

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Julia Gallego Gomez

**OS SENTIDOS DO CUIDADO:
A Voz de Cuidadoras Remuneradas de Idosos de Porto Alegre**

Porto Alegre
2021

Julia Gallego Gomez

OS SENTIDOS DO CUIDADO:

A Voz de Cuidadoras Remuneradas de Idosos de Porto Alegre

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Professor Dr. Johannes Doll

Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação.

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Gomez, Julia Gallego

OS SENTIDOS DO CUIDADO: A Voz das Cuidadoras Remuneradas de Idosos de Porto Alegre / Julia Gallego Gomez. --

2021.

126 f.

Orientador: Johannes Doll.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Cuidado. 2. Cuidador formal de idosos. 3. Saúde do cuidador. 4. Trabalho emocional. I. Doll, Johannes, orient. II. Título.

Julia Gallego Gomez

**OS SENTIDOS DO CUIDADO:
A Voz de Cuidadoras Remuneradas de Idosos de Porto Alegre**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em fevereiro de 2021.

Prof. Dr. Johannes Doll – Orientador

Profa. Dra. Maria Aparecida Bergamaschi – UFRGS

Profa. Dra. Maria Teresa Martín Palomo – UAL

Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira – UFRGS

*A mis padres, Margarita y Horacio
A mis hijas, Béthany, Anahi, Daiane
y a todos los cuidadores y cuidadoras que me acompañan en mi camino...*

AGRADECIMENTOS

O fim de meu doutorado e a escrita desta tese coincidem com uma pandemia, ocorrência que surpreendeu à humanidade por tratar-se de um momento atravessando por uma crise estrutural, social, política, cultural e de valores a nível mundial. Na minha vida, este momento também corresponde a uma fase de mudanças, já que esta é a finalização de um caminho que leva a outros ainda cheios de incertezas. Esta Julia pesquisadora tem de fazer uma revisão obrigatória do que foi feito, de como foi feito e ainda programar novos objetivos e desafios. Julia, pesquisadora, tem a responsabilidade de se colocar por escrito e este é um desafio enorme, pois exige tomar posições e sair do lugar de observadora. Neste momento da vida, em meio a uma pandemia e com uma realidade totalmente nova para mim, encontro-me em personalidades diversas: Julia mulher, Julia mãe, Julia filha, Julia imigrante, Julia enfermeira, Julia cuidadora ... Que tem de se juntar numa só Julia e se colocar em um trabalho que resuma uma etapa de vida, com os valores que a tem movimentado até aqui. O corpo se queixa, baixa a visão, aparecem “nódulos”, cai o cabelo, baixa a imunidade, até conciliar o sono está difícil. Mas sinto, que apesar de ser uma imigrante e de estar longe da família, de alguma forma, sou “cuidada” por esta humanidade que me rodeia. Todo esse cuidado dos outros para comigo é o que tem me dado força e estímulo para, de alguma forma, terminar este trabalho, pois nele se representa meu cuidado para com os outros. *Gracias* a todos os que me acompanharam neste caminho. Para vocês dedico este poema de Mario Benedetti em forma de agradecimento:

Hagamos un trato¹

*Compañer@s
ustedes saben
pueden contar
conmigo
no hasta dos
o hasta diez
sino contar
conmigo*

¹ Poema de Mario Benedetti, adaptado para este agradecimento.

*si alguna vez
advierten
que l@s miro a los ojos
y una veta de amor
reconocen en los míos
no alerten sus fusiles
ni piensen que delirio
a pesar de la veta
o tal vez porque existe
ustedes pueden contar conmigo*

*si otras veces
me encuentran
huraña sin motivo
no piensen que es flojera
igual pueden contar
conmigo*

*pero hagamos un trato
yo quisiera contar
con ustedes*

*es tan lindo
saber que ustedes existen
una se siente viva
y cuando digo esto
quiero decir contar
aunque sea hasta dos
aunque sea hasta cinco
no ya para que acudan presuros@s
en mi auxilio
sino para saber
a ciencia cierta
que ustedes saben
que pueden
contar conmigo.*

RESUMO

Nos últimos tempos, o cuidado tem se demonstrado como uma qualidade básica para a vida do ser humano. Realizado nesta sociedade majoritariamente por mulheres, a invisibilização, a falta de reconhecimento e a precarização desse trabalho, são aspectos encontrados em todos seus níveis. Com as mudanças globais observadas em diferentes setores, o envelhecimento tem se tornado uma das características generalizadas a nível mundial e requer ações e investimentos em todos os sentidos para garantir às pessoas que precisam de cuidados, melhores condições e qualidade de vida. Entende-se a importância de que este cuidado seja exercido por pessoas saudáveis e que, por sua vez, tenham uma relação gratificante com seu trabalho, dado que esses aspectos influenciem na própria qualidade de vida e na das pessoas cuidadas. Com o objetivo de conhecer quem são as trabalhadoras do cuidado, sua saúde e os saberes de seu trabalho, a pesquisa foi aplicada com cuidadoras remuneradas de idosos da cidade de Porto Alegre. Para a realização deste trabalho, foi utilizada a metodologia qualitativa e através de questionários semiabertos e entrevistas semiestruturadas foram analisadas as percepções destas cuidadoras. Participaram da pesquisa 57 pessoas, sendo a maioria mulheres, com uma média de 48,8 anos, dentre as quais 75% completaram o ensino médio. Observa-se também que 81% não têm carteira de trabalho assinada e que 68% recebem até 3 salários mínimos pelo trabalho de cuidado. As jornadas laborais são intensas, com mais de 40 horas semanais de acordo com 65% das participantes. As cuidadoras têm uma percepção de sua saúde e qualidade de vida positiva e apresentam como problemas relacionados ao trabalho “dores na coluna” e “estresse”. A maioria descreve o trabalho de cuidado como gratificante, relatando como principal motivação o “amor e a atenção”, assim como “responsabilidade e gratificação”, além de “doação e empatia”. Como características negativas, foram assinaladas pelas cuidadoras, falta de reconhecimento, jornadas laborais muito extensas e dificuldades de comunicação com a família da pessoa cuidada. O envolvimento emocional e a morte do paciente foram outros pontos sinalizados como importantes na relação do cuidado. A percepção de seu trabalho de cuidado como prática significativa e valiosa para a sociedade permeia o discurso destas trabalhadoras.

Palavras chave: Cuidado. Cuidador formal de idosos. Saúde do cuidador. Trabalho emocional.

ABSTRACT

Care has been recently proved to be a basic quality for human life. In this society it is provided mainly by women and characterised in all levels by invisibility, lack of recognition and precariousness. Along other global changes observed across different sectors, aging is one of the worldwide characteristics that requires actions and investment in all directions, in order to guarantee better conditions and quality of life to people who need care. It is of essential importance that care be provided by healthy people who have a rewarding relationship with their work and a general good quality of life. In order to know more about who they are, their health as caregivers and their working knowledge of care work, the research was focused on professional caregivers for the elderly in the city of Porto Alegre. The research was done using a qualitative method which included semi-open questionnaires to analyze the perception of the caregivers. 57 people participated in the research, most of them women of 48.8 years in average and 75% of them had completed high school education. It was also observed that 81% did not have a formal contract and 68% earned up to 3 minimum wages. 65% of the participants reported their working hours to be intense, ranging between 40 and 50 hours a week. Caregivers presented a general positive perception of their health and quality of life at work, reporting “back pain” and “stress” as generic problems related to their profession. Most of them described care work as rewarding, reporting that their motivation is “love and attention”, “responsibility and gratification” as well as “solidarity and empathy”. Lack of recognition, long working hours and difficulties of communication with the family of the person being cared for, were the main negative characteristics pointed out. The emotional involvement with the patient and their death was another point signaled as important in the care relationship. The perception of their care-work as a significant and valuable practice for society permeates the speech of these workers.

Keywords: Care. Formal caregiver for the elderly. Caregiver health. Emotional work.

RESUMEN

En los últimos tiempos se ha demostrado que el cuidado es una cualidad básica para la vida humana. Realizado en esta sociedad principalmente por mujeres, la invisibilidad, la falta de reconocimiento y la precariedad de este trabajo, son aspectos que se encuentran en todos sus niveles. Con los cambios globales observados en diferentes sectores, el envejecimiento se ha convertido en una de las características generalizadas a nivel mundial que requiere de acciones e inversiones en todos los sentidos para garantizar a las personas que necesitan cuidados, mejores condiciones y calidad de vida. Se entiende la importancia que este cuidado sea realizado por personas sanas y que, a su vez, tengan una relación gratificante con su trabajo, dado que estos aspectos influyen en la calidad de vida de ellas misma y en la de las personas cuidadas. Con el objetivo de conocer quiénes son los cuidadores, su salud y la percepción de su trabajo, la investigación se aplicó a cuidadores remunerados de personas mayores en la ciudad de Porto Alegre. Para la realización de este trabajo se utilizó la metodología cualitativa y, a través de cuestionarios semiabiertos y entrevistas semiestructuradas, se analizaron las percepciones de estos cuidadores. En la investigación participaron 57 personas, la mayoría mujeres, con un promedio de edad de 48,8 años, 75% de ellas completó el bachillerato. Se observó que el 81% no tiene contrato laboral, y que el 68% recibe hasta 3 salarios mínimos por el trabajo de cuidados. La jornada laboral es intensa, con más de 40 horas semanales según el 65% de los participantes. Los cuidadores tienen una percepción positiva de su salud y calidad de vida, más relatam algunos problemas relacionados con el trabajo como “dolor de espalda” y “estrés”. La mayoría describe su trabajo de cuidado como gratificante, reportando “amor y atención” como principales motivaciones, también “responsabilidad y gratificación”, además de “donación y empatía” son presentadas como características imprescindibles para el cuidado. Las cuidadoras observaron como características negativas de su trabajo la falta de reconocimiento social y material, las largas jornadas de trabajo y las dificultades para comunicarse con la familia de la persona atendida. La implicación emocional del paciente y la muerte fueron otros puntos señalados como importantes en la relación asistencial. La percepción de su labor asistencial como una práctica significativa y valiosa para la sociedad impregna el discurso de estas trabajadoras, que desenvuelven un gran trabajo relacional y emocional para realizar el trabajo de cuidado de una forma qualificada.

Palabras clave: Cuidado. Cuidador formal de ancianos. Salud del cuidador. Trabajo emocional.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sexo	62
Figura 2 – Cor ou Raça	64
Figura 3 – Escolaridade	66
Figura 4 – Estado Civil	67
Figura 5 – Trabalho Remunerado	68
Figura 6 – Registro em Carteira	69
Figura 7 – Grau de Dependência do Idoso	69
Figura 8 – Renda	70
Figura 9 – Horas de Trabalho Semanal	71
Figura 10 – Satisfação com a sua Saúde	72
Figura 11 – Avaliação da Qualidade de Vida	73
Figura 12 – Sentimentos Negativos	74
Figura 13 – Sono	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

CEPAL - Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros

HTA - Hipertensão Arterial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência Para Idosos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

TICs - Tecnologias da Informação e Comunicação

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 O CUIDADO	23
2.1 HISTORICIDADE	23
2.2 ALGUMAS BASES FILOSÓFICAS	24
2.3 DIFICULDADE DESSE OBJETO DE ESTUDO	26
2.4 O SENTIDO DO CONCEITO CUIDADO	28
2.5 A CRISE DO CUIDADO	32
3 O TRABALHO DO CUIDADO	35
3.1 TRABALHO FEMININO	35
3.2 INVISIBILIZAÇÃO, DESVALORIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE CUIDADO	37
3.3 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE CUIDADO	38
3.4 A SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO CUIDADO	42
4 AS CUIDADORAS DE IDOSOS	45
4.1 CUIDADORAS FORMAIS E INFORMAIS	48
5 A PESQUISA	51
5.1 OBJETIVOS	51
5.2 METODOLOGIA: A AVENTURA DE PESQUISAR EM PANDEMIA	51
5.3 PARTICIPANTES	54
5.4 INSTRUMENTOS	55
5.4.1 Questionário	55
5.4.2 Entrevistas	57
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	58
5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
5.7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	60
6. RESULTADOS	62
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE CUIDADORAS REMUNERADAS DE PORTO ALEGRE	62
6.1.1 Perfil sociodemográfico	62
6.1.2 Percepções das cuidadoras em relação a sua saúde e qualidade de vida	72

6.2 PERCEPÇÕES E SABERES DO TRABALHO DE CUIDADO	75
6.2.1 Que é ser cuidador para você?	75
6.2.2 Por que escolheu o trabalho de cuidado?	77
6.2.3 Quais aspectos você gosta mais e quais menos de seu trabalho de cuidadora?	78
6.2.4 Quais capacidades, conhecimentos e competências ajudam você no seu trabalho de cuidado?	79
6.2.5 O que você aprendeu no seu trabalho de cuidado?	80
6.3 CUIDADORAS DE IDOSOS: SUAS HISTÓRIAS	81
6.3.1 Silvia	82
6.3.2 Margarida	87
6.3.3 Tereza	95
6.3.4 Dimensões ativadas na Experiência de cuidado	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	111
ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionários)	120
ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevistas)	121
ANEXO 3: Questionário Bio-sócio-demográfico	122
ANEXO 4: Questionário WHOQOL-Bref	123

1 INTRODUÇÃO

Escutando aos velhos lutadores sociais do Uruguai, na pesquisa realizada para o Mestrado, aproximei-me dos conceitos de histórias de vida e resiliência, fato que, junto com as vivências da minha própria história, contribuiu para amadurecimento da ideia de estudar sobre o cuidado e os(as) cuidadores(as) de forma mais aprofundada. Dessa forma, o objetivo deste estudo de Doutorado envolve abordar e reflexionar algumas inquietações conceituais e da minha história de vida.

No decorrer dos estudos, pude clarear meus interesses e aumentar meu conhecimento, com conceitos mais emblemáticos e abrangentes. Essa abertura para novas perspectivas foi um grande desafio, mas a aspiração de entender a realidade e encontrar possíveis conflitos que contribuam no cuidado com os outros é o objetivo que estimula meu caminhar.

Desde sempre percebi a importância da ação de “cuidar” e esse olhar foi ampliado através da minha história profissional na área da saúde e da minha história pessoal e política. Assim, ao longo dos anos, a importância do cuidado se intensificou na minha frente como um possibilitador da continuidade da espécie e de sua “humanidade”.

Em 2016, quando apresentei minha ideia de pré-projeto no Programa de Pós-Graduação de Educação na UFRGS, o objetivo estava centrado em observar a realidade dos cuidadores, considerando suas condições socioeconômicas e culturais. Desde então, o tema evoluiu para a questão do cuidado a partir da perspectiva dos próprios cuidadores e de sua percepção acerca deste trabalho.

Se observam muitas realidades diferentes no âmbito do cuidado, desde as dos cuidadores familiares, até a dos profissionais do cuidado, o que inclui diversas formações e experiências. Escolhi como centro das minhas atenções nesta pesquisa as pessoas que realizam o cuidado de idosos de forma remunerada. Tal escolha teve como objetivo aprofundar um objeto de estudo que aparece como mais recente na história, muitas vezes invisibilizado e acompanha os câmbios estruturais que estão se percebendo na sociodemografia dos países, entre eles o Brasil.

Em 2018, quando qualifiquei meu projeto, apresentei a ideia de entender como o cuidado era vivido por cuidadores de idosos remunerados de Porto Alegre e os saberes contidos neste trabalho. A inquietação sobre a saúde dos cuidadores e como ela é influenciada por este trabalho me mobilizou desde o início do projeto e já em 2020, frente a uma pandemia, mostrou-se como um assunto essencial para toda a sociedade.

A situação da pandemia da Covid-19 agregou à elaboração deste trabalho mais pontos de inflexão. O mundo inteiro encontra-se, de alguma forma, afetado por esta situação – é tempo de repensar-se e repensar os nossos princípios, nossa forma de viver e a nossa finalidade na vida. Em particular, tornou-se difícil focar num outro tema que não seja a preocupação com as pessoas em situação mais vulnerável, que são justamente as mais atingidas neste contexto pandêmico. No Brasil, a crise pela pandemia está tristemente representada em sua maior dimensão de injustiça e desigualdade, sendo também uma crise política e de valores em que se torna necessário compreensão e enfrentamento a fim de buscar por mais solidariedade, justiça social e direitos humanos.

Durante o percurso deste trabalho, passei por diferentes estados emocionais. A responsabilidade de concluir meu Doutorado forçou a focar no tema escolhido para o estudo: o cuidado. O assunto demonstra-se claramente prioritário para a continuação das vidas das pessoas, não em uma forma metafórica ou figurativa, mas como um aspecto basilar e substancial para a continuidade da vida humana.

A pandemia da Covid-19 tem afetado todas as pessoas. Mesmo que sejam observados casos graves e mortes de pessoas com diferentes faixas etárias e sem patologias, são consideradas como população mais vulnerável as pessoas com mais de 60 anos ou com patologias preexistentes. A transmissão fácil e exponencial do vírus coloca a todos em risco de contágio, mas os mais atingidos são as pessoas mais pobres, que não têm recursos essenciais como água ou rede de esgoto, com subnutrição e fora das redes assistenciais de saúde. Essa população corre um risco de morte ainda maior em decorrência do vírus. Da mesma forma, as pessoas que trabalham no setor da saúde e dos cuidados formam parte da população mais vulnerável pelo próprio trabalho exercido, que os coloca num lugar de exposição exponencial.

É possível observar distintas reações por parte das pessoas neste contexto de pandemia, desde a indiferença total para com os dados e medidas preventivas até o pânico e total descontrole das emoções – ambas as reações podem colocar em risco a si e aos outros. Dessa maneira, o tema do cuidado se torna realmente central diante de um momento de catástrofe da saúde. Abordar essa temática é um desafio que me coloco, a fim de contribuir com sua reflexão na sociedade.

No decorrer da minha história e sob influência de experiências familiares, o cuidado foi apresentado como um valor intrínseco a nós como seres humanos. Cuidar dos outros (pessoas, a fauna, a flora... o planeta!) foi ensinado como um dos objetivos principais da vida humana. Na parte feminina da família, tanto minha mãe quanto minha irmã e eu, acabamos nos profissionalizando na área da saúde, em que o cuidado com o outro é o objetivo de nosso

trabalho profissional. Desta forma e me sentindo parte do mundo dos cuidados, este tema tem me atraído: Afinal, o que é cuidado? Quem são os cuidadores? Quem são os cuidadores de idosos? Que saberes se ativam nesse trabalho? Como a saúde desses profissionais é influenciada pelas tarefas do trabalho de cuidado? Minha pesquisa foi realizada em torno dessas questões. Através da discussão e do aprofundamento teórico em torno deste conceito e de um processo de investigação, pretendo ampliar o olhar para contribuir com aportes que sejam valiosos e que possuam legitimidade científica.

No momento em que comecei a investigar o tema, surgiram vozes de múltiplos atores que desenvolvem o conceito do cuidado. Desta forma, embora venha sendo discutido há muito tempo pelos filósofos e em áreas específicas como a saúde, nas últimas décadas o cuidado vem sendo apropriado por distintos porta-vozes e circulando em muitos ambientes, tanto científico-acadêmicos como sociais, culturais e econômicos. Isso apresentou algumas dificuldades importantes em relação à ampla bibliografia que se tem sobre o tema, inclusive em outras línguas, o que dificulta o acesso ao material.

Diferentes correntes teóricas discutem o assunto intensamente, de modo que podem ser gerados conflitos nas várias abordagens. São debates enriquecedores para dar visibilidade e fundamento ao objeto de investigação, mas que se transformam em um desafio no momento de realizar uma pesquisa com necessidade de aprofundamento sobre o tema. Dessa forma, por meio de distintos autores, foram utilizados como prismas principais os aportes da Sociologia, Sociologia das Emoções, Psicodinâmica do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Tais orientações são utilizadas como ferramentas de análise teórica, uma vez que oferecem instrumentos para entender o trabalho do cuidado, num contexto de globalização, e as diferentes funções sociais que podem ser exercidas. Além disso, por meio dos referidos aportes é possível categorizar e valorizar este trabalho, considerando sua influência na saúde e qualidade de vida das trabalhadoras desta área.

A preocupação com as rápidas mudanças que vêm ocorrendo na sociedade nos últimos anos, inclusive antes dessa pandemia, levam-me a tentar entender como esta nova configuração social e econômica é vivida pelos diferentes grupos sociais, especialmente pelos mais vulneráveis. O geógrafo britânico David Harvey (2011) desenvolveu sua teoria, com base no marxismo, a partir da geografia humana. Sua análise se aprofunda nas transformações da sociedade capitalista e em como isso influencia nas relações sociais, através da perspectiva de uma análise das cidades modernas. Segundo o autor, através do urbanismo e das mudanças nas grandes cidades, observa-se a representação da transformação social, desde uma sociedade moderna a uma que poderia se chamar de pós-moderna.

Dessa forma, pode-se presenciar como o próprio capitalismo se adapta à crise de produção – não com base na ruptura, mas sim baseado na modificação. Ou seja, estaríamos passando por uma transição no regime de acumulação capitalista, que, associada a transformações políticas e culturais, levam a modificações importantes nas condições de produção do capital e de financeirização do tipo de capitalismo. De acordo com Harvey (2011) a acumulação flexível representa uma nova forma de fazer frente à crise do capitalismo, trazendo uma mudança de valores que se fundamentam, mais do que nunca, no individualismo, no fugaz e no efêmero. Ainda conforme o autor, as barreiras espaciais foram superadas pelos meios de comunicação e pelo transporte, possibilitando a simultaneidade das imagens. Esse aspecto facilita a “mercantilização” de desejos e gostos numa sociedade caracterizada pelo transitório e homogêneo, destruindo assim as culturas locais e tentando deixar mudos os saberes populares, através da globalização de gostos e valores.

Harvey (2011) entende o dinheiro, o espaço, o tempo e a intersecção entre eles como elementos determinantes das práticas sociais no capital. Através desses conceitos, explica-se a mediação entre o dinamismo do desenvolvimento histórico-geográfico do capitalismo, as particulares formas de produção cultural, as transformações filosóficas e ideológicas, tecnológicas e técnicas. Transformações que, por sua vez, estimulam a aceleração da produção econômica e mudanças políticas, com perda de direitos (HARVEY, 2011). Assim, na contemporaneidade, o consumo de bens e serviços caracteriza-se pelo instantâneo e descartável, sob forte influência da publicidade por meio da materialização de desejos e símbolos criados pela mídia para o consumo.

Há alguns anos, esse autor aborda as transformações sociais a nível global, considerando como elas se expressam em diferentes aspectos da realidade e nos mais variados lugares do planeta. Assim a destruição da natureza, a geração de gases poluentes e de todo tipo de lixo está mudando o habitat do ser humano de uma forma radical. Assim como mudanças tecnológicas, no mundo do trabalho, na conformação dos grupos familiares e no envelhecimento da população influenciam diretamente na vida das pessoas. Destacando aquilo que, na concepção da geografia humana, é visto por Harvey (2011) como uma adesão ao efêmero, ao instantâneo, com mudança de noções de tempo e espaço; observamos como o sociólogo polonês Zygmunt Bauman (2001, p. 15) descreve como a “liquidez” das relações sociais, na qual os valores, o envolvimento emocional e a comunicação estão mudando continuamente: “Seria imprudente negar, ou mesmo subestimar as profundas mudanças que a “modernidade líquida” tem produzido na condição humana”.

Dessa forma, para Bauman (2001), a contemporaneidade se apresenta com características que correspondem ao estado líquido dos elementos, como por exemplo a fluidez, o movimento contínuo das partículas, a instabilidade e a imprevisibilidade. Numa sociedade com ausência de certezas, sem aqueles parâmetros da modernidade sólida, o indivíduo agora é definido pelo seu consumo e pelo seu estilo de vida. Nesta modernidade líquida, as pessoas se comunicam e transladam mais facilmente, conseguindo mudar o lugar de moradia, morar em diferentes países e entrar em contato de diferentes formas. Mas como toda esta “liquidez” pode afetar o mundo dos cuidados?

A nível do trabalho, a flexibilização neoliberal faz com que os salários tenham menos poder de compra e que a fonte de trabalho seja inconstante, o que gera uma insegurança em relação ao emprego. Ao contrário do que seria considerado em uma “modernidade sólida”, não é mais possível planificar a vida como anteriormente se fazia. O mundo das relações de trabalho está em constante mudança, a fonte de emprego e o modo de vínculo pode ser diferente daqui a dois anos, talvez mudemos de país em busca de melhores oportunidades, por exemplo. Segundo Bauman (2001), estamos em uma sociedade de consumidores e de ausência de certezas.

Já no mundo das relações, a falta de comunicação não permite vínculos como os até agora gerados, pois as pessoas apresentam inseguranças e relações de dependência que, muitas vezes, constituem relações patológicas e frágeis – os vínculos são fracos e impermanentes. É isto que Bauman (2004) chama de “amor líquido”, considerando que a globalização e o desenvolvimento da tecnologia acabam incrementando o individualismo e a falta de comunicação efetiva entre as pessoas. Assim, são geradas relações afetivas de insegurança e incomunicação que abrem espaço ao incerto, materializando-se enquanto sociedade de consumo e do gozo imediato (SILVA et al. 2015). Por meio desses conceitos, Bauman (2001) critica a sociedade globalizada e capitalista da contemporaneidade.

Boaventura de Souza Santos (2020, p. 8) faz uma leitura deste momento de pandemia pela ampliação de seu olhar para 40 anos atrás, desde quando, segundo o autor, “o neoliberalismo foi se impondo como a versão dominante do capitalismo” e se transformou em um capitalismo financeiro. Na realidade atual, Santos (2020) apresenta a pandemia como uma “crise aguda”, uma vez que, o mundo já estava sendo atravessado por um período de crise “permanente”, que era o argumento principal para recortes de investimentos nas políticas sociais, com perdas de direitos e de qualidade de vida do povo.

Utilizando essa crise crônica como causa e não como efeito, o autor afirma que se consegue uma inércia, uma inação por parte da população, a qual deixa de questionar e de

propor mudanças das realidades, sustentando desta forma, a continuidade do sistema e das desigualdades nele inseridas. Assim são legitimadas a concentração da riqueza e a destruição do meio ambiente como única maneira de enfrentamento da crise crônica. Por outro lado, ainda que a pandemia tenha agravado uma crise permanente na qual estamos inseridos, o autor coloca também a ideia desta, como uma oportunidade de procurar alternativas que antes não eram tomadas como possíveis: “tornam-se possível, como se sempre o tivesse sido, ficar em casa com os filhos, conversar com a família, ler um livro, pensar-se...” (SANTOS, 2020, p.6). Inicia-se um movimento de revisar as necessidades de consumo, valorizar as coisas que não se compram e que perdem seu valor no cotidiano de um mundo sem pandemia. Dessa maneira, a ideia de que não há alternativas ao modo de viver do que o autor chama de “hipercapitalismo” não se sustenta mais.

A socióloga brasileira residente na França, Helena Hirata (2011, p. 13), introduz seu artigo sobre a precarização em três países – Brasil, França e Japão – com a contextualização de seu estudo na “crise econômica mundial e nos processos de globalização em curso”. Desse modo, a autora defende que a crise poderia ser observada através de quatro dimensões: crise dos mercados financeiros, crise bancária, crise econômica e crise social. A precarização social, familiar e do trabalho seriam demonstrações tanto da crise econômica como da social, sendo que esta última também causa privatizações, diminuição de proteção social e de serviços públicos.

Vemos também as formas flexíveis do trabalho, da organização deste e da produção, que levam ao que Hirata (2011) chama de “intensificação” do trabalho, o qual tem resultados nefastos nos trabalhadores. Danos à saúde física e psíquica são uma amostra das consequências, assim como o aumento das diferenças entre empregados e desempregados, ou seja, entre trabalhadores e aqueles sem emprego. Em todo caso, de acordo com a autora, esta precarização no mundo do trabalho “tem rosto feminino”, pois acontece de forma simultânea junto com o aumento do emprego das mulheres no segundo e terceiro setores, sobretudo de forma precária, o que seria uma das características principais da globalização numa perspectiva de gênero.

Assim, podemos ver como o trabalho na atualidade se metamorfoseia e se manifesta em novos papéis na vida das pessoas, já não sendo mais aquele procurado pela estabilidade e centralidade que anteriormente se tinha. Bauman (2004) afirma que, na atualidade, o vínculo entre homem, instituição e trabalho já não se caracteriza pelos largos prazos de tempo que era normal anos atrás, quando o trabalhador ingressava em uma determinada empresa. Agora, os vínculos de trabalho se caracterizam por serem curtos e pela instabilidade das relações contratuais.

A flexibilização e a precarização são características que se fazem cada vez mais comuns em todo o planeta. Assim, é conferido ao trabalhador como indivíduo a responsabilidade de obter um trabalho melhor remunerado. A subjetividade é colocada a favor das empresas, uma vez que o próprio trabalhador se exige mais e mais para conquistar metas e objetivos, demonstrando o esforço e o bom desempenho pessoal que provocam um culto à individualidade. O trabalhador já não é mais um empregado, agora é nomeado como um colaborador da empresa. Doenças relacionadas ao trabalho, perda das relações coletivas, que foram até agora uma proteção contra as exigências do capital, são algumas das consequências das novas formas de gestão: “Nesse sentido, a flexibilização ganha espaço e com ela, a ampliação de trabalhos considerados como precários...” (SILVA et al. 2015, p.293). Segundo o autor, os processos de gerenciamento também passam por mudanças de forma a ter no caos e na incerteza o fundamento de sua prática.

Em relação às mudanças nas condições de trabalho, Antunes (2008) nos mostra como elas causam impactos marcantes, como perda de direitos por parte dos trabalhadores, desemprego, baixos salários, precarização e fragmentação. Para o autor, é neste quadro de precarização estrutural do trabalho que os capitais globais estão exigindo dos governos nacionais o desmonte da legislação social protetora e a flexibilização da legislação trabalhista, o que resulta em aumento dos mecanismos de extração de sobretrabalho. Assim, são amplificadas e aceleradas as formas de precarização e destruição dos direitos sociais, que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora (ANTUNES, 2008).

Numa perspectiva de gênero, Hirata (2011) observa como nos últimos anos o emprego feminino aumentou, ainda muito envolvido por precarização e vulnerabilidade a nível global, sobretudo nas classes mais pobres. São setores que têm como características principais a informalidade, menor remuneração e qualificação, como no setor de serviços, onde o trabalho do cuidado está incluso (HIRATA, 2011).

Por outro lado, em relação à conformação social, observa-se como a configuração das famílias tem mudado nas últimas décadas. Constata-se a diminuição de membros, o aumento do emprego feminino e o envelhecimento do total da população, com cada vez menores taxas de natalidade e maior longevidade. Dessa forma, além de todas as transformações comentadas até agora, o envelhecimento da população a nível global faz parte desses processos de transformação no mundo contemporâneo (NEILSON, 2017), processos mutuamente implicados e que não podem ser entendidos de forma distanciada de todas as mudanças no capitalismo.

O envelhecimento é considerado um processo múltiplo e entrelaçado entre os planos biológicos, socioculturais, políticos e económicos (NEILSON, 2017). Ele é vivido de forma particular por cada indivíduo, pensando em múltiplas velhices (DOLL,1999), que são influenciadas pelas condições e pelo contexto e que são vivenciadas de forma diferente numa mesma sociedade de acordo com o lugar que se ocupa nela: “[...] as formas pelas quais envelhecemos diferem muito por gênero, raça e classe, obviamente, mas também por experiências históricas que afetam os cortes geracionais e as contingências individuais” (NEILSON, 2017, p.31).

Esse envelhecimento traz consigo a necessidade, em maior ou menor grau, de uma adaptação na sociedade perante esta realidade, que cada vez é mais patente. Muitas formas de ajustes a nível social, econômico, cultural – e até de infraestrutura – têm sido geradas para fazer frente a tal situação. Assim, as formas de cuidar (ou não cuidar) desta população cada vez mais longeva têm se manifestado pelo Estado, pela comunidade e pelas famílias de diferentes maneiras, conforme a sociedade, o estrato social e temporal de cada pessoa. Independentemente de qual o nível deste cuidado, a grande maioria das vezes está representado, na prática, pelo gênero feminino.

Entender o cuidado como trabalho, sobretudo feminino e de como a sociedade toda está se comportando frente à sua necessidade intrínseca, é uma das pautas que norteia esta tese. A importância do cuidado para a vida das pessoas faz-nos pensar no quanto dependemos dos outros, mais ainda em situações de vulnerabilidade. O ser humano precisa de cuidado para desenvolver-se plenamente desde o nascimento. São muitos os anos em que a falta de cuidados pode trazer sequelas irreversíveis e inclusive levar à morte. Assim, podemos observar como crianças que não são alimentadas, protegidas das temperaturas extremas, dos riscos do meio ambiente ou então que não recebem atenção e carinho de outros seres humanos, podem ter sequelas, que vão desde limitações no desenvolvimento fisiológico até problemas psicológicos de distinta gravidade. Quem de nós não já não sofreu em situações de dependência frente a agravos de saúde, como fraturas de membros, lesões de algum órgão do corpo, intervenções cirúrgicas ou outras situações que nos obrigam a depender de outros? Nessas situações, é bem fácil perceber a dimensão e o valor do cuidado.

Junto com a mercantilização, as características da sociedade geram condições que afetam a saúde da população de uma forma particular. Com o envelhecimento populacional, cada vez mais idosos precisam de cuidados. A família, âmbito onde historicamente eram realizados os cuidados aos mais vulneráveis (crianças, doentes ou idosos), tem passado por mudanças estruturais e econômicas, que podem resultar na necessidade de se obter o serviço de

cuidado de outra forma, o que multiplica a quantidade de pessoas necessárias para suprir esta necessidade. Dessa maneira, é gerada uma nova área de trabalho remunerado e fonte de renda para muitas pessoas que fazem do cuidado sua forma de sustento.

Conhecer essas trabalhadoras e estudar as características desse trabalho nos permite investigar novas ferramentas para apoiar a capacitação desses profissionais, promovendo cada vez mais qualidade para todos os envolvidos. É importante fornecer capacitação para a pessoa que cuida, o que colabora na sua saúde como trabalhador, mas também para a pessoa cuidada, garantindo assim, o bem-estar de ambos e conseqüentemente essa ação se estende para o bem-estar em seus próprios âmbitos de vida familiar e comunitária.

Apoio-me nessa ideia para a elaboração desta proposta de trabalho, que possibilitou saber mais sobre o tema e encontrar ferramentas para investir na melhoria das condições de trabalho. Através dos dados recolhidos para análise, pretendo auxiliar na reflexão sobre a necessidade de políticas públicas e de incentivar o reconhecimento da área. Assim, serão apontadas novas estratégias para empoderar as pessoas através dos conhecimentos compartilhados, indicando instrumentos que ajudem a manter a saúde e formas para enfrentamento de problemas decorrentes de sua função como trabalhadores.

Desse modo, no Capítulo 2 serão aprofundadas e discutidas as bases filosóficas do conceito de cuidado e suas distintas implicações na atualidade. No Capítulo 3, será analisado de maneira mais aprofundada o cuidado como trabalho, enquanto o Capítulo 4 apresentará o tema das cuidadoras de idosos. No Capítulo 5, será relatado o percurso da pesquisa e os desafios encontrados em contexto de pandemia, descrevendo o trabalho de pesquisa que foi realizado para a Tese por meio das experiências, vivências e dificuldades que foram atravessados durante a investigação. Além disso, serão apresentados os objetivos, o proceder metodológico e as ferramentas utilizadas. No Capítulo 6, serão apresentados os resultados obtidos e por fim, no Capítulo 7 serão relatadas as considerações finais deste trabalho.

2 O CUIDADO

2.1 HISTORICIDADE

Estudando a filologia da palavra *cuidado*, podemos apreciar como, através de sua história, o sentido do cuidado tem tido diversos focos, mas sempre pensado como uma conduta de desvelo, de preocupação, de disposição com o outro, que implica, de certa forma, em algum tipo de envolvimento afetivo inerente ao ser humano (BOFF, 2011). Historicamente, podemos observar como essa atitude de cuidado já era valorizada e analisada desde épocas antigas, representada na Roma antiga pela fábula-mito do “Cuidado” ou “Fábula de Higino”. Essa fábula apareceu no primeiro século da era cristã e marcou o futuro da centralidade do cuidado para a humanidade; sentidos que guiaram posturas dentro de áreas das ciências humanas, como a Filosofia e sobretudo as ciências da Saúde.

Caio Júlio Higino, escritor e recompilador de histórias na sua época, nasceu em Valência dos Edentados, Hispânia, 64 anos antes de Cristo e faleceu em Roma, 17 depois de Cristo. Na versão brasileira da fábula de origem latina que aparece no livro de Leonardo Boff (2011, p. 46), podemos ler:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá pois de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil”.

Nessa fábula de Higino, onde se coloca pelo escritor de forma sensível a estética da mitologia greco-latina, é explicada a criação do ser humano, em sua multidimensionalidade, a partir de sua forma material (Terra), espiritual (Júpiter) e temporal (Saturno) e cabe ao Cuidado a responsabilidade de integrar todas essas dimensões para dar continuidade à vida do Homem. A fábula apresenta a criação do ser Humano como uma ação conjunta entre vários protagonistas,

mas também como uma fonte de conflito, que é mediada pelo Deus mais antigo: Saturno, o qual representa o tempo (BRAUSTEIN, 2012).

Em sua interpretação da fábula, Boff (2011), entende que o cuidado é essencial; pois é ele que mantém os demais atributos unidos – neste caso representados pelas diferentes dimensões do ser humano: “O ser humano é, simultaneamente, utópico e histórico-temporal... É pelo cuidado que ele mantém essas polaridades unidas e faz delas material de construção de sua existência no mundo e na história” (BOFF, 2011, p. 67).

2.2 ALGUMAS BASES FILOSÓFICAS

Para Martin Heidegger, que observou a relevância fundamental do cuidado como parte ontológica do ser humano, o cuidado se encontra na base da humanidade, como um gerador do ser humano. Para o filósofo, o cuidado faz parte da natureza e constituição do ser humano. Na sua essencialidade ele é precedente, antes de toda outra atividade de ser ou situação; ele se acha em toda circunstância o plano a que o humano pertence (HEIDEGGER, 1999).

Boff (2011, p. 68) ainda contribui: “sem o cuidado, o ser humano deixa de ser humano. Se não receber cuidado do nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre”.

Nas palavras de Martin Heidegger (2014), o cuidado significa um fenômeno existencial básico, uma reflexão do ser que faz o ser em si mesmo, uma manifestação ontológica do ser humano. Para ele, o ser humano não pode ser definido como uma simples existência ou um objeto a mais. Este ser humano no mundo é um *Darsein*, traduzindo para o português: um Ser-aí. Heidegger (2014) descreve o Ser-aí através de um conjunto de critérios que fazem do homem um ser único, baseando-se na percepção de si mesmo, assim como do contínuo devir e de sua projeção no tempo.

O homem existe no sentido de estar se definindo constantemente. É um projeto inacabado, de modo que a definição sobre quem ele é sempre está numa projeção. Assim, o homem é essa contínua realização de projeções que se reiniciam continuamente e que determinam o sentido do existir para ele. Não existe chegada, pois ela seria o início de uma nova projeção. Segundo o filósofo, essa projeção teria as seguintes premissas: - O Ser-aí é um ser no mundo, o Ser-aí é um ser com-os-outros e o Ser-aí é um ser para a morte.

Segundo o pensamento de Heidegger (2014), entendemos que o mundo coloca limites a nossas projeções, mas também as condiciona. Waldow (2015, p. 7) interpreta Heidegger da seguinte forma:

Dasein está sempre criando, cuidando, preocupado e em desassossego com o mundo num estado de busca constante e jamais alcança a totalidade. A existência autêntica é sempre uma inquietude de ser, uma luta com o não-ser. Ser-no-mundo é essencialmente zelar, cuidar, existir ao lado das coisas e dos seres, ter interesse, ser-com-os-outros que encontramos no mundo, o que corresponde ao que Heidegger denomina de “solicitude”. A relação de ser com os outros se caracteriza pela maneira como age, sente e pensa no convívio com seus semelhantes.

Na finitude temporal, a certeza da morte é o que o autor vê como mais uma das condições do Ser-aí. As projeções não são eternas, podem durar a vida, mas a incerteza da hora da morte coloca a urgência nos projetos e gerando uma angústia, que reconecta o homem com seu estado de Ser-aí.

O tempo passa a ser uma condição sem a qual não existe a projeção do ser, por isso a existência do ser depende do tempo como fator constitutivo do Ser-aí. Heidegger aponta que cuidar é o que unifica realidade e possibilidade (HEIDEGGER, 1999). Nesse sentido, o cuidado seria uma demonstração substancial de estar no mundo. Nas reflexões de Waldow podemos ler a seguinte interpretação:

Seres humanos são aqueles capazes de cuidar de seu próprio ser, já que eles podem identificar e satisfazer possibilidades em sua situação real e sente a necessidade de explicar o porquê de suas ações, a razão de seus atos e pensar as razões de cuidar, assim como justificar tal atividade. Isso constitui uma tarefa básica não somente para compreender-se a si próprio, mas também para exigir de si mesmo e de seus semelhantes uma ação compatível com sua dignidade moral (WALDOW, 2015, p.7).

Existem dois tipos de cuidados, um em que a pessoa é instrumentada a cuidar de seu próprio ser na medida de suas possibilidades; e outro em que a pessoa que cuida faz tudo pelo ser cuidado sem permitir que este desenvolva as qualidades de cuidados para consigo. Esta atitude gera uma dependência que não permite ao outro se desenvolver em todas as suas potencialidades, resultando em uma perda da autonomia do ser cuidado (HEIDEGGER, 2014).

Cuidar é uma relação de consideração e paciência, e se expressa na relação com o outro dentro do mundo. O ser humano sem cuidado, segundo Heidegger (2014), não poderia ser livre, mas é necessário garantir responsabilidade e compromisso das duas partes da relação de cuidado. Assim, a relação entre cuidador e cuidado funciona como “o reconhecimento do encontro humano que implica uma resposta afetiva” (WALDOW, 1992, p. 30). O cuidado humano, para a autora, é compreendido como uma forma de viver, de ser e de se expressar:

Consiste em uma postura ética e estética frente ao mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida (WALDOW, 2015, p.7).

Dessa forma, é possível entender que o “Ser-aí no mundo” é determinado pelas relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Segundo Ayres (2011, p. 83), Heidegger foi “um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana...”

Heidegger nomeia o cuidado como o ser do ser humano (ser-aí, dasein) e para entender este ser, “ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano” (AYRES 2011, p. 85-86).

É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa “curadoria” a qual está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca o cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (AYRES, 2011, p. 85)

Para Ayres (2011), quando se fala de cuidado na saúde, estão envolvidas as relações de centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, os modos de compreender a si e ao mundo, assim como as formas de interagir dentro dele. A expressão ontológica de Heidegger sobre o cuidado representa, para a área da saúde, a relevância das relações dessa centralidade dos projetos no existir dos seres humanos (AYRES, 2011).

Os autores citados e muitos outros, discutem o conceito de cuidado, sobretudo no setor da saúde, a partir de uma abordagem filosófica que perpassa também a ética do cuidado (HIRATA, 2019).

2.3 DIFICULDADE DO OBJETO DE ESTUDO

Na área da enfermagem, o tema do cuidado possui uma ampla produção filosófica e científica em relação ao trabalho da enfermeira, considerando também as concepções éticas envolvidas nele. Dessa forma, há uma extensa bibliografia que aborda esse assunto desde as ciências da saúde. Ao discutir as bases filosóficas e psicológicas, observamos como intelectuais da medicina integrados às áreas da enfermagem, psicologia, psicologia social, gerontologia e outras ciências se dedicam a discutir o tema por meio de um viés ético e político (MOLINIER; PAPERMAN, 2015).

Segundo as autoras, essas abordagens diferem a partir das disciplinas e das relações que os pesquisadores têm com a ética e com posicionamentos políticos. Se tais temas parecem

legítimos para filósofos e profissionais da saúde, são embaraçosos para as ciências sociais, que, “na melhor das hipóteses, deixam-na de lado” (MOLINIER; PAPERMAN, 2015, p. 44). Dessa forma, o estudo do cuidado se fragmenta numa quantidade de abordagens e especialidades que dificultam um olhar mais abrangente e inclusivo sobre as dimensões políticas e éticas dentro da sociedade.

Para as sociólogas Palomo e Damamme (2020, p. 205), o cuidado deve ser o ponto de vista analisador para se refletir sobre a sociedade, considerando a importância da abordagem em distintas perspectivas a fim de conhecer e entender “as constantes reconfigurações entre o local e o global, entre os ensamblagens tecno-científicos e os afetos mais carnis, além de questionar a difusa fronteira que separa o público do privado...”.

Nas áreas sociais, os objetos de estudo são mais voltados para o mercado e o trabalho, temas que contribuem para a análise do cuidado desde esse foco. Na sociologia, são estudadas as profissões relacionadas ao cuidado – como o trabalho doméstico – além das novas organizações do cuidado a nível público e privado, que envolvem os temas do envelhecimento e da dependência. Também são observados trabalhos de análise do cuidado que consideram as políticas sociais, a economia do cuidado e a mercantilização da saúde com o desenvolvimento de cuidados como mercado (MOLINIER; PAPERMAN, 2015). Para as autoras:

Existe uma dificuldade real enquanto a abordagem sociológica do cuidado, por pertencer a diferentes níveis que vão, desde as relações interpessoais, às relações transnacionais e se desenvolvem a partir de métodos e de questionamentos oriundos de hábitos disciplinares variáveis e de preferências teóricas heterogêneas. A dificuldade é, portanto, real: como podem ser articuladas essas abordagens do cuidado em diferentes níveis? (MOLINIER; PAPERMAN, 2015, p. 46).

As diferentes formas em que as ciências sociais têm abordado o estudo dos cuidados, embora sejam de muito interesse para discutir o tema, demonstram-se insuficientes. Existem dificuldades em abranger o tema em toda sua amplitude, de forma de representar as desigualdades de gênero, classe social, lugar de origem, etnia e demais aspectos que incorporam a estrutura social na qual vivemos, além de sua continuidade de injustiça e de desigualdade de direitos (PALOMO; DAMAMME, 2020).

Essas reflexões traduzem muito bem os dilemas em relação ao estudo do cuidado nesta pesquisa, na qual, uma pesquisadora da área da saúde apresenta o interesse de entender as relações do cuidado desde uma perspectiva mais ampla e aborda o tema por meio da sociologia do trabalho e a partir das percepções das próprias cuidadoras. Nesse sentido, colocou-se neste empreendimento, assumindo o proposto por Molinier e Paperman (2019) em relação a análise do cuidado como uma forma de posicionamento político.

2.4 O SENTIDO DO CONCEITO CUIDADO

Como já podemos observar, a compreensão do conceito de cuidado é complexa, multiforme e varia de acordo com os âmbitos e atores envolvidos. Como primeiro passo para adentrar nesse emaranhado de significados, começamos informando-nos sobre o significado da palavra "cuidado".

Leonardo Boff (2011, p. 90), ao pesquisar sobre a origem da palavra, encontra nos dicionários clássicos de filologia a derivação da palavra *cura*, do latim, usada na antiguidade em um contexto de amor e de amizade: “Expressava a atitude do cuidado, do desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação”. Para o autor, cuidado significa pensar, colocar atenção, mostrar interesse e preocupação:

[...] o cuidado somente surge com a existência de alguém que tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; me disponho a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (BOFF, 2000, p.91).

Já a definição encontrada no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa como a palavra “Cuidado” revela sua variedade de significados; como substantivo masculino pode significar: “cautela, precaução'. Inquietação de espírito ou diligência; desvelo”. Como adjetivo, pode ser: “Imaginado; meditado”. Então, como interjeição pode ser: “Expressão usada para pedir advertência ou cautela em relação a algo = Atenção.” Procurando ainda a palavra “Cuidar”, sua definição aparece como verbo transitivo: “Imaginar; supor; pensar; meditar; ter cuidado em; tratar de.” Como verbo transitivo: “Interessar-se por trabalhar.”

Quando acompanha o significado dos dicionários, Guimarães (2012, p. 154) afirma: “No Brasil e em países de língua espanhola, a palavra cuidado é usada para designar a atitude: mas é o verbo cuidar, designando a ação, que parece traduzir melhor a palavra *care* do inglês” (GUIMARÃES, 2012, p.154). Segundo a autora, embora as expressões das atividades e ocupações de cuidado sejam recentes, os fundamentos do cuidado são comuns na língua e têm vários significados: “...eles designam no Brasil, um espectro de ações plenas de significado nativo, longa e amplamente difundidas, muito embora difusas no seu significado prático” (GUIMARÃES, 2012, p.154).

Segundo Pascale, Molinier (2012), na França, a palavra “cuidado” é muito associada à área da saúde ética. Está relacionada, sobretudo, a doenças ou a algo que deve ser tratado, como acompanhamento de vulneráveis. No seu aspecto de solicitude, o termo se relaciona com o

caráter moral e de compaixão. Para Molinier (2012), o conceito de *care* define melhor a ideia de um trabalho ou ação que não esteja relacionado só com saúde, assim, a ideia de um trabalho ou de uma atividade está melhor representada neste conceito.

Berenice Fischer e Joan Tronto elaboram uma definição publicada em 1990, em que apresentam o cuidado como:

Uma atividade de espécie, que inclui tudo aquilo que fazemos para manter, continuar e reparar nosso “mundo” de tal forma que possamos viver nele da melhor forma possível. Esse mundo inclui nossos corpos, nosso ser e nosso ambiente, tudo o que procuramos para tecer uma complexa rede que sustenta a vida (TRONTO, 2005, p.234).

Nessa definição, a apreensão do cuidado aparece como um fazer multidimensional que se incorpora não só à própria pessoa (autocuidado), mas aos outros e ao “mundo” (contexto onde se vive). Assim, o significado de cuidado é entendido como processo temporal, no presente, mas também no decorrer do tempo, como uma ação que se projeta ao futuro.

Hirata e Guimarães (2012) compartilham dessa posição, pois já em 1993 advertia-se sobre a nossa vulnerabilidade como seres humanos que, em algum momento da vida, irão necessitar de cuidado. Portanto, existe um papel como provedores e beneficiários de *care*. Dessa forma, todas as pessoas são sujeitos e objetos do *care*, já que dependemos dele para subsistir (HIRATA, 2014).

Desde o início da sociedade humana, o cuidado tem sido um atributo que nos permitiu a sobrevivência e o desenvolvimento como seres sociais, culturais e biológicos. O ser humano depende do cuidado de outros desde seu nascimento e na maioria dos processos da vida. A necessidade de ter outras pessoas presentes para exercer a função de cuidado é fator essencial para a sobrevivência e qualidade de vida. Esse fato pode ser observado em diferentes etapas de vulnerabilidade na vida, como a infância e a velhice, mas também em outras situações de dependências funcionais, como a incapacidade ou quando há acometimento por doenças limitantes.

Contudo, não é apenas em momentos de vulnerabilidade que o cuidado se faz necessário. Em muitos momentos da vida, frente às diferentes necessidades que se apresentam no cotidiano, existe a possibilidade de precisar do cuidado dos outros, de uma presença que nos acompanha, que nos ouça, que se importe conosco. Notamos assim a relação de interdependência dos seres humanos, uma vez que a vida de uns depende da relação com os outros. Nesse sentido, todos seremos sujeitos e objetos do *care* em algum momento de nossa vida, “somos todos vulneráveis e somos todos responsáveis” (HIRATA, 2014).

Assim, de acordo com as autoras Palomo e Damamme, esta vulnerabilidade básica seria “um atributo e condição dos seres humanos, de seu existir como corpos frágeis e sensíveis, viventes e mortais”. Devemos, então, pensar o cuidado a partir da vulnerabilidade, e não a vulnerabilidade a partir dos cuidados (PALOMO; DAMAMME, 2020, p.207).

Os exemplos de cuidado são ilustrativos de como o cuidar acarreta responsabilidades e compromissos contínuos. Esse entendimento pode ser observado nas várias definições que são apresentadas. Ao apresentar a palavra em inglês, *care*, Tronto retrata bem esse conceito:

Care significava carga; cuidar é assumir uma carga. Quando uma pessoa ou um grupo cuida de alguma coisa ou de alguém, presumimos que estão dispostos a trabalhar, a se sacrificar, a gastar dinheiro, a mostrar envolvimento emocional e a despende energia em relação ao objeto de cuidados. Podemos, assim, compreender afirmações como: ele só cuida (ele só se preocupa) de ganhar dinheiro; ela cuida (com carinho) de sua mãe; esta sociedade não cuida (não se preocupa com) dos sem-teto. À reclamação, você não tem cuidado (você não se importa), respondemos mostrando alguma prova de trabalho, sacrifício ou compromisso (TRONTO, 1997, p. 188).

Hinata e Guimarães (2012) argumentam sobre a dificuldade de tradução do termo *care* para o português devido a sua multiplicidade de significados. O *care* pode ser considerado tanto “atitude quanto ação”, ou seja, que o *care* pode ser apontado enquanto prática e atitude, ou disposição moral” (HIRATA; GUIMARÃES, 2012, p.1). É nesse sentido que Tronto (1997) faz diferença entre dois tipos de cuidado: “Cuidado com” e “Cuidado de”. Segundo a autora, “cuidar de” implica em um objeto, portanto, é necessariamente relacional.

Como podemos observar, essa forma de distinguir os cuidados é interessante porque pode ser utilizada como um meio de definir as funções exigidas socialmente segundo o gênero. Conforme Tronto (1997), “Cuidado com” refere-se a objetos menos concretos e o seu compromisso é mais geral; “Cuidar de” implica em um objeto específico, que é o centro do cuidado. Dessa forma, a autora assinala como nesta sociedade os papéis do gênero envolvem o cuidado em diferentes ângulos, implicando que os homens tenham “cuidado com” e as mulheres “cuidem de”. Ainda de acordo com Tronto (1997), o gênero marca o trabalho de *care* tanto no trabalho remunerado quanto no não remunerado.

“Cuidar de” é abranger as necessidades físicas, psíquicas e emocionais dos indivíduos, necessidades que são previamente determinadas e em distintas sociedades, são prestadas de distintas formas. Muitas dessas necessidades são supridas pelas famílias, principalmente por meio do papel das mulheres, do Estado e com cada vez mais frequência, pelo mercado.

Sob o viés da Economia, a socióloga e economista Cristina Carrasco (2014) descreve o cuidado como um bem relacional, que não obrigatoriamente passa pela economia de mercado.

Para ela, as necessidades humanas são satisfeitas através de bens, serviços e sobretudo, de relações. Para a socióloga, a teoria econômica é a dominante. Autorreprodução, relações comunitárias cooperativas, redes familiares, são algumas das relações que funcionam para além do mercado capitalista. Elas são respostas às necessidades básicas individuais e sociais pelas quais sempre existiram e estão envolvidas por aspectos como a confiança, o respeito e a reciprocidade. Carrasco (2014, p. 53) faz a seguinte afirmação acerca dessas características:

[...] a identificação do cuidado como bem relacional é absolutamente direta: trata-se de uma relação-interação entre pessoas concretas; existe uma reciprocidade compartilhada livre ou não, o que lhe confere uma grande fragilidade (na verdade o tema dos cuidados é um grande temor das pessoas adultas); só tem lugar durante a relação; requer uma história temporal, uma relação que vai se construindo através do cuidado; é um grande valor social, tanto para a vida quanto para a grande parte do bem-estar que depende dos cuidados [...] (CARRASCO, 2014, p.53).

Com uma visão sobre a evolução dos estudos do *personal care* desde a sociologia econômica, Viviane Zelizer (2010, p. 380) coloca seu aporte sobre o que entende por *care*: “Para mim, as relações de *care* incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem estar de aquela ou aquele que é seu objeto”. Para a autora, o cuidado vai desde as pequenas atenções de uma manicure de um salão de beleza até os vínculos de cuidado entre mães e filhos.

A socióloga espanhola Pilar Oto (2013) também vê o cuidado como referente às atividades inerentes à vida humana e a sua qualidade, aos bens e serviços, às ações que permitem a realização das necessidades básicas, bem-estar e desenvolvimento em um contexto sadio. Assim, para Oto (2013), o conceito estende-se ao cuidado material que implica um trabalho; ao cuidado econômico que origina um custo e ao cuidado psicológico que envolve um vínculo afetivo.

Para Palomo (2009), o cuidado é uma atividade relacional que envolve várias dimensões, a material, a emocional (como os afetos, as emoções e os sentimentos) e a dimensão moral de responsabilidade. Nesse sentido, “Cuidar constitui um processo social complexo, que começa muito antes e termina muito depois que a prática material de cuidado se leve a cabo” (PALOMO; DAMAMME, 2020, p. 206).

2.5 A CRISE DO CUIDADO

A associação da mulher ao cuidado é uma ideia estabelecida historicamente em nossas sociedades capitalistas patriarcais. Segundo Orozco (2014), os cuidados remetem às pequenas

e grandes atenções que as mulheres levam a cabo para o bem-estar dos membros do lar, mas respondem a um imperativo social que tem como objetivo a reprodução da vida humana (OROZCO, 2014) que, de alguma forma, favorece a naturalização e a ocultação dessa atividade e de seu agente.

Já para Oto (2013), trata-se de um conjunto de expressões que configuram os cuidados como um território de atuação predominantemente feminina, como uma atividade que se movimenta entre o prazer e a obrigação, entre a necessidade social e a responsabilidade moral, entre a responsabilidade individual e a coletiva. As transformações do capitalismo global que estamos vivendo é um contexto de várias mudanças que levam à crise do cuidado (OTO, 2013). Essas transformações também mudaram os regimes de trabalho, os processos, as formas de gestão e seus protagonistas (HIRATA, 2016; OROZCO, 2014). O reconhecimento dos cuidados, como trabalho e sua conformação como objeto de estudo, é parte do enquadramento dessas transformações sociais da “crise dos cuidados”, conceito que inicialmente se refere à tensão na provisão dos cuidados que é resultante do distinto papel das mulheres nas sociedades de finais do Século XX (HOCHSCHILD, 2001).

O fato das mulheres terem ascendido ao âmbito público, ao emprego fora de casa, mas sem reduzir seu protagonismo como cuidadoras no âmbito privado ou doméstico, pressupõe maior volume de trabalho para elas e coloca em xeque a provisão dos cuidados. Segundo Montaña e Calderon (2010), embora a mulher tenha mais acesso ao trabalho remunerado, isso não tem representado a igualdade de gênero, tampouco sua autonomia. Em parte, deve-se ao fato de que a desigualdade como cimento base da sociedade não foi rompida, mas ainda é representada pela divisão sexual do trabalho e pela continuidade da naturalização do trabalho doméstico como responsabilidade feminina. Conforme as autoras, mesmo que as mulheres assumam trabalhos remunerados, levam adiante uma desproporcionada carga de trabalho não remunerada dentro dos lares, que envolvem tarefas como aquelas relacionadas ao cuidado, que ainda são muito pouco assumidas pelos homens. Assim, para Montaña e Calderon (2010, p. 26), “a chamada crise do cuidado não é outra coisa que um sintoma da emancipação das mulheres”.

Na mesma linha de pensamento, Oto (2013, p. 93) reconhece como um diagnóstico acertado “A identificação inicial da crise dos cuidados ligada ao fenômeno da dupla presença feminina”. Para esta autora, a “Crise do Cuidado” chama a atenção sobre as mudanças demográficas e sociais, mas também econômicas e políticas no mundo moderno, que nos alertam sobre vários fatores, como, por exemplo, as diferentes formas de gestão do trabalho, a mercantilização da saúde e as incidências nas necessidades e na provisão de cuidados.

Na definitiva, a crise dos cuidados remete a todo um conjunto de fenômenos que situam em interdito o status quo em torno às necessidades e as formas de provisão dos cuidados, próprio de sociedades sustentadas no modelo ganha pão/dona de casa (OTO, 2013, p. 94).

Como vimos, “[...]discutir Cuidados, na contemporaneidade é debater muito mais do que o conceito cuidado, é polemizar o trabalho, o rol dos gêneros, da família, as identidades, o lugar da mulher” (OTO, 2013, p. 95). Desse modo, temos a chance de, através destes debates, abordar temas que nos incumbem a todos e que são caros à sociedade.

A partir do resumo do informe da Cepal (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe), Sonia Montañó e Calderon (2010) questionam o motivo pelo qual, sendo a divisão sexual do trabalho uma realidade tão antiga, só agora adota o caráter social de urgência? Para as autoras, a resposta está nos fatores demográficos que, passando na atualidade por uma rápida transição, colocam o sistema todo em colapso. Assim, o aumento da longevidade e as diferentes faces da qualidade de vida de homens e mulheres, a transição demográfica – em que as mulheres passam de cuidar crianças a cuidar idosos –, as transformações familiares, as cadeias globais de cuidados, com massiva imigração de mulheres e a autonomia econômica cada vez mais procurada por elas, que querem e precisam ter ingressos próprios e aproveitar o capital educativo obtido, são fatores que influenciam nesta situação (MONTAÑO, CALDERON, 2010).

Para Tronto (2005), os cuidados estão situados no centro dos debates sobre o estado de bem-estar. O trabalho de cuidado se inscreve e se provê desde a rede estado-mercado-família. A própria construção dos estados de bem-estar não é alheia ao entendimento sobre as necessidades de cuidados e a como devem satisfazer-se. A ampliação dessas necessidades dos cuidados à dependência e à incapacidade coloca à prova a ideia de um trabalho de cuidados sustentado sobre o trabalho feminino não remunerado no lar-família, de acordo com os cânones da ideologia da domesticidade e da divisão sexual do trabalho.

A dupla presença feminina tenciona uma ordem sócio-temporal e de organização do trabalho total, que já não responde à figura de uma provedora de cuidados sempre disponível. Porém, as mulheres são as protagonistas do trabalho de cuidados em qualquer das modalidades em que esse trabalho se dá. Para Tronto (2005, p. 245)::

A consideração dos cuidados como direito de cidadania nos leva à ideia de que a responsabilidade social dos cuidados é coletiva e não individual, porém não garante que essa responsabilidade se distribua de maneira mais equitativa entre os distintos grupos sociais.

Para sair do que a autora chama de “círculo vicioso” dos cuidados, exige-se discutir a relação entre prestação e recepção de cuidados como algo que envolve todo o mundo. Deve-se considerar o que cada um entende por qualidade de vida, pensando em como quer ser cuidado ou cuidada, em uma ideia de prestação de cuidados baseada no caráter altruísta. De forma mais definitiva, "requer que o cuidado seja considerado uma condição humana, parte de nossos valores públicos e parte de nossa forma de compreender o que é e que faz à cidadania" (TRONTO, 2005, p. 250).

3 O TRABALHO DE CUIDADO

Tendo em vista o cuidado como trabalho, neste capítulo serão discutidas suas distintas relações, como a feminização, a origem desde o trabalho doméstico, a invisibilização e as características mais sobressalentes. A partir de uma aproximação pela psicodinâmica do trabalho, também será apresentada a relação do cuidado com a saúde das trabalhadoras. Dessa maneira resgatamos as reflexões de Kergoat a respeito do trabalho como uma relação social. Em suas palavras, o trabalho “[...]deve ser compreendido como uma relação: - antagônica, - estruturante para todo o campo social e - transversal à totalidade dele” (KERGOAT, 1996, p.12).

Para Soares (2011), analisar o trabalho em termos de uma relação social, permite abstrair a ideia do conceito de trabalho vinculado não só à economia, mas também a um contexto social e histórico. Assim, Billiard trazido por Soares defende que:

[...] o trabalho e o indivíduo não são mais dados de natureza preexistentes a uma sociedade que só daria uma definição específica. Pelo contrário, o trabalho e o indivíduo são sempre situados: eles são o um e o outro das produções sociais, das construções históricas. Eles são coproduzidos por uma sociedade ou certa época: a fortiori, a relação ao trabalho e ao sentido do trabalho (BILLIARD, 1993 apud SOARES, 2011 p. 92).

Kergoat (1996, p. 12) aponta a abertura desse conceito como algo que é “Perpassado por diferentes relações sociais como as de raça, de etnia, de classe, de sexo/gênero e de idade, o trabalho produz e é, ao mesmo tempo, o produto de uma sociedade”. Essa forma de ver o trabalho tem uma amplitude que contribui no momento de observar e avaliar outras relações sociais inerentes e que ocorrem de maneira simultânea. Soares (2011) ainda defende que tais relações são fortemente influenciadas umas pelas outras. Trata-se de uma forma de reconceituar o trabalho a partir de uma subjetividade ativa, que ao mesmo tempo é “sexuada, de classe e frisada por outros fatores como a raça e a idade” (SOARES, 2011, p. 93), o que permite um estudo mais profundo do tema.

3.1 TRABALHO FEMININO

Como já foi discutido anteriormente, tradicionalmente é conferido às mulheres o encargo do cuidado domiciliar de pessoas idosas, crianças, deficientes e doentes. Com a inserção assalariada da mulher no mercado de trabalho, são apresentadas dificuldades crescentes no cuidado dos membros dependentes da família, o que leva à multiplicação e

desenvolvimento do setor de serviços e das profissões relacionadas ao *care* (HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

Hirata e Kergoat (2007) discutem como, através do sistema de gênero, o capital explora as concepções do que foi concebido para ser “trabalho feminino e trabalho masculino”, uma vez que isso hierarquiza e segmenta as funções, com resultados fáceis de observar na subalternização dos trabalhos femininos ou nos salários menores que recebem mulheres frente as mesmas funções que homens.

Desse modo, as relações de poder que originariamente eram vividas somente no espaço doméstico, agora se repetem nas relações sociais a todo nível. Conforme Hirata e Kergoat (2007), os princípios organizacionais que movimentam esse sistema são: o princípio de separação de trabalhos, alguns para homens, outros para mulheres e o princípio hierárquico, em que os trabalhos dos homens são reconhecidos e recompensados melhor que o das mulheres. As autoras relacionam tais princípios à relação social sexuada no trabalho do cuidado ou então à “divisão sexual do trabalho”, conceitos que são considerados como parte de um mesmo conteúdo (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Torns (2008) também coloca a importância da abordagem do cuidado realizada a partir do movimento feminista. Vendo o cuidado como um trabalho, pode-se apreciar uma continuidade em suas análises, encontrando um sólido ponto de partida nos esforços de elaboração e medida do trabalho doméstico e familiar e na bondade desse conceito para explicar as desigualdades, a identidade e as relações de gênero (TORNIS, 2008).

Na atualidade, apesar de se haver ampliado a discussão e o debate sobre o cuidado em múltiplas áreas, o movimento feminista conforma um campo de pesquisa com identidade própria, que questiona e aprofunda essas questões. Palomo e Damamme (2020), através da fala de Carol Thomas, destacam a transversalidade e a grande complexidade da quantidade de dimensões que operam no cuidado. A referente ao gênero feminino é uma das mais relevantes, pois são as mulheres que se dedicam ao cuidado mais frequentemente, seja nas famílias como esposas, mães e filhas, ou no trabalho de cuidado desenvolvido fora da rede familiar, de maneira remunerada ou voluntária (PALOMO, DAMAMME, 2020).

Molinier (2012) observa que os trabalhos de cuidados estão representados não só por pessoas especializadas, como os profissionais da área da saúde que se dedicam a atenção das pessoas como na medicina, enfermagem, psicologia, etc.; mas são representados também por pessoas que, embora tenham menor especialização técnica, encontram-se vinculados a uma noção de cuidados: como são os das babás, empregadas domésticas, faxineiras, etc. (MOLINIER, 2012). Em sua pesquisa sobre o trabalho de enfermeiras e auxiliares dentro de

um hospital, a autora conclui de que maneira a invisibilização do cuidado como trabalho se apresenta em ambas as funções analisadas e declara uma grande dificuldade de estudar o conteúdo do emocional desses trabalhos. A gestão e os modelos estruturais de desempenho das tarefas são considerados alguns impedimentos para uma aproximação mais detalhada das relações nesses contextos de cuidado (MOLINIER, 2008).

A autora também retoma o conteúdo social do cuidado: “O *care* é um trabalho social, no qual diferentes atores ocupam posições de poder, de decisão ou de execução, distintas e conflitantes” (MOLINIER, 2012, p. 41). Nesse sentido, para as autoras francesas a utilização do termo *care* representa o cuidado como trabalho, sendo fiel à tradição feminista que começou a discutir estes temas.

3.2 INVISIBILIZAÇÃO, DESVALORIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE CUIDADOS

Como já discutido até então, a versão contemporânea do capitalismo tem se utilizado cada vez mais da mão de obra das mulheres, em tarefas que são uma amostra viva do quanto o nível da flexibilização e precarização envolvem as relações de trabalho na atualidade. Dessa forma, por meio da inserção cada vez maior das mulheres no mundo do mercado e da produção, podemos observar mudanças de concepções sociais e culturais. Apesar disso, as desigualdades de gênero entre o lugar do homem e da mulher ainda não mudaram em muitos aspectos, mas se multiplicaram em novas formas. Para Hirata (2012), essas transformações no mercado de trabalho conseguem gerar distintas realidades para as mulheres, mas não sem apresentar grandes desafios: “[...] trata-se de um dos paradoxos da globalização, este aumento do emprego feminino remunerado acompanhado pela sua precarização e vulnerabilidade crescentes” (HIRATA, 2012, p. 28). Dessa forma, podemos notar que esses empregos aumentaram em número e em participação feminina, tanto em áreas formais quanto informais, sobretudo no setor de serviços – na maioria das vezes, essa participação se traduz em empregos precários e mal pagos (HIRATA, 2011).

A feminização dos trabalhos de cuidado opera a favor da sua desvalorização. Segundo Bueno e Palomo (2020), a educação tradicional recebida pelo sexo feminino é centrada em condições de “entrega”, “ajuda” e “sacrifício”, o que leva essas trabalhadoras a estabelecer uma relação de grande envolvimento emocional e moral com sua tarefa de cuidadoras. Assim, as autoras destacam o poder da sociedade através da educação de seus integrantes:

La tradicional división sexual del trabajo contribuye a la orientación laboral de las mujeres hacia la crianza, los cuidados, la educación y la sanidad. Al seguir sus dictados, las mujeres contribuyen al mantenimiento de la segmentación del mercado laboral reproduciendo los estereotipos de género (Gómez-Bueno, 1996; 2001). En concreto el estereotipo de que ellas tienen más capacidades afectivas y más paciencia (BUENO; PALOMO, 2020, p. 234).

As autoras fazem referência à importância de encontrar ferramentas metodológicas e de pesquisa para que a atividade de cuidado se torne visível, uma vez que a falta de reconhecimento é um aspecto recorrente através do tempo. É importante trazer o tema à discussão não só pelos aspectos materiais envolvidos, mas também pelas emoções e relações que os atravessam e outorgam um valor de reconhecimento econômico e social aos cuidados e a quem os presta (BUENO; PALOMO, 2020).

3.3 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE CUIDADO

Em relação às características do cuidado, devemos ter consciência de que são envolvidas muitas competências, a saber: a técnica, a psicológica e a emocional. Todas essas áreas são importantes para quem cuida e também para quem é cuidado, implicando em diferentes formas de envolvimento emocional (DEBERT, PULHEZ, 2017).

Desta forma é importante analisar a interação dos encontros de cuidado porque isso, como parte da relação de cuidar, afeta tanto a qualidade de vida no trabalho do cuidador quanto a da pessoa cuidada (SOARES, 2011). Também Hirata e Guimarães (2012, p. 1) apreciam a importância do emocional no trabalho do cuidado: “O trabalho de *care* é ao mesmo tempo trabalho emocional e trabalho material técnico”. As autoras destacam a importância da postura ética frente ao trabalho de cuidado, assunto que traz muitos debates.

Como já pudemos perceber, são múltiplos os fatores que demandam mobilização pessoal para um trabalho de cuidado com qualidade. Portanto, torna-se necessário estabelecer capacitações constantes a fim de garantir o desenvolvimento de diversas competências para exercer a função com efetividade.

Soares (2012, p. 45) recria a definição de Fischer e Tronto sobre o cuidado, considerando como um processo das ações e aponta as diferenças do cuidar: segundo o objeto de nosso cuidado, o ato de cuidar é diferente:

Os atores que compõem essa relação são, dessa maneira, determinantes do tipo de interação que será estabelecida no trabalho de cuidar... implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas.

Segundo o autor, essa inter-relação do momento, que pode ser física ou verbal, gera um conjunto de interações que se repetem e produzem uma relação entre o cuidador e a pessoa que é cuidada. O tempo dessa interação pode ser momentânea e vivida só uma vez, o que Soares (2012) chama de “encontro”, um tipo de interação que se manifesta pela presença física ou verbal, mas produzida uma única vez. Quando a interação é mais prolongada e desenvolve uma história em comum, apresenta-se um histórico de interações que geram uma relação entre quem cuida e quem é cuidado. O autor analisa essa diferença das duas formas de cuidar para aprofundar o estudo sobre as relações de cuidado e as emoções que se envolvem nelas (SOARES, 2012). Assim, podem ser observadas diferentes dimensões no trabalho de cuidar:

- **A dimensão física:** que abrange todas as ações realizadas com o “esforço corporal”, como aquele que se faz para alimentar, movimentar, ajudar com o deslocamento, higienização, etc.;

- **A dimensão cognitiva:** que envolve conhecimentos variados e permitem à pessoa que cuida realizar as tarefas de cuidado. Esses conhecimentos vão desde saber preparar um banho até dar uma medicação, ou ainda reconhecer sinais de situações mais ou menos graves, por exemplo.

Ao entender que só essas dimensões não são suficientes para representar o trabalho de cuidado, Soares (2012) acrescenta as seguintes dimensões:

- **A dimensão sexual:** como aquela em que se representa o corpo da cuidadora como o ator do cuidado, ao realizar tarefas como a higienização ou movimentação do paciente. O autor diferencia essa dimensão sexual do cuidado da dimensão de comercialização do trabalho sexual, que também realiza um contato corpo a corpo.

- **A dimensão relacional:** trata-se das qualificações do trabalho de cuidar que são relativas diretamente à atenção com o ser cuidado: “As qualificações sociais englobam todas as atitudes e comportamentos cuja ausência pode perturbar ou comprometer a continuidade da interação” (SOARES, 2012, p.47).

Na dimensão relacional, Soares (2012) aponta outras capacidades que são necessárias no ato de cuidar, que podem ser consideradas imprescindíveis para a realização do cuidado. Por exemplo, vemos como a boa comunicação, a escuta, a paciência e a empatia são capacidades que o autor ressalta para manter o equilíbrio na interação entre cuidado e cuidador. Já ser tolerante e calmo ante situações são capacidades que os cuidadores devem desenvolver. O referido autor cita Goffman (1967) para assinalar como no trabalho de cuidar as trabalhadoras utilizam o que ele define como qualificações sociais, isto é: "a capacidade de evitar o embaraço

para si e para o outro" (SOARES, 2012, p. 47). Soares (2012) ainda apresenta o conceito de “diplomacia” como uma qualificação imprescindível e por sua vez, “invisível”, que é muito necessária e valorizada nas profissões masculinas, mas totalmente desvalorizada nas femininas.

- A dimensão emocional: faz a relação humana sempre afetiva, pois o ser humano está sempre relacionado aos outros num estado de “não indiferença”, que compreende distintos graus de disponibilidade e receptividade. Em relação a todas essas características, Soares (2012, p. 46) aponta: “Convém assinalar que as fronteiras entre as diferentes dimensões aqui assinaladas são, por certo, arbitrárias na medida em que elas são vividas simultaneamente e existe uma sinergia importante entre elas”.

A emoção se define como um fenômeno com várias dimensões, que responde à reação de um estímulo ou a uma situação com mudanças fisiológicas, corporais, expressivas, comportamentais e cognitivas (SOARES, 2012). A emoção é expressada por meio de gestos, os quais podem ser manifestados dependendo da sociedade, de seus valores e de sua cultura. As emoções nos acompanham a todo momento em nossa vida e também se transformando, o que mostra os câmbios que acontecem no indivíduo. Elas se relacionam com o tempo, pois têm um início e um fim que contribuem para seu reconhecimento. As emoções também se traduzem no corpo através da fisiologia, como por exemplo pela palidez, taquicardia, falta de ar, sudoreação, etc. Seus níveis podem ser mais ou menos intensos, mas sempre existe um “objeto” que as desencadeia (SOARES, 2012,).

A esse respeito, Bueno e Palomo (2020) também consideram indispensável a implicação emocional e moral no trabalho de cuidado, embora muitas vezes estes aspectos sejam invisibilizados e não recebam a devida valorização. Na sua pesquisa com cuidadoras do SAD na Espanha, as autoras colocam como objetivo valorizar o que Hochschild (2002) chama de “trabalho emocional”:

Dar respuesta a parte de estas demandas implica “trabajo emocional” (Hochschild, 2002): manejo de los sentimientos y las emociones como una herramienta más que está presente antes, durante y tras atender a la necesidad de cuidado concretada en un momento y en cierta materialidad (aunque no siempre sea material la necesidad a cubrir) (BUENO, PALOMO, 2020, p. 235).

Por meio dessas aproximações, discute-se a definição que Tronto estabeleceu em 1993, do cuidado “como processo” que envolve o diagnóstico da necessidade de identificar em si próprio a responsabilidade de solucionar a situação e realizar o cuidado para dar resposta à

situação percebida. A subjetividade também está na interpretação da definição de Tronto (2005), quando a autora define o cuidado como um processo que colabora no desenvolvimento dessa subjetividade, da cessão social e da perpetuação do mundo.

Segundo Bueno e Palomo (2020), tanto na sua parte física quanto na emocional, existem muitas qualificações que as trabalhadoras têm de investir para realizar o trabalho de cuidado. Tais qualificações podem ser de dois tipos: tácitas ou adquiridas.

- **Qualificações tácitas:** são aquelas apreendidas através da história de vida da pessoa, sobretudo através da socialização em família. São específicas e difíceis de descrever, pois compreendem tarefas delicadas que podem chegar a ser repetitivas e monótonas, que requerem destreza, habilidade manual, psicomotricidade fina, disponibilidade e empatia. Muitas vezes, essas tarefas não são valorizadas, sequer qualificadas. Apesar disso, o mercado se beneficia delas de forma invisível.
-
- **Qualificações adquiridas:** são aquelas que aportam os cursos de formação e a experiência laboral das cuidadoras (BUENO; PALOMO, 2020).

Dessa forma, vemos como os autores trazem a importância das relações que envolvem o trabalho de cuidado e as emoções geradas nele, como são o medo, a raiva e a satisfação, que transpassam em todo momento a relação de cuidado. Por tratar-se de um trabalho com seres humanos, a aprendizagem da administração dessas emoções é imprescindível para garantir sua qualidade e continuidade. Segundo Hochschild, essa "gestão das emoções", do próprio indivíduo ou do outro, são complexas para uma análise, pois envolvem a saúde física e mental da trabalhadora (HOCHSCHILD, 2001).

Pensando nessas características do trabalho do cuidado, pode-se apreciar o nível de dificuldade do tema. Mais ainda atualmente, pois as relações de trabalho estão passando por um momento histórico emblemático, em que as exigências na prescrição do trabalho e no próprio mercado de trabalho se ampliam e renovam. Dejours (2014), a partir de sua visão do trabalho como um hiato entre a concepção da tarefa e aquilo que efetivamente o trabalhador executa, problematiza o quanto o trabalho é importante na vida dos trabalhadores. Segundo o autor, o trabalhador não só espera a recompensa material por seu labor, mas também o reconhecimento, apropriação esta que é muito importante para sua vida saúde. O trabalhador reafirma a centralidade da sua subjetividade na prática laboral, pois ele se refaz como pessoa simultaneamente com seu afazer como trabalhador, recria-se, reinventa-se (DEJOURS, 2014).

Aplicando tais conceitos ao trabalho do cuidado, podemos ver como este trabalho é permeado por um mundo de percepções e variáveis que podem fazer dele um poderoso instrumento de realização e bem-estar de todos os envolvidos, mas também se configura como um processo cujas relações de poder podem gerar situações que levem à casos de doença ou até mesmo à morte.

3.4 A SAÚDE DAS TRABALHADORAS DO CUIDADO

Falando das mudanças que marcam a vida no século XXI, podemos acompanhar na área da saúde a mais clara amostra de como o desenvolvimento de tecnologias e de conhecimentos não está acompanhado das noções de igualdade e justiça social. O avanço foi conquistado em muitos aspectos, como nas novas técnicas e instrumentos para garantir uma saúde de qualidade e por mais tempo ao ser humano, mas este bem, que deveria ser um direito garantido a todo cidadão, na realidade se transforma em mais uma mercadoria.

Através da teoria de Christopher Dejour (1987), podemos vislumbrar como o trabalho representa para o ser humano um desenvolvimento de suas capacidades e realização de seus desejos, mas também pode ser uma fonte de sofrimento e doenças. Sob esse viés, o trabalho não se apresenta como um aspecto neutro para o indivíduo, pois sempre gera satisfação ou sofrimento de acordo com as condições em que ele se desenvolve. Dessa forma, as relações de trabalho podem se converter em um fator de risco para o sofrimento. Outros fatores, como os históricos e laborativos, podem ser causas de distintos tipos de sofrimento. Na Psicodinâmica do Trabalho, também se apresenta a importância da liberdade para o diálogo e para a produção de ações dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho, adaptando-o às necessidades e aos desejos do trabalhador. Observa-se, pelo contrário, como a falta dessa negociação dentro dos processos de trabalho conduz ao sofrimento e à doenças desses trabalhadores (DEJOUR, 1987). Para o pesquisador, olhar para o trabalho como uma simples execução de tarefas sem considerar sua subjetividade é uma visão incompleta;

A subjetividade tem lugar, justamente, em uma “fenda”, que se dá entre o trabalho prescrito e o trabalho real, em que o sujeito pode fazer uso de sua criatividade. Ao mesmo tempo em que o trabalho gera sofrimento, é também fator de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto (DEJOURS, 2004).

No processo de trabalho e a partir da sucessão de reconhecimentos, o trabalhador vai caminhando um trilho que irá transformá-lo. Essa metamorfose passa pelo olhar dos outros, da sociedade e pode ser positiva quando existe uma ideia de progresso, mas também pode ser

negativa quando não há um sentido evolutivo.

De forma positiva, é pelo reconhecimento dos outros que a pessoa pode adquirir um melhor status e maior dignidade, aspectos que talvez o indivíduo não sentia ter antes (DEJOURS; MOLINIER, 2004). A seguinte concepção de trabalho colocada por Dejours (2004, p. 18) pode se aplicar ao cuidado em toda a sua amplitude: “[...] trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto”.

Segundo Castro (2012), podemos questionar por que frequentemente e devido a circunstâncias do trabalho, são observadas consequências nefastas à saúde dos trabalhadores. Saber como esse processo se produz nos espaços institucionais é um desafio para a classe trabalhadora, pois é necessário que essa situação seja visível para que seja combatida e contestada pelos trabalhadores, pela sociedade e pelo estado, por meio de ações e políticas públicas (CASTRO, 2012). Já nos espaços privados, fica ainda mais difícil de observar este processo pela própria invisibilidade do espaço. Para Souza e Oliveira (2017, p. 58):

A ideia de que a satisfação no trabalho compõe grande parcela da satisfação global, ou seja, na vida do trabalhador, justifica a crescente aplicação de ações voltadas à qualidade de vida no trabalho visando o resgate de certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.

No trabalho do cuidado, são agregadas condições que provocam a desmotivação, produzem insegurança e angústia pelo sofrimento diante da vulnerabilidade desta situação. Podemos observar como o sofrimento, o estresse e a ansiedade são uma realidade no cotidiano do processo de trabalho, considerando que são cada vez mais frequentes os relatos referentes a doenças físicas e psíquicas. Esse novo aspecto do trabalho de cuidado é verificado na ampla literatura que debate o tema. Associada a essas características, também está presente a delicada tarefa de lidar com a dor, com doenças e a morte, que aumentam os fatores de risco (CASTRO, 2012).

Nos trabalhos relacionados ao cuidado existe um contato direto com o paciente, de modo que muitas vezes os trabalhadores se obrigam a superar seus limites, o que acaba afetando em suas relações. Conforme Castro (2012, p. 93), o trabalho é uma das grandes questões do século: “[...] a Saúde do Trabalhador relaciona-se, de maneira inequívoca e obrigatória, com outras áreas de conhecimento, tanto nos campos de atuação dos profissionais da saúde como fora deles”.

Assim, a realidade vivida no contexto do trabalhador se apresenta na forma de flexibilização das relações trabalhistas, desregulamentação dos direitos sociais e de

trabalhadores, esvaziamento dos componentes da equipe com demissões em massa, terceirização e subemprego – questões que são muito significativas para a saúde do trabalhador (FERNANDES et al., 2008). As autoras ressaltam como cada situação pode ser diferentemente desenvolvida e apresentar estresse ou não, segundo a individualidade de cada trabalhador: “[...] onde se mobilizam recursos pessoais e organizacionais para enfrentar ou superar cada situação estressante vivida” (SOUZA et al., 2018, p. 493).

As autoras Hirata e Guimarães (2012) observam como, no Brasil, as pesquisas sobre cuidado e cuidadoras eram pouco frequentes, sobretudo em alguns âmbitos como o da economia e da sociologia do trabalho. Embora na atualidade sejam muito mais numerosos, sendo que as pesquisas sobre o cuidado como trabalho e as discussões sobre o tema se encontram em nível mais avançado, ainda são poucos os dados estatísticos, o que justifica a necessidade de maior produção de investigação e geração de conhecimento na área.

Observamos que o trabalho de cuidado tem inúmeras facetas e características que o tornam especial e de difícil aproximação. A feminização, a invisibilidade, a precarização, as relações de classe, raça e idade que o permeiam são percebidas de diferentes formas e pelas distintas subjetividades dos indivíduos. Além disso, a historicidade de cada um marca as percepções e reações em relação às situações envolvidas no ato de cuidar. Conhecer melhor esta complexidade nos apontará instrumentos para desenvolver fatores que podem agregar nesta relação de cuidador-cuidado e na saúde dos envolvidos.

4 AS CUIDADORAS DE IDOSOS

Foram apresentados os diferentes aspectos da sociedade moderna, sendo um deles a maior expectativa de vida das pessoas. Esse fenômeno já era observado desde meados do século passado em sociedades de bem estar, como as europeias e hoje se estendeu a países em desenvolvimento, como os latino-americanos. Segundo Neilson (2017, p. 30), o envelhecimento é, como a globalização, um processo multidimensional de efeitos múltiplos e entrelaçados:

[...] o envelhecimento acontece em contextos socioculturais, económicos e políticos que interagem uns com os outros de maneiras complexas e que, por sua vez, reagem em processos biológicos para moldar a condição do corpo ao longo do tempo.

Melhores condições sanitárias, de saúde, de educação, tecnológicas e até mesmo de alimentação são alguns elementos que contribuem para a extensão da longevidade das pessoas. A diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade complementam um panorama que tem evoluído rapidamente no sul da América Latina, colocando à prova o sistema social e cultural em que se baseia, a fim de garantir condições de qualidade de vida e de saúde. De acordo com previsões da ONU, em 2036 o processo de envelhecimento levará a uma inversão da pirâmide etária na América Latina e no Caribe. Segundo essas previsões, pela primeira vez a quantidade de pessoas idosas (acima de 60 anos) será maior que as crianças (de 0 a 15 anos) nos países em desenvolvimento.

No informe da Cepal (2018) sobre envelhecimento humano na América Latina e Caribe em 2030, a porcentagem de pessoas idosas na região será de 16,7% e em 2050, 25,1 % da população terá 60 anos ou mais. Dessa forma, percebemos como a expectativa de vida tende a aumentar significativamente, uma vez que, em 1950, uma pessoa podia esperar como média de vida chegar aos 51 e em 2010 aos 75 anos. Devemos considerar que tais previsões foram feitas antes da aparição da pandemia da Covid-19, situação que certamente modificou os prognósticos em todo o mundo.

No Brasil, o envelhecimento da população também tem crescido de maneira acelerada nos últimos anos (CAMARANO, 2004; CAMARANO; KANSO, 2010). A rapidez desse processo tem dificultado a adaptação das políticas públicas e dos serviços para os idosos.

Envelhecer, como processo natural de todo ser vivo, pode ser estudado de diversas formas e com diferentes aproximações. O envelhecimento individual também pode ser vivido de diferentes maneiras e dentro da própria sociedade pode ser um processo diferente entre

peessoas da mesma idade, assim como entre homens e mulheres e entre diferentes culturas (DOLL, 1999). Segundo Neilson (2017, p. 31): “as formas pelas quais envelhecemos diferem muito, por gênero, raça e classe obviamente, mas também por experiências históricas que afetam as coortes geracionais e as contingências das biografias individuais”. Com a mudança do padrão demográfico, surgiram outras mudanças – entre elas a epidemiológica. Há alguns anos, as doenças infecto contagiosas e transmissíveis eram a principal causa de morte para as pessoas no Brasil. Com o aumento da longevidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ganharam espaço e são atualmente as principais causas de acometimento e morte. Suas principais características são o fato de serem incuráveis, de longa duração e causarem a maioria das internações e sequelas, como a diminuição da funcionalidade (CAMARANO, 2004; CAMARANO; KANSO, 2010). As perdas de funcionalidade são entendidas como a dependência do idoso para exercer atividades instrumentais e básicas da vida diária.

Existem duas categorias: - **atividades instrumentais da vida diária** (AIVD), como são fazer as compras, preparar a comida, ir ao banco, tomar um transporte, telefonar, cuidar do dinheiro, gerir a própria medicação, etc.; e - **atividades básicas da vida diária** (ABVD), que são aquelas consideradas imprescindíveis no cotidiano, como a capacidade de se alimentar sozinho, tomar banho, deslocar-se de um cômodo a outro, deitar-se e levantar-se.

Conforme o passar dos anos, as capacidades funcionais começam a se perder. Dessa forma, um estudo realizado a partir de Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, indica que 30% da população com 60 anos ou mais que respondeu à pesquisa, tinham dificuldades com as ABVD. Dentro desse resultado, 81% declararam precisar de ajuda. Nesse estudo, aproximadamente 6% dos idosos que afirmaram precisar de ajuda para realizar uma ou mais atividades da vida diária não recebiam nenhum tipo de ajuda, enquanto 81% recebiam ajuda informal (de familiares e amigos), 6,8% recebiam ajuda mista – informal e remunerada – e 5,8% recebiam exclusivamente ajuda remunerada (LIMA-COSTA et al., 2017). Entende-se também, que a proporção de pessoas idosas com mais de 80 anos aumenta na sociedade, e elas precisam de mais atenção e cuidado, pois, quanto maior for a idade, maior será a proporção de perda funcional e dependência (CAMARANO, 2014).

Os cuidados com os idosos são distintamente implementados segundo o país e a sociedade. A primeira instituição responsabilizada é a família e muitas vezes são as mulheres que exercem o cargo de cuidadora. Também existe a presença maior ou menor do Estado nesta relação, que se manifesta de maneira diferente segundo a localidade. Percebemos, assim, como em países que se denominam desenvolvidos, o Estado cumpre muitas funções por meio da instauração de políticas, assumindo parte da responsabilidade.

Em cada região, o cuidado pode ser influenciado pelas características socioeconômicas e culturais da sociedade. Além disso, dentro de uma mesma sociedade as diferenças sociais e culturais fazem com que as pessoas satisfaçam as necessidades de cuidados em diferentes particularidades. No Brasil, a família é a principal responsável pelo cuidado das pessoas e a legislação brasileira prevê a responsabilidade familiar nesse sentido. Assim se institui e se pretende continuar a relação de poderes que aparece dentro da família considerada “normal”, em que o homem sai para trabalhar e a mulher cuida da casa e dos dependentes.

Contudo, a constituição familiar tem apresentado uma mudança radical na sua configuração, com o aumento das pessoas que se mantêm sozinhas ou então se casam e têm filhos mais tarde na vida. A quantidade de filhos por casal também está diminuindo de forma drástica e já não corresponde à quantidade de renovação da população, muitas vezes sendo um ou nenhum filho por casal. Outro fator a ser considerado é que as mulheres, principais responsáveis pelos cuidados, estão se inserindo no mercado de trabalho. Essas condições diminuem as possibilidades de cuidar dos idosos em casa, uma vez que são agregadas atividades de dupla ou tripla jornada de trabalho para elas. A falta de reconhecimento, a dedicação exclusiva, a soma das responsabilidades com o lar e os cuidados das pessoas dependentes são condições que sobrecarregam física e mentalmente os responsáveis pelo cuidado.

Essas novas realidades são alguns dos motivos que aumentaram a procura por formas de suprir a necessidade de cuidado, com o requerimento de uma participação mais ativa do Estado, do mercado e da sociedade em geral. O mercado aparece representado principalmente pelas **ILPIS**, demonstrando que o cuidado se transformou em uma mercadoria que deve ser suprida, uma necessidade que acaba gerando uma gama de serviços e emprega muitas pessoas, sobretudo mulheres. As **ILPIS** são instituições que surgiram ante a necessidade de cuidados mais especializados de idosos que perderam a funcionalidade ou demonstraram problemas de saúde e podem ser instituições de gestão privada ou filantrópica. O Estado não tem participação nos cuidados formais, apenas contribui com ajuda econômica em algumas instituições filantrópicas. Esta é a principal forma de cuidado extrafamiliar no Brasil, mas ainda é vista com desconfiança por grande parte da sociedade, que considera o cuidado familiar como garantia de qualidade.

4.1 CUIDADORAS FORMAIS E INFORMAIS

Podemos observar dois tipos de cuidadores: o familiar e o contratado. Na literatura, são diferenciados como cuidador informal e cuidador formal. Ravagni (2008, p. 54-55) define a função de cuidador formal da seguinte forma:

O cuidador formal é o profissional que recebeu treinamento específico para a função e exerce a atividade de “cuidador” mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência da família, em Instituições de Longa Permanência, ou acompanhar à pessoa idosa na sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.).

Dentro da definição de Ravagni (2008), são considerados os cuidadores de idosos remunerados que, apesar de muitas vezes não terem “treinamento específico” ou “relação contratual formalizada”, cumprem as funções do cuidado como forma de trabalho remunerado. Nesta pesquisa, utilizaremos a designação cuidadora remunerada ou formal para referir-nos às participantes que não sendo cuidadoras familiares, recebem pelo trabalho de cuidado – condição que serviu como critério de seleção para participar deste estudo.

Em maio de 2019, o Senado aprovou um projeto de Lei que regulamenta a profissão de cuidador de idosos, crianças e pessoas com deficiências. Esse projeto (PCL 11/2016) passou para sanção na presidência da república e até o momento desta pesquisa, o cuidador de idosos não foi reconhecido como profissão, mas sim como ocupação (RAVAGNI, 2008; HIRATA, 2010).

Desde 2003, os cuidadores formais constam na Classificação Brasileira de Ocupações sob o número 5162-10, projeto que regulamenta as condições e qualificações dos profissionais que pretendam atuar na área. Segundo o projeto, poderá exercer a ocupação de “cuidador de idoso” ou “acompanhante de idoso” o maior de 18 anos que tenha ensino fundamental e que tenha concluído, com aproveitamento, o curso de cuidador de pessoa idosa. Não deve ter antecedentes criminais graves e tem de ser submetido a uma avaliação de aptidão física e mental. O mesmo projeto observa, entretanto, que o cuidador está impedido de desempenhar funções que são da competência de outros profissionais da área de saúde e só pode administrar medicação via oral. Segundo este projeto:

A atividade de cuidador poderá ser temporária ou permanente, individual ou coletiva, visando a autonomia e independência da pessoa atendida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2019).

Muito tempo se passou desde que a discussão sobre esta legislação transcorre, embora as regulamentações sejam necessárias sob o ponto de vista da formalização e reconhecimento

da profissão de cuidador. Por outro lado, nem sempre os resultados dessas regulamentações trazem benefícios significativos para os idosos cuidados, suas famílias e para os cuidadores como trabalhadores. Para isso, é imprescindível realizar avaliações constantes das situações destes atores sociais em relação à política pública. Tais avaliações surgem dos resultados de pesquisas como a presente e da participação dos envolvidos, que se manifestam em relação à sua realidade e às melhorias que são necessárias.

Historicamente, no Brasil, as necessidades em relação às atividades domésticas de famílias de classes altas eram atendidas por escravas, que amamentavam bebês, cuidavam das crianças e dos doentes da família, além de realizar as tarefas de serviço da casa (GROISMAN, 2015). Para Groisman (2015, p. 65), o trabalho de cuidado era realizado tradicionalmente por trabalhadores “leigos” e sem preparação particular, situação que apresenta mudanças no decorrer do tempo: “[...] vem paulatinamente sofrendo processos de regulação, os quais tendem a incidir sobre aspectos como a delimitação das atribuições, requisitos de escolaridade, remuneração e jornada de trabalho, dentre outros”. Para Stone (2000), as novas necessidades de resolver as deficiências de cuidado trazem o aumento da reflexão sobre o tema e contribuem para a relevância do assunto, como uma trilha que pode ajudar as mulheres a se emancipar da ideia de que o trabalho do cuidado é dedicação obrigatória do gênero feminino. Para Stone (2000), quando o cuidado é realizado na esfera formal, como fonte de emprego, as normas que são aplicáveis não são as mesmas empregadas dentro da esfera da família. Isso ajuda para a mobilização em relação ao tema e às responsabilidades de todos os membros da sociedade.

Segundo Groisman (2015), o mercado do cuidado vem se desenvolvendo de forma acelerada no Brasil e isso não se dá somente pelas razões demográficas ou de transformações nas famílias, mas também pela privatização da saúde e do cuidado. Com a falta de políticas públicas que contemplem essas necessidades, as desigualdades na obtenção desse serviço são cada vez mais pronunciadas. Dessa forma, produz-se o que Tronto (2005) define como círculo vicioso de desigualdade nos cuidados, cujo serviço está cada vez mais caro em relação à condição econômica de quem tem a necessidade. A autora também aponta que deve ser considerada a individualização e privatização do problema social do cuidado (TRONTO, 2005).

Percebemos que, além da necessidade cada vez mais imperiosa de cuidadores formais e a falta de legislação nesse sentido, as pesquisas também são escassas e de difícil acesso à população. Essas condições, somadas a dedicação exclusiva e integral indispensáveis para atender às necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa, pode levar à fragilização, depressão e estresse do cuidador. Todas essas situações repercutem no cuidado e na relação

com a pessoa cuidada. Segundo Doll (2006, p. 19), existem três fatores decisivos no bem estar do idoso:

podemos nomear três fatores que têm grande influência para o bem-estar de pessoas idosas: em primeiro lugar vem a saúde subjetivamente percebida pela própria pessoa; em segundo, relações sociais que são percebidas como equilibradas e satisfatórias; em terceiro, a situação econômica.

Embora também tenham sido nomeados outros fatores sociais que são importantes na subjetividade de vivência da velhice, estes expostos pelo autor estão relacionados com a ação do cuidado, que influencia diretamente no bem estar do ser cuidado, neste caso o idoso.

Sabemos que, em Porto Alegre, não existem dados específicos sobre qual a quantidade e quais as características de pessoas que atuam na função remunerada de cuidador de idosos. No censo de 2010, observa-se que Porto Alegre apresenta mais porcentagens de pessoas idosas em relação a outras capitais, com 15,04% da população (IBGE, 2010). Desse percentual, a maioria se concentra na região central da cidade, correspondendo a 21,72% da população idosa. Pensando que uma porcentagem de aproximadamente 30% precisa de ajuda para as atividades da vida diária, embora a ajuda venha em grande parte das mulheres da família, também existem cuidadoras remuneradas que colaboram com esta função.

Importante nesse sentido é conhecer as cuidadoras e colaborar com a visibilidade deste trabalho de cuidado para poder identificar e discutir os problemas deste afazer básico para a vida humana, com o objetivo de encontrar estratégias para melhorar este processo e conseqüentemente, a vida das pessoas cuidadas e de seus cuidadores.

5. A PESQUISA

5.1 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem o objetivo geral de conhecer os cuidadores de idosos remunerados da cidade de Porto Alegre, sua percepção da qualidade de vida e os saberes ativados no afazer do cuidado.

Foram colocados como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil bio-sócio-demográfico, laboral e de saúde de cuidadores de idosos que trabalham na cidade de Porto Alegre;
- Investigar as percepções dos cuidadores em relação a sua saúde e a sua qualidade de vida;
- Investigar as concepções dos cuidadores referentes a seu trabalho do cuidado e os saberes mobilizados para sua realização.

5.2 METODOLOGIA: A AVENTURA DE PESQUISAR EM PANDEMIA

Devemos estar cientes de que, em um trabalho científico, a escolha dos instrumentos para levantamento de dados é da maior importância para garantir a credibilidade e cientificidade da pesquisa. Considerando que a visão do pesquisador pode ser colocada de diferentes formas nos distintos aspectos dela, o caminho metodológico escolhido para este estudo foi minuciosamente avaliado em relação ao referencial teórico, métodos e instrumentos de pesquisa. A intenção, portanto, é pensar a construção de conhecimento como um processo de busca constante, sem certezas absolutas (DOLL, 2006). Concordamos com VÍctora, Knauth e Hassen (2000, p. 34) quando afirmam que: “cada tipo de metodologia traz consigo um conjunto de pressupostos sobre a realidade, bem como um instrumental, composto por uma série de conceitos, pelo treinamento do olhar e por técnicas de observação da realidade”. Para Flick (2004, p. 18), a importância no processo de pesquisa está na “subjetividade”, tanto do investigador quanto daqueles que são investigados: “O pesquisador se coloca frente a seu objeto com determinado olhar, através de suas referências teóricas assim como de sua forma de estudá-lo”. Nesse sentido, um dos interesses da atual pesquisa é adentrar desde a minha subjetividade até as subjetividades e particularidades dos sujeitos de estudo. Eu, Julia, com minha história, minhas peculiaridades como ser humano e como pesquisadora consciente do meu olhar particular de “cuidadora”, me coloco por meio de uma escolha metodológica e marco teórico que caracterizaram o meu trabalho.

O início da ideia desta pesquisa faz parte da minha sensibilização para com o processo de cuidado que, junto com a observação de elementos próprios do ato de cuidar, provocou a necessidade de aprofundar o tema. Diante da realidade atual, existe uma urgência cada vez mais tangível de cuidar dos outros e de receber cuidados, sobretudo na etapa da velhice.

Então, para chegar aos objetivos de conhecer os cuidadores de idosos de Porto Alegre, suas percepções sobre seu trabalho e sua saúde como trabalhadores, utilizei instrumentos da metodologia qualitativa. Foi realizada uma pesquisa exploratória descritiva e como ferramentas, foram utilizados questionários semi abertos online e entrevistas abertas.

Para Minayo, Deslandes, Neto e Gomes (1998, p. 22), a pesquisa qualitativa responde às particularidades dos níveis de realidades que não podem ser quantificados. De acordo com os autores:

A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A mudança social traz novos desafios para o pesquisador, em que se faz necessário aspirar o desenvolvimento de uma visão com novas sensibilidades que amplie a perspectiva em relação à escolha dos métodos. Para Flick, (2004, p. 28) “a pesquisa qualitativa estuda a partir de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos”.

Ainda segundo o autor, a pesquisa qualitativa tem alguns aspectos essenciais que a diferenciam da pesquisa quantitativa.

Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias oportunos, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento, e na variedade de abordagens e métodos (FLICK, 2004, p. 28).

Flick (2004) discute sobre a importância da adequação dos métodos de pesquisa ao objeto de pesquisa. Dessa forma, pensando em um método que pudesse captar melhor as percepções das cuidadoras, a proposta inicial era realizar questionários semi abertos de forma presencial, além das entrevistas com cuidadoras de forma mais aprofundada, a fim de conhecer suas biografias e captar seus sentimentos e emoções.

Antes do começo da pesquisa, eram previstas algumas dificuldades nela, como o acesso aos cuidadores. Esse fator aparece porque a população objetivo são pessoas inseridas na sociedade em âmbitos caracterizados pela invisibilidade, heterogeneidade e difícil

aproximação, o que tornou complicado o convite para a participação. Nesse sentido, o processo de coleta de dados já era entendido como um momento de aprendizado que exigiria muita dedicação. Contudo, essa etapa foi ainda mais dificultosa do que o planejado, já que a eclosão da pandemia pelo Covid-19 fez com que a proposta metodológica tivesse de ser mudada radicalmente para se adaptar à situação de isolamento social. Diante desses fatos, foram enfrentados desafios pessoais e como pesquisadora, dificuldades estas, que se somaram às de acessar esse público objeto desta pesquisa.

Uma das alternativas pensadas ao início, foi a divulgação em diferentes meios e instituições que tivessem contato com idosos e cuidadores na cidade de Porto Alegre. Houve investimento em material impresso, como cartazes e folders para a divulgação, mas não foi possível utilizá-los, pois a obrigatoriedade do isolamento social deixou impossível o acesso aos locais. Paralelamente, foi impulsionado um endereço de Facebook que iria assumir uma função acessória na divulgação, mas teve um papel predominante na difusão e captação de participantes. À medida em que as cuidadoras tinham algum conhecimento sobre o assunto, outro método utilizado foi o “bola de neve” ou pesquisa survey, em que os contatos passam a divulgar entre o seu círculo social. Para Freitas et al. (2000, p. 105), “A pesquisa survey pode ser descrita como a obtenção de dados e informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo[...]”.

Interessante ressaltar que essa apropriação das mídias como elemento de comunicação e contato com as pessoas foi um grande obstáculo, pois até então elas não faziam parte do meu cotidiano. Através desse método, foram convidadas a participar do questionário as cuidadoras remuneradas de idosos de Porto Alegre, porém, ainda houve dificuldade nesse sentido, pois muitas pessoas fizeram comentários públicos no Facebook e não responderam o questionário.

Em relação à parte da pesquisa baseada nas entrevistas, a dificuldade esteve no acesso às pessoas. Com a readequação das entrevistas pelo modo remoto, agrega-se a minha característica de não ser brasileira nata, apresentando um forte sotaque, o qual nunca tinha dado problemas até o momento, mas dificultou muito a comunicação com as participantes. Assim, foi conversado com pessoas mais experientes como cuidadoras para realizarmos as entrevistas, apresentando-se muitas dificuldades em viabilizá-las de forma remota, tanto pelas limitações tecnológicas quanto pela comunicação propriamente dita.

Dessa forma e respeitando o isolamento social e a população de pesquisa, as entrevistas tiveram de ser readaptadas para o modo em vídeo chamadas. Tal modalidade apresentou a dificuldade técnica envolvendo o aplicativo utilizado, que não realizou as gravações prometidas, mesmo com a verificação de vários aparelhos celulares e aplicativos.

Aprofundando na busca de soluções, constatei a existência de restrições que impedem as gravações de vídeo chamadas e de chamadas telefônicas.

Além disso, as cuidadoras demonstraram ter dificuldades de inserção digital necessárias para a realização de entrevistas remotas, com problemas em relação aos materiais necessários, nas características dos seus aparelhos celulares, no acesso à internet e no conhecimento de seu manuseio. Procurando meios para poder realizar meu trabalho, solicitei que fosse aberta a possibilidade de gravação na sala de Mconf, online disponibilizada como plataforma pela UFRGS. Solicitação que foi atendida por parte do CPD da UFRGS. Esse fato foi muito importante para dar ânimo e me tirar do estado de quase desespero em que vinha me sentindo pela falta de saídas em que me encontrava. Porém, essa alegria durou pouco, pois, embora a plataforma tenha sido testada com pessoas de meu convívio, apresentando-se de utilização adequada, no momento de realizar a entrevista junto às cuidadoras e após conciliar as agendas com pouco tempo, houve a impossibilidade de utilizar a Mconf, pois esta não conseguiu ser acessada pelas trabalhadoras. Por esse motivo, não foi possível cumprir o objetivo em relação ao número de entrevistas pretendidas, realizando-se apenas três através da gravação indireta de chamadas pelo whatsapp.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 57 cuidadores de idosos da cidade de Porto Alegre, os quais completaram um questionário semi estruturado online, no Google Docs. Este questionário recebeu 63 respostas de cuidadores, mas, na parte de dados quantitativos, foi utilizado como critério excludente a realização do trabalho de cuidado na cidade de Porto Alegre, de modo que foram descartadas as respostas de 6 pessoas que não moravam e não trabalhavam em Porto Alegre.

Dentre os participantes, 55 são mulheres e 2 homens, com idades entre 23 e 64 anos. Para participar, foi necessário que essas pessoas tivessem um manuseio básico do celular e soubessem ler para poder responder as perguntas. Como há maior quantidade de mulheres em relação aos homens, será utilizado o termo cuidadora, ou cuidadoras, para referir aos participantes. As pessoas que responderam ao questionário se identificaram como cuidadores de idosos remunerados da Cidade de Porto Alegre.

Em relação aos indivíduos que não eram de Porto Alegre e que responderam o questionário, foi necessário realizar uma avaliação considerando que a pessoa respondeu ao questionário reconhecendo-se trabalhadora do cuidado, ainda que não contemplada pela zona

preestabelecida da pesquisa, demonstrando a necessidade de ser escutada e valorizada. Dessa forma, apesar de não ingressarem os dados para os perfis sócio bio demográficos, as respostas qualitativas que partiram da necessidade destes cuidadores de serem escutados formaram parte do material sobre sentires e saberes do cuidado.

A primeira pergunta do questionário foi dirigida ao consentimento livre e esclarecido (Anexo 1), tendo como opção de resposta participar, ou não, da pesquisa. Apenas a resposta “sim” abria a possibilidade de continuar respondendo às outras questões.

5.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

5.4.1 Questionários

Os dados foram obtidos mediante levantamento dos questionários feitos com as trabalhadoras do cuidado. O questionário (Anexo 2) considerou características sociais, demográficas, de saúde, laborais, e incluiu idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, renda, função, vínculo empregatício, anamnese, história laboral, entre outros aspectos. Essas variáveis permitiram conhecer os participantes da pesquisa. A primeira parte do questionário foi elaborada para coletar os dados necessários de caracterização dos participantes, e a segunda parte conteve perguntas abertas, em que as participantes responderam por extenso com seu próprio vocabulário e expressões. Para preservar as identidades das participantes, não se utilizou seu nome e foram identificadas na escrita através da letra C, de cuidadora, e um número.

Para Flick (2004, p. 89), a entrevista semiestruturada é uma ferramenta muito utilizada nas ciências sociais, pois com ela “[...] é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário”. Como Goldim (2000, p. 79), penso que a preocupação na forma da apresentação das perguntas é definitiva, pois existe “a indiscutível relação entre a maneira de perguntar e as respostas obtidas”. Esse ponto foi levado em conta para a elaboração do questionário e das perguntas abertas. Assim, precepei-me em apresentar as perguntas de forma clara para as pessoas, expressando-me com sensibilidade para que a pessoa se sentisse confortável para responder. O número de perguntas foi limitado para não ser cansativo para o entrevistado.

Para avaliar a saúde das cuidadoras, pensei em várias formas de aproximação ao tema e a que me pareceu mais adequada, pela abrangência e pela visão multidimensional, foi a de Qualidade de Vida no Trabalho. O referencial teórico que respalda este conceito parte da OMS

(Organização Mundial da Saúde), através da formulação inicial de Qualidade de vida que pretende valorizar de uma forma mais holística o ser humano e suas percepções sobre si mesmo e suas condições (FLECK et al., 1999).

Para o grupo da OMS, a Qualidade de Vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998, apud FLECK et al, 1999, p.17). Esse conceito geral engloba a dimensão do trabalho na vida das pessoas, assim o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho surge para dimensionar o viés da vida dos trabalhadores.

O instrumento WHOQOL-Bref, questionário já amplamente validado no Brasil, é muito utilizado mundialmente e avalia Qualidade de Vida no Trabalho, tendo um grupo de respaldo dentro da UFRGS; Qualidep (vinculado ao Programa de Pós graduação em Psiquiatria da UFRGS). Traduzido para o português pelo grupo WHOQOL, o questionário WHOQOL-Bref constitui-se por 26 perguntas, das quais 24 representam as facetas do instrumento e 2 são gerais sobre percepções de qualidade de vida. As chamadas “facetas” estão divididas em “domínios”, que representam áreas: física, psicológica, relações sociais e o meio ambiente. A seguir, estão descritas as facetas do WHOQOL-bref :

Domínio I - Domínio físico: Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso, Mobilidade, Atividades da vida cotidiana, Dependência de medicação ou de tratamentos, Capacidade de trabalho.

Domínio II - Domínio psicológico: Sentimentos positivos, Pensar, Aprender, Memória e Concentração, Autoestima, Imagem corporal e aparência, Sentimentos negativos, Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Domínio III - Relações sociais: Relações pessoais, Suporte (Apoio) social, Atividade sexual.

Domínio IV - Meio ambiente: Segurança física e proteção, Ambiente no lar, Recursos financeiros, Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, Participação e oportunidades em recreação/lazer, Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), Transporte.

5.4.2 Entrevistas

Minayo, Deslandes, Neto e Gomes (2004) descrevem-nos a entrevista em pesquisa social como sendo um instrumento que o investigador utiliza como ferramenta de busca de informação sobre a pessoa pesquisada, tendo em conta que ela não é neutra e que está inserida num contexto e uma história social, “em uma determinada realidade que está sendo focalizada” (MINAYO et al., 2004, p. 57).

Entendemos a entrevista como um diálogo no qual se fazem algumas perguntas para que o participante responda. Para Minayo et al (2001, p. 57), a entrevista “é uma conversa a dois com propósitos bem definidos”. Estes autores caracterizam as entrevistas como “estruturadas e não estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas” (MINAYO et al, 2001, p. 58). Neste trabalho, utilizamos como recursos, entrevistas abertas e levando em conta o tempo e disponibilidade, foram realizadas 3 entrevistas mais aprofundadas. Foquei a participação através de um aprofundamento nas histórias e percepções das entrevistadas sobre o cuidado. Nestas entrevistas, foram realizadas gravações de áudio e vídeo para um registro das respostas, conseguindo assim um fácil acesso ao material para depois fazer uma análise, já contemplando as sutilezas das linguagens que não só as faladas, mas as linguagens corporais, dos silêncios, etc.

Para Flick (2004, p. 89), a entrevista semiestruturada é uma ferramenta muito utilizada nas ciências sociais, pois com ela “[...] é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário”.

Procurando, então, privilegiar esses pontos de vista dos cuidadores, foram planejadas entrevistas com questões mais abertas, permitindo que as entrevistadas possam discorrer livremente em suas percepções sobre sua vida, o cuidado e o processo de trabalho. Foi previsto o agendamento das entrevistas em lugar tranquilo e descontraído de preferência do entrevistado, mas que permitam uma gravação de áudio e vídeo de qualidade, mas na realidade estas entrevistas foram realizadas por vídeo-chamadas. As perguntas foram pensadas de um modo mais motivador, que somado à atitude da pesquisadora e o local calmo, pôde gerar uma situação de abertura e descontração para que a pessoa se sentisse com confiança para falar em liberdade.

Como Goldim (2000, p. 79), penso que a preocupação na forma da apresentação das perguntas é definitiva, pois existe “a indiscutível relação entre a maneira de perguntar e as respostas obtidas” Esse ponto foi levado em conta, tanto para a elaboração do questionário como do roteiro da entrevista aberta.

Roteiro da Entrevista:

- Fale um pouco de sua vida (Relato de experiências da história de vida do entrevistado);
- Saberes do Cuidado: O que é cuidar? Como e quando aprendeu a cuidar?
- Saúde do Cuidador: refletindo sobre sua saúde;
- Pensando em ações para a melhora da vida dos cuidadores: o que se pode fazer para melhorar a saúde destes trabalhadores?

Para preservar o anonimato das participantes os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é a instância em que, após a coleta, são elaboradas as informações e sistematização dos dados, para então pensar nos resultados obtidos. As respostas serão categorizadas, por exemplo, de acordo com aspectos de idade, escolaridade, raça, religião, doenças de trabalho e problemas de saúde recorrentes. Essa categorização será realizada segundo a análise de conteúdo (BARDIN, 2007).

Foi realizado o levantamento de frequências e porcentagens das variáveis, em seguida foi feita a análise de conteúdo das respostas com a criação de categorias. Para a análise das respostas, os dados obtidos foram estudados por meio da análise de conteúdo. Nesse método, no qual é necessário elaborar categorias, foi procurada “a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além da aparência do que está sendo comunicado” (MINAYO et al., 1998, p.74).

Depois de transcrito o processo de análise, foi realizado um processo de pré análise conforme as indicações de Bardin (2000): inicialmente são formadas categorias para, depois, analisar o material obtido a partir dos conceitos teóricos e os objetivos a serem pesquisados. Pretendo elaborar o que Minayo et al. (1998, p. 75) chamam de unidades de registro: “Estas unidades poderão ser palavras, frases ou até temas. Também elaborando unidades de contexto, como referências mais amplas. Elaborando então categorias. Para realizar este processo, seguiremos três fases:

Uma primeira fase e depois de uma leitura exaustiva, fazemos uma sistematização dos dados obtidos, definindo as unidades de registro e de contexto, também partes que consideramos importantes e categorias; Na segunda etapa aplicamos o determinado na etapa anterior. Sendo uma fase longa, pode levar à necessidade de leitura repetida do material; Na terceira fase, tenta-se desvendar o conteúdo subjacente ao explícito.

“Sem excluir as informações estatísticas, nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando (MINAYO et al, 1998, p.76).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como ser humano e trabalhadora da saúde, a ética sempre foi um tema que me preocupou profundamente. Penso que o comportamento ético deve estar presente em todas as dimensões de nossa vida e em todas as relações humanas que instauramos. Nossas ações implicam consequências sempre, sobretudo quando estamos exercendo como profissionais de saúde, ou neste caso como pesquisadores. Levar em conta isso em nosso agir e em nossos relacionamentos faz parte de valores como o respeito, a honestidade e a preocupação com o próximo. Esses princípios nos permitem viver em sociedade e caracterizam um tempo histórico e cultural ao que pertencemos e onde é gerada nossa produção científica.

Nesse sentido, vejo-me representada em autores como Víctora, Knauth e Hassen (2000), quando escrevem que, ao falarmos de ética, estamos falando de ação humana. Ação voluntária e livre, relacionada a atos que produzem consequências em outros. Lembrando a importância deste tema na pesquisa, sou ciente das minhas responsabilidades como pesquisadora e tomei as providências necessárias, tanto na elaboração do projeto quanto na liberdade de participação das pessoas nele envolvidas. Assim, as participantes foram informadas sobre os objetivos do trabalho, a metodologia, as responsabilidades da pesquisadora e da instituição em relação aos dados coletados. Foi ressaltada, então, a autonomia de escolha em participar ou retirar a participação em qualquer momento, se assim fosse desejado.

Este projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade e submetido a todas as instâncias que garantam sua validação, a fim de atender o marco normativo da Resolução N° 510 do dia 7 de abril de 2016, resolução do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais e regulamenta a obtenção de dados diretamente de participantes e que possam vir a acarretar riscos (BRASIL, 2016).

Como exige essa resolução, foram requeridos termos de livre consentimento para a participação pelos entrevistados (Anexo 1 e Anexo 2), nos quais constam claramente os objetivos e os nomes das pessoas e instituições responsáveis pela pesquisa. Nele, explica-se a confidencialidade dos dados pessoais, então o consentimento é assinado e é realizado seu registro.

5.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Como vimos descrevendo até agora, esta pesquisa teve maior dificuldade para sua realização do que o esperado. Nosso objeto é composto por um grupo social, que trabalha na invisibilidade e não possui coletivos organizados para representá-los e manifestar suas demandas. Essa questão já era considerada quando se apresentou o projeto e foi despendido um esforço para a captação de participantes apesar dessas características. Porém, a pandemia da Covid-19 se dissipou pelo Brasil na época do início da divulgação da pesquisa, o que gerou muitos mais empecilhos a sua execução. O medo que se instaurou na população, a incerteza da situação mundial e no Brasil, as novas condições do contexto aprofundaram a dificuldade de focar na pesquisa.

Esperando que a situação melhorasse e pensando em variadas estratégias, antes tidas como impraticáveis, foi possível dar continuidade ao trabalho de maneira integral por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para a obtenção de dados. Mesmo que, no momento, tenha sido um instrumento que salvou a situação, temos de estar cientes de suas limitações, que foram manifestadas logo no momento prático.

Devemos considerar também que muitos profissionais da área do cuidado não possuem o mesmo potencial de acesso e de manejo das TICs, as diferenças são entre a mesma população e em relação à população em geral. Muitas dessas pessoas são idosas e não têm telefone celular ou então não sabem acessar um questionário como o que foi elaborado para a pesquisa. Também temos que ter em conta que muitas pessoas não tiveram nem sequer a oportunidade de estar informadas sobre a pesquisa e outras não se interessaram. A formulação das perguntas foi adaptada para ser facilmente entendida por todos, embora em casos pontuais se notasse que a pessoa não realizou uma leitura da pergunta mais detalhadamente. Importante apontar que, devido a estas condições, os resultados do trabalho podem ter tido um viés não esperado no projeto de pesquisa.

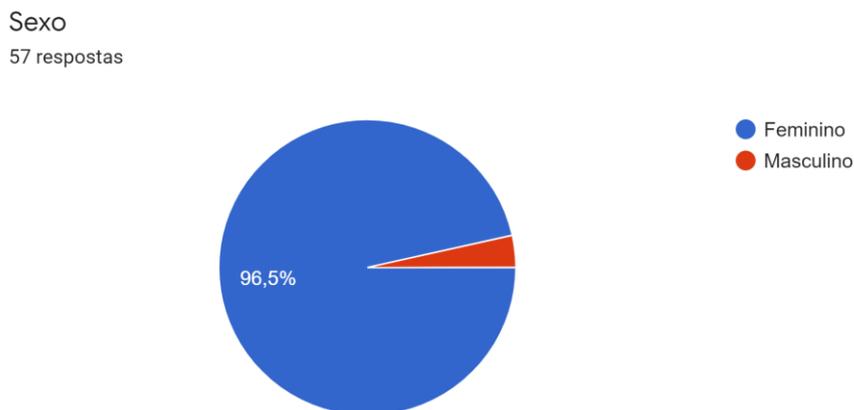
6 RESULTADOS

6.1 PERFIL BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE CUIDADORES DE IDOSOS REMUNERADOS DE PORTO ALEGRE

6.1.1 Perfil Sociodemográfico

Nesta pesquisa, foi possível alcançar um número de 57 pessoas participantes do questionário, as quais se auto definiram como cuidadores remunerados de idosos que trabalhavam em Porto Alegre. Houve uma mudança das características prevista dos sujeitos da pesquisa, em que o recorte seria a função de cuidadora de idosos no momento da pesquisa. Esta nova realidade já foi comentada anteriormente e transformou o escopo das participantes, no sentido de que todas elas são pessoas que se autodefinem como cuidadoras remuneradas, estejam ou não realizando essa atividade no momento.

Figura 1 – Sexo



Fonte: Elaborado pela Autora.

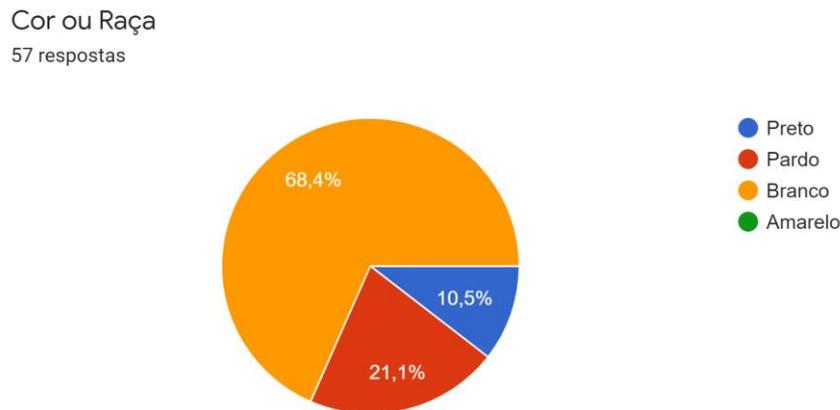
Das 57 pessoas que responderam ao questionário, 55 eram mulheres – o que corresponde a 96,5% – e 2 homens, correspondendo a 3,5% dos participantes. Podemos notar que, apesar da existência de homens cuidadores, a maioria dos sujeitos da amostra foram mulheres, então o questionário foi respondido somente por dois homens. Na experiência particular como professora de curso de aperfeiçoamento de cuidadores, pude observar que, mesmo representado por uma baixa porcentagem, o sexo masculino está presente nesta função de cuidador remunerado e, assim como as cuidadoras que participavam dos cursos, eles também sentiam a

necessidade de maior capacitação para seu trabalho. No questionário esteve aberta a opção de declarar outras formas de identificação sexual, mas ninguém utilizou essa opção.

Como temos visto até agora, o setor do *care* é voltado ao gênero feminino. Nesse sentido, os dados da caracterização da amostra vêm ao encontro da realidade mundial e nacional, em que a maioria das cuidadoras – sejam familiares, sejam trabalhadoras remuneradas – são mulheres. Camarano e Kanso (2010) baseiam-se em dados do IBGE de 2013, que apontam o sexo feminino como a grande maioria dos cuidadores em geral. Embora exista a sensação de que essas porcentagens estão mudando, não temos dados certos sobre essa situação. Há falta de conhecimento sobre a realidade das cuidadoras, neste caso não somente em se tratando de gênero e quantidade, mas também em relação a outras características importantes, como escolaridade e saúde em geral. Isso nos mostra como o trabalho de cuidado é invisibilizado principalmente no que diz respeito às cuidadoras de idosos (HIRATA, 2016).

A realização deste estudo coincide com estudos realizados em outros países, como na cidade de Castelo Branco, em Portugal, onde foram entrevistadas 254 cuidadoras formais das Ilpis da cidade, sendo todas elas mulheres (PINHEIRA, BERINGILHO, 2017). No Brasil, todos os estudos verificados com cuidadores são compostos por ampla maioria de participantes de gênero feminino, assim como a pesquisa realizada por Martins et al. (2019), na cidade de São Carlos, em São Paulo. A referida pesquisa apresenta as características de cuidadores formais e informais com pacientes que possuem Alzheimer, sendo a amostra de 96% de mulheres referente aos cuidadores informais, e 94% no caso dos cuidadores formais (MARTINS et al., 2019). Em estudo publicado neste ano, sobre as características de cuidadores formais de idosos no Paraná, pode-se observar que o número de participantes é similar ao desta pesquisa (foram 50 entrevistados), dentre os quais 92% são mulheres (ZIESEMER et al., 2020).

Figura 2 – Cor ou Raça



Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação à cor da pele, os dados foram coletados no questionário a partir da auto identificação das participantes. Para isso, foi utilizado a descrição usada pelo IBGE onde aparecem: cor negra, parda, branca, amarela e foi acrescentada a opção “outros” para aqueles que não se identificaram com essa classificação. Estando ciente das limitações desta categorização realizada pelo IBGE, a utilização da autopercepção neste questionário contribuiu para o registro de cada participante em relação a sua identidade, independentemente de uma possível avaliação da pesquisadora.

Interessante comprovar que nesta amostra de cuidadores a grande maioria se declarou como brancos, 39 pessoas, correspondendo ao 68,4% da população. Os demais participantes correspondem a 31,6%, que se dividiram entre pessoas autodeclaradas como negras (10,5%) e pardas (21,1%).

Observamos que estes resultados diferem de dados da bibliografia de referência nacional, cujas amostras representam que a maioria das pessoas cuidadoras são negras ou pardas, e não brancas. Embora na história do Brasil o cuidado domiciliar venha a ser representado sobretudo pelas pessoas negras em decorrência do período escravocrata, que até hoje possui resquícios de desigualdades sociais entre as raças, em nossa amostra este dado não foi representado. Podemos pensar que esse resultado difere dos nacionais pelos seguintes motivos: 1) Em Porto Alegre, no censo de 2010, 79,24 % da população se autodeclarou branca, enquanto 20,24 % se autodeclarou negra (IBGE, 2010). Nesse dado, observamos uma porcentagem menor de pessoas de origem negra no sul do país, ao contrário das regiões central e nordeste; 2) Outra hipótese é de que pessoas que se autodefinem como negras ou pardas

podem ter menos recursos tecnológicos e materiais, o que ocasiona alguma dificuldade de acesso a esta pesquisa.

Em um estudo realizado por Passos (2016) com 254 cuidadoras de serviços residenciais terapêuticos do Rio de Janeiro, o resultado foi de 72% de cuidadoras negras e 26% de cuidadoras brancas. Para a autora, a coleta de dados é muito relevante porque:

[...] ajuda a compreensão do trabalho de care na história da sociedade brasileira, marcada pela desigualdade de raça/etnia, e perpetuada pelo pensamento conservador e escravocrata. A predominância de mulheres negras em trabalhos domésticos e de care não é de hoje, ela apenas nos faz lembrar a herança perpetuada pela subalternidade racialmente que ainda nos marca (PASSOS, 2016, p.170).

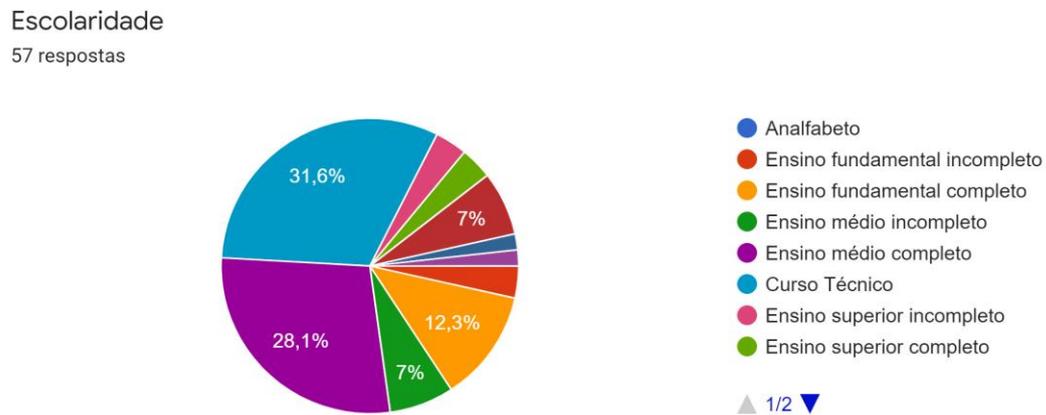
Da mesma forma, Helena Hirata (2016) aponta para essas características das cuidadoras de idosos no Brasil, que são, segundo ela, majoritariamente mulheres, pobres e negras ou pardas. Tendo presente esses dados, e ao revisar a bibliografia sobre perfil sociodemográfico das cuidadoras em diferentes trabalhos de pesquisa, pude verificar que esta variável de cor ou raça não estava apresentada como variável pesquisada, e não aparecia como dado sociodemográfico em várias investigações sobre cuidado estudadas. Tal situação me provocou um estranhamento e por si só representa uma colocação da comunidade de pesquisadores do cuidado ao respeito.

Em relação à idade das cuidadoras da amostra, os resultados indicam que correspondem à faixa etária entre os 23 e 64 anos, estando a maioria na faixa acima de 40 anos e com média da amostra de 48,3 anos. Dentre as 57 participantes, quatro declararam ter menos de 30 anos, oito entre 31 e 40 anos, dezessete entre 41 e 50 anos e vinte de 50 a 60 anos. Importa observar que também participaram do questionário oito pessoas com mais de 60 anos. Vemos como a concentração em mulheres de meia idade, e até mais velhas, faz do cuidado uma opção de saída laboral alternativa a outros serviços, ou então a falta de inserção em outras áreas de serviços profissionais que sejam interessantes. Muitas vezes, pode significar um movimento nas áreas de desempenho no qual se exige menos preparação técnica e mais “atitude” e experiência. Nesse sentido, os dados acompanham a minha experiência particular em cursos de cuidadoras, onde a maioria dos profissionais eram mulheres de meia idade. Em estudos nacionais, as faixas etárias que representam as cuidadoras de idosos estão contempladas em maior proporção por pessoas com idades em torno dos 40 anos.

No estudo realizado recentemente no Paraná (ZIESEMER et al., 2020), 75% das cuidadoras tinham mais de 40 anos, e 25% entre 20 e 39 anos. No estudo de Martins et al. (2017), 50% das cuidadoras tinham entre 40 e 59 anos. Já em estudos focados em cuidadoras

remuneradas de idosos em Ilpis, as médias de idade são menores, como por exemplo no estudo de Diniz et al. (2018), as cuidadoras formais participantes tinham uma média de 36,7 anos, enquanto no estudo de Barboza et al. em Natal, Rio Grande do Norte, 59% tinham menos de 40 anos.

Figura 3 – Escolaridade



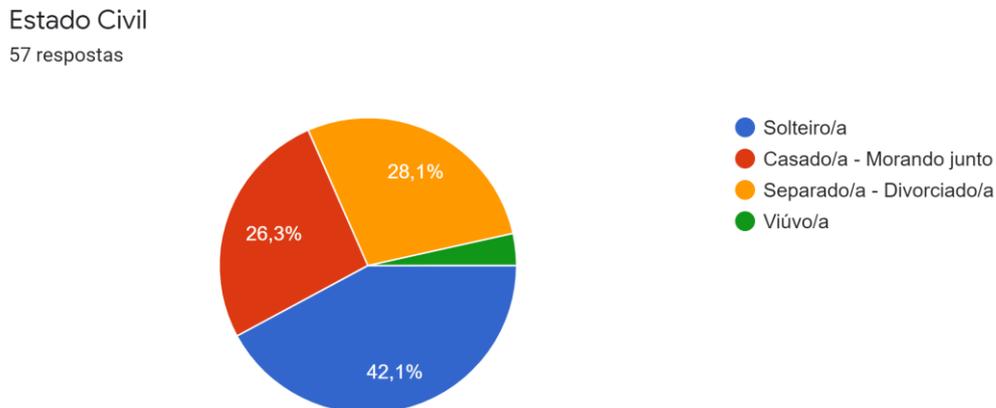
Fonte: Elaborado pela Autora.

Na representação da escolaridade declarada pelas cuidadoras, podemos observar os seguintes resultados: duas cuidadoras se declararam com ensino fundamental incompleto, sete com ensino fundamental completo, quatro com ensino médio incompleto, 16 com ensino secundário completo, 18 com curso técnico, três com graduação incompleta e seis com formação universitária e pós-graduação. Nesta pergunta sobre a escolaridade, uma participante respondeu ter curso de cuidador pela PUC.

Constatamos, dessa forma, que há uma representação, em maior ou menor medida, de grande diversidade de escolaridade entre as participantes do questionário, uma vez que há declarações desde ensino fundamental incompleto até níveis de pós-graduação. Apenas uma porcentagem (22,8%) declarou ter igual ou menor escolaridade que o ensino médio incompleto. Chama a atenção como muitas das participantes com formação acadêmica mais desenvolvida optaram pela atividade de cuidados de idosos. Esta situação nos faz pensar sobre a atualidade do mercado de trabalho e a difícil inserção para profissionais de distintas áreas, as quais têm de acessar trabalhos com menos exigências de escolaridade do que elas estão preparadas. Dessa forma, torna-se ainda mais difícil para pessoas menos preparadas acessar estas vagas de emprego.

Em relação à preparação específica para o cuidado de idoso, podemos observar que várias participantes declararam ter curso de qualificação na área, como curso técnico de enfermagem ou graduação, mas esse resultado não é geral. Muitas pessoas alegaram que ainda procuram se qualificar mais especificamente nessa área.

Figura 4 – Estado Civil



Fonte: Elaborado pela Autora.

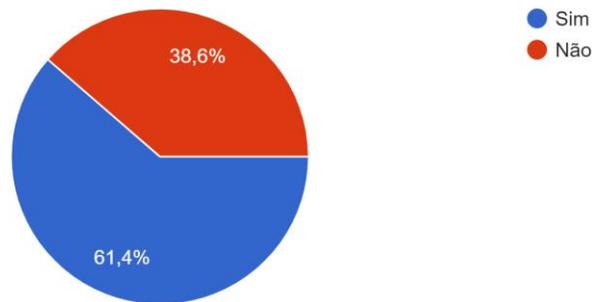
Em relação ao estado civil, podemos visualizar em nossa amostra que a maioria das cuidadoras não possuem companheiro, declarando-se solteiras, separadas ou viúvas em 73,7%. Observando que 15 cuidadores referiram ser casados ou estar morando juntos. Isto corresponde a um total de 26,3% da população total de entrevistadas. Interessante salientar que, em outras pesquisas sobre cuidadoras, os resultados foram bem diferentes. Na pesquisa de Martins et al. (2019) com as cuidadoras formais entrevistadas em São Carlos – SP, 44,4% não possuem companheiro, enquanto 55,6% declaram ter parceiro. Também na pesquisa publicada por Barbosa et al. (2017) sobre cuidadoras formais de Ilpis da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, podemos observar que entre as cuidadoras formais, 60,9% são casadas, 31,5% solteiras e 7,6% viúvas. Já na pesquisa de Ziesemer et al. (2020) sobre cuidadores formais domiciliares da cidade de Curitiba – PR, o resultado está mais próximo do obtido nesta pesquisa, pois 54% das entrevistadas não possui companheiro e 46% declaram ter companheiro.

Em Porto Alegre, em um estudo de 2015, as cuidadoras procuraram por uma instituição de atendimento diário para idosos, dentre as quais 15 atuam como cuidadoras formais e 5 familiares. As respostas desse estudo indicaram que 40% das cuidadoras são casadas e 60% viúvas, divorciadas ou solteiras. Esses resultados indicam como na maioria dos lares das

cuidadoras não há um companheiro morando junto, o que em muitas situações corresponde a serem as cabeças de família com a responsabilidade de auto sustento e do sustento do lar.

Figura 5 – Trabalho Remunerado

Está atualmente trabalhando na função de cuidador remunerado?
57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

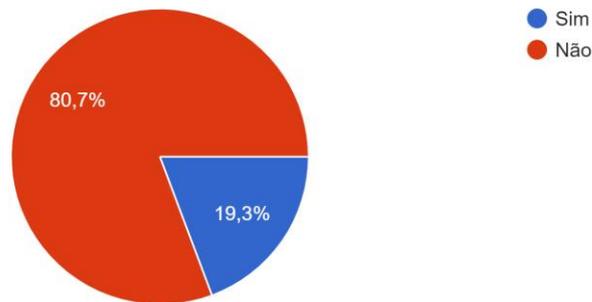
Quando perguntadas se estavam atualmente trabalhando como cuidadoras remuneradas, as participantes responderam que “sim” em 61,4%, correspondendo a 35 trabalhadoras e que “não” em 38,6%, 22 cuidadoras. Este dado é bem significativo porque está muito influenciado pelo contexto da pandemia atual. Muitas pessoas que eram cuidadas por cuidadores remunerados antes da pandemia, estão sendo cuidados por familiares que agora têm que cumprir o isolamento social e não saem de suas casas para trabalhar. Essa situação influencia de várias formas o trabalho de cuidador remunerado, não só pelo fato dos familiares se responsabilizarem pelos idosos, mas também pelo fato de muitos contratantes diminuírem suas fontes de ingressos por perdas de emprego ou mudanças na remuneração que não permitem o pagamento de salários de cuidadoras. Isso obriga, em muitos casos, à reorganização das dinâmicas familiares para levar a cabo esta tarefa.

Também deve ser destacado que, entre as pessoas que estão trabalhando como cuidadoras de idosos no momento, só uma porcentagem de 19,3% (11 cuidadoras) possui carteira assinada, enquanto 80,7%, que corresponde a 40 cuidadoras, não têm esse reconhecimento. Dessa forma, vemos como o trabalho de cuidados continua a ser um trabalho informal com vínculos empregatícios precarizados e instáveis.

No estudo de Zieseimer et al. (2020), pode ser observada uma grande diferença nos resultados em relação ao vínculo empregatício, pois 48% dos entrevistados para essa pesquisa tinham a carteira assinada, e apenas um (52%) não.

Figura 6 – Registro em Carteira

Você está trabalhando atualmente com carteira assinada como cuidador?
57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

Em relação ao grau de dependência do idoso cuidado, os dados a seguir indicam os resultados:

Figura 7 – Grau de Dependência do Idoso

Qual é o grau de dependência do paciente cuidado atualmente?
53 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

Diante dos resultados, notamos que 50,9% de idosos possui um grau médio de dependência, enquanto 28,3% com um baixo grau e 20,8% com um alto grau de dependência.

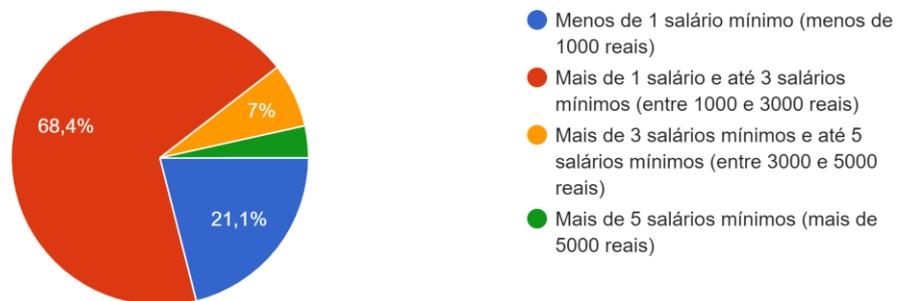
Quando perguntadas sobre o local de trabalho, as cuidadoras responderam em grande porcentagem (89,5%) que se trata de um lar ou moradia do idoso, enquanto 17,3% afirmaram trabalhar em outros locais, como Ilpis e Hospitais.

Além das tarefas de cuidador de idoso, muitas das trabalhadoras realizam tarefas domésticas simultaneamente ao cuidado. Atividades como cozinhar, faxinar, ordenar e lavar roupas são assumidas por 32 das cuidadoras entrevistadas. Esse resultado indica como a continuidade do trabalho doméstico ainda vai da mão com o trabalho de cuidar, tanto para as famílias contratantes quanto para as próprias cuidadoras, que muitas vezes o assumem de forma natural como parte da função de cuidar.

Em relação à renda, 61,4% das entrevistadas afirmaram que o trabalho de cuidado é a principal fonte de renda, enquanto para 38,6 % é uma fonte de renda complementar.

Figura 8 – Renda

Seu trabalho de cuidador gera um rendimento médio mensal de ...
57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

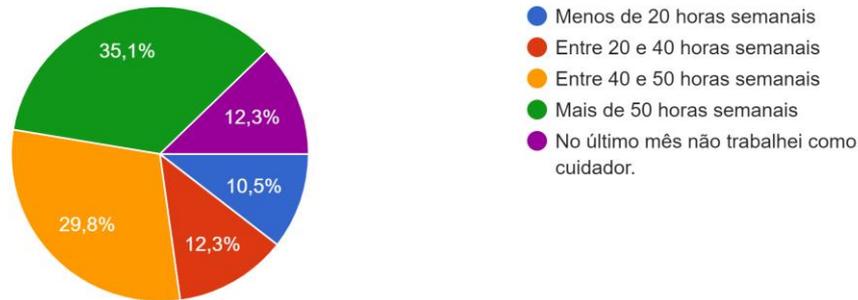
Mais de duas terças partes dos respondentes afirma gerar um rendimento entre 1000 e até 3000 reais (68,4%), enquanto 21,1% gera menos de 1000 reais e 10,4% gera mais de 3 salários mínimos. Aqui se observa como este trabalho passa a ser uma opção primária como fonte de renda e apesar de não ser bem remunerada, (89,6% das trabalhadoras ganham menos de 3 salários mínimos), sequer formalizada, torna-se uma real alternativa para as profissionais. Na pesquisa de Ziesemer et al. (2020), os dados indicam que 64% das participantes ganham até dois salários mínimos e 36% recebem mais de dois salários mínimos, podendo se observar a congruência dos dados com a atual pesquisa.

Em relação à renda mensal familiar das participantes, podemos apreciar a coerência com os dados anteriores, uma vez que 5,1% vivem com um total de um salário (3 participantes), 68,4% entre 1 e 3 salários (39 participantes), 17,5% entre 3 e 5 salários (10 participantes) e 8,8% recebe acima de 5 salários (5 participantes).

Figura 9 – Horas de Trabalho Semanal

Quantas horas semanais, em média, você trabalhou no último mês como cuidador?

57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

Sobre a quantidade de horas trabalhadas semanalmente, observamos que a grande maioria tem jornadas laborais intensas, com mais de 40 horas semanais em 64,9% dos casos, e menos de 40 horas para 22,8% das participantes. Este dado também vai ao encontro da pesquisa realizada em Curitiba – PR (ZIESEMER et al., 2020, cujas participantes também possuem jornadas semanais com menos de 40 horas (28%) e a maioria atinge mais de 40 horas semanais (72%). Os dados em relação ao trabalho por mais de 50 horas semanais são bem sugestivos: em Porto Alegre, as cuidadoras entrevistadas trabalham com essa intensidade em 35,5% dos casos, e no Paraná esse número corresponde a 30%.

Quando questionadas se realizavam algum outro tipo de trabalho remunerado simultaneamente ao de cuidador do idoso, 19 das participantes responderam afirmativamente, e uma delas declarou ser estudante. A grande maioria poderia descrever seus trabalhos como “bicos” nas áreas de serviços, como vendedoras, faxineiras ou atuação em eventos. Além disso, 7 pessoas declararam trabalhar em outros empregos formais, como técnico de enfermagem, policial, ou na área da educação (3 pessoas: uma educadora social, outra orientadora educacional e outra professora), enquanto apenas uma pessoa se declarou pesquisadora. Destacamos a importância de obter presença de pessoas da área da educação e da área da saúde,

uma vez que estes são setores com baixo reconhecimento a nível econômico e acabam colocando as pessoas na necessidade de procurar outras ocupações para se sustentar.

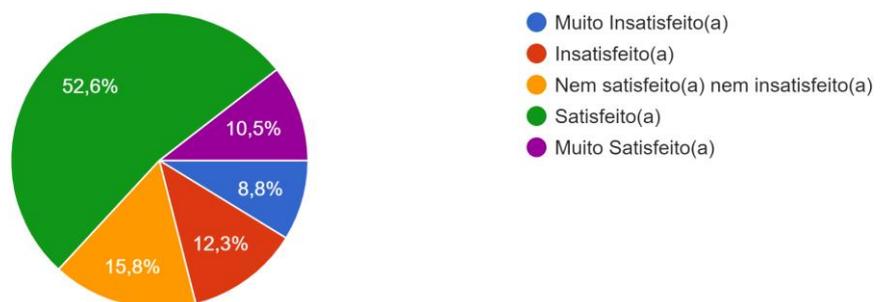
Em relação ao trabalho realizado anteriormente à função de cuidar, podemos observar uma ampla variedade de ocupações que vão desde o trabalho na lavoura até profissões como professora ou advogada. Entretanto, notamos que a grande maioria é no setor de serviços domésticos (faxineira, cozinheira) e vendas (vendedoras, atendentes, auxiliar administrativa, etc). Várias pessoas trabalhavam no setor saúde, como técnicas de enfermagem, mas também assistente social, faturista e recepcionista. Ainda existem aquelas pessoas que atuavam como autônomas e tinham pequenas empresas, ou faziam serviços na área da estética, como manicures e cabeleireiras. Chama a atenção que várias pessoas também trabalhavam na área da educação, muitas delas dando continuidade e agora trabalhando nas duas funções, como apontado anteriormente.

6.1.2 Percepções dos cuidadores em relação a sua saúde e qualidade de vida

Observamos que a percepção em relação a saúde por parte das participantes é, na sua grande maioria, boa e muito boa (66,6%). No entanto, para 12,3% é ruim e muito ruim. Uma porcentagem de 15,8% mostrou-se neutra (nem satisfeito e nem insatisfeito) com a sua saúde. Enquanto à qualidade de vida em geral, os dados acompanham a percepção da saúde, em que 66,6% das participantes declararam ter uma qualidade de vida boa e muito boa, enquanto que 12,3% ruim e muito ruim e 21,1% nem ruim, nem boa.

Figura 10 – Satisfação com a sua Saúde

Quão satisfeito/a você está com sua saúde?
57 respostas

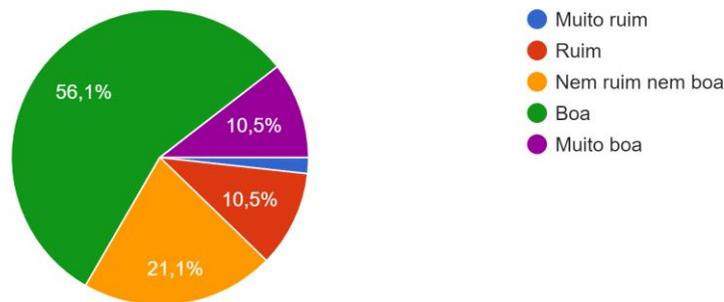


Fonte: Elaborado pela Autora.

Observamos que, no estudo de Barbosa et al. (2017), das 92 trabalhadoras entrevistadas 90,2% avaliaram sua saúde como boa, muito boa e excelente. Devemos considerar as diferenças das amostras, já que esse estudo teve como objeto especificamente cuidadoras de Ilpis, com uma média de idade de 36 anos, enquanto na presente pesquisa a maioria das cuidadoras têm acima de 40 anos com uma média de 48 anos, que trabalham, na maior parte, no lar do idoso.

Figura 11 – Avaliação da Qualidade de Vida

Como você avaliaria sua qualidade de vida?
57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

Dentro das 57 participantes, 64,9 % declararam não ter doenças crônicas e o restante (35,1%) declararam pelo menos alguma doença: a grande maioria portadora de hipertensão (10 cuidadoras) e diabetes (4 cuidadoras). Também foram relatadas por 5 cuidadoras doenças osteo-articulares, respiratórias (asma) e circulatórias (trombose). Transtornos mentais, como depressão e ansiedade, foram declarados por 14% das cuidadoras.

Quando perguntadas pela presença de doenças relacionadas ao seu trabalho, 18 pessoas declararam apresentar pelo menos uma doença relacionada à sua tarefa. Foram referidos, sobretudo, problemas osteo-articulares, com dores de coluna (lombares e cervicais) por um total de 12 cuidadoras, a exemplo do respondente C37, que declarou sentir “dores na coluna”, também nos braços e nos pés. Nos trabalhos de Diniz et al. (2018), a lombalgia foi a mais frequente das queixas, em 38,5 % dos casos. Reis et al.(2015) relatam, no seu artigo sobre saúde de cuidadoras de ILPIS na Bahia, uma realidade com 63% de hipertensão e 52% de lombalgia.

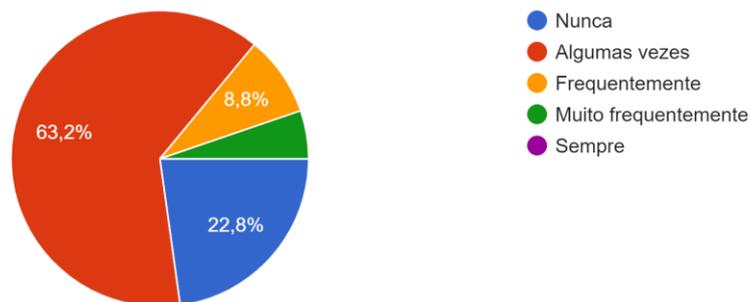
Várias cuidadoras afirmam que o trabalho de cuidado “Colabora no aumento dos transtornos”, como afirmado pela respondente C16. A cuidadora C56 também declarou ter sofrido uma hérnia de disco na sua tarefa como cuidadora. Problemas psicológicos como

estresse são referidos como nos casos das cuidadoras C18 e C27, que relatam ter sofrido de ansiedade e depressão. Outras 8 cuidadoras declaram ter frequentemente sentimentos como “mau humor, desespero, ansiedade ou depressão”. As cuidadoras formais estudadas por Diniz et al.(2020) no seu estudo comparativo com cuidadoras informais revelou que “dormir mal” é uma das queixas mais frequentes dessas trabalhadoras, chegando ao índice de 53,3%, enquanto estar tensa, nervosa ou preocupada, foram questões relatadas por 40% das cuidadoras. Na presente pesquisa também chama a atenção a desconformidade com a qualidade do sono, que leva a terceira parte das participantes a estar insatisfeita ou muito insatisfeita em relação ao sono, com uma frequência de 33,3% do total.

Figura 12 – Sentimentos Negativos

Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

57 respostas

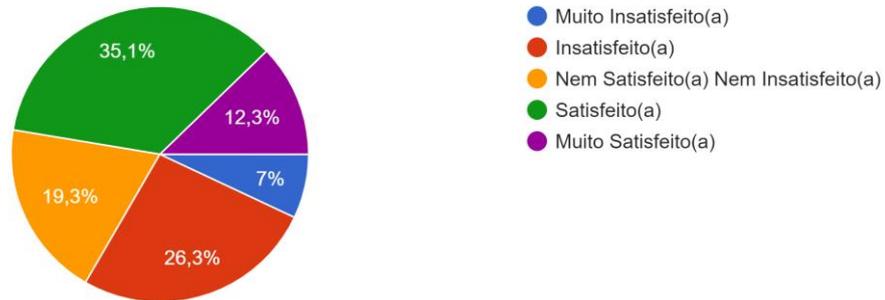


Fonte: Elaborado pela Autora.

Figura 13 – Sono

Quão satisfeito(a) você está com seu sono?

57 respostas



Fonte: Elaborado pela Autora.

Também se observa que a morte do paciente cuidado é declarada como uma das situações que abalam psicologicamente essas trabalhadoras, como a afirmação de C23: “Me apegar e depois a pessoa vir a falecer pq me dedico muito.” C24: “O sofrimento do ser humano”. C21: “A morte”.

6.2 PERCEPÇÕES E SABERES DO TRABALHO DE CUIDADO

6.2.1 Que é ser cuidador para você?

Analisando as respostas efetuadas pelas cuidadoras, observamos que o conteúdo emocional está claramente envolvido no seu trabalho de cuidar.

Primeiro sempre o amor...

Perguntadas sobre o significado de cuidar, as participantes responderam em sua grande maioria com a palavra “Amor”, repetida em 30 das respostas. Para C9, cuidar é “Amor ao ser humano”, resposta que é expressada de forma similar pela cuidadora C20: “Amor ao próximo Cuidado não de uma pessoa, mas sim de uma vida...”. Dessa forma, vemos como o sentimento que elas percebem como amor é atrelado intimamente a seu trabalho do cuidado. Há um grau considerável desse amor colocado na função de prestar os cuidados ao idoso, de brindar bem estar e fazer que se sinta bem, como declarado por C69: “Proteção, cuidado e amor ao próximo. Ser a pessoa que irá tornar a vida do idoso melhor”.

No questionário, é interessante perceber que esse amor descrito pelas participantes pode ser captado nas respostas em vários níveis:

- As cuidadoras C9 e C20 afirmam que este é um amor pela “humanidade”; já C60 afirma que cuidar é “ter amor ao próximo”; enquanto C62 define como “Gostar dos seres humanos, e respeitar suas diferenças e dificuldades”;

- Para a cuidadora C13, trata-se de amor pelo idoso ou pela pessoa cuidada: “Dar amor, atenção, carinho e o melhor cuidado possível ao idoso”, enquanto a cuidadora C19 defende como “um ato de amor com os idosos”.

A “responsabilidade” também foi uma palavra recorrente entre as respostas, utilizadas por muitas cuidadoras para descrever o que era cuidar para elas.

Assim como a cuidadora C10, que manifestou que cuidar “Significa muita responsabilidade, dedicação e principalmente amor e respeito, do contrário não se consegue crescer”, para C45 “Amor, cuidado, profissionalismo, pontualidade, carinho significa responsabilidade com o ser humano”. Já C46 resume: “responsabilidade, empatia”, para C12: “Garantir a integridade física e mental do paciente”; C35: “A gente tem que dar o nosso melhor, fazer tudo pelo bem do idoso. Sua saúde, tranquilidade e bem estar. E fazer com amor e boa vontade.”

Assim, os termos “atenção, apoio, ajuda” também foram utilizados pelas cuidadoras para significar o ato de cuidar, transformando-o nas atividades de cuidar da pessoa e de proporcionar ajuda para que o bem estar seja tanto em relação às necessidades físicas, fisiológicas e psicológicas. Isso pode ser observado na afirmação da cuidadora C63: “Ajudar quem precisa de ajuda, cuidar quem precisa de cuidados, promover o máximo de conforto e bem estar a quem precisa, fazendo o possível para manter sua independência” ou da cuidadora C27: “Poder auxiliar quem precisar”. Ainda, selecionamos a resposta da cuidadora C33: “Proporcionar cuidados e atenção com idosos, medicamentos e alimentação, higiene.” e C58: “Prestar atendimento com amor e qualidade para meu idoso”.

Muitas responderam com os termos “doar-se”, entendendo que cuidar era doar-se, zelar, se dedicar, como respondido por C18: “Para mim significa se doar ao próximo, ter empatia para com o próximo.” O cuidado também demonstrou ser uma fonte de gratificação pessoal para as entrevistadas, assim como para C14: “É uma coisa gratificante” ou para C70: “É um trabalho muito gratificante”. Também foi descrito como um trabalho de realização pessoal, como pode ser observado na afirmação de C21: “Realização pessoal”; C32: “Fazer o que amo.” E C36: “Gosto muito de trabalhar com idosos.”.

Observamos que muitas participantes incluíram nas suas respostas características que elas atribuem ao ser cuidador, como paciência, resiliência, respeito e empatia, que foram apontadas em muitas respostas como associadas ao ser cuidador(a). A cuidadora C61 fala de

“Ter empatia ao idoso como um atributo ao cuidador”, enquanto a cuidadora C28 resume essas características: “Significa amor, cuidado, zelo, paciência, rotina”.

Nessas respostas, vemos o grau de afetividade que o ser cuidador significa para as participantes. Chama a atenção o nível de envolvimento emocional, afetivo e moral observado nas respostas. O desenvolvimento de um vínculo de afeto com o idoso cuidado não é gerado somente por uma satisfação com o trabalho no cuidador, mas também gera um bem estar no idoso. Quando não há esse vínculo, pode haver maior sobrecarga e causar transtornos como burnout, por exemplo.

Culturalmente, o conceito de cuidador corresponde a figura de um ser que ama, se dedica e tem atenção e responsabilidade com o ser cuidado refletido nessas participantes. Alguns descrevem também como ser cuidador é “tudo”, (C55) ou uma "paixão", (C31), em uma implicação total da pessoa como cuidador.

Outro ponto a destacar é a resposta de várias participantes quanto ao cuidado como aprendizado, valorizando assim as relações do cuidado como momentos de aprendizado e de experiências, que podemos interpretar como crescimento pessoal. Em relação à declaração de gratificação pela realização do cuidado, é interessante como várias participantes personalizam o ser cuidador como uma satisfação pessoal, uma realização. Interessante observar como só uma pessoa respondeu que ser cuidador era pela remuneração ou renda, caso em que a renda é investida na sua educação: “Renda, para custear meu curso” (C53).

6.2.2 Por que escolheu o trabalho de cuidado?

Quando perguntadas por que tinham escolhido o trabalho de cuidadora, muitas participantes declaram ser pela renda ou pela opção de emprego para se sustentar, como C9: “Por a oportunidade de trabalho e remuneração.” e C10: “Por necessidade e falta de opção”. Outras participantes relataram ter cuidado de pessoas idosas da sua família e gostado do trabalho, como C23: “por ter cuidado do meu pai” ou C11: “ ter cuidado da minha sogra”. Também teve quem declarou que gosta de cuidar de idosos, como C71: “Por ser uma atividade humana” e até por ter facilidade para cuidar idosos, como C65: “Por facilidade de lidar com idosos” ou mesmo por nutrir um carinho pelos idosos, como C61: “Por gostar desse trabalho.”. Ainda teve quem se projetou em uma situação futura, como C70: “pelo próprio futuro como idoso”.

Em várias histórias dessas cuidadoras, observamos que a tarefa de cuidar está atrelada ao trabalho doméstico realizado com anterioridade ao cuidado. Assim, o cuidar foi apenas mais

uma das atividades realizadas e depois de capacitações relativas ao tema do cuidado, foi uma opção alternativa ao trabalho doméstico ou de faxineira.

Vemos ainda como essas cuidadoras experienciam a oportunidade de cuidar como um aprendizado, como é o caso de C24: “Uma experiência muito boa aprendo muito a cada dia.” e C44: “Amor, cuidado e aprendizado” Dessa forma, o afeto estabelece uma relação direta do cuidar como um contínuo aprendizado e é entendido como característica imprescindível para um cuidado de qualidade: “Zelo. Aprendizado. Manutenção da Vida.” (C71).

6.2.3 Quais aspectos você gosta mais e quais menos de seu trabalho como cuidadora?

Relacionado a quais aspectos gostavam e não gostavam do trabalho, as cuidadoras relataram gostar mais do afeto, como C31: “o afeto e o carinho”. Também esteve presente nas respostas o sentimento de gratificação e de ser útil para com os outros, como relatado por C65: “Sentimento de ser útil, saber que o paciente pode contar comigo” e C64: “A gratidão que eles nos demonstra” Essa gratidão e reconhecimento foram sentimentos recorrentes nas respostas das cuidadoras e também esteve muito presente a interação: “Estar presente no cotidiano” (C58).

Quando perguntadas sobre o que não gostam como cuidadoras, é interessante apontar que muitas declararam “gostar de tudo”, ou seja, não tinham nada do que não gostassem. Por outro lado, a sinalização da relação negativa com a família do idoso, ou então de como a família trata de forma violenta este idoso, foram as reflexões mais trazidas, conforme relatos de: “Quando familiares não se organizam com suas responsabilidades.” e C13: “Quando a família fica em cima palpitando como se não soubéssemos o que estamos fazendo.” A falta de reconhecimento como cuidador é trazida por C16: “Quando se aproveitam do cuidador pensando que ele é um empregado doméstico e não dão valor ao cuidador, nem pagam o que é justo ao cuidador.” O abandono e o descaso de familiares também é um ponto trazido pelas cuidadoras: “Descaso e ingratidão por parte dos familiares” (C24).

Outra situação comentada pelas cuidadoras como um aspecto negativo é a morte do idoso. A esse respeito, C23 coloca: “Me apegar e depois a pessoa vir a falecer porque me dedico muito”; C21: “A morte”, e C47: “Quando o idoso falece.”. Características como a alta dependência e a instabilidade do paciente são trazidos como pontos negativos, conforme relatado por C33: “Pacientes acamados ou totalmente dependentes”; C12: “Diria que a parte complicada é lidar com a teimosia deles...mas não é sempre que acontece” e C11: “Eles são muito cheios de manias”.

6.2.4 Quais capacidades, conhecimentos e competências ajudam você no seu trabalho de cuidadora?

Perguntadas sobre as capacidades e competências que as ajudam no seu trabalho, muitas das entrevistadas colocaram a experiência como um dos mais importantes atributos que, junto com os cursos feitos, contribuem no seu trabalho do dia a dia. A cuidadora C34 afirma: “Como cuidadora em Hospitais, aprendi muitas coisas, ex. Cuidei de um paciente por quase 4 anos, com a doença ELA, (esclerose lateral amiotrófica), e obtive sucesso até a partida dele.” Ou a cuidadora que inclui a experiência junto com o amor e a paciência, como C35: “Minha capacidade de ser resiliente. Acordar agradecida por ter um trabalho e a experiência de vida que os anos me trouxeram.” Outro exemplo é colocado por C16: “Paciência, amor, dedicação, profissionalismo, detalhismo e experiência”. Experiências de cuidado com a própria família também contribuíram para o trabalho de cuidado, conforme C24: “Por ter gente idosa na família ajuda muito a lidar com o avanço da idade”.

Em relação aos cursos realizados, as entrevistadas deram muita importância a esses aportes para as suas competências ao lidar com o cuidado, conforme C25, que possui curso de "cuidador de idosos" e curso de " técnica em enfermagem", “força física, disposição, prática”; C49: “Bom, eu primeiro fiz um curso de cuidador de idosos, e depois fiz outro, vou em palestra que abordam esse tema, fiz outro curso de cuidador de idosos, conversei com colegas da mesma profissão, ouço muito o meu paciente, e tento me colocar na situação dele, volte e meia faço curso de cuidador de idosos, com o intuito de estar sempre e me qualificando.”; C36: “Me formei em técnico de enfermagem para ter maior conhecimento com curativos, entender o processo de demência e outras patologias que acometem os idosos.”

Interessante como a paciência é outro dos atributos muito trazidos pelas cuidadoras, como podemos perceber nas falas de C60: “Paciência, agilidade, força, delicadeza.”; C42: “Valores, habilidades e muitas paciência”; C67: “Minha paciência e bom humor”. A empatia e a resiliência também fazem parte do arsenal das cuidadoras: “Saber ouvir, colocar se lugar do outro.” (C27). Além disso, a “calma” é trazida por várias participantes como uma propriedade que as ajuda em momentos de conflito e de estresse. Capacidades como a de dar amor, atenção, compromisso e dedicação foram novamente colocados como “capacidades que as ajudam neste questionário”, juntamente com uma competência que ajuda as cuidadoras – a “vontade de aprender”.

As habilidades de competência física também fazem parte das atribuições que as cuidadoras acham importantes neste trabalho. Assim detalha a cuidadora C43: “Agilidade física. Treinamento de primeiros socorros. Calma para resolver conflitos.” E a cuidadora C54:

“Sou saudável, tenho força física, tenho saúde mental para lidar com qualquer tipo de paciente e tenho conhecimentos de enfermagem, pois sou aposentada como auxiliar de enfermagem.”

Notamos que o poder de “resolver conflitos”, como apontado por C43, ou uma boa comunicação, conforme C53, somado a outros saberes técnicos também são importantes e fazem parte dos saberes das trabalhadoras do cuidado. Para C53: “Acho que a boa comunicação, os cuidados com remédios e horário, calma e tranquilidade, noções básicas de saúde que já adquiri no curso, fazem toda diferença”.

6.2.5 O que você aprendeu com o trabalho de cuidadora?

Quanto aos aprendizados do trabalho do cuidado de idoso, os aportes tiveram várias vertentes, mas todas bem significativas. Assim se referiram ao aprendizado enquanto ao envelhecimento e a finitude, como C14: “Aprendi muita coisa. Assim, que a gente tá boa, de repente... Que a gente é um ser humano e daqui a pouco não é nada. Quando você vê ali, tu tá bem, daqui a pouco está fazendo as necessidades da perna abaixo. A gente é um sopro, não é nada”; C24: “Que a vida é breve e com isto cuidar melhor do nosso corpo para termos uma velhice sem muito sofrimento” e C49: “A nossa vida é muito frágil, hoje eu estou ajudando.... Amanhã eu serei ajudada...”.

A empatia é umas das qualidades mais trazidas no aprendizado deste trabalho, assim como afirma C17: “Aprendi a ouvir mais o paciente” ou C18: “Aprendi a ter mais empatia”. O respeito e a paciência também são aprendizados relatados, como defende C20: “Se colocar no lugar do outro referente às suas limitações”; C30: “Respeito a pessoa da terceira idade.” e C42: “Muitas coisas, mas penso que a principal, é que poderia ser você ali”. Ainda assim, como nas outras perguntas, o amor e o carinho transpassam as respostas das cuidadoras sobre o aprendizado: “Amar mais as pessoas e aceitar suas diferenças.” (C35).

Através dessas percepções, observamos como a relação de cuidado com os idosos são vividas positivamente pelas participantes. O esmero na realização de um trabalho de qualidade e com amor fica como mensagem gerado por elas. O respeito e a empatia estão vinculados a esse amor e afeto. Embora sejam relatadas situações negativas que foram vivenciadas, as cuidadoras descrevem as suas capacidades para lidar com elas, fortalecendo-se no processo. Neste grupo, foi observado como o aprendizado sobre o tema é muito valorizado, tanto vindo pela própria experiência quanto aquele de cursos formais, considerado necessário como parte do seu reconhecimento econômico e social.

6.3 CUIDADORAS DE IDOSOS DE PORTO ALEGRE: SUAS HISTÓRIAS

Na definição de Fisher e Tronto (1990 apud Tronto, 2005), o cuidado como processo se estabelece através de uma relação de nós mesmos com os outros e com o mundo. Assim, o cuidado se reflete como um movimento que envolve “nossos corpos, nossos seres e nosso entorno” (TRONTO, 2005, p.271), elementos que se entrelaçam como um tecido para sustentar a vida. Neste processo de cuidado, Tronto reconhece 4 fases: - se preocupar, atender, cuidar e receber os cuidados.

Existem várias competências que envolvem, desde a percepção da necessidade de cuidado, até a identificação das intervenções e das práticas necessárias para sua efetuação. Essa responsabilidade e os seus resultados são assumidos pela pessoa cuidadora, já que se abrangem condutas que devem ser colocadas em prática no tempo e lugar adequados para que esse cuidado seja efetivo e de qualidade. Podem ser observadas, nas cuidadoras, distintas dimensões possíveis para que este cuidado se leve a cabo; a dimensão física, a cognitiva, a sexual, a relacional e a emocional. Sendo estas últimas duas, muito referentes ao ato de cuidar, e ainda de difícil estudo (SOARES, 2012).

A seguir serão trazidas as histórias de três cuidadoras de idosos, nas quais claramente podem ser observadas as dimensões descritas por Soares (2012), bem como as qualificações e saberes que as cuidadoras desenvolvem para levar seu trabalho adiante. O objetivo da realização de entrevistas foi conhecer a história de vida dessas profissionais e as suas mobilizações para com o cuidado como trabalho remunerado nas suas vidas.

Dessa forma, colocaremos em evidência os resultados de nossa escuta com as cuidadoras, cientes das dificuldades de conhecer profundamente as relações no âmbito do cuidado e mais ainda, quando este é doméstico. Afinal, por pertencer ao mundo “privado”, existe uma relação de subjetividade desenvolvida entre trabalhadora e empregador, característica que colabora para que este trabalho não seja visto e também não seja analisado (DEJOURS, 2003). Acordos tácitos entre cuidadora e família da pessoa cuidada ajudam para a invisibilização deste trabalho na sociedade.

Dar um espaço para sair dessa invisibilização é a função da pesquisa sobre cuidado, apesar de sabermos que as formas encontradas de colocar o resultado de nossas entrevistas também será insuficiente para colocar todas as dimensões que envolvem este trabalho. Esperamos tornar visíveis partes importantes para as nossas entrevistadas, como representantes de todas as cuidadoras que poderiam e não foram entrevistadas. Além disso, colocar por escrito

estas vivências ajuda a sair da invisibilidade ao trabalho de cuidado, dando valor de uma forma representativa a ação de cuidar e fazendo um reconhecimento simbólico da profissão.

A descrição da tarefa de cuidador que aparece no Sistema Nacional de Ocupações tenta fazer uma descrição pormenorizada das ações que este trabalho envolve. Mas podemos verificar que não estão descritas todas as dimensões que são ativadas para essa realização. Não aparecem os esforços, nem as competências que foram apontadas pelas cuidadoras nesta pesquisa.

Além disso, a planificação da atividade e a forma de realizá-la, que são elementos muito particulares de cada cuidadora, levam em cada pessoa cuidada e em cada situação diferentes interseções e grãos de desenvolvimento. Questões que fazem parte da relação cuidador-cuidado são difíceis de explicar em palavras, pois muitas vezes são atos, atitudes, intervenções não pensadas e frutos da própria história e experiência das cuidadoras.

Nesse sentido, a ação desta pesquisa se demonstrou enriquecedora para todas as participantes, pois deu uma oportunidade de pensar e explorar seu trabalho por meio da expressão verbal, levando à concretização pública de suas ideias e sentimentos sobre seu ofício. Embora no momento da entrevista tenham existido empecilhos que agravaram a comunicação entre pesquisadora e entrevistadas, houve um esforço por parte das cuidadoras para encontrar palavras que representassem as suas percepções, muitas vezes difíceis de descrever e ainda mais difícil se tratando de explicar as vivências para uma pessoa não nativa como a pesquisadora. Para proteger a confidencialidade, os nomes das participantes são fictícios.

6.3.1 Silvia

“ah, tu já vai?” Ela fica meio triste porque já tô indo embora. Ai, eu tenho que explicar pra ela que eu tenho que descansar e que tenho minha casa pra cuidar.

Silvia tem 58 anos, é divorciada e mora sozinha. Tem duas filhas maiores de idade que já estão formadas. Teve uma infância difícil no interior do Rio Grande do Sul, com uma família grande composta por 12 irmãos. O pai era pintor e vários de seus irmãos herdaram a profissão, mas Sílvia conta que ela e suas irmãs não saíram de casa para trabalhar porque o pai não deixava. Ele pensava que mulher deveria ficar em casa. Assim, ela e as suas irmãs faziam o trabalho da casa, que era bastante em uma família com tantas pessoas.

Bom, quando eu era pequena eu tive uma vida difícil, eu sou de uma família muito grande né, a gente era muito pobre, somos treze irmãos e... Doze agora porque meu irmão mais velho já faleceu, então minha

vida não foi muito fácil, foi difícil, eu não tive muitas oportunidades de estudar, o máximo que eu estudei foi o segundo grau.

Relata que por falta de oportunidade não conseguiu seguir estudando, de modo que não concluiu o segundo ciclo. Trabalhos com menos preparação acadêmica e mais manuais foram as oportunidades de aprendizagem que teve na vida.

Então, eu sempre tive que trabalhar assim, em empregos que não exijam muita parte de estudo. Coisas mais fáceis de aprender, como costureira, doméstica, cuidadora, babá, que não exige muito estudo.

Trabalhava muito em casa, família muito grande, então a gente tinha que trabalhar muito, apesar de que cada um tinha sua tarefa. Cada um tinha que fazer alguma coisa específica e daí tudo mais... Tipo, passar roupa era só eu, mas eu tinha que ajudar a limpar a casa, tinha que ajudar a cuidar dos irmãos.

Esse trabalho doméstico se representava através do cuidado desde sempre, não só da casa, mas também dos irmãos e sobrinhos menores.

Olha, eu sempre tive que cuidar dos pequenos e dos sobrinhos, meus irmãos mais velhos tiveram filhos, e eu sempre ajudei a cuidar dos pequenos, então isso já é uma coisa que é... Acho que meio que nasce com a gente, né, gostar de cuidar dos outros, aí eu gostava de cuidar, eu gosto de cuidar das pessoas. E gosto de cuidar com carinho, com amor, meu coração é do bem, eu gosto de fazer o bem para as pessoas.

Como o impedimento de trabalhar fora por parte do pai, Silvia começou a trabalhar de forma remunerada só depois dos 18 anos quando casou. Trabalhou nas áreas de serviço como empregada doméstica, babá e costureira. Conta que sabe pintar muito bem, atividade que aprendeu junto ao pai, mas nunca trabalhou com essa tarefa de forma remunerada.

Eu trabalhei muito em casa, meu pai não deixava as filhas mulheres trabalhar fora, então eu só comecei a trabalhar quando casei. Com dezoito anos eu tive meu primeiro emprego remunerado.

Antes eu era doméstica, fui antes costureira, fui antes manicure, sempre me virei de uma forma ou de outra, pra manter minha família, eu, e as minhas filhas, né. E sempre tive que pagar aluguel, então eu sempre tive que fazer o que dava pra fazer, o que eu sabia fazer, né pra ganhar meu dinheirinho.

Silvia começou a trabalhar como cuidadora de idosos por necessidade, sendo contratada para cuidar de uma senhora e sua casa. A senhora ficou mais dependente e precisando de mais cuidados, então a família contratou outras pessoas para ajudar. Assim, Silvia ficou como cuidadora, mas principalmente como encarregada da casa, realizando as duas tarefas ao mesmo tempo. Silvia pensa que foi afortunada por ter sido contratada como cuidadora mesmo sem ter um curso especializado na área, mas pensa em realizá-lo em breve, esperando assim ser reconhecida principalmente por essa tarefa.

Foi mais por necessidade, porque eu tava desempregada e foi o que apareceu pra mim na época que eu comecei a cuidar. Aí, eu uni o útil ao agradável, eu gosto de cuidar das pessoas e estava desempregada e comecei cuidar dessa senhora que ela me admitiu mesmo sem ter curso, né, de cuidadora. Porque na verdade eu entrei não só pra cuidar dela, entrei pra fazer todo o serviço.

Dessa forma, somando a experiência que já tinha como cuidadora com a que foi vivendo junto desta paciente, Silvia foi aprendendo a cuidar especificamente de pessoa idosa, pois com crianças já tinha uma vasta experiência.

[...]foi na prática que eu aprendi a cuidar.

Silvia relata uma boa relação com a paciente idosa, que, segundo ela, possui uma família muito amável. Apesar da carga horária ser bem puxada, com todas as tarefas da casa e da idosa, Silvia administra bem a situação. Devido ao deterioramento da saúde da senhora, a família colocou enfermeiras para ajudar com a medicação e com os cuidados mais pormenorizados relacionados com ela. Silvia descreve como o envolvimento afetivo é inevitável e ela trata de desenvolvê-lo para tornar mais leves situações que poderiam ser tensas na relação com a idosa.

As sobrinhas dela, inclusive, têm filhos, né, também me dou muito bem com elas, a gente também vai pra praia, andam juntas, eu e ela e a sobrinha, né. Então, a gente se dá bem, é uma relação boa.

Muitas vezes aparece a dificuldade de Silvia em retornar para o seu lar, pois a pessoa cuidada está muito envolvida e quer que sua cuidadora fique todo o tempo presente.

É uma relação boa, de amizade já porque tipo assim eu entro oito horas, oito e meia, depende da hora que elas querem que eu vá, né, e

chega as cinco horas que é a hora de eu vim embora, e ela não quer pra eu vim embora, ela gosta muito de mim. Então assim... “ah tu já vai?” Ela fica meio triste porque já tô indo embora.

Em relação às tarefas específicas junto à idosa, Silvia conta como é responsável por ajudar em todas as atividades básicas da vida diária, pois a idosa é bastante dependente.

Isso, a gente ajuda em tudo no que for preciso, dá pra dizer que ela precisa bastante de... A gente tem que ajudar ela ir no banheiro, pra se limpar, a se trocar, tem que dá banho, então eu acho que bastante ajuda, né. Tem que fazer a comida dela, tem que lavar roupa, passar roupa, tem que fazer tudo, limpar o banheiro, arrumar o quarto, limpar o quarto.

Quando perguntada se sentiu ou sente alguma repercussão quanto a sua saúde relacionada ao trabalho, Silvia declarou sentir muito cansaço, embora mais relacionado com a soma das atividades que realiza na casa que com o atendimento direto à idosa.

Não, só física, né, a gente cansa muito, a parte física cansa muito, né, porque além de... No meu caso, né, que tenho que fazer todo os serviço, eu tenho que ajudar a cuidar dela.

Eu sinto dor física quando eu trabalho demais, mas não quando eu estou com ela, porque quando tô com ela tudo que tiver que ser feito em relação a ela, tem que ser feito em duas pra nenhuma se sobrecarregar.

Silvia conta como características da idosa a colocam em risco de queda, pois ela quer, muitas vezes, se locomover ou ir ao banheiro sozinha. Relata que se preocupa com possíveis quedas, impondo sua ajuda embora às vezes seja contra a vontade da idosa. Nesses momentos, Silvia se coloca no lugar de “filha” para controlar a situação. Dessa forma, demonstra o carinho e preocupação que tem pela idosa, cultivando o afeto entre elas.

Ela quer fazer coisas, ir no banheiro sozinha... Não é pra ela ir sozinha. A gente tem que ajudar ela, levar ela, a gente tá ali pra isso, mas ela é bem teimosinha então às vezes a gente chega a ter conflito.

Mas assim: tipo, eu lido com ela como se tivesse lidando com a minha mãe. Entendeu? Eu brigo com ela assim, como se tivesse brigando com a minha mãe. Digo pra ela assim: “não pode! A senhora sabe. Eu tô aqui pra lhe ajudar. Espera aí, deixa que eu vou lhe ajudar.”. É nesse sentido assim os nossos conflitos.

A dificuldade de colocar limites nessa relação de carinho fica evidente com a necessidade demonstrada pela senhora da contínua presença de Silvia, que precisa “lutar” para ter seu espaço de vida privada e intimidade.

Sim, existe afeto entre nós. Tanto que ela não gosta assim nem que eu venha embora nunca e por ela eu ficava de segunda a domingo lá, pousava lá. Ela já me fez proposta pra mim ficar morando lá, entendeu? Mas não dá. Tipo, não tem vida, né? A gente tem que ter a nossa vida também.

Quando perguntada pelas condições de trabalho a nível geral, Silvia conta que possui carteira assinada como doméstica, com um baixo salário, e não como cuidadora. Uma de suas principais reivindicações é ser reconhecida como cuidadora em carteira, desta forma ela ganharia um melhor salário. A falta de um plano de saúde também é relatado como uma necessidade muito sentida por ela.

Eu tô com carteira assinada, mas eu não tenho plano de saúde, o meu salário é... Eu não ganho como uma cuidadora porque eu não tenho curso e eu faço tudo que uma cuidadora faz. Entendeu?

Então o salário teria que ser melhor. Só que pra eu ganhar um salário melhor eu tenho que fazer um curso e assinar minha carteira de cuidadora. A minha carteira está como auxiliar de serviços gerais.

A incerteza quanto à duração do emprego é uma das preocupações desta cuidadora, que pensa na realização do curso de cuidadora como uma forma de ter mais oportunidades na área.

Uma das minhas perspectivas é agora que acabe essa pandemia, fazer o curso né? De cuidadora. Porque ela lá mesmo não vai ficar viva a vida inteira né? Ela tá com 87 anos né? Claro que eu não quero, mas vai que ela morre eu já fico desempregada né? E aí, então, uma das minhas metas é fazer o curso de cuidadora.

Em relação às características que a cuidadora precisa ter para exercer o seu trabalho, Silvia assinala paciência, calma, resiliência, amor ao próximo e ajudar não só pensando no econômico. Essas são características que a entrevistada considera imprescindíveis e que tiveram de ser cultivadas por ela e na relação com a idosa, para poder desenvolver o cuidado.

É, eu faço tudo. Mas tipo assim ó, poderia falar como cuidadora e uma cuidadora tem que ser acima de tudo uma pessoa paciente, né? Calma, apesar que eu não sou calma, mas eu já acertei esse lado com a minha patroa. Eu meio que me irrita com ela, mas ela também se irrita comigo e nós vamos levando, sabe?

É tem que ter amor pelo próximo principalmente né? Tem que querer ajudar o próximo. É... não pensar só no lado do profissional... Assim, é como é que eu vou... Financeiro, sabe? Claro que todo mundo quando pega um emprego está pensando no lado financeiro né? Mas eu acho que pra ti cuidar de um idoso tu tem que ter muita resiliência, muita paciência, né? Porque não é fácil, cuidar de idoso não é fácil!

O afeto todo que envolve a relação e a cotidianidade de Silvia com a idosa cuidada, se observa nos acordos por ela relatados, que são a base de sua função na arte de cuidar.

Não, não. Tu sabe que eu até acabei gostando muito dela, da pessoa dela. ...Um dia disse pra ela. Um dia ela me falou que não sabia como eu aguentava ela né? Ai eu disse assim pra ela: “ah dona Maria, eu vou levando até quando dá, quando não dá mais...”. Ai já faz quatro anos que eu tô com ela. (Risos).

A última questão foi como Silvia se vê mais velha e ela nos relata que; trabalhando em casa, como costureira.

Ah, eu me vejo, se eu não puder ser mais cuidadora, trabalhando em casa que aí eu vou me aposentar e vou poder ser costureira né? Porque eu sou costureira. Trabalhar em casa! É no que eu me vejo: trabalhando em casa né? Quando eu ficar velha. Mais velha do que eu sou. (Risos)

6.3.2 Margarida

[...] eu gostaria que desse mais valor aos cuidadores, eu gostaria que valorizasse mais os cuidadores. Tanto financeiramente quanto psicologicamente, principalmente psicologicamente, porque o cuidador é um ser humano que está ali pra cuidar de outro ser humano.

Margarida tem 55 anos, é gaúcha, originária do interior do Rio Grande do Sul, da cidade de Bagé e faz mais de 30 anos que mora em Porto Alegre. Casou-se muito nova e teve 5 filhos. Ante a necessidade de trabalhar, começou na área dos cuidados, com o qual se identificou e

acabou seguindo como profissão até agora. Gosta muito da relação de carinho e de cuidados com o paciente idoso, e sente muita satisfação em poder ajudar.

Vinte pra vinte e um, é. Aí eu vim morar aqui, aí daqui... família, né? Casei, aí tive meus filhos. E aí tem uma certa época da minha vida que eu precisei que trabalhar, né? Aí foi a profissão que caiu no meu colo, não foi a profissão assim, digamos que “eu escolhi ser cuidadora”. Não, o-o trabalho que me escolheu. Porque eu não saí assim... como eu nunca tido experiência de trabalhar, aí eu precisava trabalhar, aí a minha ex-sogra me conseguiu o trabalho e eu fui né, fui assim de “bom, vou trabalhar, eu preciso...”.

[...]com o tempo fui me apaixonando pela profissão e não consigo mais fazer outra coisa. Amo ser cuidadora de idosos, sou muito paciente e muito carinhosa com eles porque realmente são pessoas que precisam de carinho, são pessoas que precisam de cuidado.

Ao começo do trabalho, Margarida relata ter sido bem difícil se acostumar com a rotina de atender pessoas dependentes, sobretudo no sentido físico da situação.

Ah, sim, a-assim no começo como eu não tinha experiência, no começo, foi muito difícil, porque são coisas novas, são... são situações novas, né, que eu não tava acostumada. Tipo assim, ter um paciente na cama tendo que trocar fraldas, esse tipo de situação, eu não tava acostumada com isso. Porque tu trocar fralda de um filho é uma coisa, trocar fralda de um adulto é outra coisa bem diferente, ainda mais uma pessoa que tu nunca viu. Aí no começo foi bem difícil, não vou dizer que foi fácil, mas no momento que eu me acostumei, assim, que eu comecei a fazer, fazer... aí eu fui pegando gosto, como a gente diz, aí... foi que foi.

Margarida realizou o curso de cuidadora de idosos no Instituto Federal, por exigência da instituição onde trabalhava na época, depois de vários anos de exercer o trabalho de cuidado. Ela conta que o curso acrescentou vários aprendizados sobre o cuidado do idoso a sua experiência e ainda afirma que se interessaria em fazer outros, porque reconhece a necessidade de estar continuamente se reciclando nessa profissão.

Eu fiz o meu curso... porque há um certo tempo eu trabalhava sem curso. Aí como eu fui trabalhar numa instituição, aí pediram o curso, eu fiz o curso no IFRS, no Instituto Federal do Rio Grande do Sul. Aí fui, aprendi bastante coisa que eu não sabia, né, além daquilo que eu já sabia aprendi mais um pouco...

E... já pretendo fazer outros, porque de lá pra cá já mudou um pouquinho né, tem umas coisinhas, tenho que pegar e me atualizar. (risos)

No momento atual, por ser população de risco, ela não está trabalhando como cuidadora. Além disso, Margarida relata a queda na demanda, não conseguindo vaga na zona sul, onde ela mora e onde tem vários lares de idosos.

Por causa da pandemia, porque como eu sou de risco então tive que dar um tempo, né. Porque eu não posso ir em hospitais, né, e também a oferta ficou pouca, a oferta de emprego tá muito pouca, né, não sei se é porque o pessoal tem medo dessa pandemia ou talvez não tem ainda também.

Quando perguntada pelo cuidado com o trabalho, ela mostrou a importância de “estar ali”. Dar carinho e atenção, ter responsabilidade e “saber cuidar” são fatores imprescindíveis no cuidado com o dependente, seja com este idoso ou qualquer outra pessoa. Então, em suas palavras:

Para mim, o que é ser cuidadora, no caso?

Ah, já peguei vários tipos de pessoas, já cuidei de pessoas com Alzheimer, com demência, já fui só acompanhante — da idosa, no caso. Já adquiri várias experiências nessa minha profissão.

Conhecer o paciente, a patologia e a situação geral são indispensáveis para um desempenho de qualidade. Segundo Margarida, a boa comunicação que desenvolve junto com a pessoa é chave para conseguir ir adiante.

Assim, a gente sempre desenvolve, né, porque cada caso é um caso. Nem todos os pacientes são iguais. Então o que a gente tem que... qual a característica que tu tem que ter com o paciente? Tem que saber o que o paciente tem, como o paciente age para assim poder auxiliar ele, né?

Então aí o que que eu tenho assim minhas técnicas. Eu converso, né, faço brincadeira com o paciente, dependendo do paciente.

Margarida também descreve a experiência com um idoso portador de Alzheimer:

Eu cuidei de um paciente que ele tinha Alzheimer, e era super difícil. Ele não queria tomar banho, ele... assim ó, ele era super, como é que eu vou dizer, ele era um pouco agressivo, né? Então, o que que eu fazia: na hora de tomar um banho eu fazia uma brincadeira com ele, sabe?

Eu fazia ele rir ou... usava uma técnica... Eu estava sempre brincando com ele, fazendo uma brincadeira de “ah, vamo tomar banho, hoje é dia de tomar banho, ah, vai ficar fedendo...”. Aquelas coisas assim que a gente fala, “vai ficar com cheiro ruim”, mas sempre rindo, sempre brincando, e ele entrava no meu jogo. Quando eu menos esperava ele já estava no box, tomando banho.

Então assim a gente tem que ir conforme for o paciente tem que ter um jogo de cintura pra lidar com ele, né? Não pode é ser agressivo com o paciente, tem que sempre ter um jogo de cintura com eles, né? Entrar na.... como é que eu vou dizer, entrar na mente do paciente para ele poder fazer (n/e).

Lidar com a violência de pacientes descontrolados também forma parte do cotidiano da cuidadora, mas o controle das emoções é indispensável nesses momentos, como no caso que Margarida se refere agora:

Eu trabalhei com uma senhora que eu fiquei doze horas com ela me batendo. Porque ela tinha demência, então eu não sei o que ela via em mim. Ela chegava perto de mim e me batia de tapa no rosto, ela me batia de bengala e eu passei as doze horas com ela nessa situação. Fui tentando contornar. Mas jamais eu levantei a voz para ela, jamais eu fiz, eu simplesmente só... porque ela tinha mesmo, ela tinha demência, então eu não podia, né, me exaltar, nem nada.

Em algumas situações, a relação no trabalho é tão boa que a morte do paciente e separação de sua família causa um desgaste psicológico na cuidadora. O vínculo, então, dura muito mais tempo do que o tempo dedicado ao trabalho nesse lar.

E essa última família que eu trabalhei, eles me trataram muito bem, então eu senti muito. Essa abalou meu psicológico. A paciente assim nem digo que tenha me tratado bem porque ela tinha os problemas dela, mas a família me tratou muito bem e então quando a paciente faleceu eu senti muito, muita falta da paciente quanto dos familiares, né? Tanto que até hoje ainda mantenho contato com eles e eles comigo. Foram quase dois anos trabalhando com eles e foi muito bom.

Margarida também relata que teve experiências negativas na relação com outras famílias, em que houve maus tratos e falta de respeito:

As pessoas ficam falando que tu não sabe fazer teu trabalho, que tipo de cuidador tu é. Porque algumas pessoas querem... Por exemplo, o médico prescreve uma coisa, o que o cuidador vai fazer? O cuidador

vai fazer o que o médico prescreveu. E a família quer que tu faça além daquilo, só que o cuidador, ele tem conhecimento até um certo ponto. Cuidador não pode passar daquilo ali, porque nós não somos técnicos de enfermagem. Nós não temos o estudo que o técnico tem. Então nós temos um limite, e às vezes o familiar acha que a gente tem que ir além daquilo ali. Então eles ficam humilhando, ficam falando coisas que a gente não tem que ouvir, sabe?

O mau trato e a desqualificação da pessoa cuidadora parece ter afetado muito Margarida, ao ponto de às vezes se perguntar se vale a pena seguir na profissão:

Sobre alimentação: alimentação tem casos que claro, te dão alimento. Tem outros que tu tem que levar. Eu no caso não me importo com isso mas tem alguém que... Parece assim que eles te tratam como se fosse um morto de fome! Que tu não tem eira nem beira, que tu é uma pessoa que não existe na sociedade, sabe? É assim. E tem pessoas que te tratam normalmente como se fosse um ser humano normal.

É isso aí que às vezes eu fico pensando se vale a pena ser cuidador, sabe? Porque nem tanto pelo paciente, às vezes é a família que não tem estrutura psicológica pra ter aquela situação dentro de casa, sabe? Ter um paciente, ter um cuidador que entra e sai todo o dia ali. É, é complicado.

É complicado porque geralmente são 12 horas que tu tem que ficar ali com o paciente, 12 horas que tu tem que ficar dentro da casa com as pessoas.

A alta carga horária também influencia, como vimos, nas relações. Como se trata de uma pessoa que não pertence à família, mas está todo o dia em casa com ela, os problemas de convivência têm de estar muito bem afinados para que não se torne um obstáculo na relação. Para tanto, a cuidadora tem que desenvolver características de boa comunicação e resiliência que contribuam para uma boa relação. Margarida considera a autonomia e o respeito para com o paciente como requisitos importantes.

Sim, com certeza, né, o cuidador tem que ser simpático, o cuidador tem que se comunicar, né. Com o paciente, tem que conversar. Não tratar como doente, né, “ah, coitadinho”. Não, tratar o paciente normalmente como se fosse uma pessoa normal. E é uma pessoa normal, só tem uma certa deficiência, né? Se o paciente tiver condições, se ele faz as coisas dele sozinho, né? Não precisa estar em cima. Claro tem que estar cuidando, né, não deixar ele somente só, mas, por exemplo, se ele escova o dente, ele escova sozinho, se ele consegue comer sozinho, a gente deixa ele comer sozinho... Mas ficar sempre cuidando, né.

Em relação a outras atividades realizadas na casa durante o cuidado, Margarida fala que depende da combinação estabelecida com a família. Coisas relacionadas ao paciente estão dentro de sua responsabilidade, mas outras tarefas que não sejam cuidar do paciente ou das suas pertinências não é tarefa do cuidador.

Então aí quando tem... como eu vou dizer... quando o familiar pede pra fazer isso aí a gente faz, mas o dever, eu pelo menos eu aprendi assim, que o dever do cuidador é só com o paciente, com as coisas do paciente, coisas de casa já não é com o cuidador.

Margarida fala de ter sentido pouco reconhecimento social e das próprias famílias como trabalhadora do cuidado, em todos os níveis, sobretudo relacionado ao nível de exigência, apesar de serem 12 horas de plantão. Esse sentimento em relação à falta de reconhecimento é bem forte, relata sentir a invisibilização como cuidadora na pele, proveniente de todos os âmbitos, mas ela traz ao governo como representante do exercício dessa invisibilidade.

Infelizmente. É uma profissão bonita, é uma profissão... mas infelizmente o cuidador ainda tá muito desvalorizado. Pelos anos que eu tenho de trabalho é muita exigência e pouco reconhecimento.

Social, material, todos os níveis, todos os níveis. Porque o cuidador, ainda... O cuidador é tratado como aquele trabalhador que fica lá fora, sabe? [...] Eles precisam, o governo precisa reconhecer os cuidadores de idosos porque é uma profissão muito importante. É uma profissão importantíssima, o cuidador de idosos, porque ele tá ali praticamente 24 horas ao lado do paciente. Ele sabe o que o paciente tem, ele conhece as dores do paciente, ele conhece as doenças do paciente, sabe? Ele tá ali, ele tá apoiando, ele está cuidando, ele traz carinho... Então é... esse reconhecimento que a gente precisa. A gente precisa existir. Hoje em dia é difícil alguém falar, “bom, amanhã é o dia do cuidador de idoso”, “ah, meus parabéns, o cuidador de idoso”. Nunca vi isso. Eu vejo parabéns ao médico, parabéns ao enfermeiro, parabéns ao técnico, parabéns ao fulano, ciclano, mas o cuidador de idosos não vejo. Não vejo ninguém exaltar o cuidador de idoso.

Eu tenho muito orgulho da minha profissão, graças a Deus, eu me orgulho de ser cuidadora, mas também quero ser reconhecida, né.

Poder chegar e dizer eu sou cuidadora e o pessoal “ahh, cuidadora”, sabe? Chego [e digo] eu sou cuidadora e todo mundo te olha assim “hummm”, como se não fosse nada, mas é a responsabilidade que a gente tem dentro de uma casa, com o paciente, nossa! Não é fácil!

Margarida demonstra-se preocupada em relação ao futuro da profissão, pois percebe cada vez menos vagas e mais concorrência. A situação da pandemia também deixa as pessoas ainda com maior incerteza daquilo que pode vir a acontecer futuramente.

É, eu já estou com 55 anos, né. Eu já estou com uma idade que, para a profissão, dependendo do paciente que tu pega já fica mais difícil né, porque às vezes são pacientes acamados, são pacientes muito grandes, precisa fazer muita força, né. Mas eu, enquanto conseguir, eu pretendo continuar muitos anos, se Deus quiser, né, porque para mim eu tenho essa expectativa, né. E ter mais vagas de emprego, porque eu estou achando, eu estou achando que está muito difícil.

É que nem agora, eu dei esse tempo por causa dessa pandemia, porque eu sou uma pessoa de risco, mas eu já tô pensando lá na frente, né, como é que vai ser. Quando que eu vou conseguir um trabalho? Porque não é fácil, não é fácil. Tu não tá tendo, nós não estamos tendo muita oportunidade, né?

Em relação às incertezas com o futuro, Margarida nos conta como o seu posicionamento positivo e seu astral para cima contribuíram para o enfrentamento desses momentos e evitar adoecimentos maiores. Ela se reconhece referência dentro de sua família e isso é uma das principais motivações que ajudam ela a manter-se psicologicamente e emocionalmente em pé. A própria tarefa de cuidador funciona como uma motivação para manter o astral em positivo e entrar sorrindo no trabalho.

Olha, eu penso assim para não entrar em depressão, para não adoecer, sabe? Porque se não, se tu começar, “ah, eu estou assim, ah, eu estou desse jeito, eu estou daquele jeito”, “ah, eu não consigo trabalho, isso e aquilo”, sabe? Aí tu vai adoecendo e adoecendo tua família. Então eu não posso, eu tenho que ir pra frente porque eu sou o seio da minha casa. No momento que eu perder as esperanças, no momento que eu adoecer, eu vou adoecer tudo à minha volta. Então eu me mantenho assim... Eu dou risada do fracasso, dou risada das alegrias, dou risadas das tristezas e vamos levando a vida porque não adianta nada. A pessoa tem que estar sempre pra cima e pela minha profissão também eu não posso também estar sempre de cara feia ou de mal com a vida. Não dá. Eu tenho que entrar na casa da pessoa e eu tenho que entrar sorrindo, estando com problemas ou não estando, estou sorrindo, né. Quando eu saio de casa pra ir trabalhar meu problema eu deixo em casa, os outros na rua ninguém tem nada que ver com meus problemas, então...

Se tu tem problemas no trabalho, tu deixa no trabalho. Porque não adianta tu querer levar um problema de um lado pro outro. Porque isso vai machucar pessoas que não têm nada a ver. E o teu psicológico fica abalado, né, porque daí tu vai te tornando uma pessoa fria, uma pessoa de mal humor, briga com Deus e o mundo, isso não é bom. Bom, nem para a tua saúde mental nem para a saúde mental das outras pessoas. E principalmente das pessoas que tu cuidas, né. Porque já são pessoas que estão precisando de um apoio, já estão precisando de um carinho, já estão precisando de uma palavra amiga e aí tu vai levar o que para eles? Então por isso que eu sempre tento manter o meu bom astral, que é pra não dar problema em casa e nem problema onde eu trabalho, que são duas coisas.

Na perspectiva da velhice avançada, Margarida espera ser bem cuidada pelos filhos. Manter a lucidez e a autonomia é essencial para sua vida como idosa.

Ai (risos)... Olha, eu espero que meus filhos cuidem muito bem de mim porque eu já estou quase lá, né, já estou indo, já estou no caminho. Mas eu espero que eu seja muito bem cuidada, eu tenho 5 filhos, né, e eu espero que algum deles me cuide muito bem. Mas até, até, digamos assim, eu sempre faço minhas orações e peço a Deus: eu quero continuar, assim ó, até os meus últimos momentos eu quero ser uma pessoa lúcida, fazer minhas coisas, né, sem ter que estar dependendo de ninguém para nada, como eu sou hoje em dia, super independente.

No final da entrevista, Margarida faz um apelo ao reconhecimento para com sua profissão::

Eu só gostaria sim de – eu não sei até onde vai chegar esse vídeo, né, mas eu gostaria que desse mais valor aos cuidadores, eu gostaria que valorizasse mais os cuidadores. Tanto financeiramente quanto psicologicamente, principalmente psicologicamente, porque o cuidador é um ser humano que está ali pra cuidar de outro ser humano. Nós não somos um robô. Nós absorvemos tudo que vem de bom e de ruim. Então, eu gostaria que as famílias tratassem melhor os cuidadores. É isso aí.

6.3.3 Tereza

“tú não vai conseguir mexer com ele!”

Tereza é uma mulher de 64 anos, de baixa estatura e muita energia. Nasceu em Porto Alegre, tem 4 filhos, 10 netos e mora sozinha. Sua família de origem era grande, com onze

irmãos, mas três deles já faleceram, de modo que permanecem sete irmãos vivos. Tereza lembra da sua infância com muita alegria, conta que ela e seus irmãos jogavam na rua até à noite e que ela era muito “danadinha”.

Eu, quando pequena... eu lembro alguma coisa assim, que eu era muito danada (risos). Era muito danada, metidinha a guri, tipo... brincar na rua, jogar bola, jogar taco...não sei se tu conhece, aquele estilingue, assim?

Tereza relata que já é cuidadora de idosos há muito tempo e gosta muito do que faz.

Ai, faz bastante tempo, deixa eu ver, faz uns 25... mais de 25 anos. Eu sempre tive muita afinidade, né, gosto do que eu faço, sabe?

Não sei, acho que comecei a trabalhar numa casa e tinha idoso e eu me identifiquei muito sabe? Com eles. E outra coisa assim, é tão bom, é tão gratificante quando tu pega um idoso que está com problema de saúde e tu consegue recuperar. É muito bom.

Como cuidadora, Tereza trabalhou com pessoas que tiveram menos ou mais dependências, e ainda com diferentes tipos de patologias, muitas delas demenciais.

[...] eu cuidei uma idosa com Alzheimer, fiquei dois anos e meio com ela. Quando faleceu ela tinha 100 anos. Eu fiquei em uma por 3 anos, ela tinha esquizofrenia, psicopatia, Alzheimer e Parkinson.

Nesses casos, utilizava a paciência como característica que teve que desenvolver para poder levar as situações adiante, pois houveram momentos difíceis neste trabalho:

[...] ela me tirava fora da paciência... Porque às vezes elas, elas insistem numa coisa que é impossível, né? Aí tipo assim, eu dou uma voltinha dentro de casa, conto até 10 e volto revigorada, entendeu? Porque eu tenho que entender que ela está doente, entendeu, e eu estou ali para cuidá-la, não é para mim criticar ou julgar ela pelo fato de ela ter uma doença.

Para Tereza, o carinho é essencial no cuidado, demonstrado tanto pelos cuidados na higiene e na alimentação, mas também pela disponibilidade para conversar. Essa necessidade de diálogo Tereza descreve como algo muito forte nos idosos que cuida.

Tem que cuidar com todo o carinho, como se fosse da tua família, né, prover tudo que for de bom para ela: higiene, exercício físico, uma boa conversa, porque eles gostam muito de conversar.

No momento em que o paciente vem a falecer, é tão alto o nível de envolvimento dela com ele, que às vezes prejudica sua própria produtividade. Tereza afirma já ter trabalhado em vários lugares de uma vez e quando um paciente com o qual se envolveu muito afetivamente falece, precisa deixar de trabalhar uns dias nos outros lugares para poder se recuperar. Ela relata algumas de suas experiências nesse sentido:

Com a... Ah, tem uns que eu me envolvo muito, muito. Aí é bem complicado. Me envolvo, aí fico uns dias que eu não consigo nem trabalhar porque eu já cuidei de 2, 3, assim tipo à noite de um, durante o dia de outro, final de semana de outro. E aí fica muito difícil para mim. É, eu me apego. Porque eu fico... Bom, eu fiquei 3 anos e meio com uma, direto, né? Eu só tinha folga segunda-feira de noite. Eu ia todos os dias inclusive final de semana. E aí quando ela veio a óbito para mim ficou bem difícil.

Tereza menciona sua experiência no cuidado de uma idosa em Portugal, em que teve de se dedicar exclusivamente ao cuidado direto da paciente, morando na mesma casa por 6 meses e retornando para Porto Alegre por causa da doença de seus irmãos. Contudo, sentia uma saudade tão forte de seu país que não permaneceu neste emprego, apesar das boas condições econômicas que o trabalho lá proporcionava:

[...] saí daqui já com trabalho e ele me pediu – o filho [...] pediu o currículo, eu levei. Fiquei 6 meses, eu só voltei porque eu tinha dois irmãos que ficaram hospitalizados, inclusive um veio a óbito.

Nossa! Eu achei que eu fosse aguentar, digamos, 2 anos, mas a saudade começou a bater e aí não teve jeito. E aí já que estavam dois doentes. Disse; vou aproveitar porque acho que tá na hora de eu voltar. Eu sempre dizia assim: eu vou voltar o dia que meu coração determinar. E aí um dia pela manhã eu vi que eu tive taquicardia, 125. Eu disse não, opa, não é normal, eu não tenho isso. Acho que é a hora que ele estava dizendo para eu voltar. Aí resolvi voltar.

As tarefas de Tereza com a idosa envolviam todas referentes a atividades básicas da vida diária e os plantões duravam 12 horas. Na casa, ela não precisava fazer outras tarefas porque haviam várias pessoas empregadas para diferentes atividades, como cozinhar, limpar, dirigir, etc. Houve entre ela e a idosa um envolvimento muito grande, com uma conexão muito

aprofundada e no momento de voltar para o Brasil, foi muito difícil fazer frente a situação de separação.

[...] tinha que dar um beijo de boa noite, tinha que rezar com ela de noite, sabe, uma Ave Maria, um Pai Nosso... e, e sentir a minha presença, ela olhava pro lado para saber que eu estava ali.

À tarde, o sono da tarde dela, o cochilinho dela, eu tinha que deitar na cama ao lado. Aí ela olhava para ter certeza que eu estava ali.

Ela ficou muito... Eu não disse, eu disse que para ela que eu tinha um irmão que estava doente, mas que eu retornaria, e aí ela ficou falando por um bom tempo, sentindo falta. Eu não podia dizer para ela que eu não voltava mais, entendeu?

A paciente veio a falecer poucos meses depois que a Tereza saiu da sua casa:

Ela tinha muito medo de ficar sozinha. Ah, eu senti muito, nossa, quando eu soube, sabe?

Pode-se observar como, neste caso, nossa entrevistada levou a situação demonstrando carinho pela idosa até depois de trabalhar para ela, tentando não causar maior tristeza pela perda do vínculo. Dessa forma, referindo se ao trabalho de cuidar, Tereza fala das atitudes que cultivava para realizar suas funções com qualidade:

Cuidar é dar atenção, dar amor, dar carinho, ter respeito por aquela pessoa, saber que ela está ali. Eu não posso fazer um julgamento porque ela está digamos “ah, está sofrendo, ah, porque ela foi assim”. Não, eu não tenho que fazer esse julgamento, não posso fazer isso, né? E ter muita empatia por ela, passar pelo lado dela, porque às vezes é abandonada pelos filhos, não tem carinho dos filhos, ou não tem filhos! E às vezes se tornam, elas acabam se tornando pessoas amargas por esse motivo. E eu não posso fazer nada disso. Eu tenho que cuidar dela. E eu gosto de fazer isso. E procuro fazer o melhor possível.

Além de cuidar de sua própria parte emocional, Tereza cuida de seu corpo, para poder fazer frente às necessidades no trabalho. Afinal, muitas vezes tem de movimentar a pessoa e cuidar de possíveis quedas, que poderiam ser muito prejudiciais. Apesar de ter dores nas costas

e 4 hérnias de coluna; 2 cervicais e 2 lombares, ela declara não ter tido problemas de saúde relacionados ao trabalho e para evitar maiores males realiza prevenção com exercícios, os que faz como rotina.

Não, nunca tive problema, até porque eu faço bastante exercício físico, né. Porque às vezes tem umas que tu tem que mexer sozinha, né. Só está você e a paciente ali dentro, eu tenho que tirar ela da cama, eu tenho que ter força. Então isso aí eu procuro sempre fazer bastante exercício físico, para mim ter essa força para tirar ela digamos, vamos supor, da cadeira, levantar, por no banho... porque são situações bem perigosas, tu botar um paciente como essa que tem esquizofrenia...

Tereza afirma que sua saúde, tanto física como psicológica, deve-se a sua boa disposição frente à vida em geral. *Tipo assim, é, “ah, porque hoje eu perdi o emprego, eu vou ficar dentro de casa chorando”. Não, amanhã é outro dia.*

Tereza trabalhou sempre por recomendação, dessa forma, quando as pessoas a chamam, já estão informadas sobre seu trabalho. Sempre foi curiosa em relação ao conhecimento necessário para realizar melhor o cuidado, realizando cursos de aperfeiçoamento na área.

[...] tudo por indicação. Eu nunca fui trabalhar em clínica, só por indicação. Porque daí quando a pessoa me chama ela já está sabendo, né, como eu trabalho, meu jeito. Claro que quando eu chego daí eles se apavoram com o meu tamanho.

Tu não vai conseguir mexer com ele!” Ou com ela... Claro que consigo, claro que consigo. Agora eu fui cuidar dessa paciente ela está com 70 e poucos quilos, quase 80. Eu tirava ela...

Tereza ainda fala de experiências que implicavam situações de negligência de outras cuidadoras, momento em que se viu envolvida e que a preocupação com o idoso ficou demonstrada ante a irresponsabilidade e má atuação de colegas:

Eu acho que... paciência, as pessoas não tem paciência. Tipo assim, ó, uma coisa que eu cuido muito é a medicação. Eu tenho muito medo, muito receio de dar uma medicação a mais. Eu, se tiver que dar a mais, eu prefiro dar a menos. Principalmente quando é um tranquilizante, porque às vezes tu dar um pouquinho a mais é fatal? E a gente vê as pessoas fazerem isso com muita frequência.

E até os outros funcionários da casa percebiam, porque comigo, quando eu cuidava a noite, no outro dia ela ficava o dia inteirinho acordada e quando era o contrário, ela passava até a hora do almoço – que eles almoçam à uma e trinta lá – ela ficava sonolenta.

Nessas reflexões, podemos perceber como a responsabilidade frente a outra pessoa está continuamente presente, durante as 24 horas do dia. Muitas vezes, a falta de controle por parte da família, junto com a irresponsabilidade de alguns cuidadores, pode levar a situações complicadas em que o paciente piora ainda mais a sua qualidade de vida e sua saúde.

É o teu trabalho. Então quando tu te coloca para fazer uma coisa, tu faça bem feito. Se tu não tiver condições de fazer, tu vai embora, dá o lugar para quem quer fazer bem feito. E principalmente cuidar de uma vida, cuidar de alguém que está debilitado, indefeso.

Porque assim, Julia, se acontece uma coisa as duas são culpadas, porque as duas estão cuidando. Não tem como tu precisar “não, porque ela deu a medicação errada”. As duas que estão ali, as duas que são responsáveis.

Dessa forma, levando o controle dos materiais e medicação, Tereza tenta conduzir a situação, o que gera um estresse extra. Muitas vezes a responsabilidade não entra no escopo dela, mas influencia no seu trabalho de uma forma radical.

Ah, é muito difícil, porque daí eu tenho que ficar controlando, eu fico com medo, eu fico controlando a medicação, eu conto todos os dias o comprimido e anoto, faço uma anotação para mim. Quando eu vou pegar no outro plantão eu confiro cor, eu desconfio que não trocam a fralda, eu marco a fralda, pego uma caneta e dou uma marca na fralda, no outro dia eu chego, está a mesma fralda, eu vou conferir, está a fralda marcada que eu deixei, entendeu?

Nesse sentido e por já ter vivido várias experiências negativas, Tereza pensa que deve ser exigido curso de cuidador para todas as pessoas que vão ficar no cuidado do idoso. Ela também acredita na necessidade de uma avaliação psicológica para comprovar a idoneidade da pessoa para exercer essa tarefa.

Eu acho que deveria ser exigido curso de cuidador para todos eles, porque assim, ó, tem uns que ficam sozinhos com o paciente, ficam sozinhos. A família vai lá, contrata, e deixa eles sozinhos dia e noite com o paciente. Inclusive... Eu acho que inclusive teria que ter uma avaliação psicológica.

Quando perguntada pela sua velhice, Tereza fala que é um tema que já está conversando com a família. Os netos já pensaram como iriam cuidar dela:

Ah, eu tenho o meu neto mais velho e uma das minhas netas que ela disse “Vó, eu e o Gabriel vamos cuidar de ti, só. O Gabi cuida de ti e eu vou no super”. (risos) “Dudu, mas não pode, Dudu, tu que tem que cuidar da só, e o banho?”, “Tu não entende, só, que alguém tem que ir no supermercado?”

Mas é uma coisa assim que a gente... às vezes tu tem um monte de filho e não quer dizer que tu vai ser cuidada por eles, porque todo mundo tem que trabalhar, né. Tem que... tem filhos, tem marido, tem casa, né? Mas eu sou contra botar em clínica, porque o... pode atender

Nesse sentido, Tereza pensa que a melhor forma de ser cuidada é mesmo por meio da contratação de uma cuidadora em seu próprio lar. Ela cita um professor do curso de cuidador que ela fez, que levou sua experiência particular à aula.

Meu professor dizia: idoso cuidado numa clínica é um, cuidado por familiares é outro, e cuidado por cuidadores é outro. Aí ele contou. Doutor Nilton Terra, um geriatra. Ele contou que a mãe dele estava com 82, 83 anos, estava viúva e estava muito triste e aí eles resolveram contratar uma cuidadora. Porque eu fui da segunda turma, da primeira turma saiu uma menina que se destacou muito e ele levou para cuidar da mãe dele. Ele disse que um belo dia chegou – a mãe dele tocava piano – estava a mãe dele tocando piano e a moça cantando. Ele achou aquilo maravilhoso, que a mãe dele estava voltando a viver de novo.

Ele disse que a grande diferença é exatamente aí, porque quando é com família, aí, “Fu, tá fedendo, aí que cheiro de xixi na casa...”, né, eles começam a reclamar, “Ah, final de semana queria viajar, não posso, porque tem a mãe para cuidar”. E a pessoa vai ficando, vai sentindo um peso para a família e aí em vez de melhorar ela vai indo mais para trás. Começa a não interagir, começa a já não participar dos almoços, né, dos bate-papos na janta, já começa a ficar, já começa a se isolar. Isso que um cuidador é diferente e a gente percebe mesmo isso, ainda mais eu que sou muito falante.

6.3.4 Dimensões ativas na Experiência de cuidado.

Estudando as dimensões do cuidar, podemos perceber claramente nos relatos das cuidadoras, a presença ativa de todas elas. Segundo Soares (1998), nos trabalhos chamados de

serviços, os trabalhadores colocam em prática o desempenho de muitas qualificações, difíceis de serem observadas e diferentes das colocadas, por exemplo, no setor industrial (SOARES, 1998).

Assim, podemos diferenciar as seguintes dimensões do cuidado: cognitiva, física, sexual, relacional e emocional. A dimensão cognitiva é compreendida como os conhecimentos que são adquiridos durante a história da pessoa, que se aplicam no trabalho – o que pode ser observado em quase todas as ações realizadas para o cuidado. Assim, verificamos os conhecimentos que a cuidadora deve ter, desde medir quantidades de comida ou de medicamentos, até sintomas de descompensação de doenças mais graves, como por exemplo o Alzheimer. A pessoa deve saber como ajudar a tomar banho, fazer a higiene ou mesmo dar banho na pessoa idosa. Deve saber que movimentos realizar, de forma a não machucar o paciente, nem se machucar.

A cuidadora deve saber que quantidade de comida a pessoa cuidada deve comer, assim como saber alimentá-la. Deve ter conhecimento sobre as doenças sofridas pelo paciente e sintomas de seus agravos, além de saber como prevenir acidentes e outras doenças que podem atingir o paciente. A cuidadora tem que ter domínio sobre os melhores horários para as diferentes atividades e de como realizá-las durante o dia, como e em qual momento será melhor cada refeição, por exemplo. A quantidade de conhecimentos que a cuidadora coloca em prática a cada dia é imensa, envolve conhecimentos gerais, de saúde e conhecimentos do próprio paciente e suas características. Capacidades como a concentração e a atenção são importantes, no sentido que a cuidadora deve estar sempre atenta às ações do idoso, sabendo captar os possíveis perigos para se adiantar e para evitar quedas, por exemplo.

Na dimensão física, o trabalho de cuidados não só envolve as dimensões do cuidado com o corpo para exercer ações com o paciente, como para ajudar a tomar banho, se movimentar, comer etc. Mas também a dimensão física está relacionada a poder aguentar a extensão das jornadas, com plantões de 12 horas na maioria das vezes. Isso envolve um desempenho físico importante, sobretudo nos casos em que os pacientes são de meia e alta dependência, pois os câmbios de posição, a realização das higiênes e a própria alimentação são procedimentos que demandam não só força física, mas também agilidade.

Em relação à dimensão sexual, para Soares (2012), ela está representada pela exigência de uma certa aparência determinada. No trabalho do cuidado não fica tão clara essa dimensão, mas se expressa na atenção à aparência e a boa presença. A cuidadora deve saber interpretar e adaptar-se ao estilo que a família está procurando. Muitas vezes esta aparência determina, ou não, a sua contratação. A pessoa tem que sempre apresentar-se ao trabalho de uma forma

atraente para a família e o paciente cuidado, o que demanda um esforço de estar dentro dos padrões da sociedade.

A dimensão relacional fica muito mais clara em relação ao trabalho de cuidado, pois é uma de suas bases. Espera-se que a pessoa contratada para cuidar do idoso tenha uma boa comunicação, que seja educada, que se relacione bem com as pessoas da família e com o paciente. Nos relatos das cuidadoras, observamos como esta dimensão pode chegar a trazer muita gratificação, quando são conquistadas boas relações. Por outro lado, em alguns momentos pode chegar a ser fonte de muito estresse e sofrimento. O exemplo de quanto esta dimensão é importante precisando ser muito desenvolvida pelas cuidadoras se observou muito claramente na relação de Silvia com a idosa cuidada, em que elas chegaram a acordos “ela me aguenta e eu aguento ela”, no relato de Silvia sobre as duas terem “personalidade forte”. Combinações pré estabelecidas a nível relacional ajudam na convivência e demonstram como esta dimensão relacional e a dimensão emocional estão relacionadas de uma forma muito particular. Para que as relações ocorram de forma fluida, as cuidadoras e as pessoas cuidadas precisam gerir de forma adequada o mundo emocional.

Muitas vezes as cuidadoras demonstram ter que trabalhar suas emoções, não só frente a situações estressantes pontuais, como por exemplo, a perda de controle e a violência por parte de um idoso demenciado (como no exemplo de Margarida), mas também na morte e na elaboração do duelo (como contava Tereza, em relação aos pacientes com os que ficava muito apegada). Segundo Hochschild (1983 apud SOARES, 1998, p. 133), podemos definir o trabalho emotivo como “sendo a gestão dos sentimentos a fim de se criar uma aparência facial e corporal que é observada publicamente” e para isso deve-se possuir qualificações emotivas.

Esta dimensão emocional é trazida pelas três entrevistadas de muitas formas. Elas devem administrar suas emoções continuamente, “para entrar no trabalho com um sorriso” como fala Margarida, ou até para sair do emprego sem machucar o idoso, como conta Tereza ao relatar sobre sua preocupação com a idosa que deixou de cuidar em Portugal. Em situações desse tipo, é demonstrada não só uma gestão de seus próprios sentimentos, mas também dos sentimentos do paciente envolvido, “eu não podia falar para ela que eu não ia mais voltar”.

A preocupação com o bem estar do ser cuidado, sempre tentando levantar o astral dele, é um trabalho emocional imensurável e que qualifica a vida dessa pessoa de uma forma bem diferenciada. Assim, quando Margarida conta que “brinca” com o idoso que não quer tomar banho, quando Silvia trata a idosa “como se fosse minha mãe” em momentos de descontrole, ou ainda quando Tereza ensina o idoso a mexer no celular, observamos distintas perspectivas de como esse trabalho emocional se coloca na prática nos cuidados destas trabalhadoras.

Através das palavras das cuidadoras, conseguimos observar como uma ampla gama de qualificações e saberes são necessários para a realização deste trabalho. Observamos também o grau de desenvolvimento relacional e emocional que deve ser colocado todo o dia em prática por elas. A não valorização social deste trabalho de cuidado, junto com a grande carga horária e a falta de reconhecimento tanto a nível financeiro como social, são fatores de risco para a qualidade de vida das cuidadoras que exercem este trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado é entendido como uma atividade em processo que garante a continuidade do ser humano e de seu mundo, uma rede que sustenta a vida (FISHER, TRONTO, 1997, apud TRONTO, 2005). Cuidado que neste início de 2021, foi colocado em xeque pela pandemia da Covid-19. Este momento atípico tem gerado reflexões sobre nossa vulnerabilidade e sobre como dependemos dos outros para ter continuidade na saúde e na qualidade de vida. É curioso como as pessoas em geral e a sociedade toda precisa de golpes assim para pensar na importância de nossas relações e sobre a dependência uns dos outros, seja em situações envolvendo a manutenção da saúde, ou mesmo nas que se apresentam doenças, para poder passar por elas com menos dor e sofrimento e com dignidade. A situação mundial antes da pandemia nos vinha reclamando uma atenção especial a tais assuntos, uma vez que sua negligência pode causar consequências nefastas.

Podemos pensar no envelhecimento humano como uma das características desta modernidade "líquida" e de um capitalismo neoliberal globalizado. Por um lado, surge a possibilidade de viver mais tempo para muitas pessoas, mas por outro também surge a necessidade de garantir mais saúde e qualidade de vida para essas pessoas e para todos. Como garantir às pessoas mais velhas cuidados adequados, mas contribuindo também para a melhoria da saúde e qualidade de vida de seus cuidadores? Que arranjos devemos fazer em nossa sociedade para que a desigualdade de gênero, raça e classe, não seja a base para bons cuidados?

Com esta pesquisa, pretendi conhecer mais de perto um setor que é invisibilizado e assume a responsabilidade direta sobre a qualidade de vida dos idosos que precisam de cuidados. Conhecemos as características das participantes, as percepções sobre sua saúde e qualidade de vida, e os saberes que são aplicados nos seu trabalho. Nesse sentido, fica a gratidão pela disponibilidade dos participantes para a participação nos questionários e particularmente nossas três entrevistadas.

Porto Alegre é uma das cidades do país que apresenta maior quantidade de pessoas idosas. Na sua grande maioria, estas são cuidadas pelas familiares mulheres, denominadas na literatura como cuidadoras informais. Contudo, é cada vez mais necessário contratar pessoas para cuidar desses idosos de forma remunerada (cuidadores formais).

Na literatura e na pesquisa há muitos trabalhos sobre cuidadores informais familiares, mas o número de pesquisas relacionadas à cuidadoras formais ou remuneradas é escasso. Difícil acesso e distribuição muito heterogênea dentro da população fizeram desta pesquisa um real desafio para poder alcançar estas trabalhadoras. Obstáculos que se agregaram aos da

preocupação e do isolamento por causa da pandemia. Várias mudanças precisaram ser feitas dentro da pesquisa, envolvendo a própria metodologia. Foi necessário adequar instrumentos para serem colocados em prática a partir das TICs. Esforços concretizados na resposta dos questionários elaborados no Google Forms e na realização de três entrevistas online.

Dessa forma, foram 57 participantes, que responderam a um questionário com perguntas bio-sócio-demográficas e de percepções, sobre sua saúde e qualidade de vida. Dentre esse total, 55 eram mulheres e 2 homens, com idade mínima de 23 anos e um máximo de 64. As cuidadoras estavam majoritariamente na faixa de idade acima dos 40, sendo a idade média delas de 48,8 anos. Este resultado chama a atenção em relação a outras pesquisas, onde foram estudadas cuidadoras formais de Ilpis nas quais as médias de idade eram mais baixas. Na pesquisa sobre cuidadores remunerados de idosos de Curitiba, as cuidadoras tinham as mesmas condições que as da atual pesquisa e as médias de idade eram semelhantes (76% tinham 40 anos ou mais). Nesse sentido, podemos pensar que esta faixa etária tem mais dificuldade para entrar no sistema de seleção nas Ilpis, então são procurados trabalhos mais independentes, em uma busca por famílias contratantes. Um dado que está relacionado com essa realidade é o número reduzido de cuidadoras reconhecidas com carteira assinada: apenas 19,3% das participantes tinham carteira assinada, enquanto 80,7 % não tinham.

Em relação à raça ou etnia, observamos que a grande maioria se declarou branca (68,4%) em relação aos que se declaram como preta ou parda (31,6%). Esses dados chamam a atenção, pois estão em discordância com os dados de pesquisas nacionais, em relação à função de cuidador, que aparece como trabalho de continuidade do trabalho doméstico, que historicamente se estende como a continuação da escravidão.

Em relação à escolaridade, vemos uma ampla gama de realidades, desde pessoas que não concluíram o ensino fundamental até pessoas com pós graduação. Um índice de 24,8% da amostra tem uma escolaridade menor que ensino médio completo, enquanto 75,2% tem escolaridade de ensino médio ou maior. Esta realidade das participantes concorda com outras pesquisas com cuidadoras formais, mostrando-nos como o mercado de trabalho está cada vez mais difícil, independentemente do grau de escolaridade apresentado pelos trabalhadores. Possivelmente esta seja a causa que justifica o exercício do trabalho de cuidado, em vez de outros trabalhos para os quais muitas das entrevistadas estão preparadas profissionalmente. Vemos ainda que 30% desta população tem o ensino técnico concluído, além de algumas participantes terem realizado cursos de capacitação específica para cuidador de idosos. Mesmo os participantes que não tiveram essa oportunidade, demonstraram interesse em se capacitar em breve.

Para a maioria (61,4%), o trabalho de cuidado é a principal fonte de renda do lar. O recebimento mensal pelo cuidado equivale de 1 até 3 salários mínimos para 68,4% das trabalhadoras, enquanto 21,1% ganham menos de 1 salário mínimo e 10,5% recebem mais de 3 salários. Em relação à renda total dos lares destas cuidadoras, também a porcentagem majoritária vive com menos de 3 salários mínimos (73,8%). Esta renda é menor do que a renda média na cidade de Porto Alegre, que equivale a 4,8 salários mínimos (IBGE, 2010).

Em relação a carga horária semanal de trabalho, observamos que as cuidadoras têm jornadas exigentes de trabalho, com 40 horas ou mais (65%) ou ainda com mais de 50 horas semanais (35%). Chama a atenção a grande porcentagem de cuidadoras que não apresentam companheiro (73,7%), entre solteiras, divorciadas e viúvas. Apenas 26,3% das entrevistadas declararam ter companheiro. Este dado difere bastante de outras pesquisas estudadas, aspecto que pode ter relação com a média de idade e com a escolaridade, mas seria necessário realizar estudos mais específicos para analisar esta realidade.

Em relação ao número de filhos, podemos observar que, do total, 13 pessoas não tinham filhos, 33 pessoas tinham 1 ou 2 filhos e 13 pessoas tinham mais de 3 filhos. Na religião, podemos constatar que a grande maioria é católica (32,7%), seguida pela religião espírita (34,5%), evangélica (9,1%); umbanda (7,3%) e, por fim, sem religião, 9,1% dos participantes.

Na história laboral destas cuidadoras, os trabalhos de serviços foram os mais relatados como anteriores ao do cuidado. Funções de doméstica, faxineira e cozinheira, foram muito apresentadas pelas participantes, mas também áreas do comércio, como vendedoras e administrativas estiveram relatadas nesta historicidade. Outros serviços, como os de manicure e cabeleireira, foram exercidos por algumas delas. Várias pessoas trabalharam na área da saúde, como técnico e auxiliares de enfermagem, de farmácia e até de alimentação. Uma das cuidadoras relatou ter trabalhado na lavoura e duas, que tiveram pequenas empresas. Houveram relatos de trabalhadoras em fábrica de roupas e como cobradora de ônibus.

Chama a atenção a quantidade de pessoas que trabalhavam na área da educação, desde professoras a orientadoras educacionais e monitoras. Em relação às atividades remuneradas que são exercidas junto com o cuidado, muitas das profissionais que atuam no meio educativo afirmaram ainda seguir com a função. Isso demonstra o mal remunerado da área, o que leva muitos profissionais a terem que duplicar sua jornada para receber uma renda minimamente decente.

Houveram outras declarações de atividades simultâneas, como o caso de uma policial civil e uma auxiliar de limpeza. A baixa renda do cuidado obriga que muitas cuidadoras

realizem outras tarefas remuneradas formais e não formais, para complementar os ganhos, como por exemplo ser vendedoras de cosméticos, fazer faxinas ou objetos artesanais para a venda.

Diante das respostas, podemos perceber que a qualidade de vida é avaliada como satisfatória para a maioria das participantes, já que apenas 12,3% a percebem de forma negativa. Já a saúde também é avaliada como boa pela maioria das participantes, embora a porcentagem que a avalia como ruim ou muito ruim é maior, correspondendo a 21,1%.

Quando questionadas em relação às doenças crônicas, a ampla maioria das participantes (65%) afirmou não padecer de doença crônica. Entre as que relatam doenças, vemos como a HTA é a mais declarada, seguida pelas doenças osteo-articulares e a diabetes. Transtornos mentais, como depressão e ansiedade, foram expostos por 14% da população em estudo. Comprovamos que estes valores correspondem às médias de saúde da população na faixa etária descrita. Ainda sobre as doenças relacionadas ao trabalho, 18 pessoas declararam ter pelo menos uma, com a recorrência dos problemas osteo-articulares, representados por “dores na coluna” e “estresse”.

Na maioria das expressões sobre o ato de cuidar, o “amor, a atenção e o carinho” são as respostas mais utilizadas pelas cuidadoras. Já a “responsabilidade, a empatia e o doar-se no cuidado procurando o maior bem estar do idoso”, também fazem parte deste conceito para elas. A gratificação e realização pessoal frente à ação de cuidar são motivações que apareceram fortemente nas suas declarações. Na pergunta sobre o motivo de escolha para este trabalho, as cuidadoras falam da possibilidade de obter um trabalho remunerado que gostam de fazer, uma vez que muitas relatam gostar especificamente do cuidado de idosos. Outras motivações listadas são o amor e a caridade para com os outros.

Quanto às capacidades que contribuem para a execução deste trabalho, estão listadas como qualidades principais primeiro, o conhecimento, trazido pela própria experiência e através da realização de cursos. A paciência foi um atributo citado recorrentemente, além da empatia e responsabilidade. Força, habilidades físicas, boa comunicação e disponibilidade de aprender também fizeram parte das características reconhecidas pelas cuidadoras.

Interessante ressaltar o valor que estas cuidadoras dão aos aprendizados vindos da experiência de cuidados, onde não só relatam ter aprendido técnicas de cuidado em saúde, mas também a serem “mais humanas”. Já em relação às experiências negativas das cuidadoras, os relatos têm muito a ver com as emoções geradas pela gravidade e morte do paciente, como sentimentos de impotência e o testemunho de situações de maus tratos vindos das famílias para com os idosos. Outros fatores são a falta de comunicação entre os próprios familiares, falta de

reconhecimento, de valorização econômica, situações que são vividas por estas trabalhadoras em seu ambiente de trabalho, que é o lar do idoso.

Podemos perceber que aspectos como o relacional e o emocional, das relações que as cuidadoras geram com os idosos cuidados são marcantes na vida destas pessoas. Vimos, através de seus relatos, como o cuidar leva a um envolvimento que, embora permita a geração de bons cuidados por parte das cuidadoras, influencia na necessidade de uma maturidade emocional, de forma que a morte do paciente não a afete desmedidamente. Os saberes que as próprias cuidadoras geram durante a sua história laboral servem para instrumentalizá-las nas novas situações vividas. Os aportes técnicos que os cursos trazem também são valorizados e até procurados pelas cuidadoras, muitas vezes como busca por uma forma de maior reconhecimento, tanto a nível econômico quanto como trabalhadoras melhores qualificadas.

No caminho da minha experiência como docente em um curso preparatório para cuidadores de idosos, encontrei-me com muitas pessoas que já eram cuidadoras e procuravam se capacitar de maneira mais aprofundada sobre o tema. Nessas experiências, destacou-se a atenção e a disponibilidade para o conhecimento, além da “boa energia” dessas mulheres – em sua ampla maioria, com idade média em torno dos 50 anos, baixa escolaridade e muita disposição para o cuidado. Nesse momento, pensei que a razão dessa energia positiva era a oportunidade de realização da capacitação e a percepção por parte delas de que os conhecimentos técnicos não estavam tão inacessíveis como elas pensavam. Depois da realização desta pesquisa, posso perceber a mesma energia nestas cuidadoras, na autopercepção da saúde como cuidadoras, na percepção da qualidade de vida e sobre suas próprias possibilidades e valores. O relato que as cuidadoras entrevistadas fazem do cuidado, mostra como há um envolvimento em seu trabalho, preocupadas em cultivar as características que elas valorizam como importantes para a qualidade do cuidado. Dessa forma, e percebendo esta sensação, surgiu-me o questionamento: será que essa energia as impulsiona a procurar o trabalho de cuidado como ocupação ou, então, o próprio cuidado ajuda a elas no seu entusiasmo?

No caso das cuidadoras escutadas se pode perceber uma valorização do seu trabalho de cuidados, dos seus saberes e das competências necessárias para sua realização, além de um reconhecimento da falta desses valores na sociedade toda. Mas essa falta de reconhecimento a nível social é expressão das desigualdades econômicas, sociais e políticas que permeiam toda a sociedade (TRONTO, 2005). Para evoluir dessa concepção e da injustiça presente relacionada à provisão dos cuidados, concordamos com a autora que defende a ideia de transformar esse tema numa responsabilidade pública. Tirando-o dessa forma da invisibilidade e colocando-o na

mesa de discussão, reconhecendo assim a importância do tema. Acreditamos que para sair do que Tronto chama o “círculo vicioso do cuidado” e partir para um “círculo virtuoso”, é imprescindível que todas as pessoas se reconheçam como possíveis cuidadores e ainda, como pessoas receptoras de cuidados. Através desse movimento, trabalhar a empatia das pessoas, demonstrando como os necessitados de cuidados não são só “os outros”, mas todos na sociedade. A autora apresenta esse passo como necessário para colocar o tema do cuidado como um problema público e não individual. E desta forma, valoriza-lo, reconhecê-lo e encontrar soluções que possam servir para todos os indivíduos. Tratando dessa forma de reverter a busca de soluções privadas, de “o melhor para os nossos”, que converte ações no privado de nossos lares em parte de um sistema que perpetua a desigualdade social, econômica, de gênero, raça, etc. presentes no ato de cuidar. Com esta pesquisa e escutando os saberes e as experiências destas cuidadoras, foi dado mais um passo para adentrarmos nos temas dos cuidados, muitos outros precisam ser dados para discutir o tema e chegar a entender e valorizar o mundo dos cuidados, a arte da vida que nos mantém como humanidade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho ?**: ensaios sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Desenhando a nova morfologia do trabalho: as múltiplas formas de degradação do trabalho. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra: v. 83, p. 19-34, 2008. DOI <https://doi.org/10.4000/rccs.427>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/427>. Acesso em: 24 out. 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2011. 282 p. ISBN 9788589737494.

BARBOSA, Lara de Melo; NORONHA, Kenya; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ARAUJO, Cristiane Alessandra Domingos de. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores de idosos formais institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Estudos Populares**, São Paulo: v. 34, ed. 2, p. 391-414, 2017. DOI <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>. Disponível em: <https://re bep.emnuvens.com.br/revista/article/view/890/pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2015. 288 p. ISBN 9724415066.

BARRAL, Ana Inés Mallimacci. Gorbán D. y Tizziani A. (2019). ¿Cada una en su lugar? Trabajo, género y clase en el servicio doméstico. **Descentrada**, Buenos Aires: v. 4, ed. 1, p. e112, 2020. DOI <https://doi.org/10.24215/25457284e112>. Disponível em: <https://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe112>. Acesso em: 25 out. 2020,

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido**: Sobre a fragilidade dos laços humanos. 1. ed. Rio De Janeiro: Zahar, 2004. 192 p. ISBN 8571107955.

_____. **Modernidade Líquida**. 1. ed. Rio De Janeiro: Zahar, 2001. 280 p. ISBN 8571105987.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra**. 20. ed. Rio De Janeiro: Editora Vozes, 2014. 302 p. ISBN 8532621627.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 16 out. 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,

Brasília DF, 24 maio 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRAUNSTEIN, Helio Roberto. **Ética do cuidado: das instituições de cuidado e pseudo cuidado**. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2012. DOI <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-21082012-160819>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BUENO, Carmuca Gómez; PALOMO María Teresa Martín. Tecno-cuidados en los hogares. Cualificaciones requeridas, activadas y activables en el Servicio de Ayuda a Domicilio. **Caderno de relaciones laborales**, v. 38, n. 2, p. 231-250, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/346422185>. Acesso em: 12 dez. 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Teresa. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In. Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60? CAMARANO, Ana Amélia (Org.) IPEA. Rio de Janeiro: 2004.

_____. **Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos**. In: NERI Anita Liberalesso (Org.). **Idosos no Brasil**. Vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 169-190, 2007.

_____. **Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações**. In: CAMARANO, A. A.(Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, Ana Amélia. KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populares**, São Paulo: v. 27, n. 1, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CARRASCO, Cristina. El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores. **Revista Papeles de relaciones ecosociales y cambio global**, n. 128, p. 49-60, 2014.

CASTRO, Janete Lima de. Saúde e Trabalho: direitos do Trabalhador da Saúde. **RDisan**, São Paulo: n. 3, p. 86-101, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/25438>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CEPAL-Comissão Económica para a America Latina e o Caribe. **Las personas Mayores en América Latina y el Caribe**, 2018. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/node/13625>. Acesso em: 30 nov. 2020.

COUTO, Juliana Aguiar Bittencourt. **A trajetória ocupacional de cuidadoras formais domiciliares de pessoa idosa: gênero, trabalho, qualificação e cuidado**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2012.

DEBERT, Guita Grin; PULHEZ, Mariana Marques (Org.) **Desafio do cuidado: Gênero, Velhice e Deficiência**. São Paulo: Campinas, 2017.

DE FREITAS, PY Ligia; MARTINS de SÀ Jeanete Liasch; PACHECO Jaime Lisandro; GOLDMAN Sara Nigri (Org.). **Tempo de Envelhecer; Percursos e dimensões psicosociais**. 2.ed. São Paulo: Holambra, 2006.

DEJOURS, Chistophe. **A Loucura do trabalho; estudo de psicopatologia do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **Avant-propos para a edição brasileira**. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte (Orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. **Trabalho Vivo**: Tomo 1 - Sexualidade e Trabalho. São Paulo: Paralelo 15, 2012.

_____. **Souffrance en France**: La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil, 2014.

DEJOURS, Chistophe; MOLINIER, Pascale. **O trabalho como enigma**. In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte (Orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15, 2004.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti; MELO, Beatriz Rodrigues de Souza; NERI, Karolina Helena; CASEMIRO, Francine Golghetto; FIGUEREDO, Leandro Correa; OLIVEIRA, Cheila Cristina Leonardo de Gaioli; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, pp. 3789-3798, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3789.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

DOLL, Johannes. Satisfação de vida de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha. **Cadernos Pagu**, Campinas: ed. 13, p. 109-159, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634968/2853>. Acesso em: 30 mar. 2020.

_____. Bem-estar na velhice: mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia na pós-modernidade. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo: p. 9-21 - jan./jun, 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/60/53>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade, MEDEIROS Soraya Maria de, RIBEIRO Laiane Medeiros. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.414-427, 2008. DOI <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8043>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/8043>. Acesso em: 05 abr. 2020.

FONSECA, Maria Liana Gesteira. SÁ Marilene de Castilho A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia. **Saúde em debate**, v. 39, jan/dez, 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005247>. Acesso em: 30 out. 2020.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. e PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras.**

Psiquiatr, São Paulo: v. 21, n. 1, mar. de 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012. Acesso em 25 jul. 2020.

FLICK, Uwe. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREITAS, Henrique; OLIVEIRA, Mirian; ZANELA, Saccol Amaronilda; MOSCAROLA, Jean. O Método de Pesquisa Survey. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 105-112, 2000. Disponível em: [http://www.utfpr.edu.br/curitiba/estrutura-universitaria/diretorias/dirppg/especializacoes/pós-graduação-dagee/lean-manufacturing/Pesquisa Survey012.pdf](http://www.utfpr.edu.br/curitiba/estrutura-universitaria/diretorias/dirppg/especializacoes/pós-graduação-dagee/lean-manufacturing/Pesquisa%20Survey012.pdf). Acesso em: 17 jun. 2020.

GEORGES, Isabel; Ania Tizziani. La crise de la démocratie et le capitalisme néolibéral à la lumière de la situation brésilienne Formes d'intervention de l'État et politiques du travail et de l'emploi en Amérique latine. **Science Public**, 2020. Disponível em: <https://sens-public.org/static/git-articles/SP1448/SP1448.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

GUIMARÃES, Nadya Araujo A. Introdução. In: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. (Org). **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GROISMAN, Daniel. **O Cuidado Enquanto Trabalho: Envelhecimento, Dependência e Políticas Para o Bem Estar no Brasil**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2015.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula. FERNANDES Neisa Rejane Machado. MASCARENHAS Marcello **Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado**. Saúde debate. Rio de Janeiro: V. 41, N. 114, P. 885-898, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S4MCz4LkS7JKN3w6HwdbCJR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 nov. 2020.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 21. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo. **Cuidado e Cuidadoras – As Várias Faces do Trabalho do Care**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012.

HIRATA, Helena. O trabalho do cuidado. In: OLIVEIRA, Juliana Andrade, MATSUO, Myrian (Orgs.). O trabalho emocional e o trabalho de cuidado. I Seminário De Sociologia da Fundacentro,1, 2014. São Paulo. **Anais ... Ministério do Trabalho e Emprego e Fundacentro**, São Paulo: 2014.

_____. Entrevista: Helena Hirata. **Revista Trabalho educação. Saúde**, v. 17, n. 2, Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00211>. Acesso em: 27 mar. 2020.

_____. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. **Confins: Revista Franco-brasileira de Geografia**, São Paulo: n. 26, 2016.

Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/10754>. Acesso em: 30 mar. 2020.

_____. O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. **Revista Políticas Públicas**, São Luís: p. 293-290, 2012. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1375>. Acesso em: 28 abr. 2020.

_____. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Cad. CRH** [online], v. 24, pp.15-22, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400002>. Acesso em: 29 abr. 2020.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/885-898/pt>. Acesso em: 29 mai. 2020.

HOCHSCHILD, Arli Russell. **Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional** In: GIDENS Anthony, HUTTO, Will. En el limite: La vida en el capitalismo global. (s.c.): Tusquets p. 187-208, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Dimas_Floriani/publication/235968309. Acesso em: 02 abr. 2020.

HOFFMAN, Livia Borges. MUNIZ Dorna Hélder Pordeus. **Relações Sociais de Sexo e Psicodinâmica do Trabalho: a sexuação das defesas no trabalho de care**. Revista de Psicologia, v. 30, n. 2, p. 154-160, maio-ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5870/7047>. Acesso em 10 abr. 2020.

KERGOAT, Danieli. **Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho**. In: LOPES, Maria Julia Marquez; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KOLLER, Silvia; LISBOA, Caroline. Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, p. 341-356, 2007. DOI <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.12.002> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17349512/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; CARVALHO, Deborah; SZWARCOWALD, Malta Célia Landmann; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013) **Revista Saúde Pública**, n. 51, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000013>. Acesso em: 19 out. 2020.

MARTINS, Gabriela Larissa; CAPARROL, Ana Julia de Souza; SANTOS, Paloma Toledo Afonso dos; BRUGNERA, Leticia Maria; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais de idosos com Doença de Alzheimer.

Escola Ana Nery, Rio de Janeiro: v. 23, n. 2, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0327>. Acesso em: 24 out. 2020.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro, v. I, capítulo I. São Paulo: Difel, 1984.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeo. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998.

MOLINIER, Pascale; PAPERMAN, PATRICIA. Descompartimentar a noção de cuidado? **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília: n. 18, pp. 43-57, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n18/2178-4884-rbcpol-18-00043.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

MOLINIER, Pascale. **Ética e trabalho do care**. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araujo (Orgs.) Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho de care. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo: v. 33, n. 118, p. 06-16, 2008.

MONTAÑO, Sonia Virreira; CALDERON, Coral Magaña. (Org.) **El Cuidado en Acción. Entre el Derecho y el Trabajo**. Santiago: Cuadernos da CEPAL – ONU, 2010.

MORAIS, Natali; KOLLER, Silvia. **Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde**. In KOLLER, Silvia (Org.). Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil, p. 91-107. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NEILSON, Brett. **Globalização e as políticas de envelhecimento**. DEBERT, Guita Grin; PULHEZ; Mariana Marques (Org.). In: Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência. Campinas: Unicamp/IFCH, p. 29-59, 2017.

Organização Mundial da Saúde. WHOQOL – Abreviado. Versão em Português. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

OROZCO, Amaia Pérez. Amenaza Tormenta: La crisis de los cuidados y lar e organización del Sistema Económico. **Revista de Economía Crítica**, n. 5, 2006, p. 7-37 Disponível em: http://observatoridesc.org/sites/default/files/1_ amenaza_ tormenta.pdf. Acesso em: 05 jul. 2020.

_____. **Subversión Feminista de la Economía**: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Madrid: Traficantes de Sueños, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283663395_Subversion_feminista_de_la_economia_Aportes_para_un_debate_sobre_el_conflicto_capital-vida . Acesso em: 29 mar. 2020.

OTO, Pilar Carrasquer. El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 31, n.1, Universidad Autónoma de

Barcelona: 2013. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/41633/39693>. Acesso em: 18 abr. 2020.

PALOMO, Maria Teresa Martin; DAMAMME, Auréli. Cuidados, en la encrucijada de la investigación. Cuadernos de Relaciones Laborales. **Cuadernos de Relaciones Laborales**, v. 2, n. 38, p. 205-216, 2020. DOI <https://doi.org/10.5209/crla.70878>. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/70878>. Acesso em: 27 out. 2020.

PALOMO, Maria Teresa Martin. El “care”, um debate abierto: de las políticas de tempos al “social care. **Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia**, n. 4, pp. 325-355, . Nº 4, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i4.3817>. Acesso em: 29 out. 2020.

PASSOS, Yasmin Nascimento Passos; KHOURY, Hilma Tereza Tôrres. Atitude de cuidadoras formais de idosas institucionalizadas sobre a velhice: efeito de uma intervenção educativa. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 3, pp. 277-299, São Paulo: 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p277-299>. Acesso em: 29 out. 2020.

PINHEIRA, Vitor; BERINGUILHO, F. Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidado a pessoas idosas. **INFAD Revista de Psicologia**, v. 1, n. 2, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6526>. Acesso em: 19 nov. 2020.

PRIBERAM, **Cuidado**, In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2020. Disponível em: <https://www.priberam.pt/dlpo>. Acesso em: 04 jan. 2020.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Editora Almedina. Coimbra, 2020.

SILVA, Rafael, Bianchi; MANDELLI, Jessica, Pedrosa; DIAS, Daniela, Midori, Taguchi. Sobre a Relação Homem-Trabalho no Contexto da Sociedade Líquido-Moderno: Reflexões a Partir de Zygmunt Bauman. **Barbarói, Revista do Departamento de Ciências Humanas**, UNISC, Santa Cruz do Sul: n. 45, p. 293-309, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/5263/5251>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SOARES, Angelo. Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, n. 26, p. 89-117, 2011.

_____. Automação, (des)qualificação e emoção nos paraísos do consumo. **Cadernos Pagu, Campinas**, SP, n. 10, p. 113-146, 2012. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/2191>. Acesso em: 26 abr. 2020.

SOUZA, Rafaella Cristina; SILVA, Silmar Maria; COSTA, Maria Lucia Alves de Sousa. Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, p.493-502, 2018. DOI <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180279>. Acesso em 05 abr. 2020.

SOUZA, Tiago Pereira de; OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 55-66, dez. 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/205782/001110750.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 abr. 2020.

STONE, D. **Caring by the book**. In: MEYER, M. H. (Org). Care Work: gender, class and the welfare state. New York/London: Routledge, 2000.

TORNS, Teresa. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. **EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales**. n. 15. p. 53-73, Madrid: 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/2971/29712404_5003.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

TRONTO, Joan. Cuando la ciudadanía se cuida: una paradoja neoliberal del bienestar y la desigualdad. In: RINCON, Ana (Coord.) **Congreso Internacional Sare 2004: ¿Hacia qué modelo de ciudadanía?** Emakunde, 2005. Disponível em: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2004_es.pdf. Acesso em: 25 ago. 2020.

_____. **Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?** In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org). Gênero, Corpo, Conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 186–203, 1997. Disponível em: <http://www.marcoareliosoc.com.br/jaggar-bordo.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.

RAVAGNI, Leda Almada Cruz de. **O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades**. In BORN Tomiko (Org). Cuidar melhor e evitar a violência. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: 2008. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/12.pdf. Acesso em: 30 nov. 2020.

REIS, Luciana de Araújo. NERI Jéssica Dainner Carvalho. ARAUJO Lilian Lima de. LOPES, Arianna Oliveira Santana. CANDIDO Aldrina da Silva Confessor. Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador: v. 29, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12548>. Acesso em: 10 dez. 2020.

VÍCTORA, Ceres Gomez; KNAUTH, Daniela Ríva; HASSEN, María de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde; Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v.1, n.2, p. 165-178, 1993.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do Cuidar. **Revista Aquichan**. Colombia: 2015. Disponível em: <http://www.fhgv.com.br/home/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Atualizacao-do-cuidar.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

_____. Cuidado: Uma Revisão Teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v. 13, n. 2, p. 29-35, jul, 1991. Disponível em:

file:///home/convidado/%C3%81rea%20de%20Trabalho/Biblio%20Cap%20Cuidado/Waldow/Cuidado%20uma%20revis%C3%A3o%20te%C3%B3rica.pdf. Acesso em: 2 mar. 2020.

ZELIZER, Viviana A. A Economia do Care. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 376-391, Set-Dez. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/8337/5967>. Acesso em: 14 jan. 2020.

ZIESEMER, Nadine de Biagi Souza; LÜDERS, Débora; GONÇALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; HEY, Ana Paula; GUARINELLO, Ana Cristina. Perfil de cuidadores formais domiciliares de idosos em um cenário sul brasileiro. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10111>. Acesso em: 14 dez. 2020.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: p. 7-21, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41376/44953>. Acesso em: 25 jun. 2020.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Questionários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/ PPGEDU

O senhor/senhora está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa do Doutorado em Educação, realizada pela pesquisadora **Julia Gallego Gomez**, orientada pelo Professor Doutor **Johannes Doll** e que tem como objetivo: **Conhecer os cuidadores de idosos da Região Central de Porto Alegre sua saúde como trabalhadores e os saberes ativados neste afazer.**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Educação UFRGS (universidade Federal de Rio Grande do Sul).

Os questionários levam aproximadamente meia hora para serem respondidos e se referem a informações básicas e respostas de múltipla escolha relacionadas aos objetivos antes descritos. Eles terão seus dados transcritos pela pesquisadora, analisados e comentados, sendo utilizados na tese de Doutorado e em artigos e produções científicas.

Você tem a liberdade de se recusar a participar e tem a liberdade de desistir de participar em qualquer momento que decida sem qualquer prejuízo. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas nesta investigação são estritamente confidenciais.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto; entretanto, esperamos que futuramente os resultados deste estudo sejam usados em benefício de outras pessoas. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa.

Eu _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão de participar da pesquisa, se desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Local e data

Referente a dúvidas ou questões, pode-se entrar em contato com a responsável pela pesquisa ou a Instituição de realização da pesquisa:

Julia Gallego Gomez	+55 (51) 981834625
Faculdade de Educação da UFRGS:	+55 (51) 3308.4144
Comitê de Ética: CEP/UFRGS	+55 (51) 3308.3738

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entrevistas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/ PPGEDU

O senhor/senhora está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa do Doutorado em Educação, realizada pela pesquisadora **Julia Gallego Gomez**, orientada pelo Professor Doutor **Johannes Doll** e que tem como objetivo: **Conhecer os cuidadores de idosos da Região Central de Porto Alegre sua saúde como trabalhadores e os saberes ativados neste afazer.**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Educação UFRGS (universidade Federal de Rio Grande do Sul).

Os questionários levam aproximadamente meia hora para serem respondidos e se referem a informações básicas e respostas de múltipla escolha relacionadas aos objetivos antes descritos. Eles terão seus dados transcritos pela pesquisadora, analisados e comentados, sendo utilizados na tese de Doutorado e em artigos e produções científicas.

Você tem a liberdade de se recusar a participar e tem a liberdade de desistir de participar em qualquer momento que decida sem qualquer prejuízo. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas nesta investigação são estritamente confidenciais.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto; entretanto, esperamos que futuramente os resultados deste estudo sejam usados em benefício de outras pessoas. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa.

Eu _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão de participar da pesquisa, se desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Local e data

Referente a dúvidas ou questões, pode-se entrar em contato com a responsável pela pesquisa ou a Instituição de realização da pesquisa:

Julia Gallego Gomez	+55 (51) 981834625
Faculdade de Educação da UFRGS:	+55 (51) 3308.4144
Comitê de Ética: CEP/UFRGS	+55 (51) 3308.3738

ANEXO 3

Questionário Bio-socio-demografico

Data:

Número:

- 1 - Sexo: M F 2 - Idade: anos 3 - Raça/Etnia:
- 4 - Escolaridade: Primário Incompleto Primário Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Graduação Pós-Graduação
- 5 - Estado Civil: Solteiro Casado/Companheiro Separado/Divorciado Viúvo
- 6 - Filhos: Maior de Idade Menor de Idade/Dependente (doença)
- 7 - Filhos convivência: Maior de Idade Menor de Idade/Dependente (doença)
- 8 - Orientação Sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Transgênero
- 9 - Moradia: Casa Própria Aluguel Outros
- 10 - Renda Mensal: Primeira fonte de renda Fonte de renda complementar
- 11 - Renda mensal:>1 salário mín. 1 a 3 salários mín. 4 a 5 salários min.
- 12 - Local de Trabalho: Lar Instituição longa Perma. Hospital Outros
- 13 - Carteira Assinada: Sim Não Outros
- 14 - Grau de dependência do Paciente cuidado Alto Médio Baixo
- 15 - Tempo na função:anos meses
- 16 - Carga horária semanal: Horas 17 - Horas extra semanais:
- 18 - Trabalhos anteriores:
- 19 - Declaração de doenças crônicas: HTA etes ças ósteo articulares Outros
- 20 - Alguma deficiência: Visual Auditiva Outros
- 21 - Doenças ou Acidentes relacionados a seu Trabalho:
- 22 - Altura:___metros Peso: _____ kg

ANEXO 4

INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

			nem ruim nem		
	muito ruim	Ruim		boa	muito boa

				boa		
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO