

Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde*

SENESCENCE AND SENILITY: THE NEW PARADIGM IN PRIMARY HEALTH CARE

SENECTUD Y SENILIDAD: NUEVO PARADIGMA EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

Suely Itsuko Ciosak¹, Elizabeth Braz², Maria Fernanda Baeta Neves A. Costa³, Nelize Gonçalves Rosa Nakano⁴, Juliana Rodrigues⁵, Rubia Aguiar Alencar⁶, Ana Carolina A. Leandro da Rocha⁷

RESUMO

A senescência e a senilidade são temas cada vez mais explorados, considerando o crescente aumento da população idosa no mundo, principalmente no Brasil. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde. Conhecer o cotidiano dos idosos tem sido um desafio para os profissionais de saúde para implementar programas e ações que visem alcançar a manutenção do equilíbrio no processo saúde-doença, e é nessa busca que temos envidado esforços para contribuir, de forma efetiva, nas estratégias de fortalecimento dos idosos e seus familiares, de forma a tornar possível o desencadeamento de ações na promoção da saúde, principalmente considerando que o desafio para este milênio é construir uma consciência coletiva para alcançar uma sociedade para todas as idades, com justiça e garantia plena de direitos.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Envelhecimento
Saúde do idoso
Atenção Primária à Saúde
Necessidades e demandas de serviços de saúde

ABSTRACT

Senescence and senility are themes of growing interest, considering the increase of the elderly population in the world, particularly in Brazil. Health care for the elderly should value to maintain quality of life, considering the loss process particular of aging and the possibilities to prevent, maintain and rehabilitate their health condition. Knowing the everyday lives of the elderly has been a challenge for health care professionals regarding the implementation of programs and actions that aim to maintain the balance of the health-disease process, and it is in this search that we have made efforts to contribute, effectively, with the strategies to strengthen the elderly and their relatives so it becomes possible to trigger health promotion actions, especially considering that the challenge for the millennium is to build collective awareness to achieve a society for all ages, with justice and the guarantee of full rights.

DESCRIPTORS

Aged
Aging
Health of the elderly
Primary Health Care
Health services needs and demand

RESUMEN

La senectud y senilidad constituyen temas ampliamente investigados, considerando el aumento de la población anciana en el mundo, principalmente en Brasil. La atención al anciano debe velar por el mantenimiento de su calidad de vida, estimando el proceso de pérdidas propias del envejecimiento y las posibilidades de prevención, mantenimiento y rehabilitación de su salud. Conocer la rutina del anciano se ha tornado un desafío para los profesionales de salud en lo que atañe a implementar programas y acciones que apunten a alcanzar el equilibrio del proceso salud-enfermedad, y en tal búsqueda hemos efectuado esfuerzos para contribuir efectivamente en las estrategias de mejoramiento integral del anciano y sus familiares, a fin de hacer posible el desencadenamiento de acciones promotoras de salud, considerando principalmente que el desafío para este milenio es construir una conciencia colectiva que alcance a una sociedad para todas las edades, con justicia y plena garantía de derechos.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Envejecimiento
Salud del anciano
Atención Primaria de Salud
Necesidades y demandas de servicios de salud

* Extraído do Grupo de Pesquisa "Senescência e a Senilidade: Desafios no Cuidar", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011 ¹Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Senescência e a Senilidade: Desafios no Cuidar, cadastrado no CNPq. São Paulo, SP, Brasil. ²Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil. ³Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. ⁴Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. São Paulo, SP, Brasil. ⁵Enfermeira. Professora Doutora da Universidade Positivo. Curitiba, PR, Brasil. ⁶Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ⁷Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. No ser humano, esse fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como

um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente

e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. Ainda para a OMS, o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos em nações desenvolvidas e 60 anos nos países emergentes. Logo, o envelhecimento populacional é uma consequência do desenvolvimento⁽¹⁾.

O aumento proporcional de indivíduos idosos, adicionado ao declínio das taxas de fecundidade e ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas (DANT), influencia a tendência de alteração da estrutura etária da população, especialmente no Brasil, com o consequente aumento do contingente de indivíduos com mais de 60 anos, resultado do envelhecimento populacional que ocorreu em um curto período, trazendo importante impacto para o sistema de saúde.

O envelhecimento é algo que ocorre paulatinamente, uma vez que o indivíduo começa a envelhecer ao nascer⁽²⁾. Entretanto, considerando os aspectos biofuncionais, começa na segunda década de vida, embora de forma imperceptível. No final da terceira década surgem as primeiras alterações funcionais e estruturais e, a partir da quarta, há uma perda de aproximadamente 1% da função/ano, nos diferentes sistemas orgânicos⁽³⁾.

O envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e às agressões do meio ambiente. Assim, cada sujeito envelhece a seu modo, dependendo de variáveis como o sexo, origem, lugar em que vive, tamanho da família, aptidões para a vida e as experiências vivenciadas. A exposição ao estresse ou ao tabagismo, a falta de exercícios ou a nutrição inadequada são outros fatores que contribuem para determinar a qualidade do envelhecimento⁽⁴⁾.

O envelhecimento e a doença não podem ser tratados como fatores intimamente dependentes ou interligados,

porém existe maior vulnerabilidade a adoecer, ou seja, uma predisposição à doença⁽⁵⁾.

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem influência de múltiplos fatores: físicos, psicológicos, sociais e culturais, de tal forma que avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde.

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado e modulado por condicionantes biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos, as necessidades de saúde dos idosos referem-se a múltiplas dimensões do real e dizem respeito à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias⁽⁶⁻⁷⁾.

Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito tão somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto em que o indivíduo, situado entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza⁽⁸⁾.

Apesar dessas colocações, na sociedade ocidental a preocupação com o envelhecimento das populações e suas consequências psicológicas, sociais e econômicas é recente e a atenção tem sido orientada e limitada a certos auxílios às necessidades biológicas de alimentação, saúde física e asilo.

Como prática social, o cuidado organiza-se para atender necessidades de saúde; entretanto, pode ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais, visto que as relações entre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado podem estar dissociadas, apreendidas a partir dos significados econômicos, políticos e ideológicos, captados em sua historicidade e em sociedades concretas. Podem ainda ser apreendidas pelos resultados que produzem, ou seja, pela capacidade de produzir modificações nos perfis de saúde-doença de uma dada população. Essa segunda perspectiva remete à compreensão e avaliação das características e dos resultados das práticas em saúde em função de sua utilidade, viabilidade, exatidão e ética.

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível, ou seja, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos a saúde de forma ampliada, torna-se ne-

O envelhecer normal está ligado à capacidade de adaptação do indivíduo aos rigores e às agressões do meio ambiente.

cessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa⁽⁹⁾.

A ideia de que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra como realidade, pois, mesmo existindo perdas, tanto no nível biológico como econômico, social e psicológico, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável.

Na busca de oferecer melhores condições de assistir o idoso e preocupado com a projeção de aumento dessa população na sociedade brasileira, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003) representa um grande avanço na legislação, embora ainda exista uma grande lacuna entre desejo e realidade⁽¹⁰⁾.

O reconhecimento e o enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que exigem por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento dessas necessidades, exigindo ações articuladas e complementares, *no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde*⁽¹¹⁾, que, por sua vez, dependem de informações atualizadas, concretas e específicas dos diversos segmentos da comunidade.

Facilitar o acesso da população idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a Atenção Básica, considerando suas limitações, deve ser a preocupação dos profissionais de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

Buscando conhecer o cotidiano dos idosos

Em relação à saúde do idoso, vários são os aspectos que inquietam. De um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional – a senescência – e, do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças – a senilidade⁽¹⁾. Ambos exigem intervenções dos profissionais de saúde, com atuações focadas nesse segmento populacional.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois parte das suas dificuldades está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

A importância do grupo de pesquisa *A Senescência e Senilidade: Desafios no Cuidar em Saúde* reveste-se na busca de subsídios do cotidiano dos idosos que frequentam ou não as unidades de saúde, bem como no domicílio, de modo a possibilitar o desenvolvimento de programas e

ações para profissionais de saúde, que visem alcançar a compreensão da significativa experiência do cuidar, almejando a manutenção do equilíbrio no processo saúde-doença. Assim, vários temas têm sido eleitos como objeto de pesquisa, dos quais podemos destacar a integralidade na assistência à saúde do idoso, os agravos à sua saúde, o enfrentamento da doença crônica e o cuidado no domicílio.

Considerando que a possibilidade de organização dos sistemas de saúde está vinculada a fatores de ordem política, administrativa e gerencial, socioeconômica e cultural, entre outros, a implantação e a consolidação do SUS têm encontrado dificuldades em como os sistemas e as práticas de saúde se organizam, no nível local, para o atendimento às necessidades de saúde da população, dificultando a afirmação de seus princípios básicos, como universalidade do acesso, equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização e controle social⁽¹⁴⁾, que se agrava quando se trata da população idosa⁽¹²⁾.

Com vistas a compreender essa dinâmica e os mecanismos envolvidos nos processos de atenção ao idoso, buscamos conhecer o funcionamento de sistemas locais de saúde, as experiências concretas de gestores, gerentes e trabalhadores das Equipes Saúde da Família (ESF), especialmente naquelas em que o crescimento dessa população vem chamando a atenção, como é o caso do Município de Santos, SP, através do viés da integralidade. Verificamos que, a despeito das dificuldades de implantar o SUS e, conseqüentemente, de programas que atendam as necessidades dos idosos, percebe-se que há intenção dos gestores nessa busca, assim como de toda a ESF, e um esforço especial para atender a esse seguimento populacional⁽¹³⁾.

O aumento de traumas nos idosos é outro aspecto que tem chamado a atenção dos gestores em saúde, visto que, além dos agravos decorrentes desse incidente, se somam as doenças degenerativas, comuns nessa faixa etária e que comprometem a recuperação e a reinserção desse segmento na comunidade. Buscar indicadores para a prevenção do trauma, principalmente aqueles provocados por quedas, que é o mais comum entre os idosos, foi objetivo de outra investigação que sinalizou para a questão de gênero, as medicações de uso contínuo, problemas de audição e visão, presença de cuidador, como pontos a serem apontados para o risco de quedas⁽¹⁵⁾.

Considerando ainda os aspectos vinculados à prevenção, indicadores tais como o aumento de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) em idosos é outro desafio que a Atenção Básica (AB) enfrenta, pois, ao negligenciar a sexualidade nessa população, investe pouco na prevenção e no controle, aumentando não só a incidência desses agravos como seu diagnóstico tardio⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Nossas investigações têm constatado o despreparo dos profissionais de saúde para essa abordagem, assim como o pouco investimento em educação e prevenção, indicando a permanência de estigmas em relação às DSTs, assim como os mecanismos para a sua prevenção⁽¹⁶⁾.

Muitos idosos são acometidos por DANT, que requer acompanhamento constante. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas a outros agravos (comorbidades). Ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos⁽⁹⁾. Identificar formas para seu enfrentamento é outro tema que tem despertado nosso interesse.

Verificamos que, ainda que os profissionais de saúde pouco utilizem essa abordagem, a espiritualidade, a religiosidade e a fé interferem de maneira positiva no enfrentamento da doença crônica e seus agravos e fortalecem a resiliência dos idosos, melhorando assim a sua qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

A desospitalização, com a conseqüente desinstitucionalização do cuidado, está se tornando uma prática comum. A existência de uma política voltada para os idosos, sem que exista um programa governamental direcionado à população idosa portadora de dependência, adicionada à falência do sistema previdenciário, faz com que a família paulatinamente se torne uma das únicas fontes de recurso para o cuidado do idoso dependente.

É no domicílio que a família se desenvolve física, emocional, mental e espiritualmente; é onde se estabelecem as relações interpessoais, permeadas por crises e conflitos. Nos momentos de doença, os membros da família necessitam de apoio, objetivando a superação, a adaptação e o crescimento nas relações de autoajuda e cuidado⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, alguns autores⁽²⁰⁾ referem que, em cada família e para cada indivíduo, os significados atribuídos às suas experiências são únicos; dessa forma, devem ser respeitadas suas singularidades e suas especificidades.

Para o grupo de idosos cuidados no domicílio, há outro problema, relacionado ao cuidador. O papel do cuidador, familiar ou não, passa a ter importância fundamental na assistência do indivíduo, especialmente se esta ocorre no domicílio. Em geral, as responsabilidades do cuidar recaem sobre o cuidador.

Esse contexto desafiador foi outro tema investigado, evidenciando que o cuidado domiciliário a um indivíduo portador de um agravo à saúde, seja ele físico ou mental, expõe a família a uma série de desafios significativos, principalmente pelas alterações do modelo de família. Com o empobrecimento da população, as mulheres passam a integrar a força de trabalho, o que as leva a deixar o domicílio para reforçar o orçamento familiar. Esse fenômeno é evidenciado pelo aumento de núcleos familiares compostos apenas por idosos, mulheres e seus filhos menores. Esse novo papel na vida feminina faz com que muitas vezes a família fique nas mãos dos idosos, que, por sua vez, acabam assumindo as tarefas domésticas, assim como o cuidado domiciliar ao enfermo⁽²¹⁾.

A existência e a amplitude desses problemas, considerados naturais no olhar da sociedade, é desencadeada por uma situação nem sempre planejada ou até mesmo trabalhada junto aos familiares, culminando por recair em um determinado membro do núcleo familiar, escolhido dentre seus componentes. Ao eleito nem sempre é oportunizada a escolha dessa responsabilidade, diante das condições circunstanciais dos demais membros da família. Com a nova situação, a estrutura e o cotidiano familiar, até então organizados dentro de determinados padrões, sofrem variações, principalmente pelo grau de limitação e dependência do indivíduo doente, se idoso. Assim, a instalação da doença não se restringe apenas a um único ser, culminando por interferir em toda a dinâmica familiar, principalmente quando há idosos cuidando de idosos, expondo-os a uma série de desafios significativos⁽²¹⁾.

A necessidade de serviços de suporte para esses sujeitos sociais começa a surgir com uma grande premência. Estudos destacam a capacitação de recursos humanos na área da saúde para o desenvolvimento de um trabalho junto à população, principalmente a idosa, apontando para a carência por parte dos familiares de mais informações a respeito da doença, dos cuidados requeridos para o atendimento do doente, bem como de uma rede de suporte social⁽²²⁾.

Na busca da redução precoce dos problemas de saúde advindos da tarefa de cuidar, devem ser incluídas estratégias passíveis de multiplicação, tais como cursos de capacitação para cuidadores e o redirecionamento dos serviços públicos de saúde, de modo a contemplar a assistência domiciliária, associada a uma revisão na formação acadêmica dos profissionais de saúde, com um enfoque maior para a assistência à população idosa emergente⁽²³⁻²⁴⁾.

CONCLUSÃO

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento saudável e ativo é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa.

Como vimos, muitos são os caminhos para buscar o conhecimento para embasar e fortalecer o cuidado ao idoso. O reconhecimento desses fatores, que envolvem valores, crenças, comportamentos e práticas da população e dos profissionais de saúde, é essencial para que se compreenda de que forma os sistemas de saúde e, mais especificamente, os processos de trabalho em saúde estruturam-se para o reconhecimento

e o enfrentamento das necessidades de saúde da população idosa.

Considerando os escassos recursos públicos disponíveis do setor saúde, devemos utilizar estratégias para compreender o processo de desgaste e fortalecimento do idoso, da família e do cuidador familiar para tornar possível o desencadeamento de ações na promoção da saúde e prevenção do desequilíbrio no processo saúde/doença desses atores sociais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
2. Segun E. O idoso aqui e agora. Rio de Janeiro: Júris; 2001.
3. Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 19-26.
4. Braz E, Ciosak SI. O perfil do envelhecimento. In: Braz E, Segranfredo KU, Ciosak SI. O paradigma da 3ª idade. Cascavel (PR): Coluna do Saber; 2006.
5. Rodrigues RAP. Mulheres em mudança no processo da vida e envelhecer [tese livre-docência] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
6. Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. Rio de Janeiro: Instituto da Saúde/ABRASCO; 1986.
7. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Textos de medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.
8. Melo Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad Saúde Pública. 1995;11(1):5-33.
9. Temporão JG. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).
10. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Aprova o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2011 out. 14]. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/leis/2003/lei10741.htm>
11. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 113-26.
12. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 25];45(4):884-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a13.pdf
13. Costa MFBNA, Ciosak SI. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2010 Oct 13];44(2):433-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_28.pdf
14. Egly EY, Chiesa AM, Barrientos DMS, Fraccolli LA, Nichiata LY, Oliveira MAC, et al. Necessidades de salud de la población & posibilidades de afrontar-las en la Atención Básica. In: Egly EY, Hino P, organizadoras. Las necesidades en salud en la perspectiva de la Atención Básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone; 2009.
15. Rodrigues J. Idosos vítimas de trauma: uma proposta de predição de riscos [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011
16. Nakano NGR, Ciosak SI. Desafios na senescência: doenças sexualmente transmissíveis em usuários de um centro de saúde. In: XI Mostra de Monografias da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
17. Alencar RA, Ciosak SI, A transmissão e prevenção das DST/Aids na perspectiva do idoso. São Paulo. In: Resumos do 2o Simpósio Internacional de Aids e Saúde Mental; 2010 abr. 21-23; São Paulo, SP, Brasil. São Paulo: FMUSP; 2010.
18. Rocha ACAL. A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
19. Sena RR, Leite JCA, Costa FM, Santos FCO, Gonzaga RL. O cuidado no domicílio: um desafio em construção. Cogitare Enferm. 1999;4(2):58-62.
20. Marques SM, Ferraz AF. A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares cuidadores. REME Rev Min Enferm. 2004; 8(1):182-90.

-
21. Braz E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
 22. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2603-11.
 23. Mazza MMR. O cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
 24. Sportello EF. Caracterização das formas de vida e trabalho de cuidadores familiares do Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.