá,

“a análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador na análise do material recolhido, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.” (Silva, 2013, p. 2)

Neste capítulo, após a realização das entrevistas, estas foram integralmente transcritas e analisadas e procedeu-se à análise dos dados.

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 fosse possível 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. Analisados os dados como ponto de partida para a categorização da informação em temas.

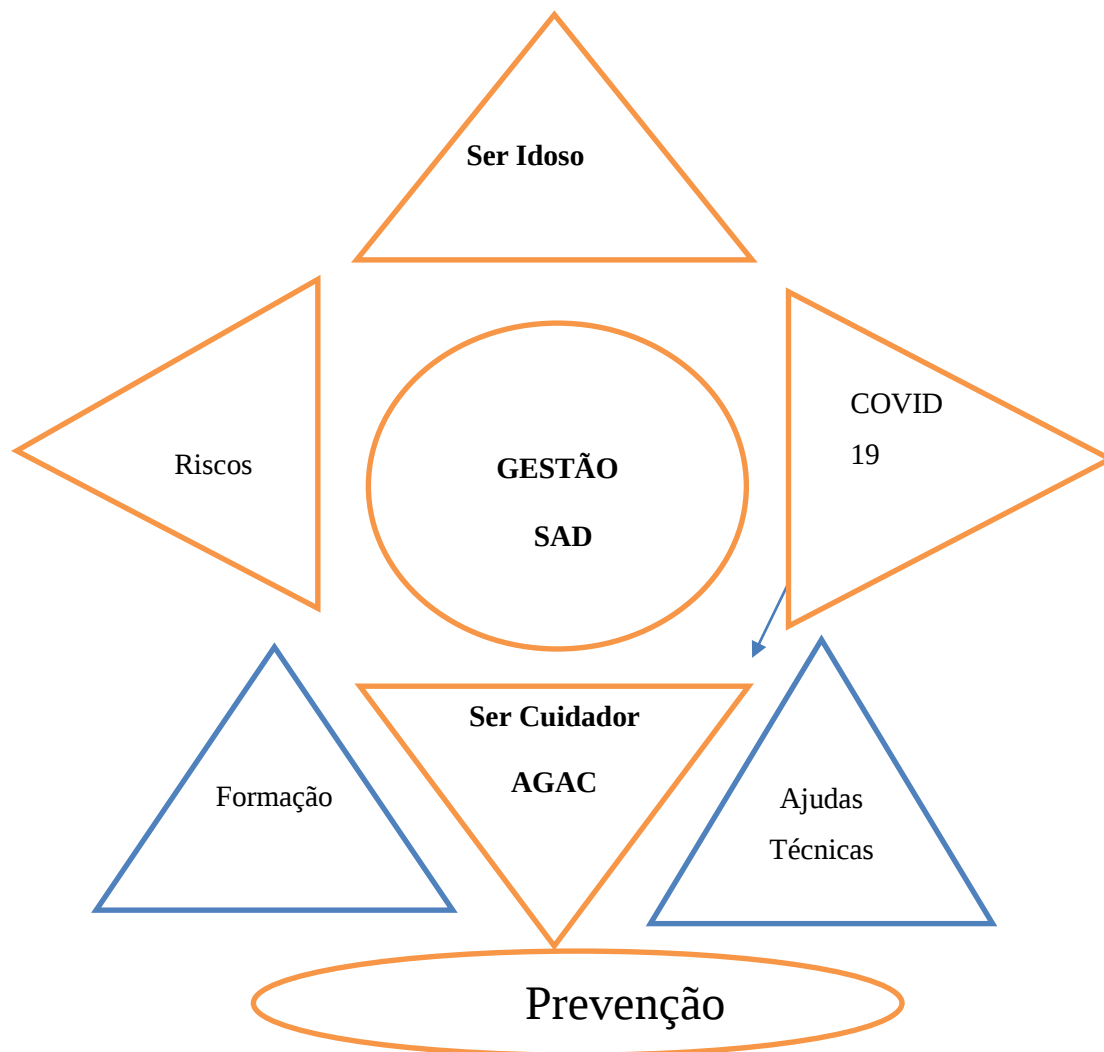
Após a elaboração do mapa, os temas foram novamente analisados selecionados, procurando aperfeiçoar as especificidades de cada um, sendo que nesta etapa as definições dos temas adquiriram caráter mais real.

Finalmente, para a apresentação dos resultados selecionaram-se pequenos excertos mais relevantes para ilustrar cada um dos temas. A análise que se segue procura, assim, descrever dos dados obtidos na presente investigação (Braun & Clarke, 2006).

A análise de conteúdo é nada mais que descrever e trabalhar a informação recolhida através da entrevista, permite “a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade e profundidade” (Quivy e Campenhoudt, 1998, pp. 109-151)

O modelo de análise permite visualizar os conceitos que foram abordados e possibilitará a orientação para a interpretação dos resultados obtidos

Figura 3 - Quadro Conceptual (Modelo de Análise)



Fonte: Elaborado pela mestranda

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar o trabalho empírico, resultantes desta investigação. Assim num primeiro momento serão apresentadas as entrevistadas/o, apresentando a idade, sexo, escolaridade e tempo de exercício na atividade. Em seguida passar-se-á à análise dos resultados das entrevistas.

3.1.Caracterização das participantes

As participantes do presente estudo são cuidadoras formais que prestam serviço de apoio domiciliário a idosos. 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 as trabalhadoras não exercem as suas atividades num mesmo local de trabalho. Assim, integraram a amostra quinze cuidadoras formais que prestam serviço de apoio domiciliário, todas são do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre os 31 e 67 anos. Entre as participantes apenas uma trabalha a tempo parcial, sendo que as restantes excedem as 35 horas semanais de trabalho, ou seja 40h semanais, de segunda-feira a domingo, com os respetivos dias de descanso. No que toca à organização do horário, são orientadas através de uma escala de serviço, feita pelos seus coordenadores técnicos.

Tabela 1 - As Cuidadoras Formais

Cuidador (AGAC)	Sexo	Idade	Escolaridade.	Tempo Exper. Profissional
A	F	40	10º ano	10
B	F	51	3º ano	26
C	F	31	12º ano	2
D	F	60	10º ano	25
E	F	43	9º ano	21
F	F	45	12º Ano	5
G	F	48	2º Ano	16
H	F	39	9º ano	8
I	F	47	9º ano	13
J	F	46	6º ano	17
L	F	67	9º ano	27
M	F	64	9º ano	21
N	F	53	12º ano	7
O	F	51	Licênc.	15
P	F	34	Licênc.	5

Fonte: Elaboração própria

Os dados, relativamente à idade e ao sexo referem que os cuidadores formais são femininos e apresentam idades entre os 0 e os 67 anos. Colomé et al. (2011) descrevem um cuidador formal de idosos, como sendo maioritariamente do sexo feminino, casado, na faixa etária entre os 40 e 49 anos e com baixa escolaridade. Historicamente, a mulher é associada ao cuidado familiar. Desde sempre que tanto as crianças como os idosos são deixados ao cuidado das figuras femininas. As mulheres fazem hoje parte da força ativa de trabalho do nosso país. Assumem funções profissionais como qualquer homem, e já não há uma diferença formal de género. No entanto, a esmagadora maioria dos cuidadores de hoje ainda são as figuras femininas (Carneiro et al., 2009).

Tabela 2 - Os Técnicos

Técnico	Sexo	Idade	Escolaridade
Técnico 1	F	43	Licenciatura
Técnico 2	F	65	Licenciatura
Médico	M	58	Licenciatura

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3 - Os Riscos

Cuidador	Dores	Acidentes	Stress	Cansaço	Formação
A	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
B	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
C	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
D	Sim	Não	Sim	Café arrebita	Sim
E	Hoje não	Sim	Um pouco	Sim	Sim
F	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
G	Sim	Não	Ultimamente	Sim	Sim
H	Sim	Sim	Sim	Mais ou menos	Sim
I	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
J	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
L	Sim	Sim	Bastante	Não é fácil	Sim
M	Sim	Sim	Às vezes	Andando	Sim
N	Sim	Não	Sim	Folga	Sim
O	Sim	Não	Um pouco	Bem	Sim
P	Sim	Não	Não	Hoje não	Sim

Fonte: Elaboração própria

Através das entrevistas, conseguiu-se perceber alguns riscos sentidos pelas AGAC, s. Elaborou-se as tabelas, com os dados dos participantes, assim como a tabela dos riscos, para uma melhor percepção momentânea. Verifica-se, que o Apoio Domiciliário é feito por mulheres, e o elevado número de participantes já com idades avançadas.

Atendendo aos dados apresentados pelo Relatório da Santa Casa (2015), o mesmo refere que a elevada percentagem de mulheres entre os colaboradores justifica-se por fatores históricos, relacionados com as áreas de intervenção da Instituição Perfil do colaborador da SCML.²

Depois de realizar as entrevistas procedeu-se à respetiva análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma forma de trabalhar a informação recolhida através da entrevista, permite “a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade e profundidade” (Quivy e Campenhoudt, 1997). 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.

3.2. Perfil e motivação das Ajudantes Domiciliárias (AGAC,s)

As Agentes de Geriatria (AGAC, s) têm como principal objetivo dar 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 de vida diária.

Esta atividade em funcionamento há já algumas décadas tem sofrido diversas transformações, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades dos seus idosos e famílias.

Hoje, como categoria profissional, a ajudante familiar é motivada pelos mesmos sentimentos de solidariedade e entrega.

² Para informações mais detalhadas consultar o Relatório de Sustentabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa 2015 Edição: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

O trabalho desenvolvido pelas cuidadoras de idosos (AGAC, s) permite não só tornar a velhice mais digna, mas também transformar a vida dos próprios profissionais, dá-lhes uma visão diferente da vida,

Uma vez que o serviço SAD se desenvolve no domicílio da pessoa idosa, a AGAC deve ter em conta o contexto familiar do idoso, tarefa nem sempre fácil e que pressupõe uma importante maturidade profissional, conhecimento e formação. A missão e objetivos deste serviço exigem um perfil dinâmico e responsável por parte das ajudantes familiares, pois diariamente se confrontam com dificuldades relacionadas com determinadas doenças e limitações funcionais, bem como as de ordem social, familiar ou cultural, conforme relata a AGAC (B) “é um trabalho muito duro e desgastante, tanto a nível físico como psicológico”, já a AGAC (E) refere “estamos constantemente a lidar com a doença, a solidão, a morte...”.

A prestação de cuidados às pessoas idosas revela um desgaste físico e emocional, por parte das Agentes de Geriatria, que devem desenvolver um perfil dinâmico, pois são elas que estão no terreno e que têm de fazer face aos constrangimentos que estão associados ao desenvolvimento da sua atividade. Devem adotar uma postura responsável, mas com poder de iniciativa porque quando as situações complexas surgem, tem que decidir no momento a melhor forma de intervenção, conforme relata

Por vezes surgem situações que não podem ser resolvidas prontamente e a AGAC tem de articular com a Diretora/Gestora do Serviço e mostrar ter espírito de equipa, tais situações são referidas na tabela 4 decorrente de opiniões das cuidadoras durante as entrevistas realizadas para este estudo no que refere às suas atividades durante a jornada de trabalho.

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 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 (...)” (AGAC).

Estes resultados estão de acordo com os resultados do estudo de Guerra et al. (2019) onde as cuidadoras, na sua maioria, iniciaram a atividade na sequência da situação de desemprego, associada à profissão de cuidador (remuneração baixa para realizar um

trabalho exigente e com fracas expectativas de progressão e carreira) que pode desencorajar a procura por esta profissão (Stone, 2004).

Tabela 4 - Exemplos de verbalizações de atividade de trabalho

Atividade de trabalho	Prestar cuidados de higiene	• AGAC (F) (A) “(...) dá-me uma grande satisfação poder ajudar os outros e contribuir para o seu bem-estar” • AGAC (F). (B) “(...) é um trabalho muito digno e realiza profissionalmente qualquer pessoa que goste de ajudar os outros”. • AGAC (C) “(...) é um trabalho que nos deixa satisfeitas, sabemos que estamos a fazer um bom trabalho, damos tudo de nós”, “cuidar dos idosos requer muita paciência e amor, tem que se gostar mesmo do que se faz”, do mesmo modo • AGAC (I) relata que “(...) o principal é o amor ao próximo, é fazer o bem, a entrega e o carinho com que lidamos com os outros”. • AGAC (E) “(...) o contactar todos os dias com essa realidade dá-nos uma perspectiva diferente da vida” • AGAC (I) “... torna-nos pessoas mais solidárias e realiza-nos como pessoas, temos mais consciência das coisas, torna-nos mais humanos”. • AGAC (E) “... nós temos uma certa liberdade de poder tomar decisões e resolver alguns problemas que vão surgindo no decorrer da nossa atividade, claro está que é em conformidade com os utentes e com os familiares, quando os há”. • AGAC (E) informa que “... se forem situações mais graves ou que não se consiga resolver...”, “quando os problemas nos ultrapassam e não conseguimos negociar, recorremos sempre à Dr.^a”. • A AGAC (A) refere “Temos reuniões com ela e toda a equipa de ajudantes familiares, esqueci agora chamam nos AGACS, estão sempre a mudar o nome da nossa profissão, ainda não percebi porquê, mas não gosto do nome, a reunião é todas as semanas. Nessas reuniões fazemos o balanço de toda a semana de trabalho e das dificuldades que encontramos”. O espírito de equipa está bem patente no que refere a • AGAC (C) “... falamos umas com as outras, as colegas mais antigas, aqui a (A)”. é sempre a primeira a colaborar, está sempre pronta a ajudar. Às sextas-feiras temos reunião e falamos do que tivemos mais dificuldade, ora, se for uma coisa muito grave ou urgente falamos com a nossa Dr.^a”. • Já a AGAC (F). (I) diz “... conforme for o problema, contamos com o apoio dos técnicos, os enfermeiros, a psicóloga, a terapeuta ocupacional... expomos as nossas dificuldades à Diretora, e é aí que ela nos dá algumas opiniões e orientações, por vezes somos nós umas com as outras que chegamos a um consenso e fica o assunto resolvido”.
-----------------------	---	--

É mediante situações e estados de espírito como estes, que se acaba por pensar que ser cuidador é uma vocação.

A resposta que o serviço de apoio domiciliário promove, vai ao encontro dos princípios em gerontologia e geriatria, já que visa manter o idoso no seu domicílio, sendo algo sentido como necessário para a qualidade de vida do mesmo. Por um lado, previne o

desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, contribuindo para a sua qualidade de vida, por outro é uma medida que permite envolver a família na prestação de cuidados ao seu idoso, tornando-se uma resposta mais económica a nível da política social. Essa intervenção tem que juntar cuidados de saúde e cuidados sociais.

Desde muito cedo é culturalmente notório, ser inculcado à mulher a obrigação para cuidar dos seus familiares mais velhos, e quando surgem categorias profissionais, como no caso das profissionais cuidadoras formais, é normalmente ser só as mulheres que desempenham essa actividade, raramente aparece um profissional homem a cuidar de idosos, mas parece que já vai aparecendo um aqui outro ali, é bom sinal. As cuidadoras regem-se por sentimentos de empatia e amor ao próximo, como anteriormente pode-se verificar. Há nelas uma consciência do assumir o trabalho, contagiam-se porque gostam do que fazem, sentem-se a gratificadas por transformar ambientes e motivar doentes na sua recuperação. As Agentes de Geriatria mantêm com os utentes uma relação positiva, que para além de ser profissional, é também, em muitas situações, afetiva, determinante para o seu bem-estar psicossocial. A Santa Casa define a elevada percentagem de mulheres entre os colaboradores justificando-se por fatores históricos, relacionados com as áreas de intervenção da Instituição, bem como o perfil do colaborador da SCML. (In Relatório de Sustentabilidade, 2015).

3.3. Apoio à prática Profissional em Domicílio

Devido a algumas falhas existentes no plano de intervenção das Ajudantes Domiciliárias (AGAC, s). Todas as entrevistadas concordaram com a exigência, por parte da entidade patronal, haver necessidade urgente da existência de profissionais de “Gerontologia” formados e tecnicamente preparados a desenvolver ações e situações mais adversas com que se deparam no terreno.

As Ajudantes Domiciliárias consideram a formação específica na área, muito importante para o desempenho das suas funções. Dá treinamento para as Ajudantes Domiciliárias desenvolverem a sua atividade profissional e também a nível de prevenção de acidentes tanto com elas, como com os utentes.

Durante a prestação de cuidados vão surgindo situações novas, tal como agora a situação pandémica, as AGAC,s têm que tomar medidas flexíveis e adaptá-las às

circunstâncias concretas de cada caso individual, por isso continuam a fazer ações de formação em continuidade.

Apesar de todas possuírem formação específica, continuam a valorizar a formação de continuidade, para se manterem atualizadas e obterem um melhor desempenho, mostram empenho e desejo de aprender e melhorar.

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.

Estes resultados estão de acordo com os resultados do estudo de Guerra et al. (2019) onde as cuidadoras, na sua maioria, iniciaram a atividade na sequência da situação de desemprego. Pouco apazível 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).

Barbosa et al. (2011) encontraram dados semelhantes no seu estudo, sendo que a maioria das cuidadoras participantes apresenta formação secundária e de nível superior.

No que diz respeito à formação especializada, os dados encontrados vão ao encontro da literatura evidenciada. (Hirata et al., 2011). Por outro lado, uma das participantes faz referência à quantia elevada que pagou para realizar a sua formação: “fiz alguma formação inicialmente paga por mim, mas tenho muitas outras na área dadas pela instituição” AGAC. (P).

As participantes apresentam relatos de que realizaram formação, dada pela instituição, e por iniciativa própria: “Procurei formação na área”, AGAC. (P), mas também relatos de que aprendem com a prática e transferência de conhecimentos, umas às outras: “Não, não fiz nenhuma. Aprendi, chegava lá e ensinavam-me como era.” AGAC.(I). 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 por vezes não exige formação certificada, derivado à escassez de mão-de-obra.

A motivação para fazer sempre melhor também é expressa pelas entrevistadas da seguinte forma:

Tabela 5 - Apoio à prática Profissional em Domicílio

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	FORMAÇÃO	• AGAC (A) “...nesta instituição ninguém começa a trabalhar no domicílio sem ter formação primeiro.” A AGAC. (D) não acredita que possa trabalhar e “... ir para o domicílio sem fazer formação, o que não é permitido”. • AGAC (C) “... são uma mais-valia”, • AGAC (E) esta formação de continuidade “é importante, mas a prática não é menos, nos cursos é tudo muito teórico e certinho e no dia-a-dia não é assim”. “estamos sempre a ter que enfrentar situações novas, cada caso é um caso, estamos sempre a aprender”. • AGAC (A) “... a formação é muito importante, até que eu não fazia ideia da complexidade que é trabalhar com idosos...”, • AGAC (B) “...aprendi lá tudo o que era essencial para tratar de idosos”. • “Eu não fiz estágio quando eu saí da faculdade não era obrigatório fazer estágio e depois não podia concorrer porque eu concorria sempre ao - 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 ingressar.” Eu fiz o curso de auxiliar de geriatria (...) fiz a minha primeira formação fui eu que a paguei, fiz Pedagogia Social e Teologia”, mas a vida troca as voltas “Formação na prática não, não fiz nenhuma. Aprendi, chegava lá e ensinavam-me como era. Por exemplo o utente era colostomizado, tinha aquele saquinho de lado quando cortam o intestino, fica o saquinho de lado. (AGAC (O) • “Elas são propostas para a formação de vez em quando, tem de fazer as 40 horas de formação por ano” (T.2). • “A partir do momento em que elas passaram a ter um contrato individual de trabalho, houve uma preocupação da formação” (T.2).
	FORMAÇÃO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES	• “... é um curso muito completo. Aborda todos os temas relacionados com idosos, a própria problemática do envelhecimento, e está muito direcionado para os idosos que se encontram no seu domicílio”, AGAC. (C) • (AGAC (F)., promovido pela Instituição... com todas As patologias inerentes face ao envelhecimento, e até às teorias mais complexas de psicologia e direito. Também se falou muito de ética e de respeito pelos idosos, porque estavam nas suas casas e tinham que ser respeitados”. • “fiz muitas formações. Aprendi a fazer e a prevenir acidentes. Mas muitas vezes a teoria não tem a ver com a prática, o contexto do terreno é outro, não adiantava muito...” AGAC (I)
	FORMAÇÃO CONTINUA	• (AGAC (F). (C) “... são uma mais-valia”, para a AGAC (F)... (E) esta formação de continuidade “é importante, mas a prática não é menos, nos cursos é tudo muito teórico e certinho e no dia-a-dia não é assim”. • Na opinião da AGAC (F). (A) estas ações de formação são importantes porque • “estamos sempre a ter que enfrentar situações novas, cada caso é um caso, estamos sempre a aprender”. • AGAC (B), “Geralmente são temas que já demos no início, mas servem para fazer uma reciclagem geriátrica, alguns são novos, coisas que vão surgindo, eles também estão sempre a inovar e criar coisas novas para melhorar a qualidade de vida dos idosos, e para nos ajudar a nós também”.

EMPENHO E MOTIVAÇÃO	• AGAC. (H) “a formação é importante, sem dúvida, eu já estava motivada, lia muita coisa sobre a matéria, mas aprendi muito com o curso...”, • AGAC. (A) “...Gosto sempre de aprender mais referiu a mesma. As ações de formação promovidas pela Instituição são certificadas, “era mais para eles darem a certificação...” • AGAC. (J), “na instituição fazemos uma ou duas formações por ano. Acho que é obrigatório ou de lei, não sei...”
DESEMPREGO	• Alternativa ao desemprego. Eu, trabalhei numa fábrica, a fábrica fechou fiquei sem emprego, “eu comecei a achar que estava na hora de procurar uma outra profissão e apercebi-me que na área de crianças havia pouca oferta então procurei esta...AGAC. (A)

Foi notório o empenho e o desejo de aprender e melhorar demonstrado por todas as cuidadoras, Agentes de Geriatria.

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. Os utentes apresentam grande confiança nas suas cuidadoras chegando a existir uma relação de empatia entre eles. 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 (Guerra et al. 2019). O reconhecimento do trabalho constitui um valor importante de neutralização dos aspetos negativos do trabalho.

No âmbito da Instituição que tivemos a oportunidade de estudar, podemos dizer que há uma forte aposta na qualidade técnica e humana, nomeadamente através da promoção, formação e certificação das Agentes de Geriatria e uma exigência de formação inicial e contínua. Todas as ajudantes familiares possuem uma base sólida e credenciada, na formação inicial e contínua no âmbito da Geriatria.

As questões associadas à “gestão de stress são evidenciadas pelas respostas, pela fragilidade das equipas face à constante e exigente resposta que a pandemia trouxe, o aumento de tensão que alguns profissionais” já sentiam no seu dia-a-dia pela necessidade de resposta a questões de grande vulnerabilidade e o aumento do risco social. O aumento de pedidos de apoio social e a sobrecarga na adaptação dos serviços revelou-se numa dificuldade que pode ameaçar a qualidade da intervenção”. A identificação das dificuldades e necessidades sentidas pelas/os Assistentes Sociais, no contexto específico da COVID-19, permitiu enumerar um conjunto de aspetos que revelam fragilidades no domínio da informação e articulação ao nível das orientações normativas, dos recursos

humanos, financeiros e materiais, nomeadamente no que diz respeito a equipamentos de proteção e na resposta aos cidadãos. (In Lusíada, Intervenção Social, Lisboa, N.º 55/56, Pag.83)

3.4. Apoio Limites e Constrangimentos

Os limites e constrangimentos são um conjunto de fenómenos ou condições internas, que condicionam o potencial desempenho deste serviço. Na realização deste estudo destacaram-se algumas condições que foram relatadas como dificuldades no desempenho das atividades realizadas pelas agentes de geriatria, como se pode verificar na tabela seguinte e mediante respostas das entrevistadas.

Tabela 6 – Exemplos de verbalizações sobre constrangimentos

CONDIÇÕES DE TRABALHO ADVERSAS	• AGAC. (I) “... têm muitos utentes atribuídos, não é só o trabalho que temos de fazer, também temos de contar com as distâncias, com o tempo que demoramos de um local para o outro”. “De preferência para uma melhor qualidade do serviço, devíamos ter menos utentes por cada uma...”, na opinião da AGAC (A). • “Devíamos ter mais tempo para o lazer com os utentes. Por exemplo ouvi-los e até mesmo sair com eles. Eles gostam, costumam até queixar-se que andamos sempre a correr” AGAC. (A). Já a AGAC. (C) refere “.... Tenho que estar a administrar medicação distribuir os almoços ao meio-dia e meia em casa dos utentes e desde as nove horas já tenho que ter feito pelo menos 3 utentes.” • Ser novata na atividade 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. AGAC (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 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. AGAC (B)
EXIGÊNCIAS DOS FAMILIARES	• As famílias às vezes dificultam um bocado, porque há algumas que estão presentes e querem se intrometer no meu trabalho (...).” .AGAC (M)

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, 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 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 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 exigentes, 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 maneira de ser de cada um.

3.5. A Gestão do tempo

A gestão do tempo é uma das maiores dificuldades, apontada pelas Agentes de Geriatria no apoio Domiciliário, (AGAC, s) já que existe uma forte procura por parte da população para este apoio.

A aposta que é feita num serviço individualizado e de qualidade deixa as Agentes de Geriatria no dilema da gestão do tempo face à exigência das tarefas que lhe são atribuídas.

A distribuição de utentes pelas cuidadoras é considerada elevada e desse modo, mostram dificuldade em cumprir as tarefas como mencionam na tabela abaixo.

Expressam livremente que, se tivessem menos utentes atribuídos, poderiam desenvolver outro tipo de atividades com os utentes, promovendo um melhor bem-estar social, conforme a filosofia do serviço e se enquadrassem naquilo que foi a solicitação dos utentes, como se verifica:

As agentes de geriatria também estão conscientes das suas responsabilidades profissionais e da atenção personalizada que o utente necessita.

Apesar de referirem fazer um bom trabalho, o tempo limitado entre utentes condiciona o verdadeiro potencial deste serviço, como refere a AGAC. (C) “... a falta de tempo para fazer um trabalho mais enriquecedor e de melhor qualidade”.

A gestão do tempo foi uma das maiores dificuldades sentidas pelas cuidadoras, as suas limitações em termos de tempo prendem-se com todas as solicitações de que o serviço é alvo.

O trabalho é organizado em função das prioridades e das necessidades dos utentes, dando especial relevo aos cuidados de higiene pessoal e ajuda nas Atividades Básicas da Vida Diária. Mas as AGAC revelam que o seu plano de intervenção é muito mais amplo do que isso. Para rentabilizar todo o seu potencial, necessitam que seja feita, por parte da Instituição, um reajustamento dos serviços prestados na mesma ótica de cuidado individualizado, mas só com um ou dois utentes atribuídos por cada profissional.

Tabela 7 – Exemplos de verbalizações do limite de tempo

TEMPO	• “... tem-se notado a cada ano que passa, uma procura cada vez maior por parte da população por este tipo de serviço e isso traduz-se numa resposta menos adequada. Numa tentativa de satisfazer todos os pedidos de apoio que surgem, cada vez temos mais utentes atribuídos, pelo mesmo período de tempo...”. • “...Assim é muito complicado, eles aceitam toda a gente, o pessoal é pouco... devia de haver uma seleção quando as pessoas pedem o apoio, porque as pessoas agora vivem muito mais tempo, mas também estão mais dependentes, a precisarem de mais ajuda, e nós não conseguimos chegar a todo lado...”, continua a AGAC. (E). • “... as colegas queixam-se muito da falta de tempo, nas reuniões estão sempre a dizer que não têm tempo de fazer o utente A ou o utente B”, comenta a AGAC... (D), do mesmo modo que a AGAC. (A) “...As limitações são o tempo. Temos tudo tão cronometrado que é difícil. Acho que o nosso trabalho é muito mais do que garantir as necessidades básicas...”. • A AGAC (F) sublinha “não há tempo para tudo, o que é pena,” e a AGAC. (G) comenta “só tenho pena de não ter mais tempo, para poder desenvolver outras atividades com eles”. “Às vezes temos de andar a correr, para fazer tudo como deve ser”, AGAC (I). Com a pandemia chego a fazer 8 utentes por dia AGAC (M)
--------------	---

As cuidadoras (AGAC) que trabalham em diferentes locais referem ainda uma preocupação relacionada com as deslocações entre os diferentes domicílios e os transportes que têm que apanhar, 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” AGAC (1). As deslocações são uma pressão acrescida, face ao trânsito e às suas implicações no cumprimento dos horários, o que traz algum 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.” AGAC (B).

A sobrecarga de trabalho, na execução de tarefas duplicadas, quando há cuidadores que faltam ao trabalho, por queixas de saúde e baixas médicas, é observada também nas queixas de falta de recursos humanos e de tempo para o desempenho das tarefas, leva também, segundo as participantes, a um estado de ansiedade e cansaço acrescidos. De se notar, no entanto, que existe um aspeto muito contemplado no discurso dos cuidadores referente ao seu sofrimento com o sofrimento dos utentes.

As deslocações causam o maior problema um grande 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. AGAC (L) Porque o que se despende muito tempo é nas viagens não é propriamente na higiene em si, eu faço 3 higiènes e mais uma hora e tal em viagens AGAC (L)

3.6. Reconhecimento Profissional

Outro aspeto que nos pareceu importante foi o relato das dificuldades que as Agentes de Geriatria sentem no reconhecimento da sua categoria profissional.

A falta de reconhecimento como categoria profissional prevaleceu até 2015, com a falta de enquadramento das Ajudantes Domiciliárias, agora designadas com agentes de Geriatria e Apoio à Comunidade, uma categoria profissional agora com nome bastante extenso, ainda difícil de memorizar. Por diversas vezes lhes mudaram o nome da categoria profissional, onde os baixos salários ainda perduram, tiveram bastantes anos em regime de prestação de serviços, sem vínculo profissional à Instituição onde estavam inseridas, como referem as entrevistadas na tabela abaixo. Foram Ajudantes Familiar, depois Ajudante Domiciliária, Ajudantes de Ação Direta, e agora finalmente Agente de Geriatria e Apoio à Comunidade, que já andam baralhadas com tantos nomes. Mudam-se os nomes, só a precaridade pouco tem mudado ao longo dos anos.

Mediante o relato das Agentes de Geriatria, as mesmas afirmam que se sentem realizadas com o trabalho que desempenham, bastando algumas alterações burocráticas para exercerem em pleno direito a sua profissão “... bastava valorizar e dignificar mais a profissão”. AGAC (H).

Tabela 8 - Exemplos de Reconhecimento Profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	• “Às vezes o mal está em não darem o devido valor à nossa profissão...” AGAC (F). • Sentem que esse reconhecimento está relacionado com a falta de informação, como refere a AGAC (D) • “Esta profissão não está bem divulgada”, assim como também relata a “... O público em geral desconhece a verdadeira dimensão desta categoria profissional, a importância da mesma...” AGAC (H)
EMPREGABILIDADE	• “... uma boa opção, que era a profissão do futuro e que a taxa de empregabilidade era elevada” . Refere que “muitas pessoas têm receio de vir para este trabalho precisamente por não estarem informadas do tipo de trabalho que é...”, assim constata que “não há muita gente a querer fazer este trabalho” AGAC (H) • “Acho que tem que haver uma aposta maior por parte das instituições... em promover e dinamizar os próprios serviços”, deveriam “divulgar o investimento que tem sido feito na formação e competências profissionais, para assim promover esta profissão”, AGAC (H).

**ESTATUTO
DE
TRABALHADOR
INDEPENDENTE**

- “Nas empresas de apoio domiciliário ainda se mantêm os chamados recibos verdes o nosso contrato é de prestação de serviços... somos trabalhadoras independentes...” AGAC (B); o que provoca revolta “... estar a recibos verdes, que acho que é muito injusto, ter que fazer os descontos todos à minha conta e não ter regalias nenhuma” AGAC (C), e impedimento para que outros aceitem ingressar, como relata a AGAC (H) “... o tipo de contrato que detemos é o maior impedimento para que mais pessoas ingressem”.
- “há o problema do vencimento... deveria ser mais bem pago, mas não a empresa é que faz o preço ao nosso trabalho” AGAC (C), opinião também expressa pela AGAC (D) “este trabalho, deveria ser muito bem pago”. Sentem que, pelo trabalho que desenvolvem, “é mal pago e não é reconhecido” AGAC (B), do mesmo modo que referem que deveria haver “mais incentivos a nível dos vencimentos”, AGAC (H).
- Trabalho a recibos verdes, estou ligada a uma empresa que é que me contrata, e me indica para a casa dos utentes que precisam de cuidados, mas não há um contrato efetivo. 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. AGAC (N.)

As Agentes de Geriatria e Apoio à Comunidade (AGAC, s) embora reconheçam uma melhoria significativa por parte da Santa Casa, no que diz respeito ao reconhecimento como trabalhadoras efetivas, através da resolução feita em 2015, que as retirou dos recibos verdes.

Sentem-se gratas à Santa Casa por isso, reconhecem sentir-se mais seguras, em relação se trabalhassem para uma empresa particular. No entanto, expressam ainda algum descontentamento, face à situação atual dos baixos salários, afirmando ser injusto para a exigência do trabalho que fazem e o desgaste causado.

Em relação à prevenção dos acidentes, todas afirmaram haver uma forte aposta na formação e ações de sensibilização, como forma de prevenção. Quanto às ajudas técnicas, afirmam ser insuficientes, até mesmo as existentes por vezes não podem ser usadas devido às barreiras arquitetónicas.

A segurança é essencial no tipo de trabalho que se executa na casa de um utente, pois deve-se saber manusear e pegar com segurança tanto para os utentes como para a cuidadora (AGAC). Por sua vez, as cuidadoras que aprenderam com a prática, por vezes desvalorizam as formações e consideram-se da mesma forma capazes de o fazer: 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).

Intitulado “Por um trabalho mais seguro e saudável” a Santa Casa aposta na formação contínua da sua comunidade interna sobre Segurança e Saúde no Trabalho, promovendo várias ações e iniciativas de sensibilização relacionadas com esta matéria, por considerar que estas constituem ferramentas essenciais para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus colaboradores, quer no contexto de trabalho, quer no seu dia-a-dia, evitando a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. (In relatório de sustentabilidade SCML, 2015).

Contudo, verifica-se através do relatório de Sustentabilidade refere que pratica a igualdade de oportunidades entre géneros no acesso ao emprego, na promoção e formação profissional, nas condições de trabalho e no salário auferido de forma a capacitar e consequentemente melhorar o desempenho dos profissionais ao nível da prestação de cuidados, nas respostas sociais de Centro de Dia e Apoio Domiciliário” (In Relatório de Sustentabilidade SCML 2015, p.89)

Nas principais de ação e intervenção, da Santa Casa, estão definidas como:

“prevenção situações de desigualdade, carência socioeconómica, vulnerabilidade e exclusão social, e para promover o desenvolvimento e a inclusão pessoal e social. Para isso, reúne e gere, de forma direta ou coordenada com outras entidades públicas e privadas, um conjunto de equipamentos, serviços e iniciativas”.(In Relatório Sustentabilidade SCML 2015, p. 89)

Em 2015, foi também aprovado um plano de ações de prevenção da sinistralidade laboral, como fator determinante da qualidade de vida no trabalho, o reforço da análise aos acidentes de trabalho para avaliação das respetivas causas e a definição de ações corretiva.

A Santa Casa definiu os principais eixos em 2016 e esta aposta mantem-se em todos anos:

1. Estabelecer como objetivo operacional para 2016, a redução da sinistralidade laboral;
2. Sensibilizar e formar os trabalhadores para a prevenção da sinistralidade laboral como fator determinante da qualidade de vida no trabalho;

3. Reforçar a análise aos acidentes de trabalho, numa ação conjunta entre o gabinete de segurança e saúde no trabalho e as seguradoras para avaliação das causas dos acidentes e as possíveis melhorias a realizar.

Refere o relatório que a Santa Casa teve como iniciativa criar a Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho 2016, o grupo de Saúde Ocupacional. Incentivar a participação ativa dos trabalhadores na construção de um ambiente de trabalho mais seguro imediato e em contínuo, sensibilizar e formar os trabalhadores, para a prevenção da sinistralidade laboral como fator determinante da qualidade de vida no trabalho. Promover a formação on job nos estabelecimentos sobre a temática «Segurança e Saúde no Trabalho – boas práticas» e «Ergonomia e manuseamento manual de cargas – Boas práticas»

Contudo verificou-se, a existência de pouca valorização profissional, que por vezes leva à falta de motivação de algumas profissionais, pelo trabalho desempenhado, não só pela importância humanitária do seu trabalho, bem como pelos baixos salários que auferem, as regalias, o desgaste da profissão, leva à desistência de alguns profissionais.

São profissionais, que além das higiènes feitas aos utentes, 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” AGAC (.L). 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.

Prestar cuidado das casas 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 em casa tempo suficiente para isso. AGAC (M).

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.

4. Fatores de risco dos cuidadores

No que diz respeito aos fatores de risco 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: “é um esforço físico muito grande, porque é, aliado muitas vezes a um esforço psicológico”. Torna-se necessário realizar esforços físicos intensos associados 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”, “Levantar a utente do chão é complicado, quando não temos ninguém, é o chamado peso morto, pesa a dobrar” AGAC (L). “Sinto muitas dores, tomo alguns medicamentos para as dores” AGAC (P).

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).

As participantes fazem referência a trabalhar todos os dias da semana e, por vezes, mais de 8h por dia de segunda a domingo, com subcarga de trabalho, quando alguém falta ao trabalho, fazemos a gestão de 8 casos diários. “Em longas jornadas mais de 8 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)”. Já nas empresas privadas, o horário de trabalho é 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).

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. Verificam-se riscos associados ao trabalho realizado de forma solitária, estas cuidadoras trabalham quase sempre sozinhas, o que as vulnerabiliza face à exposição a comportamentos adversos por parte dos utentes, muitas vezes revoltados com a vida AGAC (L). 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 de psicólogos.

Tabela 9 – Exemplos de verbalizações sobre fatores de risco

Fatores de risco	ESFORÇOS	• “Dar banho ou mover custa muito, porque eles pesam muito”, levantar a utente do chão é complicado, quando não temos ninguém, é o chamado peso morto, pesa a dobrar” AGAC (L). • “Sinto muitas dores, tomo alguns medicamentos para as dores” (AGAC (P). • 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, ... é uma responsabilidade muito grande, é um esforço físico muito grande.
	FÍSICOS	• “Já começo a notar, dores nas costas aqui na zona lombar, sim, com o tempo começa a dar sinais. AGAC (N);
	INTENSOS	• 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 AGAC (E). • Tenho hérnia de discal para ser operada, muitas dores na coluna vertebral. • “Não aguento até à reforma, eu se com 21 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”. AGAC (E).
	HORÁRIOS	
	IRREGULARES,	• Um horário assim como o que eu tenho, não me dá tempo para nada, eu ando num stress desgraçado (...).
	PROLONGADOS	
	DIURNOS	• Em longas jornadas mais de 8 horas de trabalho, variabilidade de horário e a falta de descanso têm efeitos sobre a saúde física, psicológica e o bem-estar dos trabalhadores.
	NOTURNOS	
	SEM PAUSAS	
	LIDAR	• 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... Óh 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. AGAC (C).
	COM	
	A	
	MORTE	• 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. AGAC (E).
	CONSEQUENC	• Os cuidados todos que nós temos, o desgaste físico é de risco, é um emprego de risco e não é valorizado. AGAC (P)
	IAS	
	FÍSICAS	

**INCOMPATIBILIDADE
ESFORÇO**

- 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, para além do esforço físico efetuado também é efetuado o psicológico.
 - Nós de maneira nenhuma estamos numa remuneração que se possa dizer que é correta, porque é uma profissão que realmente é muito, muito, muito cansativa, é preciso gostar-se muito, tentar relaxar muito, respirar fundo muitas vezes. AGAC (A)
-

Conforme referido e perante testemunho de várias ajudantes familiares “*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, ... é uma responsabilidade muito grande, é um esforço físico muito grande*”.

Agora as coisas já vão melhorando, mas no início da pandemia, a subcarga de trabalho, maior esforço físico e psicológico, tem sido muito “*cansativo e muito stressante. Exaustão mesmo*”.

De modo algum estamos com uma remuneração que se possa dizer que é justa, ganhar o salário mínimo nesta profissão que é desgastante é desmotivador. Porque é uma profissão que realmente é muito, muito, muito cansativa, é preciso gostar-se muito, tentar relaxar muito, respirar fundo muitas vezes. AGAC (M) Acho que não é uma remuneração justa, claro, é muito exigente.

Com o surgir da pandemia de Covid-19, o setor dos cuidados domiciliários a idosos foi um dos mais afetados e estas trabalhadoras viram emergir novos riscos profissionais (cf.. 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. Passaram a usar fatos impermeáveis para entrar em casa dos idosos, óculos, mascaras muitas das vezes apresentando dificuldades em respirar, e suores insuportáveis. Estas cuidadoras passaram a ter que acomodar no mesmo tempo de trabalho, que já era muitas vezes escaço e em subcarga, no exercício de novas tarefas, intensificando o seu trabalho.

Descreveram subcarga de mais utentes, com tarefas aumentadas e alteradas, especialmente relacionadas com a necessidade de higienizar as casas dos utentes. Referem o fecho dos locais de refeições fechados, não terem sítios onde comer. A perda de peso foi uma das consequências referidas por duas cuidadoras. Uma das Agentes de Geriatria (AGAC), afirma ter perdido 10kg do seu peso, argumenta ter já 67 anos, se sentir já com falta de forças, refere ainda não ter ido para a reforma, por saber que o dinheiro que vai receber não vai chegar para viver,” *vou aguentar até poder*” AGAC (L)

Neste sentido, veem também emergir novas preocupações, como a preocupação de serem, elas mesmas, “um fator de risco adicional para o utente:” AGAC (C).

Além disto, destacam-se fatores de risco emocional, referindo preocupação com a reação dos utentes à situação pandémica e às medidas de combate à mesma, como o isolamento social.

As cuidadoras transmitiram já sentimentos de responsabilidade em proteger os utentes, física e emocionalmente, e veem esta responsabilidade acrescida como resultado da pandemia.

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, valorizando também elas a importância do seu trabalho:

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 como se verifica no relato das participantes:

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

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:

5. Saúde dos cuidadores

Em relação aos acidentes de trabalho, referencia o mesmo Relatório de Sustentabilidade da SCML, os profissionais da linha da frente, prestadores do cuidado direto, apontando a categoria profissional dos Colaboradores com elevada incidência e elevado risco de doenças graves, as Ajudante de Lar e Centro de Dia; Auxiliar de Ação Médica; Auxiliar de Educação; Auxiliar de Serviços Gerais; Educador de Infância; Enfermeiro; Assistente Operacional; Ajudante Familiar (AGAC)., In Relatório de Sustentabilidade (2015, p.139).

Segundo o médico da medicina do trabalho, o acidente de trabalho tem várias categorias, tem que ser categorizados por uma série de subcategorias, o que não é possível categorizar, por não ser a área da mestranda e não ser o estudo a investigar. Contudo ficamos a saber que tudo o que for trauma direto do trabalhador é considerado acidente de trabalho”

A saúde dos cuidadores é vista como um meio que proporciona à população exercer um maior controlo sobre a sua saúde e, consequentemente, sobre os fatores pessoais, sociais e ambientais da saúde (Nutbeam, 2008). No entanto, a saúde de um cuidador formal não afeta apenas a qualidade de vida do próprio indivíduo, mas também daqueles que lhes são mais próximos e que dependem deles (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015).

Segundo a entrevista realizada ao médico da medicina do trabalho, no que respeita ao tema em questão. O mesmo refere que só pelo fato de as agentes de geriatria trabalharem na área metropolitana de Lisboa, não facilita a vida delas.

“Tenho e uma noção de como estamos a viver em Lisboa não é... e as pessoas trabalham em Lisboa é uma cidade que tem uma série de características, menos amigáveis para quem tem que andar na calçada em Lisboa empedrado, as pessoas escorregam muito, o que leva a terem muitos acidentes decorrentes de torção dos pés, por exemplo nos lancis dos passeios. Depois há prédios que não tem elevador tem que andar de escadas muitos deles com défice de iluminação, escadas de madeira com degraus muito polidos e muito estreitinhos já muito utilização potencia um acidente.
“ (Médico Medicina do trabalho)

A maioria dos idosos precisa de um cuidador, ou por um período curto de tempo, ou até ao fim das suas vidas (Sudore & Covinsky, 2011). Segundo o referido pelo médico estes são *os profissionais onde há um maior fluxo de ocorrências, por causa das lesões*.

Considerada socialmente como uma profissão desgastante e pouco valorizada, é importante perceber quais as motivações que estão na génese da adoção desta profissão e quais as fontes de satisfação que dela advêm.

Reconhecemos que os cuidadores de idosos são um grupo vulnerável ao stress, sendo necessário promover o bem-estar Físico e Psicológico de modo a prevenir situações de stress que não só prejudicam os cuidados prestados aos utentes, mas também implicam custos laborais invisíveis, como absentismo, a programação de baixa médica, insatisfação profissional, doenças físicas ou psicológicas, mudanças de instituição, etc...

Carneiro et al. (2009), aponta como principais dificuldades no âmbito da referida função são a falta de formação adequada; má remuneração; falta de recursos materiais e falta de conhecimentos específicos, e desmotivação.

Delbrouck (2006), refere também que a síndrome de exaustão profissional pode conduzir à depressão e tem características particulares que englobam e excedem o stress. No entanto, o Burnout acaba muitas vezes por ser confundido com o tédio, a tensão, o conflito, a pressão, o stress no trabalho, a fadiga emocional, a depressão, etc. Mas é possível fazer-se a distinção entre stress e Burnout tendo em consideração o tempo (uma vez que o stress profissional prolongado pode conduzir ao Burnout) e também entre a depressão e o Burnout no que diz respeito ao conteúdo.

De acordo com Marques, (2014) os cuidadores formais de idosos exercem uma atividade que implica trabalhar de forma contínua e direta com pessoas dependentes e com grande vulnerabilidade física, cognitiva, social ou de doença crónica ou terminal.

5.1. Prevenção de acidentes de trabalho na ótica dos Técnicos

Segundo o médico da Santa Casa a respeito da prevenção de acidentes, existe formação de forma a promover e fazer a prevenção.

“recebem formação todos os anos, e ações de sensibilização, “Sempre a toda a hora, sentam aí...levam 5 ou 10 minutos de conversa a tentar que se portem bem, entre aspas, tenham cuidado não corram para o autocarro, usem os sapatos que a Misericórdia dispensa. Em termos de equipamento de proteção, nomeadamente sapatos que permitam não escorregar tanto, sinto de contenção, que não usam, mas também acho não ser interessante usar, e, portanto, os cintos, os chamados suportes lombares, são perversos...Não se devem usar...Não está bem a ver...já experimentou usar algum? Experimente... respira-se muito pior, aperta a barriga, estão sob Diafragma, não é melhor coisa...porque os músculos, ficam atroficos”

Segundo o Médico da medicina do trabalho, a doença profissional na instituição que seja frequente nos cuidadores formais são tudo *“aquelas lesões do membro superior, às tendinites, e depois há muita lesão a decorrer de trauma direto, a queda, uma entorse esses são acidentes de trabalho.*

“Isso é um trabalho difícil porque há muitas há muitas variáveis de confundimento. Prevenção, é o melhor meio de não ficar com sequelas para o resto da vida”.

Acrescentou também uma das Técnicas, que para além da formação existente, existem algumas ajudas técnicas, tais como “elevadores de transferência para transferir os utentes, as camas articuladas, tábuas de transferência e também as cadeiras de rodas e de banho. As cadeiras de banho giratórias são fundamentais, para quem está acamado. Contudo afirmou também, que *“desde a pandemia Covid 19, não ter vindo nada deste material, que está sempre a ser necessário para novos casos”*. Sendo este um fator determinante na prevenção de acidentes de trabalho.

Cuidar em saúde da Santa casa, com um trabalho que é *“pesado não tem progressão na carreira é mal pago”*

Resumindo e como cidadão, *“acho que as pessoas devem ser acolhidas, eu não acho que tenham um risco acrescido, mais do que outro qualquer do que outras profissões, o que eu acho é que as pessoas em Portugal de uma forma já ganham pouco, pois ao certo... eu acho que estas pessoas, muitas delas não têm melhor formação, é como lhe digo... é um trabalho de ocasião à espera de o fazer”*.(Medico da M.T)

Verificou-se através das nossas entrevistadas, haver uma forte aposta na Formação como meio de prevenção de acidentes de trabalho.

Segundo o relatório de sustentabilidade, existe uma consequente promoção na formação por parte da Santa Casa, na formação contínua da sua comunidade interna sobre Segurança e Saúde no Trabalho e promove várias ações e iniciativas de sensibilização relacionadas com este tema, por considerar que estas constituem ferramentas essenciais para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus colaboradores, quer no contexto de trabalho, quer no seu dia-a-dia, evitando a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

(In Relatório de Sustentabilidade, 2015, p. 91)

Ainda em relação aos acidentes de trabalho o Relatório de sustentabilidade da SCML aponta os Colaboradores com elevada incidência e elevado risco de doenças graves, as Ajudante de Lar e Centro de Dia; Auxiliar de Ação Médica; Auxiliar de Educação; Auxiliar de Serviços Gerais; Educador de Infância; Enfermeiro; Assistente Operacional; Ajudante Familiar, agora por fim designadas como (AGAC) In Relatório de Sustentabilidade (2015, Pag.139).

Como refere, uma cuidadora de idosos entrevistada, “fiz formação de primeiros socorros, jornadas de saúde e ação social, cardiologia. Os outros só de um dia são sobre hipertensão, diabetes, Parkinson, Alzheimer, incontinência urinária, demência, luto e morte, depressão, prevenção de quedas, de transferência de cargas (idosos) para prevenção de acidentes, prevenção de incêndios, úlceras de pressão, eritema da fralda, infeções urinárias, demências, acho que já disse, são tantos que não sei se digo todos, posicionamento, levante e transferências, alimentação por sonda, esqueci-me de falar de uma formação de vários dias que é sobre alimentação, higiene e saúde alimentar. Não sei se disse todos, são tantos...

Importa referir que deverão ser estudadas e implementadas pelos Gestores das Instituições, algumas medidas que permitam prevenir o Stress na Gestão de cuidados, nomeadamente, evitar o excesso de casos e horas extras, fazer uma boa gestão do tempo, diminuir a gestão de casos, tendo sido relatado pelas ajudantes como causa de grande stress, por serem efetuadas 8 higiènes diárias, modificar os métodos da prestação de cuidados, exemplo: eliminar barreiras arquitetónicas existentes nas casas dos utentes, não esquecendo nunca, a necessidade de prever anualmente no orçamento dos equipamentos

sociais, investimento financeiro em ajudas técnicas, a fim de estarem disponíveis para os cuidadores usarem, sempre que seja possível e necessário a sua utilização.

Alertamos para o facto de existirem habilidades que permitem enfrentar a gestão do stress, como por exemplo, a nível individual a resolução eficaz de conflitos intrínsecos e extrínsecos, psicoterapia comportamental, melhoria de autocontrolo e das relações interpessoais, dinâmicas de grupo, actividades de Role play, tudo isto requer incentivo à formação dos ajudantes familiares.

Relembramos, aos Cuidadores Formais, dois excelentes contributos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na possibilidade de consultas de apoio Psicológico, assim como a oferta de Formação, no módulo de “Inteligência Emocional”, que ensina a gerir as nossas emoções.

Atualmente, já é notório um grande interesse e preocupação pelos riscos psicossociais no trabalho, bem como pelas queixas psicológicas relatadas pelos profissionais que cuidam de idosos.

Disponibilizando todas estas ajudas, o cuidador obtém ganhos em saúde e prevenimos os acidentes de trabalho.

5.2. Análise e discussão à Entrevista dos Técnicos A. Domiciliário

É assim... “sendo uma profissão do futuro, porque é mesmo, que estamos a envelhecer, e perdemos capacidades, etc. A misericórdia diz que sim senhor, quer investir, mas depois não se vê nada. Não, não se vê...grandes alterações. (T, 2)

.” De facto, eles dizem que não têm candidatos. Acho estranho isso, mas para vir alguém leva 4 meses, para fazer uma substituição. Depois, quando, quando se chega a necessidade daquele momento, já passou. Olhe só... ontem recebemos uma ajudante para substituir, uma que pediu licença sem vencimento durante 6 meses, durante os 6 meses, só agora é que apareceu a substituta”.

As Técnicas entrevistadas, apontam para o agravamento da subcarga de trabalho e stress para os cuidadores. *“Gestão de stress são evidenciadas por algumas respostas pela fragilidade das equipas face à constante e exigente resposta que a pandemia trouxe, aumento de tensão para os profissionais da área” T.(2).*

Sendo o stress uma característica da vida profissional atual, minorá-lo constitui um desafio que se coloca aos profissionais de todas as áreas, com maiores implicações nos profissionais de saúde.

Contudo, a gestão do stress pode ser implementada de forma relativamente simples, permitindo promover a saúde de quem cuida.

Devido a esta “subcarga, algumas Auxiliares tentam desistir deste trabalho” Afirmam isto é desgastante... vou Mudar de Vida.

“Falta alguém porque ficou doente, o que é que me resta é telefonar às outras, o quanto antes, depois é distribuído o trabalho por todas. É aí pois... ficam subcarregados”.

Depois também o terem que fazer deslocações de casa em casa. “As demoras nos caminhos e nos percursos, as demoras dos autocarros”. (T.2).

Para minimizar alguns impactos causados pela pandemia, a fim de agilizar melhor os recursos humanos, os técnicos afirmaram ter sido uma mais-valia, sendo utilizados e disponibilizados os dispositivos móveis pessoais por parte dos profissionais, a fim de gerir melhor os casos, entre os técnicos e auxiliares no serviço de apoio domiciliário. *“Usei os meus recursos pessoais (telem., computador, NET) para poder realizar o meu trabalho. Reforçar junto da equipa a necessidade de definir prioridades de intervenção.* (T.1).

Em suma, os resultados obtidos na conclusão deste estudo vieram confirmar e reforçar a existência de um problema existente, embora seja notória a intervenção por parte das entidades na prevenção de acidentes de trabalho.

Ficou confirmado através desta investigação, que a grande lacuna continua a ser os meios humanos no combate ao desgaste de outros profissionais em subcarga de trabalho.

“Os problemas sociais já existentes irão crescer em número, tornando o desafio de reinventar respostas, já ultimamente feito com dificuldade pelas mesmas, já serem escassas antes mesmo do surto pandémico (A partir dos testemunhos recolhidos pode concluir-se estarmos perante um sistema de respostas sociais insuficientes e frequentemente com os profissionais em sobrecarga, e um sistema pouco preparado para situações extremas e eventualmente subdotado dos recursos necessários, humanos e financeiros”.

(In Lusíada. Intervenção Social, Lisboa, N.º 55/56 (1.º e 2.º semestre de 2020, p.82).

Com este estudo, não visamos descobrir nada de novo, apenas perceber e explorar o fenómeno da subcarga e stress no trabalho, já investigado e comprovado e agora agravado pela pandemia COVID 19, já antes relatado por diversos autores.

Estima-se que este trabalho, possa vir contribuir e dar continuidade de desenvolvimento. Assim com contributo e aperfeiçoamento da orientadora da Dissertação da mestranda.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já antes referido, este estudo teve como principal objetivo analisar a atividade de trabalho dos cuidadores formais em contexto domiciliário, e os impactos na atividade, e na saúde. Aferir como é feita a prevenção de acidentes, na visão destes profissionais do cuidado, dos Técnicos e do Médico da medicina do trabalho.

No que diz respeito aos Serviços de Apoio Domiciliário, a prestação de serviços prima-se pelo básico ou essencial à sobrevivência (alimentação, higiene pessoal e da habitação), mas pode questionar-se até que ponto existe qualidade de vida, quando alguns estudos nos revelam que a maioria das pessoas ingressa nas instituições essencialmente devido a problemas económicos e sociais e não propriamente por problemas de saúde (Ribeirinho, 2005).

O foco sobre esta atividade revelou-se particularmente pertinente, sabendo que integra uma das exponenciais respostas sociais dirigidas à população idosa que mais tem vindo a crescer no nosso país.

O papel de prestadores de cuidados, como se pode verificar é efetivamente exercido por mulheres. Particularmente, é a mulher o principal pilar de apoio das pessoas idosas dependentes.

Culturalmente é transmitido à mulher essa motivação para cuidar dos outros, as ajudantes familiares regem-se por sentimentos de empatia e amor ao próximo. Há nelas uma consciência do assumir o trabalho, contagiam-se porque gostam do que fazem.

As Agentes de Geriatria mantêm com os utentes uma relação positiva que, para além de ser profissional, é também, em muitas situações, afetiva. Ligado a algumas expressões mais familiarizadas” Isso é trabalho de mulher” ou enquanto houver lá mulheres não se confessam homens”, poderá parecer uma estranha associação de ideias, no entanto, o perfil de Agente de Geriatria está refletido neste meio cultural, a maturidade atribuída a este perfil.

Ainda dentro da ótica do cuidar, a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa implica que os prestadores de cuidados detenham atitudes, valores, conhecimentos, formação e habilidades das múltiplas áreas envolvidas

A concluir, como já foi revelado em outros pontos desta dissertação e face aos dados apurados, torna-se indispensável o reforço de recursos humanos, tendo em conta a

descrição dos cuidadores face ao desgaste físico e psicológico, tendo tido aumento a subcarga de trabalho em tempo da pandemia COVID 19, por falta de meios humanos. Vendo-se assim os mesmos, obrigados a suprimir as necessidades dos idosos, na falta de outros profissionais ausentes, por motivos de baixa ou falta.

Reconhecemos através dos coordenadores SAD das instituições, da necessidade da criação em bolsa, profissionais aptos a ser contactados, a fim de intervir no imediato.

Repensar em apoios ao investimento na adaptabilidade do quarto e wc das casas dos idosos, apontado como causa efeito, dos profissionais não poderem fazer uso das ajudas técnicas, por falta de condições dos espaços adjacentes.

Surge também a necessidade de formação contínua em serviço, em relação aos fatores de risco, de modo a prevenir acidentes e doenças profissionais e a implementação de ações mais específicas. Como por o exemplo, a consciencialização para as boas práticas e ajudas técnicas, prevenindo e minimizando as situações de risco, de forma a tornar o exercício dos profissionais nas actividades de saúde humana e ação social mais seguro, promovendo qualidade profissional.

A avaliação da capacidade para o trabalho, poderá constituir um bom indicador para identificar os trabalhadores mais vulneráveis a desenvolver sintomatologia fisiológica, neste sentido, as instituições poderão promover ações de formação prática e estratégias de promoção da saúde para os seus trabalhadores.

Os profissionais que trabalham na área da geriatria, neste caso as Agentes de Geriatria antes familiares, precisam urgente que lhes sejam reconhecidos os seus direitos como trabalhadores na obtenção de uma cidadania digna, aferiu-se a falta de valorização aplicada a estes profissionais, destacando-se nas empresas particulares a ausência de contratos de trabalho e uma remuneração incompatível a recibos verdes, com as exigências a que se veem confrontadas na atividade.

Reforçar a fiscalização das empresas, particulares, que é onde se verifica mais exploração e incumprimentos.

É, pois, urgente a necessidade de recriar uma estrutura jurídica que equacione novas possibilidades de integração destes profissionais, centrados na defesa dos direitos humanos, na justiça e na solidariedade, em suma, na ampliação e consolidação da cidadania.

A complexidade que caracteriza a sociedade contemporânea coloca a todos nós, cidadãos, novos desafios e mais exigentes responsabilidades, pois como sustenta Pinto

(2004:21), “Uma sociedade desenvolvida é a que (..) cria efetivas condições para que os seus cidadãos possam nascer, crescer, viver e morrer com dignidade”

Recomendações

Recomenda-se aos Gestores das Instituições de Solidariedade Social, para a necessidade da criação em bolsa profissional aptos a ser contactados, a fim de intervir no imediato, em situações emergentes da falta de Meios Humanos, para trabalhar.

Repensar em apoios ao investimento, na adaptabilidade do quarto e wc das casas dos idosos, apontado como causa efeito, de não poder fazer uso das ajudas técnicas, por falta de condições dos espaços adjacentes.

Surge também a necessidade de formação continua em serviço, em relação aos fatores de risco, de modo a prevenir acidentes e doenças profissionais e a implementação de ações mais específicas. Como por exemplo e sistematicamente a consciencialização para as boas práticas, no uso de EPI,s e ajudas técnicas, prevenindo e minimizando as situações de risco, de forma a tornar o exercício dos profissionais nas atividades de saúde humana e ação social mais seguro, promovendo qualidade profissional.

A melhoria da capacidade para o trabalho destes profissionais, deverá em consequência, refletir-se numa prestação de cuidados de maior qualidade para os idosos e melhorar o bem estar físico e psicológico dos cuidadores.

Solicita-se ao Governo de Portugal e às entidades políticas, para que analisem a situação da idade de reforma dos Ajudantes Domiciliários/Cuidadores Diretos. A fim de que urgentemente, os mesmos possam enquadrados, como sendo uma profissão de desgaste rápido.

Verifica-se que muitos cuidadores para chegarem à idade de reforma que atualmente é aos 66 anos e 7 meses, com previsão anunciada pelo governo a baixar em 2023, quatro meses, vamos usar uma expressão mais ousada, “trabalhar assim nem é para uns nem é para outros”, já o médico da medicina do trabalho usou outra expressão, ”temos velhos a cuidar de velhos”

Muitos cuidadores com 60 e mais anos andam a trabalhar, como se diz “de rastos” movidos por comprimidos para dores. Muitos deixam de trabalhar, e vão com uma reforma miserável.

Referências bibliográficas e webgrafia:

- Almeida, J. & Pinto, J. (1990). *A Investigação em Ciências Sociais*. Presença
- Ander –Egg, E. & Idães, M. J. A. (2008). *Diagnóstico Social: Conceitos e Metodologias*, nº 12, 3ª Ed. Cadernos REAPN, I.C.S.A.
- António, M. V. B. (2011). *As Etapas do Processo de Investigação*. Ideal Ltda.
- Arruda, J. C. B., (2009). *Ciência Anim. Bras.*, 10. 40-47
- Ávila, R. - Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2009, (Consultado 23 Dez. 2017). Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>
- 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), pp.119-129
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto Editora.
- Brown, Marie-Annette; Stetz. Kathleen (1999). “The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness”. In *Qualitative Health Research*. Newbury Park. ISSN 1049-7323. 9:2182-197.
- Bruno da Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Gradiva.
- Carneiro, et al, A. P. M.; Pascoal, L. A. F.; Watanabe, P. H.; Santos, I. B.; Lopes, J. M.;
- Carvalho, A. V. & Serafim, O. C. G. (sd) *Administração de Recursos Humanos*. v. 2 Cengage Learning,
- Carvalho, J. C. de (2008). *Manual Negociação*. 3ª ed. Sílabo. 262 p.
- Carvalho, M. I. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva? – *Locus Social*. Disponível em WWW: <URL: http://locussocial.CESSS-UCP.com.pt/page6/files/artigo-007c-papercarvalho_ls00232.pdf>. Consultado 23 jan. 2018.
- Carvalho, M. I. (2009). *Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal*. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, Disponível em WWW: <URL:<http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20.pdf>

Chiavenato, i. (2008). *Recursos Humanos – O capital humano nas Organizações* 9ª edição: Editora Campus/ Elsevier. p.506

Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers' burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71

Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312. Obtido em 07 de janeiro de 2018, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/963> Consultado 10 Jan. 2018].

Drucker, P. (1985), *Innovation and Entrepreneurship* . Nova Iorque : Harper and Row.

Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de fevereiro (1983) Estatuto das IPSS'S.
(Obtido/consultado:) em 07 de Julho de 2019, de www2.seg-social.pt/

Delbrouck, M. (2006). “Síndromes associadas ou conexas com a exaustão”. In M. Delbrouck (Coord.), *Síndrome de exaustão (burnout)* Climepsi Editores. pp. 77-98.

Denzin, N. K & lincoln, Y. S., (2006), *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. Artmed.

Esteves, J. A. (1997). “A Investigação-Acção” in *Metodologia das Ciências Sociais*, Afrontamento.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Celta.

Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing: the art of science. *Handbook of qualitative research*, 361- 376. Disponível em:
<https://jan.ucc.nau.edu/~pms/cj355/readings/fontana&frey.pdf>

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Lusociência.

Garcia, A. (2008). A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado pela Ipss. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. (Consultado 14 Julho. 2018).em WWW: <URL:
<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1108/1/monografia.pdf>>.

Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e Processos para uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*, 2.ª Edição. Principia.

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). Pp. 291-313.

Haguette, T. (1987). *Metodologia qualitativas na sociologia*. Vozes. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo2007/T11SF/Canrobert/MedologiasQualitativas.pdf>

<http://www.webartigos.com/artigos/manual-para-administracao-de-conflitos-organizacionais/31607> Acesso em: 02 Jan. 2019.

IMAGINÁRIO, C. – Idoso dependente: em contexto familiar. Coimbra: Farmasau, 2004. ISBN-972-8485-38-7.

Intervenção Social. - ISSN 0874-1611. - N. 55-56 (2020). - p. n. 55-56 (2020) SBN 978-972-618-501-7

José, S. (2012). Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Revista da faculdade de letras da universidade do Porto*. N° temático – Envelhecimento demográfico: Percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa. Disponível em:

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=ahUKEwiuvIj_io3OAhXE1BoKHe5rCU8QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fletras.uport.pt%2Fuploads%2Fficheiros%2F10572.pdf&usg=AFQjCNGb2GKd1fWlUjvtKKrSIMBSpSvYIg&cad=rja Acedido em: 24 de Julho de 2022

Manicardi, L. (2010). *A Caridade dá que fazer*. Ed. Paulinas.

Manual para administração de conflitos organizacionais: Pdf Acesso em: 02 Jan. 2019 e (Consultado a 15 Janeiro 2023). Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/manual-para-administracao-de-conflitos-organizacionais/31607>

Marconi, M. de A. & Lakatos, E. M. (2005). *Fundamentos da metodologia científica*. Atlas S.A.

Marques, A. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.

Metchnikoff E (1903). “The Nature of Man: Studies”. In *Optimistic Philosophy*. Tradução inglesa de P. Chalmers Mitchell. Heinemann.

Moura, C. et al (2012) *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, 1º Edição, Euedito.

Neri, A.(org.). (1995). *Psicologia do envelhecimento*. Papirus. 276 p.

Neri, A.L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. 3ª ed. Alínea.

Pimentel, L. G. (2001). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Quarteto Editora, 2001. 244 p. ISBN 972-8535-66-X.

Pinto, J. (2020) <https://lidermagazine.com.pt/conflito-de-geracoes-dentro-das-organizacoes/>. Fonte: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acedido em 30-05-2022

Pinto, M. J. (2004). “Demografia e Envelhecimento”, in *Pretextos*, nº17, IDS-MSST, pp.20-21.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2013), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2º Quivy, R. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Quivy, Raymond and Luc van Campenhoudt (1998): Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva- Este livro está disponível na (Internet) no endereço: <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2018/09/quivy-manual-investigacao-novo.pdf>

Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha*. Pactor.

Relatório de Sustentabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2015) Edição: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Relatório, os nativos digitais no mercado laboral (2021) Publicado por Mark Bowden, Managing Director Southern, Central, Eastern Europe and the Middle East na Hay

Ribeirinho, C. (2005). Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. (Consultado 14 julho 2020). Disponível em WWW: <URL: www.cpihts.com

Ribeiro, M.; Ferreira, R.; Magalhães, C.; Moreira, A.; Ferreira, E. & Ferreira, R. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6). Pp. 870-875 RUL: [ULL-ISSSL] IS, n. 55-56 (2020) (ulusiada.pt)

Sanchez, M. (1998). A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Dissertação apresentada na Universidade de La Habana.

Santos, António J. Robalo, (2008) *Gestão Estratégica Conceitos Modelos Instrumentos*-ISBN 978-972-229-3. Escolar Editora.

Santos, J.M. & Teixeira, Z. (2008). The Nursing Stress Scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Rev. Investigação em Enfermagem*, agosto, nº 18 pp.29-4

Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Savoi, Z, L. (2003). A entrevista semidirigida. In Gauthier, Benoît –*Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3 ed.Lusociência.Cap.11

Sekiou, Blondin, Fabi, Peretti, Bayad, Alis & Chevalier (2009). *Gestão dos Recursos Humanos*. Instituto Piaget.982p. ISBN 978-989-659-007-

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.Ed. Lidel.

Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais Casos Práticos*. Porto Editora.

Silva, A., Fossá M. (2013). *Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Disponível

em:https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK EwiggumPqbrQA hXr6oMKHQpkBsoQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anpad.org.br%2Fdiversos%2Ftrabalhos%2FEnEPQ%2Fenepq_2013%22013_EnEPQ129.pdf&usg=AFQjCNGA_chB8t0u6Y8T9R-01tt865s9Yg&bvm=bv.139250283,d.cGc&cad=rja
Acedido a 20 de Setembro de 2022

Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Triviñus, A.N.S (1987). *A Pesquisa qualitativa em Educação*. Atlas.

Vaz, E. (2001), “O Quotidiano do Idoso: Esperança ou Desesperanças?”, in *Intervenção Social*, nº23/24, ISSS – Departamento Editorial, pp.193-216.

WWW: <URL: http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf>.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso Planeamento e Métodos*. Disponível

em:https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yinmetodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf <https://www.hays.pt/publicacoes>. Consultado a 06-09-2022

Yin; R. K. (2005) . *Estudo de caso Planeamento e métodos*. Porto alegre: Bookman.

APÊNDICES

Apêndice I- Consentimento informado

Consentimento informado para o profissional

Muito obrigado por passar este tempo comigo.

Eu gostaria de lhe fazer uma entrevista e pedir autorização para fazer a gravação. Estou a desenvolver um projeto de investigação sobre a gestão do serviço de apoio domiciliário. Gostaria de entrevistar profissionais a trabalhar contexto do apoio Domiciliário. Tendo em conta que é um profissional com experiência na área, os seus pensamentos e contributos nesta entrevista serão de grande valor para a minha investigação.

A entrevista poderá demorar cerca de 45 minutos e eu irei tomar notas por escrito durante a mesma, e igualmente fazer a gravação áudio da entrevista, se concordar. O material gravado será apenas utilizado por mim para escrever a informação recolhida de forma mais rigorosa, eu serei a única pessoa a ouvir e irei apagar a informação após a ter utilizado para escrever. Todas as respostas serão mantidas confidenciais. Isto significa que as respostas a entrevista serão mantidas apenas comigo e eu posso assegurar-lhe que a informação que irei incluir no relatório final não irá identificar nenhum dos participantes. Poderá terminar a entrevista a qualquer momento.

Concorda em participar nesta entrevista?

Se sim, assine o seu nome na primeira linha:

Dá o seu consentimento para a gravação áudio da entrevista?

Se sim, assine o seu nome na segunda linha:

Data: **Local:**

Apêndice II- Guião da Entrevista Ajudantes Domiciliárias

Dirigido a Cuidadores Formais do Apoio Domiciliário

Objetivos: Pretende-se proceder à recolha de dados; Dados Pessoais; Experiência Profissional; Formação- Dificuldades; Doenças profissionais; Acidentes de Trabalho e; satisfação Profissional Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista gostaria de obter uma autorização para gravar, em áudio a entrevista. A Duração: Aprox. 30 m. Asseguramos desde já, a confidencialidade e o anonimato de todas as informações prestadas. Agradeço desde já toda a tenção dispensada.

1-Dados pessoais

1.1 - Idade

1.2. Sexo

1.3 - Escolaridade

1.4 – Tem formação em geriatria?

2 - Experiência como cuidador(a)

2.1 - Há quanto tempo é cuidador de idosos nesta Instituição?

2.2 - Esteve noutras instituições? Se sim há quanto tempo?

2.3 - O que é para si ser cuidador de idosos?

3 - Sente alguma dificuldade ao cuidar de idosos nas AVD,s?

3.1 - Nos cuidados de Higiene e Conforto; Vestir/Despir; Alimentação;

Transferências da cama /Cadeira de rodas/outra; / Posicionamentos; Cama Levante.

3.2- Qual a maior dificuldade que sente?

4- Questões de saúde

4.1-Tem algum problema de saúde relacionado com o trabalho que executa?

4.2 - Teve algum acidente de trabalho? Se sim explique porquê?

4.3 - Alguma vez esteve de baixa médica? Se sim explique porquê?

4.4 - Já teve situações de stress?

4.5 - Cansaço físico ou psicológico? Se sim, porquê?

4.6 Alguma sentiu necessidade de apoio psicológico?

4.7 4.7- Como se sente agora?

5 - Recursos Institucionais:

- 5.1- Os recursos humanos de AD,s são suficientes?
- 5.2- Alguma vez sentiu necessidade de ajuda de outro cuidador? Explique...
- 5.3-Tem apoio de outros profissionais? Quais?
- 5.4.- Os Gestores de caso (Técnicos) acompanham o trabalho de terreno?
- 5.5-O que pensa do seu vencimento em relação ao seu trabalho?
- 5.6 - Sente-se valorizado profissionalmente?

6- Prevenção de acidentes de trabalho

- 6.1- Usa sempre as ajudas de prevenção a lesões musco esqueléticas?
- 6.2- Conhece as medidas adotadas na instituição na prevenção de acidentes?
- 6.3- Cumpre todas as recomendações de prevenção? Se não porquê?

7- Ajudas técnicas (A.T) e formação

- 7.1 Quando é necessário tem ajudas técnicas no domicílio? Exemplifique? Tipo? Ex: Tabua, elevador de transferência, cadeira de banho.
- 7.2 - Acha que utilizar ajudas técnicas são uma ajuda importante para o desempenho?
- 7.3 - Acha que a (AjudasT.) evita esforço físico?
- 7.4 - Teve formação de ajudas técnicas?
- 7.5 - Que outra formação tem no âmbito de ser cuidador?

8- Impactos da Pandemia

- 8-1- Rotinas diárias, quais alterações, como foi?
- 8.2- Consequências negativas para si?
- 8.3 - E para os utentes?
- 8.4- Apoios institucionais chefias, como foi?
- 8.5- Se lhe oferecessem um emprego de sonho, qual escolheria para s

Muito Obrigado, pelo seu depoimento e tempo dispensado!

Apêndice III Guião da Entrevista – Técnicos

Entrevista dirigida a Gestores - SAD-Duração de aprox. 30m

O objetivo desta investigação, é fazer o perfil dos cuidadores, a fim de ter a perceção da influência da profissão, nos riscos profissionais dos cuidadores. Com intuito aferir qual a relação existente entre o trabalho e as ausências por baixas médicas e prevenção.

Com o intuito de facilitar o registo dos dados da entrevista gostaria de obter uma autorização para gravar, em áudio a entrevista. A Duração: Aprox. 30m.

Asseguramos desde já, a confidencialidade e o anonimato de todas as informações prestadas. Agradeço desde já toda a tenção dispensada.

1-Dados pessoais

1.2 - Idade

1.3.- Sexo – Feminino

1.4- Escolaridade

1.5 - Formação

2-Seleção de Ajudantes Domiciliários

2.1 - Como é feita a seleção?

2.2 - Faz entrevista?

2.3 - Faz avaliação de C.V - Curriculum Vitae?

2.4 - Tem em conta a formação do candidato?

2.5 - Tem conta a experiência?

3- Supervisão da prestação de cuidados domiciliários

3.1- Faz acompanhamento com as AD,s (Ajudantes Domiciliárias)Agentes de Geriatria.

3.2- Como é feita?

4 - Avalia o grau de satisfação do Ajudante Domiciliário em relação `entidade Patronal?

4.1 – Se sim como é feita?

4.2- Quais os indicadores de medida de avaliação, numa escala de 1 a 10?

5. O que faz para a prevenção de acidentes de trabalho

5.1 - Em sua opinião o que acha que deve ser feito na prevenção de acidentes

5. 2 - Acha que há alguma medida que deveria ser implementada na prevenção?

5.3 - Existe falta de pessoal/ Muitas faltas ao trabalho/ Porquê?

5.4 - Concorda, que as A.D, S por vezes estão em subcarga de trabalho?

6- Formação

6.1 - Que tipo de formação é dada às A.D,s?

6.2 - É feita reciclagem da formação às A.D,s ?

6.3 - Com que frequência?

6.4 De quanto em quanto tempo?

7. Ajudas Técnicas existentes no apoio domiciliário

7.1 - Quais são as que disponibilizam no seu serviço?

7.2 - São suficientes?

7.3 - Os Ajudantes Domiciliários têm formação para usar as A.Técnicas?

8- Formação em geriatria

8.1- Tem formação na área de geriatria?

8.2- Se sim quantas horas?

9- COVID 19- Como Foi para si trabalhar em Pandemia.

9.1- Qual a sua maior dificuldade.

9.2 – Como fazia a gestão das A. Domiciliárias

- Muito Obrigado, Grata pelo tempo dispensado!

Apêndice IV Guião da Entrevista – Médico

Dirigida ao Médico da medicina do trabalho da SCML - duração 30 m.

Objetivos: Obter informação, na ótica da medicina do trabalho da SCML, no âmbito dos acidentes de trabalho, doenças profissionais e prevenção, no contexto dos cuidadores formais de idosos

Entrevista:

1-Dados pessoais

1.1 - Idade

1.2. Sexo

1.3 - Há quantos anos é médico nesta instituição?

1.4 - Já tinha trabalhado antes noutras instituições onde houvessem cuidadores de idosos?
Quais / Quantos anos?

2 - Experiência/áreas na instituição

2.1 - Fale-me da sua experiência, da sua visão de como chegam à instituição, mais propriamente de Ajudantes Domiciliárias?

3 - Acidentes/lesões/doenças profissionais nesta instituição

3.1 - Há muitos acidentes de trabalho nesta instituição? (Relatório anual) quantos casos)

3.2- Esses acidentes provocam lesões? Pode referir de que tipo?

3.3 - Existem lesões definitivas? Que tipo?

3.4 - E temporárias? Quais as mais frequentes?

3.5 - Também se verificam depressões/derivado ao trabalho?

3.6 - Há doenças profissionais nesta instituição em relação aos cuidadores formais? Que tipo?

4 - Prevenção de acidentes

4.1 - Conhece alguma medida de prevenção de acidentes de trabalho aplicada na pela instituição, no que se refere aos cuidadores formais? Refira quais?

4.2 - Em sua opinião o que acha que deve ser feito mais, na prevenção de acidentes?

4.3 - Acha que alguma coisa deveria ser alterada na prevenção?

4.4 - Alguma vez algum cuidador de idosos referiu ter subcarga de trabalho?