

Entre o Estado, a sociedade e a família: o care das mulheres cuidadoras

Between State, society and family: the care of female caregivers

Entre el Estado, la sociedad y la familia: el care de las mujeres cuidadoras

Irene Duarte Souza¹, Jéssica de Aquino Pereira¹, Eliete Maria Silva¹

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza ID, Pereira JA, Silva EM. Between State, society and family: the care of female caregivers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2720-27. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0111>

Submissão: 04-03-2018

Aprovação: 01-06-2018

RESUMO

Objetivo: investigar o care realizado por cuidadoras familiares de idosos dependentes que estão em acompanhamento pela atenção domiciliar pública e suas repercussões sociais, discutindo as facetas entre Estado, sociedade e famílias. **Método:** pesquisa transversal e descritiva, com 45 cuidadoras de idosos acompanhados em Serviços de Assistência Domiciliar. Dados coletados por meio de roteiro estruturado. A discussão foi elaborada à luz das obras, *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care* e *Gênero e trabalho na França e no Brasil*. **Resultados:** Majoritariamente, as cuidadoras eram mulheres (95%), realizavam diversos cuidados domiciliares e incorporaram equipamentos hospitalares ao cotidiano. Dedicavam-se, em média, 18 horas por dia; cuidavam, em média, há quatro anos e meio; possuíam idade média de 55 anos; 82% estavam adoecidas; e 43% não possuíam renda. **Conclusão:** demonstrou-se a relevância do care das mulheres cuidadoras para a sociedade, bem como sua invisibilidade perante políticas públicas sociais e de saúde.

Descritores: Cuidadores; Mulheres; Idoso Fragilizado; Serviços de Assistência Domiciliar; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objective: to investigate the care provided by family female caregivers of elderly dependents who have been monitored by public home care and its social repercussions, discussing the facets between State, society and families. **Method:** descriptive cross-sectional study, with 45 caregivers of elderly patients accompanied by Home Care Services. Data were collected by means of a structured script. The discussion was elaborated in light of the works "*Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do 'care'*" (Care and female caregivers: the several faces of the care work) and "*Gênero e trabalho na França e no Brasil*" (Gender and work in France and Brazil). **Results:** Most caregivers were women (95%) who performed home care at several places and incorporated hospital equipment into everyday life. They have been caregivers for four and a half years, working 18 hours a day on average; they presented average age of 55 years; 82% were ill, and 43% had no income. **Conclusion:** the study demonstrated the relevance of the care of female caregivers to society as well as their invisibility to public health and social policies.

Descriptors: Caregivers; Women; Frail Elderly; Home Care Services; Public Policies.

RESUMEN

Objetivo: investigar el care realizado por cuidadoras familiares de ancianos dependientes que están en seguimiento por la atención domiciliar pública y sus repercusiones sociales, discutiendo las facetas entre Estado, sociedad y familias. **Método:** investigación transversal y descriptiva, con 45 cuidadoras de ancianos acompañados en Servicios de Asistencia Domiciliar. Datos recogidos a través de un guión estructurado. La discusión fue elaborada a la luz de las obras "*Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*" y "*Gênero e trabalho na França e no Brasil*". **Resultados:** La mayoría de las cuidadoras eran mujeres (95%), realizaban diversos cuidados domiciliarios e incorporaron equipos hospitalarios al cotidiano. Se dedicaban en promedio 18 horas al día, cuidaban había cuatro años y medio, tenían edad media de 55 años, el 82% estaba enferma, y el 43% no tenía ingresos. **Conclusión:** se demostró la relevancia del cuidado de las mujeres cuidadoras para la sociedad así como su invisibilidad ante políticas públicas sociales y de salud.

Descriptor: Cuidadores; Mujeres; Anciano Frágil; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Políticas Públicas.

AUTOR CORRESPONDENTE

Jéssica de Aquino Pereira

E-mail: jessica.aquino@gmail.com

INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica, caracterizadas pelo aumento da expectativa de vida, o incremento da morbimortalidade por doenças crônicas, e a queda da fecundidade e da natalidade, resultam em mudança na estrutura etária no Brasil⁽¹⁾ e no mundo⁽²⁾. O envelhecimento, somado ao adoecimento crônico, culmina na incapacidade funcional dos idosos e, conseqüentemente, na dependência de um cuidador⁽³⁾. O envelhecimento global tem e terá amplos efeitos nos sistemas sociais, econômicos e de saúde⁽⁴⁾, configurando-se em um desafio para a seguridade social, o crescimento econômico e o financiamento das ações de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, devido às condições socioeconômicas⁽²⁾.

Em 2003, o Estatuto do Idoso⁽⁵⁾ estabeleceu como pessoa idosa aquelas que possuem 60 anos ou mais de idade e foi considerado um avanço sociojurídico em relação à defesa dos direitos das pessoas idosas, em especial, no sentido de políticas sociais para sua inclusão⁽⁶⁾. Foi estabelecido que é:

Obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária⁽⁵⁾.

Todavia, não foram estabelecidas prioridades para a implementação dos direitos, tampouco fontes para o seu financiamento. Assim, os custos das medidas propostas são divididos com a sociedade, especialmente responsabilizando as famílias, fato que pode ameaçar a solidariedade intergeracional⁽⁶⁾, ou seja, a forma como diferentes gerações, de maneira recíproca, se apoiam e se relacionam ao longo da vida. O interesse em aprofundar aqui este assunto está no fato de que ele se relaciona estreitamente com a desvalorização do cuidado⁽⁷⁾.

Esse cuidado é designado por *care*, na obra de Helena Hirata⁽⁸⁾. A adoção desta designação deve-se à polissemia do termo e à sua limitação de sentido em traduções numa conotação terapêutica ou ainda em denotação política. Preservando o termo *care*, a autora busca guardar seus sinônimos, como o cuidado, a solicitude, a atenção ao outro, o cuidar do outro e o preocupar-se, que incluem qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que almeje melhorar o bem-estar daquele que é seu objeto⁽⁸⁾.

Nos últimos anos, internacionalmente, está ocorrendo a expansão das atividades profissionais relacionadas ao *care*⁽⁹⁾. Em 2011, no Brasil, torna-se possível a instituição de serviços e equipes exclusivas para Atenção Domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde, devido à possibilidade de financiamento por meio do Programa Melhor em Casa. AD é uma modalidade de atenção à saúde que garante a continuidade de cuidados, desenvolvendo em domicílio a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da reabilitação e palição⁽¹⁰⁾.

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) prestam assistência por visitas domiciliares, com frequência mínima de uma visita semanal⁽¹⁰⁾ e atuam, especialmente, na orientação dos cuidadores⁽¹¹⁾. O perfil da população atendida é majoritariamente de idosos com fragilidades de saúde, sendo imprescindível a presença de um cuidador⁽¹¹⁾. Deste

modo, é a família que assume a responsabilidade da continuidade dos cuidados do idoso dependente, no domicílio⁽¹²⁾. Este cuidador pode ser um membro da família ou vizinho, que mesmo não tendo parentesco, cuida da pessoa voluntariamente⁽¹³⁾.

Referente ao cuidador, observa-se a manutenção da predominância do sexo feminino^(3,7-8,12-13). Esse dado reforça o papel social culturalmente atribuído à mulher, no que diz respeito às tarefas domésticas e ao cuidado à saúde dos membros da família⁽¹²⁾. A partir disto, torna-se pertinente, em consonância com as reflexões de Helena Hirata e Nadya Guimarães⁽⁸⁾, adotar o termo, cuidadoras, empregando o feminino sempre que há menção aos cuidadores dessa pesquisa. Também se assinala a AD como importante ponto da Rede de Atenção à Saúde para os usuários e cuidadoras⁽¹¹⁾, e foi implementada como uma abreviação ou substituição à internação hospitalar, visando à diminuição dos custos⁽¹⁴⁾, bem como uma alternativa para reorganizar o modelo tecno-assistencial, tornando-se um espaço para gerir novas formas de cuidar⁽¹⁴⁾, sendo uma opção mais humanizadora⁽¹⁵⁾ e alternativa à institucionalização asilar.

OBJETIVO

Investigar o *care* realizado por cuidadoras familiares de idosos dependentes que estão em acompanhamento pela atenção domiciliar pública e suas repercussões sociais, discutindo as facetas entre Estado, sociedade e famílias.

MÉTODO

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Na ocasião da coleta, foram apresentados os objetivos do estudo e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa transversal e descritiva. A coleta de dados ocorreu no domicílio, entre março de 2016 e janeiro de 2017, com as cuidadoras de idosos dependentes acompanhados por três SAD do município de Juiz de Fora, situado no interior de Minas Gerais, com população de 516.247 habitantes, sendo os idosos 13,6% da população⁽¹¹⁾.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

O recrutamento dos participantes partiu do cadastro do SAD, no qual aplicaram-se os critérios de inclusão, a saber: ser cuidador(a) familiar principal há mais de um mês de pessoa idosa dependente (com 60 ou mais anos) cadastrada no SAD, captando 105 díades. Aplicados os critérios de exclusão, obteve-se 34 excluídos, a saber: ser menor de 18 anos de idade (n - 01); presença de cuidadora(es) contratada(s) nas 24 horas atendendo ao idoso no domicílio (n - 06); contatos sem êxito após três tentativas em dias e turnos diferentes (manhã, tarde e noite) ou telefones inexistentes e/ou endereço errado (n - 15); ser cuidadora de idosos hospitalizados (n - 08); e recusaram-se em participar (n - 04). Os 71 idosos restantes foram avaliados quanto à dependência, com a escala de Barthel,

e 26 foram excluídos da pesquisa por serem classificados como independentes (n = 26). Destarte, participaram deste estudo 45 cuidadoras de idosos dependentes.

Protocolo do estudo

A coleta se deu por meio de roteiro estruturado contendo informações do papel do cuidador e condições socioeconômicas e demográficas. As variáveis de interesse foram: 1) Características sociodemográficas: sexo (idoso e cuidadora), idade (idoso e cuidadora), grau de instrução (cuidadora), parentesco do cuidadora com o idoso, condição laboral (cuidadora), renda da cuidadora em relação a renda familiar total; 2) Doenças do cuidadora e idoso 3) Apoio à cuidadora: cuidar de mais de uma pessoa (crianças ou outra pessoa dependente), atividades de cuidado, equipamentos incorporados ao domicílio, tempo de cuidado (meses), horas de cuidado diário, realização de tarefas domésticas e mudança de ocupação para assumir o cuidado.

Para verificar a dependência funcional do idoso, foi aplicada a Escala de Barthel, respondida pela cuidadora. É uma escala internacional que foi validada para o contexto brasileiro, avaliando a dependência funcional no campo das atividades de vida diária. Cada item é pontuado de acordo com a capacidade da pessoa em realizar atividades básicas de vida diária, sendo elas: alimentação, banho, higiene pessoal, vestuário, eliminações intestinais e vesicais, uso de vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação (se cadeirante, utilizar a cadeira de rodas), e subir e/ou descer escadas. Em cada item, atribui-se ao paciente um escore de 0, 5, 10 ou 15, que depende do tempo utilizado para a realização da tarefa ou necessidade de ajuda. O intervalo varia de 0 (completamente dependente) a 100 (completamente independente)⁽¹⁶⁾. A partir da pontuação, foi utilizada a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (60 a 95 pontos), moderada (40 a 55 pontos), severa (20 a 35 pontos) ou totalmente dependente (< 20 pontos)⁽¹⁷⁾. Foram considerados com incapacidade funcional os idosos classificados pelo índice de Barthel com dependência leve, moderada, severa e total, e sem incapacidade funcional aqueles classificados como independentes.

Análise dos resultados e estatística

A análise descritiva dos dados e a caracterização do perfil das cuidadoras foram realizadas com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). As variáveis numéricas (idade do idoso, idade da cuidadora, tempo diário dedicado ao cuidado e tempo como cuidadora) foram descritas por média e desvio padrão, mediana e amplitude. As variáveis categóricas (caracterização) foram descritas e dispostas em tabelas de frequência, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%). A discussão foi elaborada à luz das obras *Cuidado e cuidadoras: as várias facetas do trabalho do care*⁽⁸⁾ e *Gênero e trabalho na França e no Brasil*⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

Os idosos apresentavam média de idade de 80,45 (DP 9,73) anos, 36 eram do sexo feminino (80%) e a média de incapacidade mensurada pela escala de Barthel era de 18,44 (DP 25,95), mínimo de zero e máximo de 80 pontos, sendo 23 idosos (51%) com dependência total (zero pontos) (Tabela 1). As doenças incapacitantes predominantes foram: 16 idosos com acidente vascular cerebral (35,6%) e nove idosos com demências (20%).

Entre as 45 cuidadoras, há predominância do sexo feminino. 43 eram mulheres (95%) e apenas dois eram homens e que assumiram o papel de cuidador, respectivamente filho e marido. As outras cuidadoras foram: duas netas, duas amigas, uma mãe, uma irmã, uma nora, uma ex-esposa e uma sobrinha.

Tabela 1 – Classificação em relação ao grau de dependência dos idosos com dependência funcional, assistidos por Serviço de Atenção Domiciliar público, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (N = 45)

Variável	n	%
Dependência leve	6	13,33
Dependência moderada	5	11,11
Dependência severa	4	8,89
Totalmente dependente	30	66,67
Total	45	100,00

Nota: Classificação segundo Lored-Figueroa; et al, 2016.

Tabela 2 – Características dos idosos, das cuidadoras familiares, do papel da cuidadora de idosos com dependência funcional, assistidos por Serviço de Atenção Domiciliar público, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (N = 45)

Variável	n	Média	DP	Mín.	Med.	Máx.
Idoso						
Idade(anos)	44	80,45	9,73	61,00	81,00	98,00
Cuidadora						
Idade (anos)	45	54,84	12,54	32,00	54,00	87,00
Tempo como cuidadora (meses)	45	54,47	118,44	1,00	24,00	792,00
Horas semanais de cuidado	44	125,86	49,49	10,00	146,00	168,00

Nota: DP: Desvio Padrão; Mín.: Mínimo; Med.: Mediana; Máx.: Máximo.

As cuidadoras apresentaram média de idade de 54,84 (DP 12,54) anos, 24% eram idosas, sendo cinco na faixa etária de 60 a 69 anos (11%); quatro entre 70 e 79 anos (9%) e duas com 80 ou mais anos (4%). Estavam, em média, cuidando há quatro anos e meio, variando de um mês a 66 anos. A cuidadora que desempenha este papel há 66 anos é mãe de duas idosas que já nasceram com necessidades especiais, mantendo-se durante toda a vida completamente dependentes. Dedicando-se, para tanto, uma média de 125,86 horas semanais para o cuidado, correspondendo a, aproximadamente, 18 horas de dedicação

diária. Quase metade delas cuidava em tempo integral, ou seja, dedicava-se ao cuidado 24 horas por dia. Apenas cinco cuidadoras atuavam por período inferior a 8 horas diárias (Tabela 2).

Tabela 3 – Características socioeconômicas e demográficas dos idosos com dependência funcional e das cuidadoras familiares, e do papel da cuidadora assistidos por Serviço de Atenção Domiciliar público, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (N = 45)

Variável	n	%
Idosos		
Sexo dos idosos		
Feminino	36	80,00
Masculino	9	20,00
Faixa etária dos idosos		
60-69	8	17,78
70-79	9	20,00
80 ou mais	28	62,22
Cuidadoras		
Sexo		
Feminino	43	95,56
Masculino	2	4,44
Faixa etária		
< 50	15	33,33
50-59	19	42,22
60 ou mais	11	24,44
Parentesco (cuidadora em relação ao idoso)		
Filho(a)	30	66,67
Esposo(a)/companheiro(a)	6	13,33
Outras pessoas sexo feminino	9	20,00
Escolaridade		
0 a 5	12	26,67
6 a 11	23	51,11
12 ou mais	10	22,22
Trabalho remunerado		
Sim	10	22,22
Desempregado	17	37,78
Benefícios previdenciários	18	40,00
Renda em relação à renda familiar total*		
Não possui	17	43,59
50% ou menos	17	43,59
51% a 99%	4	10,26
100%	1	2,56
Mudou de ocupação para assumir o cuidado	23	51,11
Cuida de outras pessoas	19	42,22
Relato de doença	37	82,22

Nota: *n = 39 (seis cuidadoras ignoradas).

Entre as cuidadoras que trabalhavam, apenas duas possuíam vínculo trabalhista formal (4,44%). As cuidadoras que não trabalhavam e possuíam rendimentos por meio de benefícios previdenciários eram aposentadas, pensionistas ou recebiam auxílio-doença. As 23 cuidadoras classificadas como desempregadas (37,78%) eram as que não possuíam renda e dedicavam-se

unicamente aos cuidados. Anterior à assunção dos cuidados aos idosos, seis cuidadoras não possuíam rendimentos e dedicavam-se às tarefas domésticas, e outras 11, após assumirem o cuidado, interromperam suas atividades laborativas (24,44%). No entanto, o relato da modificação da situação laboral, para que a cuidadora assumisse o cuidado, ocorreu 23 vezes (51,11% dos casos). Às 11 cuidadoras que abandonaram o trabalho somam-se 12 cuidadoras que reduziram carga horária de trabalho e, em consequência, a renda (optaram por afastamento ou abandono de um vínculo ou modificação do trabalho formal para trabalho informal ou já trabalhavam informalmente e reduziram a carga horária). Ademais, 19 cuidadoras assumiram o cuidado de outras pessoas, além do idoso dependente (Tabela 3).

Quanto à renda familiar, três idosos não possuíam renda (6,67%), e, em seis famílias, o idoso era a única fonte de renda (13,33%), sendo que não foi informada a renda de cinco idosos. Outros três idosos (6,67%) eram beneficiados com a prestação continuada da Lei Orgânica da Assistência Social. Em relação às cuidadoras, 17 não possuíam renda (43,59%) e uma era a única responsável pelo sustento familiar (2,56%) (Tabela 3).

No que tange ao adoecimento, 37 cuidadoras relataram adoecimentos (82,22%), majoritariamente crônicos, pois somente uma reportou doença aguda (dengue). Os adoecimentos de maior prevalência foram: 28 cuidadoras com hipertensão arterial sistêmica (62,22%); 14 com transtornos de humor (31,11%), sendo que o uso de antidepressivo ou ansiolítico foi relatado por 18 cuidadoras (40%); oito com diabetes mellitus (17,78%), sete com dislipidemia (15,56%) e seis com dorsopatias (13,33%). Destacam-se a presença de dois ou mais adoecimentos em 23 das 37 cuidadoras doentes (86,48%), duas cuidadoras com neoplasia e a presença de complicações como acidente vascular, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica e neuropatia diabética. Quanto aos equipamentos médicos hospitalares, constatou-se que todos os domicílios tinham algum, ou mais de um tipo de equipamento ou procedimento médico incorporado (Tabela 4).

Tabela 4 – Equipamentos médico-hospitalares incorporados no domicílio de cuidadoras familiares de idosos dependentes assistidos por Serviço de Atenção Domiciliar público, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (N = 45)

Variável	n	%
Fraldas	36	80,00
Cadeira de banho	31	68,89
Colchão especial	30	66,67
Cadeira de rodas	29	64,44
Cama hospitalar	27	60,00
Nebulizador	22	48,89
Oxigênio	12	26,67
Muleta/andador/bengala	9	20,00
Sonda enteral	7	15,56
Gastrostomia	7	15,56
Aspirador de secreção	4	8,89
Sonda vesical permanente	2	4,44
Traqueostomia	1	2,22
Outros equipamentos	16	36,36

Os outros equipamentos referidos foram: glicosímetro, dieta enteral industrializada, esfigmomanômetro digital, estetoscópio, concentrador de oxigênio, cilindro de oxigênio, oxímetro de pulso, bomba de infusão e grades para leito. As cuidadoras realizavam diversos cuidados, dispostos na Tabela 5, a seguir. Além destes cuidados, as mesmas relataram realizar controle de sinais vitais, saturação e glicemia capilar, preparo de dietas artesanais para administração por sondas.

Tabela 5 – Cuidados realizados por cuidadoras familiares de idosos dependentes assistidos por Serviço de Atenção Domiciliar público, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2016-2017 (N = 45)

Variável	n	%
Tarefas domésticas (quem realiza)		
Você	33	73,33
Esposo(a) ou companheiro(a)	1	2,22
Filha	2	4,44
Irmã	1	2,22
Outro parente feminino	4	8,89
Empregada doméstica	4	8,89
Banho no leito	15	33,33
Banho na cadeira	26	57,78
Auxílio banho no chuveiro	10	22,22
Higiene oral	32	71,11
Higiene íntima e/ou troca de fralda	37	82,22
Alimentação oral	13	28,89
Alimentação por sondas	14	31,11
Curativo	20	44,44
Medicações orais ou por sonda	37	82,22
Medicações injetáveis	3	6,67
Aspirações de secreções orais/nasais	4	8,89
Aspirações de secreções traqueostomia	1	2,22

DISCUSSÃO

As atividades de *care* são, majoritariamente, desenvolvidas por mulheres no interior das famílias ou em instituições públicas ou privadas, quer seja por profissionais de Enfermagem, quer seja por cuidadoras familiares. Isto porque estas “qualidades” são socialmente atribuídas ao gênero feminino como “inatas” ou “naturais”, desenvolvidas no âmbito doméstico, em oposição às qualificações masculinas aprendidas e exercidas em espaços públicos⁽⁸⁾. As características do trabalho do *care* acima apontadas e a relação entre o sexo feminino e o cuidado mostram a complexidade do trabalho do *care* e a dificuldade em apreender as fronteiras entre suas diferentes dimensões. O amor, o afeto, as emoções não são do domínio exclusivo das famílias; e o cuidar, o fazer, as técnicas, não parecem ser do domínio exclusivo das trabalhadoras do *care*⁽¹⁹⁾.

Assim, não sem motivação, o *care* na sociedade se estabelece principalmente na instituição familiar, no âmbito privado, corroborando com o resultado da pesquisa em que a maioria das cuidadoras é filha 29 (64,44%). Este dado é consonante com resultados de estudos nacionais e internacionais sobre cuidadoras de idosos^(13,20-21). Este achado é a repercussão da representação

social de que as famílias, tal como expresso no Estatuto do Idoso, devem ser as principais responsáveis por cuidar de seus idosos. Embora o Estado reconheça a importância de políticas públicas voltadas aos idosos e a esfera pública assumam parcialmente seu cuidado, como nos programas de AD, ainda existe a ausência do Estado e das políticas especificamente voltadas às cuidadoras, atestando o não reconhecimento dessa categoria da maior relevância diante do envelhecimento populacional.

Outro reforço da representação do dever das famílias como as principais responsáveis por cuidar de seus idosos, reside na ideia de que os idosos querem ser cuidados por elas. Isto implica na velhice como problema das famílias, que deveriam ser ajudadas pelo poder público nesta tarefa, o que termina por não dar visibilidade ao idoso como um sujeito de direitos. Assim, apostar que o bem-estar da velhice está na reclusão do lar e que a família nesta tarefa terá o auxílio do Estado, por exemplo, para contratar um empregado doméstico, é adiar inconsequentemente tanto a reflexão, quanto as propostas práticas inovadoras para uma experiência de envelhecimento bem-sucedida⁽⁸⁾.

Contrariamente à designação do programa nacional de AD – Melhor em casa – sob qual óptica seria melhor a permanência dos idosos em casa sob a única responsabilidade de seus familiares? Delegar a responsabilidade apenas à família é deveras penoso tanto à sociedade, quanto à família, ao idoso e sua cuidadora. Todavia, os programas de AD certamente ajudam a sanar vazios assistenciais para idosos com dependência que têm alta hospitalar e ainda precisam de cuidados continuados.

As cuidadoras da pesquisa tinham idade média de 54,84 anos, condizente com o que aponta a literatura nacional⁽²²⁾ e internacional⁽²⁰⁾. O reduzido número de filhos ou a ausência deles nas famílias contemporâneas e o processo de envelhecimento populacional, prenunciam que a tendência no Brasil é aumentar o número de cônjuges ou de outro idoso, assumindo a função de cuidadora, significando que haverá cada vez mais idosos cuidando de idosos⁽²³⁾. Fato preocupante, visto que a idade avançada das cuidadoras e seus processos próprios do envelhecimento em conjunto com as atribuições do cuidar, potencialmente acarretam insônia, fadiga, doenças, pior desempenho nas atividades de vida diária, dificultando que estas cuidadoras prestem uma assistência de qualidade⁽²³⁾ e comprometam também a própria qualidade de vida.

Quanto ao sexo das cuidadoras, inúmeras pesquisas são consensuais sobre a predominância do sexo feminino no cuidado domiciliar^(3,7-8,12-13,24). O trabalho do *care* é exemplar das desigualdades imbricadas de gênero, de classe e de raça, pois as cuidadoras são, majoritariamente, mulheres, pobres, negras, muitas vezes imigrantes (migração interna ou externa)⁽²⁵⁾. A presente pesquisa expressa a preponderância do sexo feminino, indicando que as mulheres têm acumulado funções, ou ainda, abandonado a vida profissional para dedicar-se unicamente ao cuidado domiciliar.

Como superar essas desigualdades e romper com a diferença na divisão sexual do trabalho existente nas sociedades contemporâneas? A hipótese de Helena Hirata é que não podemos mudar a divisão sexual do trabalho profissional, sem mudar essa divisão do trabalho doméstico, do poder e do saber na sociedade⁽²⁶⁾. Ocorreram mudanças na repartição do trabalho doméstico e de

cuidado entre homens e mulheres na esfera doméstica, nos últimos vinte anos, mas elas parecem muito mais lentas do que no trabalho profissional⁽²⁶⁾. O trabalho de cuidado foi exercido por muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita “privada”, de forma gratuita e realizado por amor com os idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais. O desenvolvimento das profissões relacionadas ao cuidado, a mercantilização e a externalização desse trabalho, foi consequência, de um lado, por conta do envelhecimento da população e, de outro, por conta da inserção em massa das mulheres no mercado de trabalho⁽²⁶⁾.

O trabalho feminino não se centra em uma definição unicamente do capital, uma vez que deixa de ser uma simples produção de objetos e bens para a “produção do viver em sociedade”. Pode-se dizer que esta definição do trabalho feminino recupera a dignidade ao trabalho do cuidado, muito embora não oblitere o fato de que se trata, também, de trabalho não qualificado, não reconhecido e que as mulheres comumente não optam em fazê-lo ou não⁽¹⁸⁾. Não se justifica o predomínio feminino nesta função, é preciso reconstruir paradigmas de uma sociedade na qual mulheres não aceitam mais responsabilidades prioritárias (ou mesmo exclusivas) sobre a vida familiar⁽¹⁸⁾.

Dois explicações têm sido formuladas no debate referente à desvalorização do trabalho do care: as teorias feministas, que analisam a continuidade da desvalorização do trabalho doméstico e de cuidado no âmbito da família, executado gratuitamente pelas mulheres; e a teoria de que a vulnerabilidade e a falta de cidadania dos idosos dependentes e dos portadores de deficiências repercutem sobre o status das cuidadoras⁽⁷⁾. Poucas pesquisas tratam da dimensão de gênero no trabalho de cuidado. Porém, fica claro pelos exemplos apresentados, que levar em consideração essa questão é fundamental, inclusive para a formação da cuidadora, para sua competência e sua qualificação plena para o exercício dessa atividade profissional⁽¹⁹⁾.

As mulheres cuidadoras relataram adoecimento (82%), principalmente o crônico, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelos transtornos de humor. No Brasil, a prevalência de hipertensão arterial em idosas com baixa escolaridade é maior, se comparada com a população em geral⁽²⁷⁾. Contudo, o percentual de cuidadoras hipertensas encontrado neste estudo é ainda superior. Em relação às doenças mentais, a literatura demonstra que as cuidadoras têm maiores chances de desenvolver transtornos de humor, especialmente sintomas depressivos e ansiosos^(21,28). No presente estudo, transtornos de humor foram relatados por 31% das cuidadoras.

Todas as cuidadoras entrevistadas incorporam equipamentos médico-hospitalares ao domicílio e ao seu care. Analisa-se que a incorporação de equipamentos pode estar relacionada à busca das cuidadoras por assistir com melhor qualidade os idosos ou dar-lhes maior autonomia ou até mesmo a manutenção da vida, como, por exemplo, o uso de colchões especiais preventivos de lesões por pressão, andadores ou sondas alimentares. Um estudo sobre a vivência das cuidadoras na prática do cuidar em domicílio diz que as necessidades especiais de cuidado como: dieta enteral, fraldas, colchão, cama hospitalar e aspirador traqueal quando não disponibilizados pelos serviços públicos de saúde, comprometem o orçamento familiar e a qualidade de vida dos sujeitos cuidados⁽¹⁵⁾.

As cuidadoras eram responsáveis por parte significativa e contínua dos cuidados, realizavam tarefas complexas, tais como curativos, aspiração de secreções orais, nasais e traqueais, monitoramento de sinais vitais, saturação e glicemia, administração de medicamentos e alimentação por sondas, entre outros. Esses dados entram em consonância com o estudo que revela que em decorrência da complexidade dos cuidados prestados aos idosos e da necessidade de continuidade destes, ocorre desgaste da cuidadora e dificuldades para realização das atividades, bem como, consequências negativas para o cuidado em si⁽¹⁵⁾.

Desta forma, a cuidadora é parceira da enfermagem. Parceria estabelecida à medida em que ela realiza continuamente os cuidados. Cabe aqui a questão ética do limiar entre o que é permitido aos enfermeiros capacitar uma cuidadora e o que é de responsabilidade privativa do Enfermeiro e da equipe de Enfermagem. Por outro lado, se não há um profissional disponível para realizar o cuidado, quem o fará?⁽²⁹⁾. Sob outra perspectiva, a cuidadora também se torna uma pessoa que demanda cuidados de Enfermagem, à medida que necessita de orientação para o desempenho do cuidado e, sobretudo, para a manutenção da sua própria saúde.

Além dos cuidados, 73% das cuidadoras acumulavam tarefas domésticas, como limpar casa, preparar refeições e lavar roupas. Outro fato relevante socialmente é notar que 42% delas cuidavam de mais alguém além do idoso dependente, sendo estes: outro idoso, ou adultos com incapacidade, ou crianças. É preciso mudar a representação segundo a qual as competências mobilizadas no trabalho do care são iguais ou um mero prolongamento das funções domésticas imputadas socialmente às mulheres⁽⁸⁾. O care desenvolvido pelas cuidadoras nesta pesquisa envolveu tanto tarefas domésticas, quanto conhecimentos para realizações de procedimentos de Enfermagem e cuidados complexos e incorporação de tecnologias e equipamentos médico-hospitalares.

O care é definitivamente uma questão de relevância social e acadêmica, pois trata-se de propiciar um envelhecimento digno à população e, simultaneamente, um trabalho decente àquelas que cuidam⁽⁸⁾. Superar as desigualdades pelas políticas públicas e pela ação dos movimentos feministas são duas vias possíveis, seguidas por certo número de sociedades industrializadas⁽²⁶⁾.

A situação laboral no mercado de trabalho das cuidadoras é pouco explorada na literatura. Na presente pesquisa, a categoria mais representativa dentre as três foi a das cuidadoras que recebiam benefícios previdenciários (40%), percentual bastante superior ao encontrado em pesquisa nacional de 2008. A alta frequência de cuidadoras que recebem benefícios sociais pode estar relacionada ao fato de se tornarem cuidadoras, porque estas mulheres não estariam trabalhando e teriam maior disponibilidade de tempo do que outros familiares. Nesta situação, o cuidado domiciliar estaria sendo efetuado por mulheres, ainda que idosas ou adoecidas, que mantêm o trabalho do care.

A seguir, está a categoria das cuidadoras desempregadas e sem qualquer fonte de renda (37%). Somente dez cuidadoras (22%) tinham ocupação remunerada, percentuais similares aos encontrados em outro estudo nacional com cuidadoras de idosos dependentes⁽¹³⁾. O alto índice de desemprego das cuidadoras indica que as significativas mudanças nos modos

de vida das famílias para cuidar do idoso dependente implicam no afastamento da cuidadora do trabalho formal⁽²⁴⁾.

Não possuir trabalho pode ocasionar maior sobrecarga da cuidadora em decorrência do estresse financeiro⁽³⁾, solidão e do isolamento social⁽³⁰⁾, devido à dedicação exclusiva ao cuidado domiciliar. Outro ponto relevante do abandono do emprego é que as cuidadoras se tornam muitas vezes dependentes do benefício ou aposentadoria do idoso⁽¹⁵⁾.

Em contraponto, as cuidadoras que conseguem manter o trabalho têm perda substancial de produtividade. O perfil nacional estadunidense das cuidadoras familiares de idosos com incapacidade tangencia as questões de absenteísmo, presenteísmo e perda da produtividade. As atividades de cuidado fizeram uma em cada cinco cuidadoras faltar ao trabalho ao menos uma vez em um mês⁽²⁰⁾. Porém, no conjunto, a perda de produtividade do trabalho relaciona-se ao presenteísmo, ao invés de ao absenteísmo, pois está associada à redução da produtividade ao trabalhar⁽²⁰⁾.

Entre as cuidadoras da presente pesquisa, mais da metade mudou sua ocupação laborativa, deixando o trabalho ou reduzindo carga horária, logo, a renda. Pesquisa prévia identificou que 74,2% das cuidadoras referiram ter trabalhado fora do domicílio e, no momento, dedicavam-se, exclusivamente, às atividades domésticas e sem remuneração⁽¹³⁾. As cuidadoras não conseguem manter o vínculo trabalhista, pois a sobrecarga dos cuidados domiciliares dificultou continuarem empregadas⁽³⁾.

Ao refletir sobre dados laborais e de renda, constatamos que 43,5% das cuidadoras não possuíam renda e em 13,3% das famílias o idoso era a única fonte de renda, sendo que 24,4% das cuidadoras deixaram o trabalho para assumir os cuidados do idoso. Assim, surge a questão: como estas cuidadoras se manterão após anos de dedicação exclusiva ao *care*? Se o papel de cuidadora é tão relevante para a sociedade e para o Estado, por que o seu cuidado não poderia, do ponto de vista econômico, ser remunerado e fazer jus aos direitos trabalhistas?

Todos esses resultados atestam a importância de estratégias e políticas no local de trabalho para apoiar as cuidadoras familiares que trabalham, como a licença familiar remunerada⁽²⁰⁾. Além disso, a baixa empregabilidade e a ausência de renda merecem reflexão em curto e médio prazos, em particular em relação a programas sociais e condições previdenciárias⁽²⁴⁾. Assim, observa-se que o *care* deste estudo implica em relações interpessoais e sentimentos, exigindo das mulheres abdicar de anos de seu próprio planejamento de vida. É um trabalho que tem relevante caráter social. A remuneração pelo *care* seria social e moralmente legítima, como um reconhecimento social tanto do *care* quanto da necessidade das cuidadoras⁽⁶⁾.

Todavia, a remuneração do *care* implicaria em repensar o papel do Estado na construção de formas de regulamentação do trabalho e da profissionalização do *care* em cada caso⁽⁶⁾. Podemos pensar desde a predominância das famílias (cuidadoras não remuneradas)

até o mercado privado (cuidadoras formais contratadas). Em relação à remuneração, as cuidadoras devem receber do Estado ou do cliente particular? Em relação à profissionalização, como garantir uma assistência qualificada ao idoso? São questões ainda com respostas em desenvolvimento, que incitam a reflexão de que o *care* não deveria ocorrer apenas como obrigação exclusiva das famílias e abnegação das mulheres.

Limitações do estudo

É considerada uma limitação do estudo o fato de a amostra ser constituída por conveniência e proveniente de somente um tipo de serviço, o que limita a generalização dos resultados para a população de cuidadoras de idosos em geral. Este tamanho amostral deveu-se à dependência do cadastro do SAD e dos critérios de inclusão, embora o período de coleta tenha sido prolongado.

A pesquisa fornece recomendações para próximas investigações, em particular, com delineamento longitudinal e estudos de intervenção envolvendo cuidadoras.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

A discussão da pesquisa contribui para a análise das políticas de atenção à saúde presentes no âmbito coletivo ao trazer à tona a questão da necessidade do cuidado direcionado a uma população em franco processo de envelhecimento, com adoecimentos crônicos e necessidade de cuidados prolongados. Especialmente aos profissionais de enfermagem, dá visibilidade à complexa e desvalorizada realidade social das cuidadoras e suas necessidades de saúde, enfatizando a relevância do *care* das mulheres para os idosos dependentes e, de sobremaneira, para a sociedade. A investigação amplia as pesquisas conduzidas estritamente com foco no idoso, ao discutir questões sociais e de saúde das cuidadoras familiares e do cuidado em domicílio.

CONCLUSÃO

Apesar de o estudo conter amostra limitada, ele fornece reflexões sobre questões sociais do *care* das cuidadoras familiares de idosos com dependência que recebem AD pública. O perfil das cuidadoras é de mulheres (95%), filhas (66%), na faixa etária de 50 anos, com baixa escolaridade, adoecidas (82%), que não possuem trabalho remunerado e dedicam-se unicamente ao *care*.

À guisa de conclusão, determina-se a relevância do *care* das mulheres cuidadoras para a sociedade, bem como sua invisibilidade perante políticas públicas de saúde e sociais. Além disso, a pesquisa proporciona reflexões que contribuem para (re)elaboração de um pacto social entre cuidadoras, sociedade e Estado, especialmente, voltadas para a cuidadora e, por conseguinte, para a construção de uma sociedade com maior equidade "para todos e todas".

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Atlas do censo demográfico 2010[Internet]. 2010[cited 2018 Jan 26]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>
2. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2008[cited 2018

- Jan 26];13(4):1107-11. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63013402.pdf>
3. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*[Internet]. 2014[cited 2018 Jan 26];311(10):1052-60. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1840211>
 4. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*[Internet]. 2015[cited 2018 Jan 26];385(9967):563-75. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61462-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61462-8/abstract)
 5. Brasil. Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências[Internet]. *Diário Oficial da União* 03 de outubro de 2003. 2003[cited 2018 Jan 26]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
 6. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. Estatuto do idoso: avanços com contradições[Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2013[cited 2018 Jan 26]. Available from: http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/td_1840.pdf
 7. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Rev Soc USP*[Internet]. 2014[cited 2018 Jan 26];26(1):61-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n1/05.pdf>
 8. Hirata H, Guimarães NA, (Org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias facetas do trabalho do care*. São Paulo: Atlas; 2012.
 9. Hirata H. Trabalho, gênero e dinâmicas internacionais. *Rev ABET*[Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];15(1):9-21. Available from: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/abet/article/view/31256/16334>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas[Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
 11. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? a percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm*[Internet]. 2017[cited 2018 Mar 21];22(4):e49660. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/10/49660-219632-1-PB.pdf>
 12. Loureiro LDSN, Fernandes MDGM, Nóbrega MMLD, Rodrigues RAP. Overburden on elderly's family caregivers: association with characteristics of the elderly and care demand. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2018 Mar 21];67(2):227-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0227.pdf>
 13. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira, R. Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2014[cited 2018 Mar 21];23(3):600-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00600.pdf>
 14. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Gonçalves Neta FDCC, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Home care organization with the Better at Home Program. *Rev Gaúcha Enferm*[internet]. 2018[cited 2018 Mar 21];39:e2016-0002. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79526/46511>
 15. Carvalho DP, Toso BRGDO, Viera CS, Garanhani ML, Rodrigues RM, Ribeiro LDFC. Caregivers and implications for home care. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2015[cited 2018 Mar 21];24(2):450-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00450.pdf>
 16. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2010[cited 2018 Jan 26];23(2):218-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/en_11.pdf
 17. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Veiga G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];13(3):159-65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
 18. Abreu A, Hirata H, Lombardi M, (Org.). *Gênero e trabalho na França e no Brasil*. São Paulo: Boitempo; 2016.
 19. Hirata H. Subjectivity and sexuality in care work. *Cad Pagu*[internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];(46):151-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0151.pdf>
 20. Wolff JL, Spillman BC, Freedman VA, Kasper JD. A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. *JAMA*[Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];176(3):372-9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2491683>
 21. Navarro-Sandoval C, Uriostegui-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG, Sahagún-Cuevas MN. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*[Internet]. 2017[cited 2018 Jan 26];55(1):25-31. Available from: <http://www.redalyc.org/html/4577/457749297013/>
 22. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima ISD, Andrade MKDN, et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2016[cited 2018 Mar 21];32(6):e00060115. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n6/e00060115/pt>
 23. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Colet*[internet]. 2014[cited 2018 Mar 21]; 19(8):3429-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03429.pdf>
 24. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela

- Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*[Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];40(110):172-82. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406347806014.pdf>
25. Hirata H. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. *Confins. Rev Franco-Bras Geog*[Internet]. 2016[cited 2018 Jan 26];(26). Available from: <https://confins.revues.org/10754>
 26. Hirata H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. *Friedrich Ebert Stiftung Bras*[Internet]. 2015[cited 2018 Jan 26]. Available from: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf>
 27. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. *Rev Bras Med Fam Comun*[internet]. 2014[cited 2018 Jan 26];9(32):273-8. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/795/641>
 28. Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer’s disease caregivers in China. *J Clin Nurs*[Internet]. 2017[cited 2017 Oct 26];26(9–10):1291-300. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13601/epdf>
 29. Lacerda MR. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciênc Saúde Colet*[Internet], 2010[cited 2018 Jan 26];15(5):2621-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>
 30. Anjos KFD, Boery RNSDO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2015[cited 2018 Mar 21];20(5):1321-30. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n5/1321-1330/en>
-