

**"O VELHO E O MOÇO...": OLHARES SOBRE O TRABALHO DE CUIDADORES
DOMICILIARES DE IDOSOS**

ALESSANDRO GOMES ENOQUE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)

ALEX FERNANDO BORGES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)

Agradecimento à órgão de fomento:

Os autores agradecem ao CNPq e à FAPEMIG pelo fomento ao projeto de pesquisa que originou o presente trabalho. Os financiadores não tiveram influência no desenho do estudo, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na preparação do artigo.

"O VELHO E O MOÇO...": OLHARES SOBRE O TRABALHO DE CUIDADORES DOMICILIARES DE IDOSOS

1. INTRODUÇÃO

Parece haver certo consenso de que a população idosa em nosso país está em franca expansão (Camarano, 2010). Fruto de uma dinâmica demográfica causada, essencialmente, pela redução das taxas de natalidade, bem como pelo aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional brasileiro começa a apresentar números cada vez mais próximos da realidade dos países desenvolvidos. De acordo com Camarano e Kanso (2009), as projeções apontam um crescimento acentuado do subgrupo dos muito idosos (80 anos ou mais) nas próximas décadas, e que o mesmo poderia atingir, no ano de 2040, cerca de 7% da população total de nosso país (representando um contingente de, aproximadamente, 13,7 milhões de indivíduos).

Tal realidade, por si só complexa, apresenta, ainda, contornos ainda mais desafiadores. É fato comumente aceito que a população idosa é frequentemente exposta a uma série de doenças e agravos crônicos que podem culminar com sequelas que limitam o desempenho funcional e laboral destes indivíduos. Além disto, tais limitações são, normalmente, geradoras de certa relação de dependência e da necessidade premente de cuidados (da própria família ou de terceiros). Outro fator complicador reside no fato de que mudanças contemporâneas nos arranjos familiares brasileiros, bem como do papel social da mulher (tradicional cuidadora dos membros dependentes da família), fizeram com que todo um mercado de trabalho voltado para a atividade de cuidado (*care*) surgisse em nosso país.

É sintomático, neste ponto, que a ocupação de cuidador passou a ser contemplada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a partir do ano de 2002, sob o código 5162-10 (cuidador/acompanhante de idosos e/ou dependentes), apresentando o mesmo como sendo um indivíduo que "cuida de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida". Em uma perspectiva complementar, Zelizer (2012, p.18) aponta que as relações de *care* incluiriam certo tipo de atenção personalizada, realizada de maneira constante ou intensa e que teria, como objetivo principal, o bem-estar daquele ou daquela que seria seu objeto. Soares (2012, p. 45) argumenta, ainda, que o trabalho de cuidado envolveria, necessariamente, diferentes dimensões e atividades, dependendo de quem seria a pessoa que venha a ser o objeto dele.

Convém destacar, no entanto, e a partir da ampla e profunda discussão realizada por Glucksmann (2012), a complexidade deste mercado de trabalho voltado para as atividades de cuidado. Em um primeiro momento, este mercado torna-se complexo na medida em que abrange, em suas diversas atividades, uma série de instituições como, por exemplo, Instituições de Longa Permanência (ILP's), Organizações Não-Governamentais (ONG's), além do próprio papel do Estado e das famílias. Além disto, este mercado abarca em si, e aqui estamos inspirados por Kergoat (2016), uma dinâmica de consubstancialidade e coextensibilidade que lhe são totalmente próprias. Podemos observar, assim, no exercício da atividade de cuidado (especialmente de idosos), a confluência de variáveis diversas do espaço social, como gênero, raça, migração, escolaridade, formalidade/informalidade, dentre outras, o que possibilitaria uma melhor compreensão das dinâmicas do mercado de trabalho brasileiros.

Neste sentido, a questão que norteia a realização do presente trabalho é: como se configura o trabalho de cuidadores domiciliares de idosos ? Para responder a este problema de

pesquisa, o objetivo deste artigo consiste em buscar compreender um pequeno fragmento da realidade da atividade de cuidado, qual seja, aquela relacionada às especificidades do trabalho domiciliar de cuidadores de idosos, através da análise de cada uma de suas cinco dimensões (física, cognitiva, relacional, sexual e emocional). Trata-se, pois, de uma investigação de natureza essencialmente qualitativa e devidamente fundamentada nos pressupostos da análise de discurso, tendo como objeto a realidade observada em uma cidade do interior do estado de Minas Gerais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As discussões acerca da temática do trabalho de cuidado (*care*) vem ampliando-se, consideravelmente, ao longo dos últimos anos, seja no âmbito dos países anglo-saxônicos ou dos francófonos (Conradson, 2003; Green & Lawson, 2011; McKeever *et al.*, 2006; Sims-Gould *et al.*, 2011; Hassim, 2008; Sentilhes-Monkan, 2005; Romero, 2016). Particularmente no Brasil, tal debate vem ganhando espaço especialmente no âmbito das ciências sociais (Hirata & Guimarães, 2012; Abreu, Hirata, & Lombardi, 2016; Peixoto & Holanda, 2011), em áreas mais voltadas para a saúde como, por exemplo, a enfermagem, a saúde pública, a geriatria e a gerontologia (Mazza & Lefèvre, 2005).

Na administração, o debate acerca das especificidades e da dinâmica da atividade de cuidado tem sido frequentemente sub-representado (Lampert & Scortegagna, 2015; Mossé, 2015). Paralelamente, ao focarmos nossa atenção junto à atividade e aos trabalhadores de cuidado domiciliar, quais sejam, daqueles indivíduos que executam atividades de atenção pessoal, constante e/ou intensa, no âmbito do domicílio do ente ou da família contratante e que tem como objetivo a melhora daquela ou daquele que é seu objeto, verifica-se a relativa escassez de literatura sobre a temática (Causse, Fournier, & Labruyère, 1998; Dussuet, 2005; 2011; Devetter, Messaoudi, & Farvaque, 2012; Ribault, 2012; Trabut & Weber, 2012).

Não obstante, observa-se que o número de cuidadores domiciliares vem aumentando significativamente no Brasil. A investigação de Hirata (2016), amparada em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2007, aponta que haviam, no Brasil, cerca de 894.417 cuidadores domiciliares (o dado não distingue cuidadores de idosos e de crianças). Há que se destacar, no entanto e conforme apresentado pela própria autora, de que este número se encontra, potencialmente, sub-representado. Tal argumento diz respeito ao fato de que, no Brasil, a atividade de cuidado, muitas vezes, é efetivamente realizada por membros da própria família do paciente ou, até mesmo, de empregadas domésticas. Tal dificuldade, inclusive, dificultaria, em demasia, a construção de um panorama mais real e fidedigno da atividade de cuidado domiciliar em nosso país.

Como forma de buscar melhor compreender tal atividade, Hirata (2016) empreendeu, nos anos de 2010 e 2011, um estudo comparativo, de natureza qualitativa, entre cuidadores domiciliares brasileiras, francesas e japonesas. No que diz respeito aos dados brasileiros, em especial, a autora pôde observar um perfil de trabalhadores essencialmente composto por mulheres, jovens, casadas, pouco escolarizadas, "migrantes internas" (vindas de estados como Bahia, Minas Gerais e Pernambuco) e com baixa experiência na atividade.

É importante dizer, no entanto, que a especificidade desta atividade não se resume, tão somente, às suas implicações para a manutenção das diversas desigualdades sociais em nosso país, especialmente a de gênero. Essa problemática vai além, na medida em que lança luzes sobre a natureza de um trabalho que é, essencialmente, precário e distinto do industrial clássico (e, por que não dizer, distinto até de algumas atividades tradicionais do setor de serviços). Pensar a especificidade do trabalho domiciliar de cuidado, em geral, e do idoso, em particular, possibilitaria uma compreensão mais nítida da realidade laboral em nosso país. Neste sentido, cabe perguntar: o que distinguiria a atividade de cuidado domiciliar (em

especial, cuidado ao idoso) em relação às demais atividades laborais de natureza industrial ou, até mesmo, de serviços?

Para Soares (2012, p. 45), "(...) o trabalho de cuidar do outro envolve diferentes dimensões e atividades, dependendo de quem é a pessoa que será o objeto dele". Trata-se, na perspectiva do autor, de um trabalho essencialmente relacional e fortemente baseado na lógica da confiança. Além disto, tal atividade envolve "(...) relações desiguais perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia, que se recobrem parcialmente, que implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas" (Soares, 2012, p. 45).

Convêm destacar, ainda, que a complexidade da atividade de cuidado amplia-se, consideravelmente, na medida em que a mesma é desenvolvida no âmbito do domicílio do paciente. Cuidadores domiciliares tem frequentemente que lidar com situações que, normalmente, não teriam caso desenvolvessem suas atividades em ILP's ou ONG's. É o caso da existência de certos riscos a que o cuidador se sujeita ao adentrar no domicílio, como, por exemplo, a possibilidade de ser assediado tanto moralmente quanto sexualmente pelo próprio paciente ou por membros da família do mesmo. Assim, o espaço do domicílio tornaria invisível não somente a natureza precária do trabalho de cuidado, mas, também, potenciais violências acometidas contra os cuidadores.

Adentrando mais profundamente nas especificidades do trabalho de cuidado domiciliar de idosos vemos, aqui, que tal atividade possui, pelo menos, cinco dimensões que são claramente aparentes: física, cognitiva, sexual, relacional e emocional. No que diz respeito à dimensão física da atividade, podemos perceber que grande parte das tarefas desempenhadas pelos cuidadores consiste em atos de mobilização de esforço corporal. O corpo do indivíduo que é cuidado precisa ser, continuamente, deslocado, segurado, sustentado, amparado, e algumas vezes até imobilizado, por conta de doenças ou agravos crônicos (e, de alguma forma, coisificado), para que a atividade seja realizada de maneira eficiente. Tal realidade faz com que haja a necessidade de um preparo de natureza essencialmente física por parte deste cuidador para que o mesmo possa realizar bem suas tarefas. Em outros termos, o trabalho de cuidado domiciliar de idosos não demanda, tão somente, habilidades e/ou competências de natureza cognitiva, mas, também, um preparo físico que dê suporte ao corpo do cuidador. Aliado a este fato, podemos dizer que o exercício contínuo de esforço corporal por parte do cuidador pode, eventualmente, ter consequências negativas em sua saúde como, o desenvolvimento de doenças ocupacionais.

A dimensão cognitiva é outra realidade apresentada no âmbito da atividade de cuidado domiciliar de idosos. De acordo com Soares (2012), o tratamento de um idoso demanda pleno conhecimento dos medicamentos que precisam ser administrados (assim como os horários), bem como o reconhecimento de sintomas. É importante dizer que tal dimensão passa, necessariamente, por algum tipo de aprendizagem anterior por parte do cuidador. Neste sentido, podemos observar que grande parte dos cuidadores domiciliares aprendem seu ofício através do exercício profissional de enfermeiras ou no decorrer da própria atividade (Ribault, 2012).

A questão emocional é, também, outra dimensão importante nos estudos sobre a atividade de cuidado. Nas palavras de Hochschild (2003), o trabalho (especialmente o de cuidado) exige uma gestão da expressão das emoções. Dito de outra forma, a atividade de cuidado demanda a compreensão, a avaliação e a gestão das próprias emoções, assim como das emoções do outro, para que o trabalho possa ser realizado" (Hochschild, 2003, p. 27). Neste sentido, o trabalho emocional apresenta três características principais: i) a ação requer um contato cara a cara ou, no mínimo, uma troca verbal com o público; ii) o ato e a expressão do trabalhador ou a produção de um estado emocional (por exemplo, a confiança, a

determinação, medo, etc.) em direção ao cliente; e iii) os padrões ou gerentes podem exercer comando sobre as práticas emocionais dos funcionários, através, por exemplo, da supervisão.

Por outro lado, de acordo com Soares (2012), podemos distinguir, qualitativamente, dois tipos de trabalho emocional. O primeiro, frequentemente caracterizado como um agir em superfície, estaria relacionado à ideia de um "fingimento" de emoções que não são realmente sentidas, com a clara intenção de sustentar um processo de interação entre paciente e cuidador. O segundo, qual seja, o agir em profundidade, estaria relacionado ao esforço, por parte do trabalhador, por sentir a emoção a ser externada, buscando dentro delas os estímulos que lhes permitirão despertá-la, de modo a se adequar às regras de expressão exigidas publicamente. Este duplo agir poderia ter, na perspectiva de Hennig-Thurau (2011), consequências danosas para a saúde mental dos trabalhadores.

Em relação à dimensão sexual da atividade, podemos observar, conforme abordado por Soares (2012), que o ato de cuidar envolve, ao contrário do trabalho industrial típico, um contato corporal com o outro, traduzido em atividades como limpar excrementos, dar banho, colocar sondas, realizar a higiene de partes íntimas, dentre outras. Esta instrumentalização do corpo ou de partes do corpo durante a produção de um serviço traz, na visão do autor, certos tipos de constrangimentos que são, de alguma forma, inexistentes ou raros em atividades relacionadas à indústria. Além disto, esta dimensão sexual da atividade de cuidado estaria também presente no que diz respeito a apresentação visual destas trabalhadoras como, por exemplo no uso de maquiagem, vestimentas, etc. Por fim, para Soares (2012), a atividade de cuidar mobilizaria, em sua dimensão relacional, uma série de qualificações sociais importantes como, por exemplo, as capacidades de guardar o adequado equilíbrio na interação, de comunicar e ouvir o outro, de ter paciência, de manter a calma e o controle emocional e a de empatia.

Portanto, o quadro teórico, e os conceitos e dimensões nele articulados, ajudam a problematizar a atividade de cuidado (*care*), e a destacar sua importância no contexto da população de idosos. Assim, ao situar a análise, ao mesmo tempo, em um grupo específico de sujeitos, e em uma localidade particular, do interior do Brasil, o presente estudo procura lançar luzes sobre uma atividade laboral ainda pouco compreendida nos estudos sobre trabalho e nos estudos organizacionais, abrindo espaço para um melhor entendimento das especificidades desses objetos e das particularidades desse tema de pesquisas.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho, de natureza essencialmente qualitativa teve, como recorte, a atividade de cuidado domiciliar de idosos em uma cidade do interior de Minas Gerais. Uma vez que tal objeto possui contornos amplos e complexos, optou-se, para fins deste artigo, em uma análise das dimensões laborais específicas desta atividade na perspectiva de seus atores principais, quais sejam, os próprios cuidadores.

Neste sentido, a coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas em profundidade a partir de um roteiro previamente construído cujos eixos principais foram: (a) dados pessoais; (b) a dimensão física do trabalho de cuidador de idosos; (c) a dimensão cognitiva do trabalho de cuidador de idosos; (d) a dimensão sexual do trabalho de cuidador de idosos; (e) a dimensão relacional do trabalho de cuidador de idosos; e (f) a dimensão emocional do trabalho de cuidador de idosos. Foram realizadas dez entrevistas com cuidadores domiciliares de idosos residentes em uma cidade do interior de Minas Gerais. Cada entrevista teve uma duração média da ordem de uma hora e vinte minutos, tendo sido feitas, totalmente, de forma presencial. O material empírico constituído pelo áudio das entrevistas foi gravado e, posteriormente, transcrito em sua íntegra em um editor de texto. Cumpre dizer que os dados coletados foram tratados, pelos pesquisadores, de maneira totalmente sigilosa como forma de

garantir o anonimato dos entrevistados. Além disto, cumpre dizer que, para fins da análise empreendida a seguir, optamos por exaltar as narrativas mais significativas e ilustrativas das categorias analíticas propostas.

Tabela 01:

Perfil dos Entrevistados

Entrevistada(o)	Perfil
01	Mulher, 64 anos, casada, três filhos, oitava série, evangélica, parda.
02	Mulher, 35 anos, casada, dois filhos, oitava série completa, católica, branca.
03	Mulher, 34 anos, casada, duas filhas, quarta série, católica, parda.
04	Mulher, 55 anos, divorciada, um filho, primeiro ano do ensino médio, evangélica, parda.
05	Mulher, 28 anos, amasiada, sexta série, não tem religião, amarela
06	Mulher, 65 anos, viúva, cinco filhos, primeira série, católica, parda.
07	Mulher, 40 anos, casada, dois filhos, graduada (assistente social), evangélica, negra.
08	Homem, 50 anos, casado, um filho, segundo grau incompleto, católico, negro.
09	Mulher, 30 anos, solteira, dois filhos, sexta série, espírita, parda.
10	Mulher, 29 anos, casada, dois filhos, quinta série, sem religião, parda.

Fonte: Dados da pesquisa

Para análise das entrevistas, foi utilizada a Análise de Discurso (AD), de vertente francesa. Optamos por ela e, não, pela Análise de Conteúdo porque a sua preocupação está relacionada aos sentidos do texto e não com o seu conteúdo. O material coletado é constituído por questões sensíveis relacionadas às práticas de cuidado domiciliar de idosos, e a AD consegue fornecer instrumental mais adequado às análises.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Como pôde ser observado ao longo deste trabalho, a atividade de cuidado abrange, em si, uma série de dimensões (física, cognitiva, sexual, relacional e emocional) que se autorrelacionam e formam um todo complexo que desafia o olhar do mais atento pesquisador. No que tange à dimensão física, um primeiro aspecto a ser destacado diz respeito ao fato de que os cuidadores, no exercício de sua atividade, deparam-se com uma série de perfis de idosos com características bastante distintas, o que os leva a desenvolver um conjunto de estratégias laborais específicas para cada situação. Neste sentido, a trajetória de vida de cada idoso faz com que suas necessidades precisem ser atendidas de maneira personalizada, quase individualizada. São os casos, por exemplo, apresentados nos fragmentos (001) e (002). Notam-se, nos fragmentos, três perfis de idosos com características distintas: (a) uma idosa obesa que conta com a ajuda de um guincho para levantar-se da cama; (b) um idoso obeso e acamado; e (c) um idoso obeso que se levanta da cama com auxílio físico do cuidador. Tais realidades fazem com que atividades simples como dar banho, alimentar, levar ao banheiro, vestir roupas, passear (com ou sem cadeira de rodas), entre tantas outras, devam ser pensadas e repensadas, pelo cuidador, a luz das especificidades do paciente.

Apesar disto, um elemento importante a ser destacado e que pode ser contemplado no fragmento (002) diz respeito a natureza repetitiva da atividade de cuidado. Nesta perspectiva, embora as tarefas executadas apresentem um caráter individualizado (personalizado de acordo com as necessidades do paciente), as mesmas são realizadas todos os dias da mesma maneira

seguindo padrões rígidos (como veremos mais tarde, até a morte do paciente) e dando contornos sisíficos à natureza da atividade.

(001) Eu sinto dificuldade, medo de não dar conta, porque tipo cada idoso é de um jeito né. Igual tem uma idosa que eu conheço até estive na casa dela para estar trabalhando para ela e eu fiquei com medo, porque ela usa um guincho. Ela é obesa (...) Tinha um senhor de 110 quilos eles achavam... só que ele era acamado. Eu não consigo tirar ele da cama, mas consigo dar um banho nele na cama, consigo trocar a fralda dele. (...) E ele não tinha guincho. (Entrevistado 05)

(002) É um trabalho repetitivo. E você pode dizer que é um trabalho pesado, concluindo que muitas das vezes, o idoso pode ser obeso. Então baseado no seu porte físico, vai se tornar pesado a questão da locomoção e da manipulação. Como você vai tirá-lo do leito, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama. Então esse profissional que presta cuidados ao idoso, ele também tem que se preocupar consigo próprio. Ele tem que estar, o máximo possível, bem condicionado fisicamente. (Entrevistado 09)

A questão da obesidade do idoso é, aliás, um aspecto frequentemente apontado, pela maioria dos cuidadores, como um elemento que dificulta o exercício da atividade, ao menos em sua dimensão física (fragmento 003). Tal dificuldade faz com que os mesmos associem o exercício de da atividade de cuidado como sendo de natureza "pesada" (fragmentos 002, 004, 005 e 006) e, por consequência, até mesmo "cansativa" (fragmento 004). Este "peso" associado ao paciente e, por que não dizer, a própria atividade em si, parece ter implicações na saúde física (e como veremos mais tarde, na saúde mental) do trabalhador de cuidado ao idoso. É lugar comum, portanto, como relatado pela maioria dos entrevistados, as diversas reclamações referentes a dores na coluna em decorrência do carregamento de idosos obesos, conforme pode ser observado nos fragmentos (006) e (007).

(003) Existe a diferença de peso, de tamanho, se é gordo, se é magro, para poder dar um banho, tem dificuldade. (Entrevistado 03)

(004) (...) uma situação de cadeira de rodas é cansativo pra pessoa e pra gente, porque você empurrar uma cadeira com um homão daquele tamanho que ele é pelo amor de Deus né. (...) Então é um trabalho assim dependendo do físico da pessoa é um trabalho pesado né. (Entrevistado 01)

(005) É pesado. Porque se for um acamado você tem que saber mexer com ele né, você tem que saber trocar, você tem que saber. (Entrevistado 06)

(006) A gente pega peso, pega muito peso. Faz mal pra coluna. (Entrevistada 05)

(007) Assim...quando é um paciente que a gente tem que pegar ele, igual neném, prejudica muito a coluna da gente, que hoje eu já estou

sentindo isso (...) É, dependendo do jeito que você pega a coluna sai do lugar. (Entrevistado 07)

Esta dificuldade parece ampliar-se na medida em que a condição de obesidade encontra-se relacionada (ou até mesmo não) a uma situação de perda de mobilidade motora por parte do idoso. Vale dizer que a realização de atividades de cuidado com um idoso em mobilidade reduzida ou inexistente faz com que o esforço de natureza física amplie-se consideravelmente (fragmentos (007), (008) e (009)).

(008) Sim, porque a maioria dos pacientes (...) está imóvel (...) na cama, então a partir do momento que tudo que você faz com ele, você tem que jogar o seu peso tudo, sobre ele, pra carregar ele, pra levantar ele, pra vestir uma roupa, pra levar no banheiro, até no momento de trocar, entendeu, e uma pessoa que ajuda, porque só de ficar em pé, então já tem uma bastante diferença, ele já está em pé, ele está te apoiando, ele está te ajudando, entendeu. Agora a pessoa que ele fica jogado em cima de uma cama, inútil, que ele não faz nada, que ele não tem condições pra nada, que depende de você pra tudo, pra tudo, até pra levantar um braço, então, é bem mais complicado, tem diferença sim. (Entrevistado 03)

(009) É para cuidar do paciente como ele não anda, eu tenho que pegar e colocar na poltrona, tenho que colocar na cadeira, tanto na cadeira de banho como na cadeira de roda. (Entrevistado 04)

Esta realidade parece fazer com que alguns cuidadores (fragmentos (007), (008) e (009)) passem a representar o idoso em termos negativos ("inútil") ou, até mesmo, infantilizados ("igual neném"). A primeira representação, qual seja a da inutilidade, extremamente presente e associada ao idoso em nossa sociedade, enseja em si, a ideia de que o corpo somente é útil no exercício do trabalho ou do consumo e que o mesmo é passível de ser instrumentalizado enquanto um objeto. A segunda representação ("igual neném") aponta em um caminho diverso, na medida em que entende o elemento paradoxal de que o tornar-se idoso seria, ao mesmo tempo, uma volta as fases iniciais da vida humana. Ambas as fases teriam, como uma de suas possíveis semelhanças, a necessidade do cuidado como um elemento fundamental.

Um outro elemento importante derivado desta dificuldade física no exercício da atividade de cuidado de idosos está associado ao medo. Conforme pode ser visto no fragmento (001), a palavra "medo" aparece cinco vezes na fala do enunciador e parece demonstrar, pelo menos neste caso, que a ausência de preparo ou de capacitação anterior do trabalhador faz com que a dificuldade no exercício da atividade amplie-se consideravelmente e traduza-se em estados emocionais negativos. Tais consequências negativas podem ser observadas a partir da leitura dos fragmentos (010) e (011). Em ambos os casos, este estado de dissonância emocional acabou gerando, nos cuidadores de idosos pesquisados, doenças de natureza mental (como, por exemplo, a depressão e o estresse), bem como problemas de natureza física (diabetes, colesterol, gordura no fígado, etc.).

(010) já cheguei a ficar 24 horas com idoso, mais é muito cansativo (...) eu acabei entrando em depressão por causa dele. (Entrevistado 01)

(011) A gente não passa o nosso estado de nervoso pra ela, mas a gente está nervoso. Tem hora que eu entro lá pro quarto, eu respiro. Eu mesma, quando eu entrei lá, eu não tinha nada. Hoje, eu tenho diabetes, colesterol, gordura no fígado. Tudo consequência do estresse do trabalho. Fui no médico e ele falou que tem que manejar. Foi aí que eu percebi que tinha umas coisas que eu nem preciso escutar. (Entrevistado 02)

Faz-se necessário, neste contexto, o exercício de diversas estratégias, por parte dos cuidadores, para lidar com tal realidade. A primeira, explicitada no fragmento (012), consiste em uma tentativa deliberada de negação de sua própria individualidade em detrimento do paciente. Este "esquecimento de si", ou melhor, esta "alienação de si", diversas vezes repetida pelo entrevistado 02, demonstra, claramente, uma possibilidade de mobilização emocional que visa evitar qualquer tipo de enfrentamento para com o paciente ou, até mesmo, para com a própria atividade exercida pelo cuidador. Cumpre dizer, neste sentido, que a natureza árdua da atividade, bem como a situação difícil na qual encontra-se o idoso, faz com que alguns cuidadores optem, estrategicamente, por negar a si mesmo.

(012) Por um lado é bom, porque a gente cuida de uma outra pessoa e esquece da gente. Esquece completamente. Eu me esqueci completamente. (Entrevistado 02)

(013) Porque tem hora que ela briga com a gente e a gente tem que abaixar a cabeça e ficar calada. (Entrevistado 08)

A opção pela negação de si não é, no entanto, a única alternativa encontrada pelos cuidadores para lidar com a realidade laboral em cena. Uma outra forma de mobilização emocional encontrada nos relatos dos entrevistados está relacionada à ideia de neutralidade. Como pode ser observado nos fragmentos (014) e (015), alguns cuidadores parecem optar, estrategicamente, por reprimir qualquer tipo de emoção no exercício de sua atividade laboral ("eu acho que não tem emoção", "tem que estar sem emoção nenhuma", "eu nunca senti não", "eu mesmo não deixo transparecer nada").

(014) Ah, eu acho que é tranquilo né...eu acho que não tem emoção de...porque a gente tem que estar ali com a cabeça firme, tem que estar sem emoção nenhuma, porque se você se emocionar com alguma coisa (...)É, porque se você se emocionar com alguma coisa, aí pronto. (...) mas eu nunca senti não. (Entrevistado 06)

(015) Bom, eu mesmo não deixo transparecer nada, porque tem muitos casos que a gente vê está morrendo mesmo e eles estão percebendo que estão morrendo, aí perguntam se estão morrendo. Aí eu falo que não, que vai melhorar ficar bem, mas eles sabem que estão morrendo e eu também sei. Muitas vezes eu tenho que sair de perto para não chorar junto com eles. (...) porque é triste né. (...) não pode. Se não acho que ainda fica mais triste acho que piora né. (Entrevistado 05)

Há que se destacar, no entanto, relatos, no âmbito da pesquisa, de mobilizações emocionais vivenciadas por cuidadores cuja natureza é, essencialmente, integradora. Neste

sentido, como pode ser observado nos fragmentos (015) e (016), a tônica do cuidado passa da neutralidade para um comportamento amparado na simpatia, delicadeza e na empatia ("Aí eu falo que não, que vai melhorar, ficar bem", "eu identifico muito com os meus idosos, sou muito amorosa", "eu cuido com amor, com carinho").

(016) Olha, eu me identifico muito com os meus idosos, sou muito amorosa, por eu ser muito amorosa e emotiva, qualquer coisa que aconteça com eles me afeta, me afeta muito porque eu cuido com amor, com carinho, como se fosse um meu, como se fosse uma pessoa minha, se fica doente, se precisa de assistência e não tem ninguém para dar assistência é onde me desespero, eu choro, aonde eu me descontrolo é nesse sentido, mas eu cuido como se fosse o meu. (Entrevistado 07)

Por fim, podemos destacar, pelo menos no âmbito desta pesquisa, que mobilizações emocionais de natureza diferenciadora, onde a ênfase estaria colocada em expressões de irritabilidade, desconfiança e, fundamentalmente, de hostilidade, não foram identificadas nos relatos dos entrevistados. A ausência de tais relatos não pode, no entanto, afastar totalmente a existência de tais práticas no âmbito do exercício da atividade de cuidado. Por se tratar de comportamentos socialmente inaceitáveis, especialmente quando relacionados a um grupo social tradicionalmente marginalizado e fragilizado (idosos), podemos inferir, assim, que o não-dito pelos cuidadores também seria um dado relevante em nossa pesquisa.

Conforme pode ser visto nos fragmentos (017), (018), (019) e (020), a dimensão sexual da atividade de cuidado de idosos envolver uma miríade de tarefas que perpassam desde a atividade rotineira de dar um banho no paciente (e, por consequência a limpeza de suas partes íntimas) até a limpeza de secreções e excrementos. É importante destacar, como já dito anteriormente, que a multiplicidade de perfis de pacientes idosos faz com que tais atividades sejam realizadas de maneiras diversas, implicando em uma necessidade de preparação por parte do cuidador.

(017) Então, existe muito disso, ah, limpar vomitado, ah, limpar cocô, ah, você vê o homem pelado, você põe a mão nas partes íntimas dele, entendeu (...). (Entrevistado 03)

(018) (...) a gente acostuma tanto com a profissão que você não vê assim, se é homem se é mulher, para mim é uma coisa só (...). (Entrevistado 07)

(019) Quando eu digo intimidade, eu estou me referindo da intimidade mesmo. Da questão da eliminação do paciente, das secreções, dos excrementos, a questão das fezes, da evacuação. (Entrevistado 09)

(020) Olha, em primeiro lugar eu tenho que ver que aquilo ali que estou pronta pro que der e vier, que é aquilo ali que eu tenho que fazer. Eu entrei sabendo ciente que eu tenho que dar o banho, que tenho que trocar, que tenho que limpar as fezes, entendeu?! (Entrevistado 03)

(021) (...) muita gente tem nojo de pessoa idosa, igual tem nojo de uma pessoa com os dentes estragados (...). (Entrevistado 01)

A questão de lidar com os excrementos e secreções do paciente idoso é, aliás, uma das principais dificuldades apontadas pelos cuidadores no exercício de sua atividade (fragmentos (020) e (022)). Tal dificuldade, conforme pode ser observado no fragmento (021), traduz-se, muitas vezes, como um certo sentimento de "nojo" por parte do cuidador ou, até mesmo, gerando certa ânsia de vômito em alguns deles (fragmento (022)).

(022) (...) Já teve vez de eu ficar o dia inteiro sem comer porque a pessoa usa fralda, faz as necessidades e tal e eu ia mexer com aquilo, eu não dava conta depois de comer, muitas vezes eu corria para o banheiro sabe (...) Aquele negócio ficava parado aqui. (...) me dava ânsia de vômito(...) Mas aí com certo tempo isso acabou (...).(Entrevistado 01)

É importante destacar, no entanto, que tais dificuldades não implicam no não exercício da atividade. O que parece ocorrer, na maioria das vezes, é que o exercício contínuo da atividade leva a uma certa "naturalização" da tarefa (no caso, de limpeza de secreções e excrementos) traduzida em expressões como "hoje eu já estou acostumada" (fragmento (023)) ou "com certo tempo isso acabou" (fragmento (022)). Além disto, há uma percepção, por parte de alguns cuidadores, de que lidar com tais situações seria intrínseco à natureza da atividade e que, portanto, deveriam lidar com isso de frente, enfrentando a tarefa. Tal realidade pode ser vista no fragmento (024), especialmente no que tange ao uso de expressões como, por exemplo, "pronta para o que der e vier", "já estou indo disposta a tudo" e "pau para toda obra".

(023) (...) A gente protege muito nós, é de nós e até eles mesmo né, é de contágio de doença né, transmissíveis né, porque no caso a gente pode até ter contato com pessoa assim né, que é o caso da máscara e a luva né (...) Olha as principais, as dificuldades assim, hoje não eu já acostumei. No início pra mim foi ta mexendo assim com, com as necessidades fisiológicas, você entende, eu tinha o estômago muito fraco sabe, hoje eu já estou acostumada. (Entrevistado 01)

(024) Olha, em primeiro lugar eu tenho que ver que aquilo ali que estou pronta pro que der e vier, que é aquilo ali que eu tenho que fazer. Eu entrei sabendo ciente que eu tenho que dar o banho, que tenho que trocar, que tenho que limpar as fezes, entendeu?! O xixi, eu tenho que trocar de fralda, entendeu. Então, eu já estou indo a disposta a tudo, entendeu, é que nem eu estou te falando, pro que der e vier, então, pau pra toda obra, porque se um paciente faz cocô, como que você vai deixar ele sujo, como que você não vai lavar, entendeu. (Entrevistado 03)

(025) Porque a gente tem contato com tudo né, fezes, com urina.(...) As vezes a pessoa tem alguma doença na pele, aí você tem sempre que está...(.) Prevenindo né. (Entrevistado 10)

Esta postura de enfrentamento da tarefa não obscurece, no entanto, a necessidade do uso de meios de proteção como, por exemplo, luvas e máscaras, como uma forma dificultar e/ou eliminar o contágio de doenças (fragmentos (023) e (025)). Há, por parte dos cuidadores,

neste sentido, uma certa consciência de que sua atividade gera, necessariamente, riscos e que os mesmos devem, por isso, prevenir-se da melhor forma possível.

Outro ponto importante a ser destacado no âmbito da dimensão sexual da atividade de cuidador diz respeito a difícil tarefa de ter lidar com as partes íntimas do idoso (ou da idosa), especialmente, nos momentos de banho (fragmentos (026), (027), (028) e (029)). Há certo consenso na maioria dos relatos dos cuidadores, no sentido de que as primeiras experiências de contato com as partes íntimas dos pacientes, no momento do banho ou de qualquer outro tipo de limpeza corporal, passam, necessariamente, por um instante de impasse, muitas vezes traduzido por palavras como "dificuldade", "vergonha", "complicado".

(026) E a gente encontra mais dificuldade nessa parte aí sabe, nessa parte íntima, é que a pessoa muitas vezes ele fica envergonhado e insiste em não tomar banho entendeu? (...) você tem que saber, ter jogo de cintura pra você estar conquistando ele, pra ele saber que você é uma profissional, que você tanto faz você vê essa parede como você vê um homem. (Entrevistado 01)

(027) No começo era complicado. Quando eu comecei era complicado agora para mim está normal, lavo onde tiver que lavar tudo normal. (Entrevistado 05)

(028) A questão do banho (...) para mim tanto faz pegar você ou pegar ela (...) para mim é uma coisa só (...) a gente acostuma tanto com a profissão que você não vê assim, se é homem se é mulher, para mim é uma coisa só (...) Eu cuido como se eu tivesse cuidando de um bebe. (...) Como se fosse um bebe, por isso que a gente nem repara. (Entrevistado 07)

(029) Eu não posso chegar numa pessoa que eu mal conheço e “Arranca a roupa aí porque vamos tomar banho” Não! Ela tem que pegar confiança comigo, ela tem que ter confiança comigo. (Entrevistado 02)

Tais dificuldades parecem ampliar-se, consideravelmente, na medida em que os cuidadores precisam lidar com situações de natureza frontalmente sexual (ereções, por exemplo). Tais situações, apontadas nos fragmentos (030) e (031), imprimem à atividade uma especificidade e uma dificuldade que lançam questionamentos e desafios no que tange a formação e a experiência deste profissional. Ainda nesta direção, especialmente no que diz respeito à dimensão cognitiva do exercício da atividade de cuidado, podemos observar, através dos relatos presentes nos fragmentos (032), (033) e (034), que a formação do cuidador de idosos passa, necessariamente, por um longo período de treinamento (seja ele formal ou informal), pela atualização constante de seus conhecimentos, bem como pelo reforço de habilidades e competências determinantes para o exercício das tarefas como, por exemplo, a noção de responsabilidade para com o paciente.

(030) Uma vez eu cuidei de um idoso (...) e sempre que eu ia tocar nele pra cuidar (...) ele ficava em ereção né. (...) O constrangimento foi isso aí, e todas as vezes acontecia você entendeu? (...)Então é nessa hora que você tem que ter muito jogo de cintura pra estar conversando com a pessoa. (Entrevistado 01)

(031) No momento que você lava as partes íntimas, tem reações. Entendeu? Porque é claro que você tem que levar a mão, você tem que estar (...), você tem que lavar a virilha, você tem que enxugar. (Entrevistado 03)

É importante dizer, no entanto, que ao longo do tempo, parece haver um processo de "naturalização" de tais atividades instrumentalizado, a partir de uma miríade de ações (diálogo, especialmente) que buscam estabelecer uma relação de confiança entre o cuidador e o idoso, que é fundamental para o bom desempenho da atividade. Cumpre destacar que, diferentemente do trabalho industrial clássico, a eficiência e a eficácia da atividade de cuidado passa, necessariamente (e como veremos a seguir na dimensão relacional da atividade), pelo estabelecimento de uma relação de confiança entre as partes (fragmentos (026) e (029)). Dito de outra forma, sem tal confiança, o cuidador não conseguiria exercer de maneira plena o escopo de sua própria atividade.

Uma vez estabelecida tal relação de confiança, a tarefa de realizar a limpeza das partes íntimas do idoso passa a ser vista como algo natural pelos cuidadores. Além disto, o corpo do mesmo passa a ser ressignificado de uma outra maneira, muitas vezes metaforizado como sendo algo de natureza não-corpórea ("vaso de planta", "parede"), sem distinção entre o masculino e o feminino ("você não vê assim, se é homem se é mulher, para mim é uma coisa só") ou infantilizado ("Eu cuido como se eu tivesse cuidando de um bebe").

(032) Porque a gente fez um treinamento muito bom pra poder estar pegando uma pessoa, como que você põe uma pessoa na cadeira de rodas como que você tira como que você dá o banho de leito na pessoa, como você troca uma cama com a pessoa em cima dela. (Entrevistado 01)

(033) Ah, eu acho que ela tem que ter muita competência, muita responsabilidade, porque o idoso ele precisa de muita responsabilidade (...) Eu acho que a pessoa tinha, porque a pessoa para cuidar de um idoso ele tem que saber ler bem né, porque ali tem remédios na hora certa, ele tem que estar medindo a pressão direto né (Entrevistado 06)

(034) A gente tem que estar sempre atualizando a questão do cuidado ao idoso, né? Principalmente o idoso acamado. Você tem que tá sempre fazendo cursos, procurando saber o que há de novidade da questão do cuidado, na forma de proporcionar conforto, entendeu? (Entrevistado 09)

Convém destacar, neste ponto, que, a partir dos relatos dos diversos entrevistados, a atividade de cuidador de idosos parece demandar, fundamentalmente, para seu efetivo exercício, a construção de fortes laços/vínculos entre as partes. Este último ponto, aliás, é interessante na medida em que explora a ideia de que o vínculo laboral, muitas vezes, é trespassado para vínculos de outras naturezas como, por exemplo, o afetivo e, até mesmo, o "familiar" (fragmento (037)). Neste sentido, não são raros, nos relatos, a utilização de figuras do universo familiar como mãe, pai, filha, bebê, para a descrição deste universo complexo laboral. Tal vínculo, construído, fundamentalmente, a partir do diálogo, da paciência e da convivência (fragmentos (035) e (036)) e, por que não dizer, do "jeitinho" (fragmento (037)),

tornaria a atividade de cuidador de idosos complexa e distinta das demais ocupações laborais industriais.

(035) O cuidador tem que ter muita paciência. Tem que gostar de trabalhar com isso. (Entrevistado 02)

(036) porque o povo assim mais velho era um povo assim muito rígido né, muito né, ninguém explicava nada, ninguém sabia nada né, então é isso aí. Mais a gente com jeitinho chega lá. (Entrevistado 01)

(037) o bom do trabalho do cuidador de idoso porque você tem o contato com ele, você pode conversar, as vezes se ele está angustiado ele pega e desabafa com você, coisa que ele não fala para a própria família. (Entrevistado 07)

Por fim, os argumentos apontados acima nos levam a refletir acerca da natureza fundamental da atividade de cuidado ao idoso. O que parece evidenciar-se, neste caso, é a ideia de uma clara associação entre os conceitos de cuidado e os conceitos de amor e carinho. Parece haver, na perspectiva de tais agentes, uma clara ideia de que a atividade de cuidado de idosos não é, tão somente, uma ocupação laboral de natureza puramente instrumental, mas, sim, uma atividade embebida de carga afetivo-emocional que possui uma complexidade que imprime ao seu executor um caráter identitário distinto.

5. CONCLUSÃO

O objetivo do presente artigo consistiu na análise do trabalho de cuidadores domiciliares de idosos em suas cinco dimensões (física, cognitiva, relacional, sexual e emocional) em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais. Para tanto, foram realizadas entrevistas com dez cuidadores domiciliares de idosos, onde buscou-se uma melhor compreensão da natureza complexa e distinta desta atividade no âmbito do mercado de trabalho brasileiro.

A análise dos dados permitiu identificar uma realidade laboral complexa. No que tange a dimensão física da atividade de cuidado domiciliar, pudemos observar que os perfis distintos dos idosos parecem conduzir os trabalhadores a uma necessidade de atendimento quase personalizado para cada paciente. Tal realidade parece não diminuir, no entanto, a natureza precária, repetitiva e, por que não dizer, essencialmente física desta atividade. No que tange a dimensão emocional, pôde ser observada uma realidade na qual os cuidadores exercem diferentes estratégias de mobilização para suportarem o dia-a-dia de suas atividades. Cumpre dizer que, ao lidarem com uma realidade extremamente dura e de carga emocional intensa, os mesmos parecem necessitar exercitar certo tipo de alienação de si mesmo ou, no mínimo, certa posição de neutralidade. Quanto a dimensão sexual, qual seja, a de lidar com a limpeza de excrementos ou com as partes físicas dos idosos, os cuidadores relatam que, apesar do nojo e da vergonha iniciais, os mesmos passam a realizar as tarefas de maneira quase natural e, de alguma forma, coisificam o corpo do paciente. Neste sentido, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação de confiança mútua entre paciente e cuidador que parece ser construída, fundamentalmente, a partir do diálogo (dimensão relacional). Por fim, no que diz respeito a dimensão cognitiva, nota-se a clara necessidade de uma formação específica para o exercício do trabalho de cuidador. Nota-se, no entanto, que tal formação, na maioria das vezes, parece ser adquirida por meio de experiências informais de aprendizado.

Os achados desta pesquisa parecem estar em consonância com aqueles apresentados por Soares (2012) e Hirata (2016) em relação a atividade laboral dos cuidadores em geral e aos cuidadores domiciliares em específico. Este estudo contribuiria, portanto, para um aprofundamento da análise da atividade de cuidado dentro de um subgrupo social específico, qual seja, a dos cuidadores domiciliares que atendem a um grupo social tradicionalmente marginalizado e invisibilizado (idosos). Tal constatação lança uma série de possibilidades de pesquisa na medida em que outros grupos sociais dependentes do cuidado também poderiam ser estudados (ex: deficientes e crianças). Além disto, abre a possibilidade para a compreensão da atividade de cuidado em organizações como ILP's e ONG's.

Como limitações deste estudo destacam-se: (a) o número limitado de entrevistados; (b) a ausência da perspectiva dos próprios pacientes ou, até mesmo, das famílias; e (c) a realização da pesquisa em uma cidade de porte médio do interior do Estado de Minas Gerais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, A. R. P., Hirata, H., & Lombardi, M. R. (2016). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. São Paulo: Boitempo.

Camarano, A. A. (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA.

Camarano, A. A., & Kanso, S. (2009). *Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados*. Rio de Janeiro: IPEA.

Causse, L., Fournier, C., & Labruyère, C. (1998). *Les aides à domicile: des emplois en plein remue-ménage*. Paris: Syros.

Conradson, D. (2003). Geographies of care: spaces, practices, experiences. *Social & Cultural Geography*, 4(4), 451-454.

Devetter, F., Messaoudi, D., & Farvaque, N. (2012). Contraintes de temps et pénibilité du travail: les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2(2-3), 244-268.

Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes: enquêtes sur les services à domicile*. Paris: L'Harmattan.

Dussuet, A. (2011). Gestion des émotions, santé et régulation du travail dans les services à domicile. *Revue Multidisciplinaire sur L'emploi, Le Syndicalisme et le Travail*, 6(2), 102-127.

Glucksmann, M. (2012). Rumo a uma sociologia econômica do trabalho do *care*: comparando configurações em quatro países europeus. In H. Hirata & N. A. Guimarães (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. (Vol. 1, cap. 3, pp. 57-76). São Paulo: Atlas.

Green, M., & Lawson, V. (2011). Recentring care: interrogating the commodification of care. *Social & Cultural Geography*, 12(6), 639-654.

Hassim, S. (2008). Global constraints on gender equality in care work. *Politics & Society*, 36(3), 388-402.

Hirata, H. (2016). O cuidado em domicílio na França e no Brasil. In A. R. P. Abreu, H Hirata & M. R. Lombardi. (Orgs.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. (Vol 1, cap. 5, pp. 137-159). São Paulo: Boitempo.

Hirata, H., & Guimarães, N. A. (2012). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas.

Hochschild, A. R. (2003). *The managed heart: Commercialization of human feeling, with a new afterword*. Berkeley: University of California Press.

Kergoat, D. (2016). O cuidado e a imbricação das relações sociais. In A. R. P. Abreu, H Hirata & M. R. Lombardi. (Orgs.). *Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais*. (Vol 1, cap. 3, pp. 66-97). São Paulo: Boitempo.

Lampert, C. D. T., & Scortegagna, S. A. (2015). Subjetividade e empatia no trabalho do cuidado. *Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 2(5), 729-758.

Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 1-10.

McKeever, P. et al. (2006). Hitting home: a survey of housing conditions of homes used for long-term care in Ontario. *International Journal of Health Services*, 36(3), 521-533.

Mossé, P. (2015). Caring an ageing population: challenges, facts, artifacts and policies. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 12(1), 73-84.

Peixoto, A. J., & Holanda, A. F. (2011). *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares*. Curitiba: Juruá Editora.

Ribault, T. (2012). Cuidadoras domiciliares: que tipo de profissionalização? In H. Hirata & N. A. Guimarães (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. (Vol. 1, cap. 8, pp. 187-206). São Paulo: Atlas.

Romero, B. A. (2012). Towards a model of externalisation and denationalisation of care? The role of female migrant care workers for dependent older people in Spain. *European Journal of Social Work*, 15(1), 45-61.

Sentilhes-Monkam, A. (2005). Rétrospective de l'hospitalisation à domicile: l'histoire d'un paradoxe. *Revue Française des Affaires Sociales*, 5(3) 157-182.

Sims-Gould, J. et al. (2013). Workers experiences of crises in the delivery of home support services to older clientes: a qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 32(1), 31-50.

Soares, A. (2012). As emoções do care. In H. Hirata & N. A. Guimarães (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. (Vol. 1, cap. 7, pp. 154-186). São Paulo: Atlas.

Trabut, L., & Weber, F. (2012). Como tornar visível o trabalho das cuidadoras domiciliares ? O caso das políticas em relação à dependência na França. In H. Hirata & N. A. Guimarães

(Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. (Vol. 1, cap. 9, pp. 207-226). São Paulo: Atlas.

Zelizer, V. (2012). A economia do care. In H. Hirata & N. A. Guimarães (Orgs.). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. (Vol. 1, cap. 4, pp. 66-94). São Paulo: Atlas.