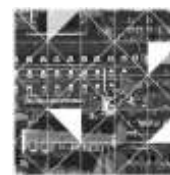

CIDADES, Comunidades e Territórios



Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego

Ana Paula Gil¹, NOVA FCSH, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas & CICS.NOVA, Portugal.

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar de que forma as condições de trabalho dos auxiliares de ação direta interferem quotidianamente nos cuidados que são prestados em estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal e que soluções a implementar de modo a dignificar os cuidados e a profissão. Este artigo baseia-se num questionário autoadministrado a 150 auxiliares e em 40 entrevistas semiestruturadas, ambos aplicados em 16 estruturas residenciais para pessoas idosas na área metropolitana de Lisboa. Os resultados revelam que a sobrecarga laboral, as más condições de trabalho, associadas à falta de formação e à excessiva rotatividade dos recursos humanos têm consequências nefastas na qualidade dos cuidados que esses profissionais prestam, mas também na sua saúde física e mental, e no emprego. A necessidade crescente de cuidados de longa-duração devido ao envelhecimento da população exigirá a melhoria das condições de trabalho, a profissionalização e a dignificação do trabalho de cuidados.

Palavras-chave: Trabalho de cuidados, estruturas residenciais para pessoas idosas, cuidadores formais, condições de trabalho, qualidade do emprego, qualidade dos cuidados.

Introdução

Com as alterações demográficas que temos vindo a assistir em toda a Europa, o cuidado surge como categoria analítica, mas também política. Significa dizer que o cuidado assume hoje um entendimento ampliado, encarado não apenas como pertencente à esfera privada e doméstica, mas também à esfera pública. O cuidado remete para as atividades de gestão do quotidiano, da saúde e do bem-estar (Comas-d'Argemir, 2016) e envolve duas dimensões: uma relacional e uma outra que abarca os aspetos instrumentais ou técnicos, «o fazer».

O conceito de cuidar tem sido substituído por um outro, o de trabalho de cuidados, preconizado e inserido num movimento liderado por um grupo de feministas, nos finais da década de 80 e início da década de 90 (Guberman

¹ anapgil@fcs.unl.pt

et. al, 1992; Twigg Atkin, 1994; Corbin, 1992), que veio fazer a rutura com uma conceção que concebe os cuidados uma prática essencialmente feminina. Este movimento veio chamar a atenção para a vertente do trabalho que está inerente aos cuidados, um processo que envolve um sistema organizativo, recursos e competências específicas.

O trabalho de cuidados é analiticamente decomposto entre cuidados formais e cuidados informais; contudo, a sua utilização mais recorrente refere-se ao cuidador como o profissional, com vínculo contratual, que acompanha a pessoa cuidada numa instituição ou no domicílio, desempenhando funções ligadas às atividades pessoais e instrumentais da vida diária.

Em Portugal, o termo utilizado é «auxiliar de ação direta», correspondendo aos trabalhadores de cuidados pessoais que prestam cuidados diretos, incluindo atividades como alimentação, assistência na higiene pessoal e tarefas básicas de saúde. O cuidador informal é um membro da família direta e/ou alargada, ou ainda um elemento da comunidade (amigos, vizinhos) que presta cuidados, de forma parcial ou integral.

Maheu e Guberman (1992) vieram também chamar a atenção para a amplitude, complexidade e organização que os cuidados na dependência envolvem, quer eles sejam prestados na esfera doméstica ou institucional. Associado ao trabalho de cuidados, surgem outros conceitos como «prestar cuidados», «tratar de», ambos com significações diferentes entre si. O «prestar cuidados» adquire uma dimensão de tecnicidade e o «tratar de» reenvia-nos para o campo médico, o tratamento de um corpo doente e para o saber médico. O tratar do corpo pressupõe cura e, quando a cura falha ou não existe, a gestão do corpo deixa de pertencer ao campo médico, para ser considerado como pertencente à esfera familiar e doméstica. (Gil, 2010; Gil, 2020).

O cuidar é, assim, encarado como um conjunto de tarefas (higiene, o dar o banho ou o vestir) pertencentes à esfera doméstica, desprestigiante socialmente e desqualificante, designado como um «trabalho sujo» (Hayes, 2017). O não-reconhecimento do trabalho de cuidados tem inerente, assim, uma subestimação do valor que a sociedade atribui ao trabalho com população idosa, o que se estende também, conseqüentemente, à profissão.

Algumas propostas têm sido lançadas, no sentido da profissionalização e da requalificação da força de trabalho no sector dos cuidados, passando pela flexibilização do trabalho, benefícios sociais, utilização de novas tecnologias, campanhas de *marketing* sobre a profissão (Hussein et.al., 2011; Theobald, 2017; Gil et.al., 2019b). A escassez da mão de obra para fazer face a estas necessidades tem suscitado na Europa múltiplas reflexões sobre o papel dos migrantes no sector dos cuidados, passando por articular as políticas de formação, migração e emprego (Anderson, 2012; ILO, 2019; King-Dejardin, 2019) e a questão da qualidade do emprego emerge como questão central.

Os termos qualidade do emprego, qualidade do trabalho (Bustillo, 2009), ambiente de trabalho atraente e de apoio (Wiskow et al. 2010), trabalho decente (proposto por Eurofound, ILO, 2018) e cuidado decente (ILO, 2018; 2019) ou bom cuidado (Tronto, 2010; 2013) ilustram diferentes formas de reconhecimento da interdependência entre a qualidade dos cuidados de longa-duração e as condições de trabalho dos seus prestadores.

Entende-se por cuidados de longa-duração a prestação de um conjunto de serviços a indivíduos que estão limitados na sua capacidade em viver de forma independente, num período de tempo prolongado – geralmente, seis meses ou mais (Rodrigues, 2017). Estes serviços podem contemplar várias respostas, desde os serviços prestados em estruturas residenciais para pessoas idosas, serviços de apoio domiciliário, a soluções residenciais, com uma componente de saúde e/ou social.

Importa, pois, questionar de que modo as condições de trabalho dos trabalhadores de cuidados se refletem na qualidade da prestação e de que forma estão garantidas as condições para um emprego decente. Como se caracterizam as condições de trabalho dos auxiliares de ação direta em meio institucional? Que impactes têm ao nível dos cuidados prestados? Que medidas a implementar de modo assegurar a qualidade, quer do cuidado, quer do emprego? Estas são algumas questões que pretendemos responder ao longo deste artigo.

A primeira parte deste artigo aborda conceptualmente os dois conceitos centrais, qualidade dos cuidados e qualidade no emprego. De seguida, e de modo a enquadrar o sistema de respostas sociais existentes em Portugal pretende-se, com base em estatísticas (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), caracterizar a força de trabalho e identificar algumas problemáticas

associadas à prestação de cuidados à população idosa. Em seguida, e partindo dos resultados do projeto mais amplo «Envelhecer em instituição: uma perspectiva interacionista da prestação de cuidados», que utiliza metodologias mistas (questionário e entrevistas semi-estruturadas), são exploradas algumas das problemáticas associadas às condições de trabalho e ao mundo «subterrâneo» do trabalho de cuidados.

No trilhar da relação entre qualidade dos cuidados e do emprego

A qualidade dos cuidados é definida como o acesso a cuidados efetivos de acordo com as necessidades dos residentes (de saúde, de apoio social) e a sua avaliação é feita em termos da estrutura, processos e os resultados desse cuidado (Donabedian, 1980; Campbell et al, 2000; Eurofound, 2019). Esta proposta, baseada em Donabedian (1980) tem sido criticada pela excessiva valoração dos aspetos clínicos (número de quedas, úlceras de pressão, a perda de peso, entre outras) em detrimento das questões relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida de quem necessita de cuidados (OCDE, 2013; Zúñiga et al., 2015).

Algumas propostas têm surgido para associar a qualidade do cuidado com o conceito de qualidade de vida nos cuidados de longa-duração (Nolker and Harel, 2001; Kane, 2003; Towers et.al. 2016). Dimensões como o conforto, a segurança, a ocupação, as relações sociais, a funcionalidade, a autonomia, a privacidade, a dignidade e o bem-estar (psicológico, espiritual) surgem associadas à satisfação de necessidades físicas e de saúde (Kane, 2003). A distinção entre qualidade do cuidado e cuidado de qualidade, implica reconhecer também a natureza do trabalho de cuidado, bem como as interações entre quem presta cuidados (prestadores de cuidados) e os residentes (quem recebe).

Drenann et al. (2012) identifica alguns fatores que influenciam a qualidade dos cuidados institucionais. Fatores de contexto (condições físicas do lar e equipamentos disponíveis), fatores organizacionais (bom ambiente de trabalho, o trabalho em equipa multidisciplinar); motivacionais (tipo de tarefas, gratificação do trabalho, valorização do trabalho) e os fatores de ordem contratual e materiais (salário, ter um contrato, benefícios sociais, flexibilidade de horários, ter acesso a formação).

Joan Tronto (2010) lança uma questão pertinente relativamente ao cuidado de qualidade: quando é que podemos dizer que uma instituição presta um bom ou um mau cuidado? A autora, ao definir cuidado como um elemento central da vida humana que se dá de forma relacional, entende que estas relações são também imbuídas de conflito, de poder e de desigualdade, afetando todo o processo de cuidados. Como o trabalho de cuidados é desvalorizado socialmente e, por isso, subestimado, em termos de valor social e económico, as pessoas que sofrem de discriminação social tornam-se mais facilmente trabalhadoras no sector dos cuidados, pelo facto de serem mulheres, menos qualificadas, desempregadas ou por serem imigrantes (Tronto, 2010). Assim, o trabalho de cuidados é, ele próprio, desigual, e é determinado pelo género, classe, raça e nacionalidade (Tronto, 2013).

Nesse sentido, para se avaliar a qualidade das práticas de cuidados formais é necessário concentrar nas necessidades dos residentes – clientes – mas também nas necessidades de quem cuida e nas suas condições do emprego.

Qualidade do emprego

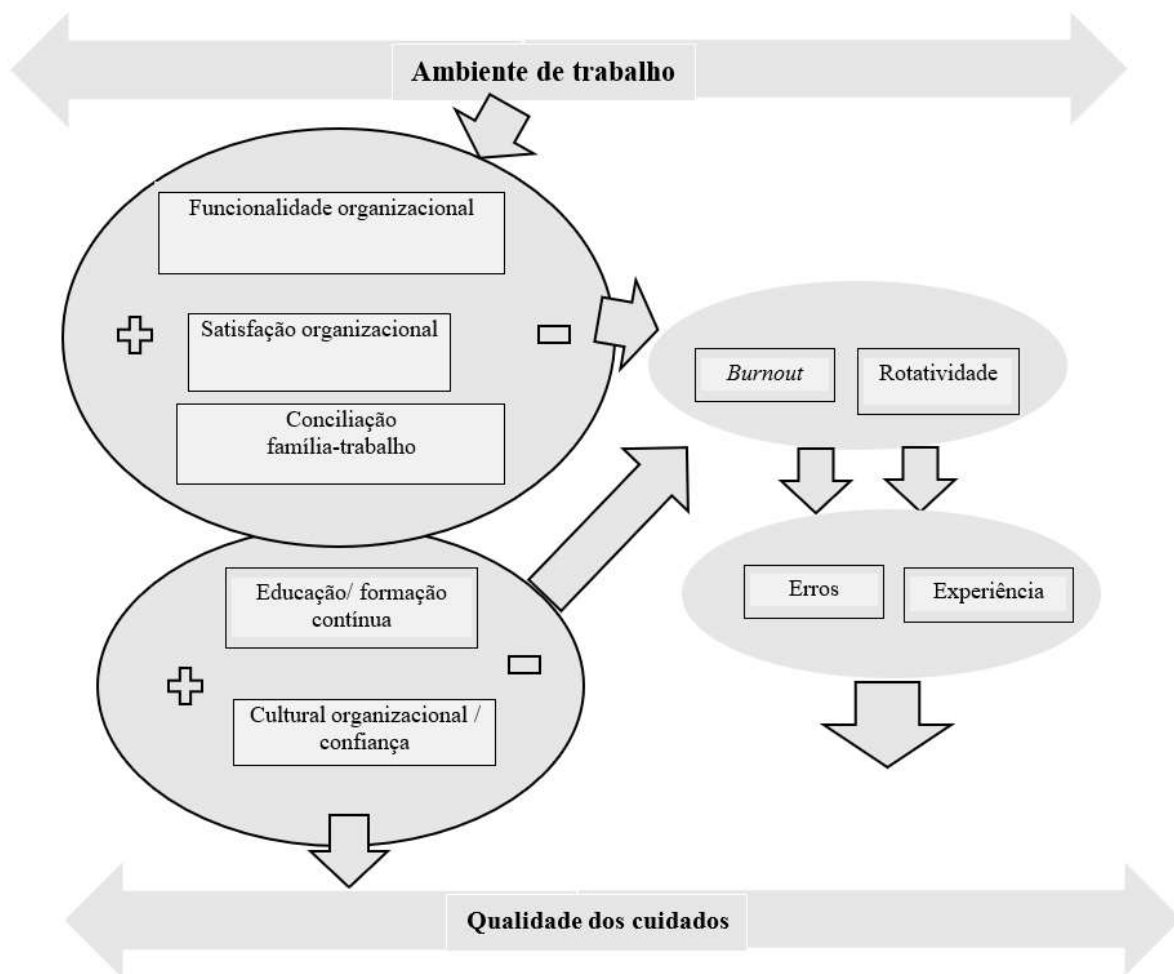
Condições de trabalho ou ambiente de trabalho são termos utilizados como sinónimos, embora o ambiente de trabalho tenha uma abordagem mais ampla, incluindo aspetos que influenciam a vida e o trabalho, as dimensões organizacionais e culturais.

Wiskow et al. (2010) propõem um modelo que relaciona o ambiente de trabalho e a qualidade dos serviços que são prestados. As características do ambiente de trabalho afetam e são parcialmente afetadas pela dinâmica organizacional: satisfação organizacional; equilíbrio família-trabalho; desenvolvimento pessoal (profissional e

educacional) e a cultura organizacional. “As três primeiras dimensões têm consequências na qualidade dos cuidados por meio de erros, desgaste e rotatividade” (Wiskow et al. 2010:4). Um bom ambiente de trabalho incentiva o ingresso (recrutamento) e que os faz permanecer (retenção) e que contribui para um desempenho eficaz, que alia conhecimentos, competências e recursos.

Baseados na perspectiva de Bustillo (2009), os autores distinguem qualidade do trabalho (autonomia no trabalho, a organização do trabalho incluindo rácios de pessoal e a divisão do trabalho, a cultura organizacional, a higiene e a segurança no trabalho e o ambiente) e qualidade do emprego (salários, o tipo de contrato, horas de trabalho, benefícios sociais, o desenvolvimento profissional (formação e desenvolvimento de competências) (Wiskow, et al., 2010:4).

Figura 1. Relação entre o ambiente de trabalho e a qualidade dos cuidados



Fonte: Wiskow, et al., 2010: 3.

No sector dos cuidados, são vários os estudos que têm vindo a chamar a atenção para a relação entre condições de trabalho e qualidade dos cuidados (Colombo et al., 2011; OECD 2013; Schulmann et al., 2016; Hussein, 2018; Bauer, Rodrigues, Leichsenring, 2018; Woolham et al., 2019). A precariedade no trabalho de cuidados (salários baixos, sem proteção social, sem direitos a férias ou de apoio em caso de doença, o número excessivo de horas de trabalho) (ILO, 2018; 2019) é geradora de problemas de recrutamento e de excessiva rotatividade, e de uma maior

incidência de problemas de saúde e de *burnout* laboral, levando ao abandono precoce da profissão (Cangiano and Shutes, 2010; Colombo et al. 2011, Filipova, 2011).

A precariedade laboral agudiza-se em países com sistemas de longa-duração, menos desenvolvidos, nomeadamente nos países mediterrânicos (Salis, 2014).

De seguida, iremos enquadrar o sistema de respostas sociais existentes em Portugal bem como alguns indicadores de caracterização da força de trabalho no sector dos cuidados, temática já abordada em trabalhos anteriores (Gil, 2018; Gil, 2019a).

Respostas sociais para a população idosa em Portugal: dos equipamentos à força de trabalho

Desde a década de 90 que, em Portugal, tem existido um investimento nas respostas de apoio à população idosa, através de vários programas nacionais (PARES², Programa de Apoio a Idosos (PAII) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o objetivo de alargar a rede de equipamentos sociais, o número de lugares disponíveis e a população abrangida.

Em 2001, a proporção de pessoas a viver em alojamentos coletivos em Portugal era de 3,6% (correspondendo a 50.607 pessoas), valor que aumentou em 2011, para 71.219 pessoas idosas (4%). Destes, 72% eram mulheres com mais de 80, com incapacidades cognitivas e físicas (INE, 2011), perfil similar ao traçado pela *Carta Social* (72,5% +80 anos) (GEP, 2017). Os serviços de apoio domiciliário e as estruturas residenciais para pessoas idosas foram as respostas que, neste domínio, mais cresceram no período 1998-2018 (108% e 105%, respetivamente), em termos de oferta de serviços. Em 2018, contabilizaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia, no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD (GEP, 2018).

De 2000 a 2015 houve um aumento de 65% no número de ERPIS (de 1,469 em 2000 e 2,418 em 2015) e um aumento significativo no número de população abrangida (69%) (de 55,523 a 94,067 (GEP, 2017) (cit. Gil, 2018, p.554). Em 2017, a taxa de ocupação nas ERPIS atingia os 93%, enquanto que as respostas SAD e Centro de Dia registaram ocupações médias de 70 % e 64 %, respetivamente (GEP, 2018).

A procura de respostas de alojamento coletivo (ERPIS, RNCCI) refletem o envelhecimento acelerado da população portuguesa e um aumento significativo das pessoas com mais de 80 anos (5% em 2013 e 16% em 2060) (Eurostat, 2015), sobretudo uma maior prevalência de demência³ (OCDE, 2018) e, por consequência, necessidades acrescidas de cuidados.

Os programas nacionais permitiram alargar a taxa de cobertura nacional e a população abrangida, e a legislação existente⁴ permitiu regulamentar as condições em termos de organização e funcionamento das estruturas residenciais para idosos, no setor lucrativo e não lucrativo. No entanto, a análise das denúncias de irregularidades em ERPIS, apresentadas aos serviços nacionais de inspeção, entre 2009 e 2016, revelou que o sistema de monitorização e inspeção dos equipamentos sociais ainda se baseia em padrões mínimos. O sistema de inspeção foca-se, essencialmente, nas questões estruturais e de processo, em detrimento do bem-estar da pessoa idosa (sinais clínicos, saúde mental, atividades básicas e de conforto, medicação e cuidados de saúde, entre outros) ou das condições de trabalho e das competências profissionais (Gil, 2019a).

A falta de competências profissionais dos trabalhadores de cuidados é uma das áreas que revela uma pior satisfação por parte dos cidadãos portugueses, de acordo com a Eurofound (2019). Portugal é um dos países da Europa 28 que revelou uma satisfação global menor face à qualidade dos cuidados que são prestados nos cuidados de longa

² O Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais tem por finalidade apoiar o desenvolvimento e consolidar a rede de equipamentos sociais no território continental, nomeadamente aumentar o número de lugares em Lares de Idosos associados a situações de maior dependência (<http://www.seg-social.pt/programa-de-alargamento-da-rede-de-equipamentos-sociais-pares>); O Programa Integrado de Apoio para Idosos (PAII) permitiu alargar a rede nacional de serviços de apoio domiciliário (atualmente encerrado).

³ Segundo o OCDE (2019), estima-se que existam mais de 20 pessoas com demência em Portugal por 1000 indivíduos em 2019, e estima-se que esse número aumentará para 40,52% em 2050.

⁴ Portaria no. 67/2012 e Decreto-lei no. 33/2014.

-duração. A falta de qualidade dos equipamentos, o tipo de informação prestada sobre os cuidados, as competências do *staff*, bem como os cuidados prestados, constituem alguns dos indicadores alvo de maior insatisfação. Estes resultados seguem a mesma tendência já identificada no Eurobarómetro em 2008, para uma perceção coletiva insatisfatória relativamente ao desempenho destes serviços, com manifestas deficiências de ordem organizacional e humana (Gil, 2010), sobretudo nos cuidados institucionais.

Força de trabalho no sector dos cuidados em Portugal

A maioria da força de trabalho nos cuidados de longa-duração é composta por trabalhadores que prestam cuidados pessoais e domésticos, em serviços para pessoas idosas (SAD, ERPIS, RNCCI), em domicílios particulares ou, mediados através de empresas privadas, por vezes como trabalhadores domésticos.

Um dos indicadores que reflete a escassez de recursos humanos no sector dos cuidados é proposto pela OCDE, «densidade de trabalhadores» significa o número de trabalhadores por cada 100 pessoas com 65 anos ou mais. Portugal tem a menor concentração de trabalhadores de cuidados na OCDE (0,8), ou seja, “menos de 1 trabalhador por cada 100 pessoas com mais de 65 anos” (Noruega, 12,7 e a Suécia, 12,4, por 100), valores de referência muito abaixo do que se considera uma prestação adequada de cuidados (variando entre 4,1 e 4,5) (Scheil-Adlung, 2016: 20-21; OCDE, 2019: 235).

Scheil-Adlung (2015) estimou que existe uma insuficiente cobertura, no sistema de cuidados português, devido à insuficiência de pessoal. As diferenças aumentam em contexto institucional (0,6) e no domicílio (0,1) (OCDE, 2018; Gil, 2018). De acordo com a OCDE, a maioria dos trabalhadores portugueses nos LTC são prestadores de cuidados diretos (70%) e 30% são enfermeiras (OCDE, 2016; 2019). Os cuidados institucionais são prestados por pessoal sem formação e qualificação (64%) (OCDE, 2019, Gil, 2018).

Metodologia

Os resultados apresentados inserem-se no projeto «Envelhecer em instituição: uma perspetiva interacionista da prestação de cuidados». O trabalho de campo decorreu durante 2017, num concelho da área metropolitana de Lisboa, envolveu a participação de 16 estruturas residenciais num universo de 31 estruturas (privados e IPSS).

Os dados que se apresentam são oriundos de um questionário autoadministrado e referem-se ao seu perfil sociodemográfico, educacional e laboral dos prestadores, bem como à identificação dos aspetos que mais e menos influenciam o trabalho de cuidados: fatores de contexto (condições físicas do lar e equipamentos disponíveis); interpessoais (bom ambiente de trabalho, avaliação do trabalho, o trabalho em equipa multidisciplinar); motivacionais (tipo de tarefas, gratificação do trabalho, valorização do trabalho) e contratuais e materiais (salário, ter um contrato, benefícios sociais, flexibilidade de horários, ter acesso a formação). Os 13 itens foram respondidos mediante numa escala tipo Likert de 6 pontos (0 = não valoriza; 5 = valoriza muitíssimo).

Para avaliar as condições de trabalho e as perspetivas de futuro considerou-se os seguintes indicadores: o número de horas de trabalho, rácios de pessoal, satisfação face ao trabalho e a intenção de abandonar a profissão (Filipova, 2011).

No total foram entregues 280 questionários e recebidos 186. Foram anulados 36 questionários por estarem incompletos e por mais de metade das questões contidas no questionário não terem sido respondidas. No total foram considerados 150 questionários, o que equivaleu a uma taxa de resposta de 57%. A análise dos dados foi realizada através do software SPSS (versão 17.0), utilizando uma análise estatística descritiva, univariada, bivariada e fez-se a análise da associação entre variáveis categóricas através dos testes de Qui-quadrado e de Fishers. O nível de significância de testes foi estabelecido em 5%.

Adicionalmente, nas 40 entrevistas realizadas, participaram 39 mulheres e 1 homem, sendo que as suas idades variaram entre os 24 anos e os 64 anos. O tempo médio na profissão corresponde a 10 anos, num intervalo que varia entre 3 meses a 25 anos de profissão. As habilitações literárias dos entrevistados variam entre a 4ª classe e o ensino superior. Do total das 40 entrevistas, 9 destas iniciaram a sua função nos serviços de limpeza e 35 foram contratados como auxiliares de ação direta.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A cada entrevistado(a) foi atribuído um nome fictício e a identificação da nacionalidade (PT- Portugal; BR- Brasil; UKR – Ucrânia e MDA – Moldávia). A transcrição teve como objetivo preservar a forma original da linguagem oral usada pelos entrevistados de modo a retratar as suas experiências, identificar um conjunto de problemáticas associadas aos cuidados e às condições de trabalho, bem como o modo como os mesmos são prestados nas instituições.

A análise de conteúdo temática desenrolou-se em três etapas: (1) codificação, o processo de designação de categorias e subcategorias que refletem temas previamente definidos e novos; (2) armazenamento, a compilação de todos os extratos da entrevista subordinado à mesma categoria para permitir a comparação; e (3) interpretação, através de um método de indução analítica (Patton, 2002).

Resultados do questionário: olhares da profissão

A maioria dos inquiridos é do sexo feminino, com idade compreendida entre os 21 e os 68 anos, apresentando a idade média de 47 anos (tabela 1). A maioria dos respondentes (84,7%) é de nacionalidade portuguesa e 15,3% nasceu no estrangeiro (países africanos, Brasil, países de Leste e Europa). A maioria possuía uma escolaridade básica, correspondendo ao 2/3º ciclo do ensino básico (58,5%) e ensino secundário (23,8%). O ensino superior era exclusivo dos respondentes de nacionalidade não portuguesa. O tempo médio a trabalhar na profissão são 10 anos e o tempo médio a trabalhar na instituição decresce para 7 anos. A maioria (77,3%) trabalha por conta de outrem e possui um vínculo permanente e a maioria dos entrevistados com contrato a termo, trabalha há menos de 5 anos no lar.

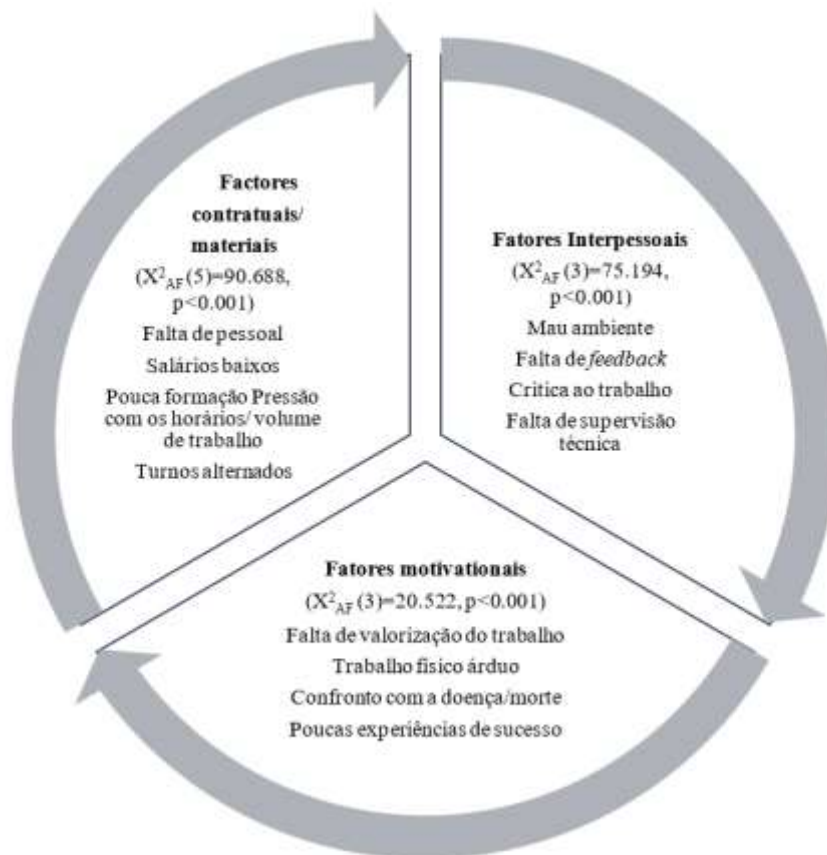
Tabela 1 – Sociografia e situação perante o trabalho

	n	%	Média (DP)
Sexo (n=150)			
Homens	9	6,0	
Mulheres	141	94,0	
Idade (n=130)			46,7 (10,9)
Naturalidade (n=150)			
Portuguesa	127	84,7	
Estrangeira	23	15,3	
Nível de escolaridade (n=147)			
Nenhuma/1º ciclo do ensino básico	23	15,6	
2/3º ciclo do ensino básico	86	58,5	
Ensino secundário	35	23,8	
Ensino superior	3	2,0	
Anos a trabalhar na profissão (n=122)			10,1 (6,9)
Anos a trabalhar no lar (n=134)			
< 1 ano	18	13,4	
1 a 5	50	37,3	
6 a 10	33	24,6	
>10	33	24,6	
Tipo de contrato (n=150)			
Contrato permanente	116	77,3	
Contrato a termo	34	22,7	
Contrato a termo (n=32)			
< 1 ano	13	40,6	
1 a 5	17	53,1	
6 a 10	0	0,0	
>10	2	6,3	
Frequência de ações de formação no lar(n=143)			
Sim	123	86,0	
Não	20	14,0	
Participação em ações de formação /workshop (último ano) (n=143)			
Sim	88	61,5	
Não	55	38,5	
Número médio de horas /diárias(n=150)			7,8(0,8)
Número de pessoas a cargo /diariamente (n=66)			8,7(4,5)

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados do questionário evidenciam que a falta de pessoal, os salários baixos, a pouca formação, a pressão com os horários face ao volume de trabalho, as poucas regalias sociais e os turnos alternados são considerados os fatores de âmbito contratual que mais influenciam a qualidade do trabalho de cuidados (figura 2). Ao nível interpessoal, o mau ambiente laboral, a falta de *feedback*, as críticas ao trabalho e a falta de supervisão técnica constituem, por ordem decrescente, os fatores que os inquiridos privilegiam como tendo mais impacto na qualidade da prestação. Como fatores motivacionais, de acordo com a ordem de maior importância, destacam-se a falta de valorização do trabalho, o trabalho físico duro pelas tarefas, o lidar com a doença/morte e as poucas experiências de sucesso. Os fatores de contexto, as condições físicas do lar e os equipamentos disponíveis constituem os fatores que, segundo os inquiridos, menos influenciam o trabalho de cuidados.

Figura 2. Fatores que influenciam o trabalho de cuidados



Fonte: Gil et.al., 2019c.

O inquérito veio também evidenciar que um terço da população inquirida está razoavelmente satisfeita com o seu local de trabalho, mas a maioria desta não recomendaria o local de trabalho, verificando-se assim uma associação estatisticamente significativa entre a satisfação do local de trabalho e a recomendação do lar ($p < 0.001$).

Outra variável que é indicadora do nível de compromisso organizacional é o cenário hipotético de deixar o trabalho relacionado com a população idosa. O número de inquiridos descontentes aumenta em relação ao nível de satisfação laboral, quase um terço (28,9%) já pensou em abandonar a profissão. As razões primordiais de um possível abandono prendem-se com a natureza do trabalho (um trabalho duro física e psicologicamente), pelas más condições de trabalho e pelo conflito organizacional. Entre o subgrupo dos que nunca pensaram em deixar a profissão, sendo este maioritário (71,1%), estão razões que se prendem com a gratificação do trabalho e realização pessoal/profissional. No entanto, é transversal à maioria dos inquiridos a perceção de que deveriam existir

melhores condições de trabalho e um outro reconhecimento social da profissão, conclusão que vai ao encontro das entrevistas realizadas.

Olhares sobre o quotidiano do trabalho de cuidados

A maioria dos entrevistados desempenhou outras profissões no passado e são relatadas trajetórias profissionais conturbadas de precariedade. O desemprego de longa duração, a doença, os problemas familiares, a mudança de residência são algumas das problemáticas associadas à decisão de procurar emprego na área. A decisão de trabalhar numa estrutura residencial para pessoas idosas surge também após longos períodos de cuidados de familiares e a decisão de retorno ao mercado de trabalho alia-se à descoberta de que se tem apetência para desempenhar a função de cuidadora(o).

As mais qualificadas, em situação de desemprego, são encaminhadas para o centro de emprego e o «lar» surge entre as ofertas de trabalho disponíveis. As menos qualificadas, as imigrantes (sobretudo brasileiras, ucranianas, moldava, guineenses) começam a sua carreira nos serviços de limpeza ou de cozinha, em casas particulares ou ainda em empresas de serviços de apoio domiciliário ou em lares, quase sempre sem alvará.

Foi o caso de Amanda, Helena, Arlete, Rosa e Maria, sendo todas elas imigrantes, qualificadas, com formação superior (enfermagem, biologia, gestão de empresas), iniciaram a sua atividade primeiramente em lares ilegais ou empresas de apoio domiciliário, experiências de curta duração, que antecedem a atual. Todas as entrevistadas relatam que as habilitações iniciais eram desprezadas e minimizadas, tal como o seguinte trecho poderá demonstrar:

“Eu trabalhei como enfermeira lá na minha terra (...) e eu aqui (em Portugal) simplesmente fui ignorada. Fiquei muito ofendida naquela altura, mas eu era auxiliar, eu não podia dizer nada. (...) Eu dei uma opinião minha lá (à enfermeira) e ela disse-me logo, «tu estás no teu lugar e eu estou no meu»” (Helena, UKR).

A passagem por lares privados ilegais

A primeira experiência de Amanda, proveniente da Moldávia, foi num lar privado e é recordada negativamente, pelo excesso de trabalho e pelas más condições de trabalho.

“Éramos muito castigadas em relação ao trabalho, tínhamos que fazer tudo e não éramos reconhecidas e quanto mais fazíamos mais exigiam e havia dias que eu ia almoçar às 15h e depois soube que havia vaga, aceitei e fiquei” (Amanda, MDA).

O mesmo aconteceu com Manuela (PT), rececionista de profissão, que começou a trabalhar em lares, em *part-time*, primeiro na cozinha e depois a cuidar de idosos. A sua decisão de trabalhar a tempo inteiro fez-se de forma tardia, ao fim de 5 anos. A participante qualifica a passagem por mais dois lares como chocante.

“Chocou-me. Foi um choque para mim. A forma como as pessoas dormiam, onde dormiam, o comer, as instalações. Tudo. Desisti, deixei de comer. Nada passava. Foi um choque!” (Manuela, PT).

Também Rita começou a sua carreira como cuidadora num lar privado (numa vivenda) aos 15 anos. Relativamente a esta sua experiência, compara duas realidades bastante distintas:

“Aqui temos condições físicas (instalações) muito boas e lá não tínhamos condições ao nível do trabalho. Aqui cada pessoa tem uma casa de banho para si. Lá tínhamos uma WC conjunta. Aqui cada um tem uma toalha de rosto e 1 copo. Lá era uma toalha para todos. Era uma esponja para todos. Lá não tínhamos horários para almoçar, às vezes almoçávamos às 15h30. O salário era muito menor. Era tudo pior!”. (Rita, PT)

Helena, imigrante ucraniana, recorda a sua experiência nos primeiros anos, quando chegou a Portugal:

“Eu trabalhei um mês, só, num lar ilegal, numa vivenda, só para experimentar, e depois decidi, «quero ir embora daqui», não se conseguia trabalhar. Porquê? Então, mesmo nos cuidados de higiene, tudo, uma bacia para lavar 10 utentes (...) e os idosos pagavam 300 ou 400 euros (...) fui-me embora dali!”.

Também Dália (PT), passou por um lar ilegal. Recorda a experiência:

“As pessoas pagavam 600, 700 euros e estive uns dias e não gostei. Fui tão mal acolhida e fui-me embora. Não é justo, não eram maltratados, mas também não eram bem tratados” (Helena, UKR).

O mesmo sentimento foi partilhado por Arlete (BR). Através de um anúncio no jornal chegou a vários lares privados:

“Passei por dois para ver de emprego. Era um odor, as pessoas não eram bem cuidadas, percebi que as pessoas estavam jogadas naquelas macas e pronto, não tinha qualquer atividade de reabilitação (...) Entrava-se às 7h00 e saía às 21-22h e o salário era 540 euros (sem direito a segurança social e a recibos verdes) e com 2 folgas/semana”.

A passagem por empresas privadas: as malhas da informalidade

Arlete, imigrante brasileira, técnica de enfermagem e com o curso de biologia, veio para Portugal, há 3 anos, para realizar um sonho: “fazer um mestrado numa universidade portuguesa”. A dificuldade de suportar uma propina de 168€ mês fê-la procurar trabalho num mercado à partida difícil por não ter o atestado de residência assegurado. Contactou uma empresa privada, com alvará, e a contratação foi realizada por telefone, sem qualquer entrevista prévia de recrutamento. Não existem visitas de supervisão técnica, segundo esta:

“Não tive entrevista nenhuma. Só me perguntaram se eu tinha noção de área da saúde, perguntaram o que é que eu sabia fazer (...) só perguntaram se sabia trocar fralda, colocar sonda e pronto.”(Arlete, BR)

Arlete optou por ser empregada interna em casas particulares, mediada pela empresa, para não suportar o pagamento de um quarto. Fazia de tudo:

“Limpava a casa, fazia de tudo o que tem que ser feito numa casa e cuidava da pessoa”.

Arlete (BR) relata uma experiência dura e crua, recorda as diversas experiências por onde passou:

“Eu não tinha um quarto, eu dormia com o paciente... Pois, numa caminha ao lado e em relação à alimentação, tinha direito a ½ refeição. ½ dose para os dois (Arlete e a pessoa idosa).

À medida que vai relatando a sua experiência, Arlete recorda a sua primeira experiência com a prestação de cuidados:

“A primeira experiência, a senhora tinha Alzheimer, tinha que dormir com ela, numa cama mesmo pegada a ela (...) então era complicado. Eu não almoçava, eu não jantava, eu não conseguia sequer fazer a minha limpeza. Eu passei 5 dias sem conseguir fazer a minha limpeza (...) Eu saí dessa casa fugida, praticamente! Foram 5 dias de horror. Esse foi o meu primeiro trabalho aqui.” (Arlete, BR).

Após esta primeira experiência, Arlete ligou para a empresa a relatar, mas não existem visitas, “eles não fazem as visitas às casas. Essa empresa não faz visita às casas antes de a gente entrar, nem para saber como é que está o paciente, nem para saber como é que está o cuidador, se está correndo tudo bem, nunca!”. Nas várias experiências relatadas, Arlete descreve as condições de trabalho:

“Nessa época eu fiquei como interna, sem férias, era 1000,00€, mas a gente é que pagava a Segurança Social e todas as outras coisas. Se tinha 1 folga por semana, pagavam 800 euros. Sem folgas, 1000 euros. Era feito por intermédio da Empresa? “É” Era a família que pagava à Empresa? A família paga à empresa e a empresa me paga. Tinha um contrato? Não, mas passava recibos verdes e não tenho direito a nada (subsídio de natal, férias, baixa)” (Arlete, BR).

Por causa de um problema grave de saúde (uma infecção pulmonar) fez com que parasse e abandonasse o trabalho. Sem dinheiro, sem direito a baixa, apesar de pagar mensalmente segurança social (aproximadamente 180 euros), regressou ao Brasil, com a ajuda de familiares, para recuperar fisicamente. Nesse período que mediou a sua recuperação, foi substituída por “uma menina, recém-chegada do Brasil, que não era da área de saúde e que não sabia de nada!”. Arlete considera que estas empresas privadas vivem “à custa sobretudo dos imigrantes brasileiros, algumas são licenciadas outras não, os guineenses não gostam de trabalhar com idosos, preferem as limpezas.”

Arlete traça um cenário enegrecido destas empresas: Não existe formação e não há supervisão técnica dos cuidados.

Confrontada com a pergunta “O que é que tem sido mais difícil para si?”, Arlete responde:

“Tem sido uma experiência dolorosa... É ficar longe da minha família e não ter direitos. Eu não tenho direitos, só tenho deveres, eu não recebo aqui nenhum direito porque no Brasil a gente tem um sindicato que você só trabalha até determinada hora, tem folga determinada hora, tem direito a 13º, tem direito ao sábado, férias, além do seu salário, e tem direitos, não tem somente deveres”.

Arlete, relativamente à sua trajetória profissional, considera que o trabalho de cuidado, “é um trabalho de escravo”, “não existe um pingo de respeito pelo cuidador, pelos profissionais que trabalham” neste setor.

Como é que os trabalhadores de cuidados perspetivam hoje a profissão? “Uma profissão nada valorizada”

A maioria das entrevistadas perspetiva o trabalho de cuidados como um trabalho manual desvalorizado socialmente, difícil pela força física e mental requerida, e mal remunerado. Natália (PT) adjectiva a profissão como: “mal paga, injusta e muito triste. Nada valorizada”. Aida sentiu-se ofendida quando ouviu um dia a descrição da sua profissão “quem não sabe fazer mais nada vai para os lares” (Aida, PT). A mesma perspetiva é partilhada por inúmeras entrevistadas (Isabel, Rita, Natália) entre as quais Rita fala de “um trabalho que é visto como «só mudar fraldas e limpar, é um trabalho sujo» e acho que a maioria das pessoas não tem a noção do quanto se trabalha nos lares”.

O trabalho de cuidados significa executar um conjunto de tarefas, tais como apoiar nas atividades da vida diária (lavar, limpar, dar banho, vestir, fazer a cama) e cumprir um horário pré-estabelecido: “Faço tudo, lavar, dar banho, limpeza, ajudar na cozinha, tudo um pouco” (Guiomar, PT). Para além das atividades de cuidar, em alguns lares, é acrescido a limpeza dos quartos, corredores, casas de banho e colaboração na cozinha (Alzira, PT) e lavandaria (“as tarefas na lavandaria são efetuadas à tarde”, Luísa, PT). “É muito, muito trabalho. Na parte da manhã, há os banhos, as camas, as higiènes (...) à noite fazemos as rondas, a mudança de fraldas” (Augusta, PT).

Para Guilhermina (PT), o mais difícil neste trabalho é o risco da rotinização e do trabalho se tornar um trabalho mecânico devido à “corrida contra o tempo”, é o tempo para estarmos com eles, nós temos que trabalhar apressadamente. Eles são muitos e nós precisávamos de estar mais tempo, estar com eles, darmos aquela atenção (...) Isso falta. Tornamo-nos mecânicas” (Manuela, PT).

Tarefas e horários a cumprir são a primeira prioridade diária. Em caso de incumprimento toda a rotina da manhã é desestruturada. Manuela dá o exemplo do pequeno-almoço.

“Todos têm que estar prontos até às 10h00 pois ao meio-dia as pessoas que precisam de nós, que necessitam que se lhe dê a comida à boca (...) e ao meio-dia e meia entram os autónomos e tudo isto é acelerado (...) tem que ser tudo a correr.” (Manuela, PT).

A falta de tempo e o rácio de pessoal não permite fazer atividades extra: simplesmente conversar, treinar a marcha ou colaborar em atividades ocupacionais. A necessidade de fazerem mais exercício físico é também sentida por Ana (PT) como uma lacuna, condicionada pela insuficiência de recursos humanos (“impossível porque não há tempo”).

O trabalho de cuidados faz emergir um conjunto de problemáticas associadas às condições da prestação: muitas horas de trabalho, rotatividade dos turnos, absentismo e abandono precoce.

Problemáticas associadas às condições de trabalho

As múltiplas tarefas que surgem associadas ao ato de cuidar, são geradoras de sobrecarga laboral, tendo como efeito direto as flutuações diárias no pessoal. O elevado absentismo tem consequências inevitáveis nos elementos

que são mais assíduos, maior concentração de tarefas, mais horas de trabalho e menos tempos de descanso (“já tive 8 dias sem descanso por falta de pessoal” Deolinda (PT); “Há anos que eu nem sei o que é um fim-de-semana” Isaura, PT). Como encarregada de turno, Filomena (PT) faz em média 10 a 12 horas diárias, para além de todas as tarefas acrescidas (manutenção de equipamentos, listagem de material em falta).

Turnos alternados significam entrar às 8h, sair às 16h ou entrar às 16h e sair à meia noite e entrar à meia noite e sair às 8h.

“Hoje comecei às 8h00, saio às 16h. Amanhã começo às 16h00 e saio à meia noite e depois tenho as noites, entre à 0h00 e saio às 8h” (Elvira, PT).

Os turnos rotativos e as (muitas) horas de trabalho agudizam-se nos lares privados. É o caso de Nádía:

“Trabalho 47 horas por semana e com poucas folgas. Hoje, por exemplo, faço 13 horas. Entrei às 8 da manhã e saio às 21h. Entro sempre às 8h. Na terça-feira entro às 8h00 e saio às 15h00, na quarta-feira saio às 14h, quinta-feira às 15h, sexta-feira folgo, sábado entro às 8h e saio às 16h e no domingo saio às 14h (...) há anos que não tenho um fim-de-semana” (Nádía, PT).

Outra das problemáticas associadas às práticas de cuidados diz respeito aos rácios desadequados e à escassez de pessoal face às necessidades acrescidas da população residente.

Em média, segundo Natália no turno da manhã estão “7, 8 e raramente 9 para 68 utentes” e no turno da tarde “são menos ainda, 6, 7 para os mesmos. À noite ficam 3 ou 2, para 3 pisos (68 idosos)”. Rácio esse que aumenta em férias, épocas festivas. Natália, qualifica os turnos como “muito complicado porque se alguém vai para o hospital, como já tem acontecido, fica cá só uma sozinha. Ninguém tem consciência disso!” (Natália, PT).

O desequilíbrio entre rácios de pessoal/residentes é variável de acordo com um conjunto de condicionantes: o abandono precoce, faltas por doença, motivos de ordem familiar, épocas festivas e férias, o que faz avolumar o trabalho para os que ficam no turno, gerando sobrecarga laboral.

Impactos no trabalho de cuidados

As condições adversas em que o trabalho de cuidados é realizado têm consequência direta na qualidade da prestação à pessoa idosa, quer em termos das atividades realizadas (banho, a higiene, a mudança de fralda), bem como da priorização dos cuidados que é feita consoante o grau de dependência da pessoa idosa (figura 3).

Figura 3. Relação entre o trabalho de cuidados e as condições de trabalho

Fonte: Elaboração própria.

O banho

A inadequação da proporção entre residentes e auxiliares faz com que o banho seja dado de 7 em 7 dias. É o caso do lar onde trabalha Isaura (PT):

“Tomar banho é uma vez por semana porque são muitos utentes e é muita gente para tomar banho (...) Isso dá muito trabalho. Se fossemos dar banho a todos os 26 utentes nem às 17h da tarde nos despachávamos”.

Banho diário, só excecionalmente, mediante autorização da diretora. O mesmo se passa na instituição de Alzira (PT). Para uns o banho é dia sim, dia não, outros de 8 em 8 dias, de “acordo com o que a instituição estabelece”. A falta de pessoal faz com que o banho seja planeado de 8 em 8 dias. Caso contrário, o plano de cuidado fica comprometido: “senão não damos conta do recado” (Natália, PT). No caso dos acamados, os banhos são espaçados de 15 em 15 dias. Teresa (PT) explica: “os acamados vão ao duche de 15 em 15 dias porque as pessoas estão muito frágeis”.

Mudança de fraldas

A falta de pessoal condiciona também os cuidados básicos e o recurso à fralda serve para colmatar ausências ou escassez de recursos. O uso da fralda é algo normalizado e faz parte da rotina institucional, com tempos pré-determinados: em manhã; depois do almoço (às 15h) e à noite.

“Por vezes, aqueles utentes pedem para ir à WC e nós dizemos «espere um bocadinho». Ele responde, eu estou aflito e dizemos «espere um bocadinho», porque não podemos deixar a coisa a meio e depois não compreendem ou deixamos a

“pessoa na sanita e depois quando acabamos de fazer a higiene voltamos ou esquecemo-nos de lá deles. Isso acontece! (...) por vezes estou a dar de comer e alguém se lembra de ir à WC, chama, chama e estamos 1 ou 2 a dar os almoços, é muito complicado” (Natália, PT).

A incapacidade e a não verbalização é indicadora de desvantagens:

Oos acamados, como não falam, ficam para mais tarde e acaba por ser injusto e ficam com a mesma fralda até mais tarde” (Natália, PT).

Problemas de sono

Para Margarida (PT), o pior nos turnos da noite, na altura da mudança de fraldas, é ter que acordar os residentes que partilham dos mesmos quartos, o que inevitavelmente tem implicações no sono:

“Abrimos a luz para mudar as fraldas e acabamos por incomodar os outros que não precisam mudar (...). (Acha que é perturbador do sono?) Acho. Por vezes estão a dormir tão sossegados, que começam: que horas são? São horas de acordar? Eu não me quero levantar ainda? Ficam desnorteados. É suficiente para ficarem destabilizados” (Margarida, PT).

A falta de movimento e a utilização da contenção física

A necessidade de fazerem mais exercício físico é também sentido como uma lacuna, condicionada pela insuficiência de recursos humanos. No entanto, Dália (PT) considera que fazer exercício físico ou treino da marcha: “impossível porque não há tempo”. Justifica: “por mais boa vontade que nós tenhamos, não conseguimos. São muitos e nós, somos poucas”. O uso da contenção física, como fonte de segurança para prevenir quedas, constitui prática normalizada e aceite institucionalmente.

“O nosso medo é o caírem. Por isso, usam os cintos e é o medo de se tentarem levantar e caírem. As pessoas têm os cintos e vamos ao wc com eles e depois têm que voltar. Estão de manhã e à tarde presos? Sim, é por causa das quedas. É o nosso grande problema. A senhora x anda e custa-me muito tê-la presa a uma cadeira de rodas. Nós não temos uma empregada para cada um! Agora, por exemplo, estamos todas ocupadas e eles seguem-nos e nós temos medo das quedas nestas idades”. (Dália, PT)

Movimentos bruscos

A sobrecarga laboral, o *burnout* físico e mental são fatores que propiciam o surgimento de condutas que indiciam maus-tratos, tais como os movimentos bruscos, a falta de paciência, o gritar, o ignorar, o tipo de linguagem utilizada (infantil ou o uso de calão), a colocação forçada de fraldas, o deixar pessoas acamadas muitas horas sós e sem cuidados, a contenção física constituem alguns dos indicadores que emergem das entrevistas, o que torna as fronteiras entre maus cuidados, aceites institucionalmente como inadequados mas pouco combatidos na prática, e a questão do abuso e da negligência, como problemáticas não associadas aos cuidados, mas com fronteiras muito ténues entre si (Gil, 2018).

O problema da rotatividade do pessoal, as ausências injustificadas, os turnos rotativos, os anos consecutivos de trabalho, são algumas das problemáticas associadas ao trabalho de cuidados e que interferem na saúde física e mental de quem presta cuidados, após longos períodos de trabalho árdua: “a parte psicológica” (Augusta, PT); “é muito duro física e psicologicamente” (Guilhermina, PT); “um chama, o outro chama. Saio daqui e vou a pé para aliviar a cabeça” (Aida, PT). As depressões, as tendinites, os problemas de coluna, essencialmente devido ao peso e aos maus posicionamentos, constituem os principais problemas de saúde.

A última questão colocada aos entrevistados diz respeito a que medidas a implementar para requalificar a profissão de cuidador.

Rumo à requalificação do trabalho de cuidados

Mariana (PT) é apologista de processos de recrutamento e de formação obrigatória. A profissionalização e uma melhor remuneração do trabalho seria uma forma de proteger o trabalhador e dignificar a profissão. Uma ideia que emerge das entrevistas é para a não uniformização do modelo formativo, muitas vezes designado por «formação no posto de trabalho» *a la carte*.

O tempo de formação “depende de pessoa para pessoa. Pode ser 1 mês, 2 ou 3 meses” (Conceição, PT), traduzido num acompanhamento de uma auxiliar com mais tempo de serviço. “Aprendi a maneira como se deve levantar a pessoa, a dar banho. Como aprendo rápido, ao fim do 2º mês já estava a dar a medicação” (Isabel, PT). No entanto, o número de dias que os novos elementos permanecem em formação varia na prática de instituição para instituição, condicionado também pelas flutuações diárias de pessoal. Pode variar desde 3, 2, 1 mês a de 1, 2 semanas, até a 5, 3, 2 dias e 1 dia.

Francisca (PT) descreve a forma como o processo formativo se desenrola:

- Entrevistador(a) [inicial]: As pessoas quando chegam têm formação?
- Francisca: Não. Há cursos, mas não aparecem pessoas com cursos.
- Entrevistador (a): Porquê?
- Francisca: Na minha opinião porque chegam à conclusão que não querem. Tem que se gostar. Caso contrário, não se vai conseguir.
- Entrevistador(a): Como é que é feita a integração?
- Francisca: A pessoa nova acompanha a chefe de turno e vai andar com a colega. Mostra a casa, o funcionamento e depois mostra o dia-a-dia. O trabalho direto e faz tudo do turno. Acompanha a colega durante 1 ou 2 dias para fazer aquelas tarefas e assim, conseguir absorver o nosso modo de funcionar.
- Entrevistador(a): Acha que é suficiente para quem não tem experiência?
- Francisca: Acho que é um passo porque nesses 2, 3 dias a pessoa apercebe-se do trabalho, se é capaz, se quer este tipo de trabalho e se quer continuar. Se é suficiente, é obvio que não é suficiente. Devia haver pessoal, que não há!

(Excerto de transcrição da entrevista com Francisca, PT).

Por exemplo, quando Alexandra (PT) chegou ao lar não teve formação, só a experiência adquirida após um longo período de cuidados. Aprendeu com colegas mais velhas e com o tempo foi participando em algumas ações de formação organizadas pela instituição. Ações que iam desde, “como devíamos mudar as fraldas aos idosos, como devíamos fazer as higiènes e quando e como devíamos dar a alimentação”. Hoje, há mais de 12 meses que não tem formação, pois “ficou adiada”. Além disso, de modo a não colidir com a rotina diária e com o volume de trabalho, os momentos formativos são feitos fora do horário de trabalho, retirando tempo às horas de descanso (“segundo a doutora somos obrigadas a ter certas horas de formação por ano, mas é sempre fora do horário de trabalho”) (Raquel, PT).

Após frequentar um curso de geriatria através do centro de emprego, Ilda (PT) considera que a formação deveria ser obrigatória. As pessoas que aprendem através da prática trazem vícios e “não é a mesma coisa”. A mesma experiência teve Catarina (PT). No seu caso, frequentou um curso de geriatria através do centro de emprego, que qualifica de “uma boa formação”. No entanto, o que chocou mais Catarina, foram os requisitos para o curso. “Um curso de florista é necessário ter o 9º ano e um curso de geriatria é só preciso a 4ª classe” (Catarina, PT). Na sua perspetiva o que está subjacente “é o valor da profissão. Não é só o vestir, é muito mais do que isso, é saber compreender o olhar do outro” (Catarina, PT).

O perfil de competências é outro dos requisitos necessários. Para estas entrevistadas, definidas como um misto de traços de personalidade, competências interpessoais, aptidões e gosto por conhecimentos, na área da saúde (os

posicionamentos, saber dar alimentação normal ou por sonda nasogástrica, ou aplicação de insulina e administrar medicação).

Para Francisca (PT), a requalificação passaria por “testes psicotécnicos obrigatórios”. Segundo esta entrevistada, “os testes permitiram aferir se a pessoa tem o dom para trabalhar com pessoas idosas ou não. Eu acho que a pessoa tem ou não tem”. Na sua perspetiva existem muitas auxiliares que não têm dom para cuidar. Segundo esta entrevistada, as auxiliares mais jovens demonstram mais, “disponibilidade para aprender”, “estão a 0”, “nós moldamos conforme nós queremos”. As auxiliares mais velhas são perspetivadas como tendo mais vícios e são mais adversas a fazer novas aprendizagens.

Sem perspetivas de carreira profissional e sem reconhecimento social dentro e fora das instituições, e sem diferenciação em termos financeiros, a forma como são, por vezes, chamadas atenção pelas chefias indicia a falta de valorização da profissão.

“Há sempre coisas desagradáveis que nos dizem a forma como somos abordadas para nos chamarem atenção. Aí sinto! Sinto que às vezes, o valor que nós temos não é nada porque às vezes não dão valor. Dão mais valor às coisas negativas do que a coisas positivas, isso entristece-me. Não são as chamadas de atenção, é a forma como as pessoas nos dizem as coisas. É o modo porque toda a gente erra, há modos e modos!” (Manuela, PT).

Para Elvira (PT), “ninguém quer vir para esta profissão. Já vi passar colegas, colegas. Vêm um dia e dão meia volta. Não é fácil trabalhar numa profissão destas. Temos que gostar do que se faz porque temos que trabalhar porque não é certamente pelo que a pessoa leva ao final do mês”. O mesmo sentimento é partilhado por Raquel, trabalha há 20 anos na área e auferir uma remuneração equivalente ao ordenado mínimo nacional (“levo menos que o ordenado mínimo e tenho um dia de folga”). Um dos grandes problemas que Raquel identifica no trabalho de cuidados é a excessiva rotatividade do pessoal, devido ao desgaste da profissão, o não reconhecimento da profissão e, na sua perspetiva, acabam por ser menosprezadas e minimizadas as boas práticas de cuidar.

Conclusões

O inquérito permitiu obter um retrato social do trabalhador de cuidados, maioritariamente composto por mulheres, de nacionalidade portuguesa, com baixas qualificações, em condições contratuais regularizadas, em termos de contrato de trabalho, e remuneração mensal⁵. No entanto, as entrevistas permitiram desvendar qualitativamente o que os números ocultaram. Condições de trabalho difíceis, rácios desajustados face ao número de residentes, longas horas de trabalho, ações de formação fragmentadas e irregulares (por ex. utilização de extintores e outros equipamentos, doenças, cuidados parcelares), realizadas fora do tempo de trabalho e, por vezes, até mesmo, inexistentes. Embora exista uma regulamentação laboral sobre horas de formação (35h/ por ano), na prática essa exigência é imputada às organizações, sem que exista um controle público sobre o exercício dessa formação e muito menos da profissão. Este resultado vai ao encontro da tendência identificada pela ILO (2018), em que a maioria dos trabalhadores de cuidados não têm formação e qualificação e, mesmo quando a formação existe, a maioria destes não possui uma certificação acreditada (ILO, 2018, 2019).

As entrevistadas vieram revelar que o trabalho de cuidados tem por base um plano de tarefas a cumprir, num horário pré-estabelecido, em que os cuidados básicos se tornam mecanizados e rotinizados em detrimento da individualização dos mesmos. A escassez de mão de obra tem inevitavelmente consequências nefastas na qualidade dos cuidados, mas também na saúde física e mental, na satisfação pessoal dos que permanecem no sector dos cuidados.

Se o trabalho de cuidados se estrutura e é marcado por mecanismos de diferenciação social, pelo género, idade, classe, raça, nacionalidade (Tronto, 2013), ele próprio oculta desigualdades sociais, como é o caso dos imigrantes, mais vulneráveis a sofrerem de processos de exploração e de abuso (Figueiredo et al., 2018, Abrantes, 2012).

⁵ Salário mínimo nacional, 607€/ mês, sem descontos. A confederação das instituições sem fins lucrativos fornece uma lista, com taxas salariais de todas as categorias de trabalhadores, no Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2018).

Exploração essa traduzida em mais horas de trabalho, sem proteção social (saúde, férias, descontos para a segurança social) e sem reconhecimento social (Woolham et al. 2019, Salis, 2014; Cangiano et al., 2010).

Os entrevistados, ao descreverem o seu quotidiano laboral, mencionam de forma transversal a sobrecarga laboral, os turnos alternados, a excessiva rotatividade, o absentismo, colocando em causa não só a qualidade do emprego, mas a qualidade do cuidado. A proposta de Wiskow et al. (2010) ganha especial relevância num sector que premeia pouco os trabalhadores de cuidados e em que a cultura organizacional e o contexto social incentivam pouco o desenvolvimento pessoal e as competências profissionais e interpessoais. Dimensões estas que vão ter impactos, em termos de práticas, de bons *versus* maus cuidados, no desgaste físico e mental, na rotatividade e no abandono precoce da profissão. Como refere Wiskow et al. (2010), a qualidade do emprego é indissociável da qualidade de um ambiente de trabalho que incentive o ingresso (recrutamento) e que faça permanecer (retenção) os seus trabalhadores e que contribua para um desempenho que alie conhecimentos, competências e recursos.

Timonen and Lolic (2019) vão mais longe ao preconizarem uma cultura de confiança e de autonomia profissional no exercício do trabalho de cuidados (maior controle do tempo, maior capacidade de decisão, mais tempo despendido no apoio emocional e em sistemas de comunicação e de *feedback*, mais claros), baseada na formação contínua, em melhores condições de trabalho e de carreira. Propostas que poderiam atenuar as ambivalências estruturais que existem em torno da profissão. Dignificar a profissão, através da formação obrigatória e da profissionalização, a definição de um plano de carreira, de modo a premiar perfis de competências e boas práticas, constituem medidas possíveis de modo a tornar a profissão mais atrativa, criar incentivos entre os mais jovens, e combater o abandono precoce. A requalificação da profissão, inserida numa estratégia nacional para o emprego mais digno, torna-se premente, num mercado em franca expansão onde as necessidades de cuidados serão crescentes numa sociedade envelhecida, e onde as profissões ligadas aos cuidados e às pessoas foram identificadas pelo World Economic Fórum (2020) como uma das profissões de futuro.

Bibliografia

- Abrantes, M. (2012) “A densidade da sombra: trabalho doméstico, género e imigração” (In the depth of shadows: domestic work, gender and immigration), *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 70, 91-110.
- Anderson, B. (2012) “Who needs them? Care work, migration and public policy”, *Cadernos de Relaciones Laborales*, vol. 30, nº 1, 45-61.
- Bauer, G., Rodrigues, E., Leichsenring (2018) *Working conditions in long-term care in Austria: the perspective of care professionals*, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Campbell, S., Roland, O., Buetow, S. (2000) “Defining quality of care”, *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625.
- Cangiano, A., Shutes, I. (2010) “Ageing, Demand for care and the role of migrant care workers in the UK”, *Population Ageing*, 3, 39-57.
- Colombo, F., Nozal, A.L., Mercier, J., Tjadens, F. (2011) “Help wanted? Providing and paying for long-term care”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.
- Corbin, J. (1992) “Le soin: cadre théorique pour un cheminement interactif”, *Revue Internationale d'action communautaire*, vol.28 (68), 39-49.
- Donabedian, A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring*, AnnArbor, MI: Health Administration Press.

Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I., Hall, P. (2012) *Older people in residential care settings: Results of a national survey of staff–resident interactions and conflicts*, Dublin: University College Dublin and National Centre for the Protection of Older People.

Eurofound (2019) *Quality of health and care services in the EU*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Figueiredo, M.C., Suleman, F., Botelho, M.C. (2018) “Workplace Abuse and Harassment: The Vulnerability of Informal and Migrant Domestic Workers in Portugal”, *Social Policy & Society*, 17(1), 65–85.

Filipova, A.A. (2011) “Ethical climates in for-profit, nonprofit, and government skilled nursing facilities: managerial implications for partnerships”, *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 13(4), 125-31.

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2018) *Carta Social*, Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Lisboa.

Gil, A.P. M., (2010) “*Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*”, no âmbito do protocolo entre a Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia, ISBN 978-972-31-1314-3.

Gil, A.P. (2018) “Care and mistreatment – two sides of the same coin? An exploratory study of three Portuguese care homes”, *International Journal of Care and Caring*, 2 (4), 551-73.

Gil, A.P. (2019a) “Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal”, *The Journal of Adult Protection*, Vol. 21 No. 2: 126-143. <https://doi.org/10.1108/JAP-09-2018-0018>.

Gil, A.P., Moniz, A., São, José São (2019b) *Technologies in care for older people - EPTA report 2019*, https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf

Gil, A.P., Capelas, L. (2019c) “Elder mistreatment in Portuguese care homes: intersections with organisational and professional factors – a mixed methods study”, *4th Transforming Care Conference – Copenhagen Changing priorities: The making of care policy and practices*, Copenhagen, Denmark. Copenhagen, Denmark: <http://www.transforming-care.net/wp-content/uploads/2019/06/BoA-master-7.pdf>.

Gil, A.P. (2020) “Os cuidados familiares à luz da teoria da ambivalência sociológica: “Os dois lados da moeda” in Quartilho, M. (org.) *Psiquiatria Social e Cultural: Diálogos e Convergência*, Imprensa da Universidade de Coimbra, DOI <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1928-6.399-420>

Guberman, N., Maheu, P., Maillé, C. (1992) “Women as family caregivers: why do they care”, *The Gerontologist*, vol. 32, nº 5, 607-617.

Hayes, L.J.B. (2017) *Stories of care: a labour of law – Gender and class at work*. London: Palgrave.

Hussein, S., Manthorpe, J., Stevens, M. (2011) “Social care as first work experience in England: a secondary analysis of the profile of a national sample of migrant workers”, *Health and Social Care in the Community*, 19 (1), 83-97.

Hussein, S. (2017) “Job demand, control and unresolved stress within the emotional work of long-term care in England”, *International Journal of Care and Caring*, 2 (1), 89-107.

International Labour Office (ILO) (2018) *Care work and care jobs for the future of decent work*, International Labour Office, Geneva.

Kane, R.A., Kling, K.C., Bershadsky, B., Kane, R.L., Giles, K., Degenholtz, H.B., Liu, J., Cutler, L.J., (2003) “Quality of life measures for nursing home residents”, *Journal of Gerontology*, 58A (3), 240-248.

King-Dejardin, A. (2019) *The social construction of migrant care work - At the intersection of care, migration and gender*, International Labour Office, Geneva.

- Maheu, P., Guberman, N. (1992) “Familles, personnes adultes dépendantes et aide « naturelle »: Entre le mythe et la réalité”, *Revue Internationale d’action communautaire*, vol.28, 51-62.
- Noelker, L.S., Harel, Z., (2001) “Humanizing long-term care: forging a link between quality of care and quality of life” in L.S. Noelker, Z. Harel (eds), *Linking Quality of Long-Term Care and Quality of Life*, Canada: Springer Publishing Company.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013) “A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care”, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2016) “Long-term care data: Progress in data collection and proposed next steps”, *DELSA/HEA/HD 3*, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, Paris.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017) *Health at a glance 2017*, OECD indicators: Paris.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2019) *Health at a glance 2019*, OECD indicators: Paris.
- Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- PORDATA (2019) *Database of Contemporary Portugal*, Francisco Manuel dos Santos Foundation, Lisbon.
- Rodrigues, R. (2017) “Cuidados de longa duração para idosos no contexto europeu: múltiplas soluções para um problema comum?” in Ferreira, P., Cabral, M., Moreira, A. (eds.), *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa – Pensões, Família e Cuidados*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa, 165-179.
- Scheil-Adlung, X. (2015) “Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries”, *Extension of Social Security Working Paper n° 50*, International Labour Office: Geneva.
- Scheil-Adlung, X. (2016) “Health Workforce: A Global Supply Chain Approach. New Data on the Employment Effects of Health Economies in 185 Countries”, *Extension of Social Security Working Paper n° 55*, International Labour Office: Geneva.
- Shulmann, K., Gasior, K., Fuchs, M., Leichsenring, K. (2016) “The view from within: ‘Good’ care from the perspective of care professionals – lessons from an explorative study”, *Policy Brief 2*, European Centre, Vienna.
- Theobald, H. (2017) “Care workers with migrant backgrounds in formal care services in Germany: a multi-level intersectional analysis”, *International Journal of Care and Caring*, 1 (2), 209-226.
- Timonen, V., Lolich, L. (2019) “The poor carer: ambivalent social construction of the home care worker in elder care services”, *Journal of Gerontological Social Work*, 21,1-21.
- Towers, A-M., Smith, N., Palmer, S. Welch, E., Netten A. (2016) “The acceptability and feasibility of using the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) to inform practice in care homes”, *BMC Health Services Research*, 516-523, BMC.
- Tronto, J. (2010) “Creating caring institutions: Politics, plurality and purpose”, *Ethics and Social Welfare*, 4, 2, 158-171.
- Tronto, J. (2013) *Caring democracy: markets, equality, and justice*, New York: New York University Press.
- Twigg, J., Atkin, K. (1994) *Carers perceived: policy and practice in informal care*, Buckingham, Pen University Press.

Wiskow, C., Albrecht, T., Pietro, C. (2010) *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*, World Health Organization Euro, Copenhagen.

World Health Organization (2016) “Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals”, *Human Resources for Health Observer Series* No. 17, World Health Organization.

World Economic Forum (2020) *Jobs of tomorrow – mapping opportunity in the new economy*, WEF: Geneve.

Zúñiga, D., Ausserhofer, M., Simon, C. S., Schwendimann, R. (2015) *L'enquête SHURP Follow-Up 2015*. Universität Basel.