

Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de doenças crônicas: um estudo sobre sofrimento mental, trabalho não remunerado e cuidado de quem cuida

José Marcos da Silva¹, Amanda Vanúbia Rufino Guerra²

Resumo

Neste artigo são apresentados os resultados de uma pesquisa — a qual analisou narrativas de mulheres que cuidam de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas — sobre os efeitos do trabalho de cuidado e do sofrimento psíquico em participantes de um grupo terapêutico na Atenção Básica em Saúde de um município do nordeste brasileiro. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo que realizou entrevistas semiestruturadas para caracterizar as narrativas de vida e a autorreferência da saúde mental. Os resultados demonstraram um cenário de narrativa de esgotamento, com sobrecarga de trabalho, frustrações, desesperança e desamparo relacionados às condições precárias para as mulheres, com aumento de sofrimento mental, privação de sono e dificuldades financeiras. Esse cenário implica necessários investimentos em políticas públicas diante do aumento da expectativa de vida das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas, bem como a implementação de ações para o cuidado de mulheres nesse contexto de invisibilização e precarização. Concluiu-se que a Atenção Básica em Saúde representa um dispositivo fundamental na rede de apoio às mulheres que cuidam de pacientes em situação de doenças crônicas, com implicações para ações voltadas à equidade de gênero no cuidado para quem cuida no Brasil.

Palavras-chave

Saúde coletiva. Saúde mental. Cuidado. Gênero. Trabalho.

¹ Doutor em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida pela Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil; professor adjunto na Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: jose.marcoss@ufpe.br.

² Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. E-mail: amandavrguerra@hotmail.com

Narratives of women who care for people with chronic illnesses: a study on mental distress, unpaid work, and caring for caregivers

José Marcos da Silva¹, Amanda Vanúbia Rufino Guerra²

Abstract

This article presents the results of a study that analyzed the narratives of women who care for people with chronic noncommunicable and degenerative diseases regarding the effects of caregiving work and psychological suffering. The participants were members of a therapeutic group within Primary Health Care in a municipality in northeastern Brazil. This qualitative study employed semi-structured interviews to characterize participants' life narratives and self-reported mental health. The results revealed narratives marked by exhaustion, work overload, frustration, hopelessness, and helplessness associated with precarious living conditions, leading to increased mental distress, sleep deprivation, and financial difficulties. This scenario highlights the need for greater investment in public policies in response to the increasing life expectancy of people with chronic noncommunicable and degenerative diseases, as well as the implementation of initiatives aimed at supporting women in this context of invisibility and precariousness. The study concluded that Primary Health Care constitutes a fundamental component of the support network for women who care for people with chronic illnesses, with implications for actions promoting gender equity in care for caregivers in Brazil.

Keywords

Collective health. Mental health. Care. Gender. Work.

¹ PhD in Human Rights, Global Health, and Life Policies, Oswaldo Cruz Foundation, State of Pernambuco, Brazil; assistant professor at the Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil. Email: jose.marcoss@ufpe.br.

² Specialist in Family Health, Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil. Email: amandavrguerra@hotmail.com.

Narrativas de mujeres que cuidan a personas con enfermedades crónicas: un estudio sobre el sufrimiento psíquico, trabajo no remunerado y el cuidado de quienes cuidan

José Marcos da Silva¹, Amanda Vanúbia Rufino Guerra²

Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación que analizó las narrativas de mujeres que cuidan a personas con enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas sobre los efectos del trabajo de cuidado y el sufrimiento psíquico. Las participantes integraban un grupo terapéutico de Atención Primaria de Salud de un municipio del nordeste de Brasil. Se trata de una investigación cualitativa que empleó entrevistas semiestructuradas para caracterizar las narrativas de vida y la autopercepción de salud mental. Los resultados evidenciaron narrativas de agotamiento, sobrecarga de trabajo, frustraciones, desesperanza y desamparo relacionados con las condiciones precarias de vida de las mujeres, así como sufrimiento mental, privación del sueño y dificultades económicas. Este escenario evidencia la necesidad de invertir en políticas públicas ante el aumento de la esperanza de vida de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, así como de implementar acciones dirigidas al cuidado de las mujeres en este contexto de invisibilización y precariedad. Se concluyó que la Atención Primaria de Salud constituye un dispositivo fundamental en la red de apoyo a las mujeres que cuidan a personas con enfermedades crónicas, con implicaciones para acciones orientadas a la equidad de género en el cuidado de quienes cuidan en Brasil.

Palabras clave

Salud colectiva. Salud mental. Cuidado. Género. Trabajo.

¹ Doctor en Derechos Humanos, Salud Global y Políticas de la Vida, Fundación Oswaldo Cruz, Estado de Pernambuco, Brasil; profesor adjunto en la Universidad Federal de Pernambuco, Estado de Pernambuco, Brasil. E-mail: jose.marcoss@ufpe.br.

² Especialista en Salud Familiar, Universidad Federal de Pernambuco, Estado de Pernambuco, Brasil. E-mail: amandavrguerra@hotmail.com.

Introdução

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, aliado à melhoria da qualidade de vida de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e doenças degenerativas, resulta em uma demanda crescente por cuidadores. Essa necessidade decorre da exigência de cuidados básicos, em maior ou menor grau, prestados por indivíduos que auxiliam no atendimento às atividades de vida diária (Melo *et al.*, 2022).

Segundo Ribeiro (2019), o termo “cuidado” é polissêmico e multidimensional, perpassando diversos campos do saber. Essa complexidade exige uma abordagem interdisciplinar, sendo o conceito explorado em áreas como a saúde, a psicologia, a filosofia e, mais recentemente, nas ciências sociais e econômicas.

No contexto das DCNT e doenças degenerativas, o cuidado pode implicar custos financeiros significativos para a contratação de cuidadores profissionais. Em muitos casos, no entanto, a própria família assume essa responsabilidade de forma integral. Mendes *et al.* (2019, p. 88) destacam que “à família é atribuída a responsabilidade pela assistência aos seus membros que envelhecem”, sendo os cuidadores familiares parte da rede de suporte informal, composta por parentes, amigos, vizinhos e conhecidos que atuam sem remuneração. Nesse cenário, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha um papel essencial no apoio a esses cuidadores.

Historicamente, as mulheres são socialmente condicionadas a assumir funções ligadas aos cuidados domésticos e infantis, bem como para com os idosos. Esse trabalho, majoritariamente invisibilizado e frequentemente não remunerado, é realizado de forma contínua e sistemática. Trata-se, como destaca a literatura, de “um trabalho realizado sempre por mulheres, no qual a obrigação de cuidar estava associada à posição dessas na família, exprimindo as desigualdades nas relações sociais de sexo, cristalizadas na divisão sexual do trabalho” (Guimarães; Vieira, 2020, p. 9).

Conforme Emidio, Okamoto e Santos (2023), conquistas feministas — como o acesso a métodos contraceptivos, à educação, ao voto, ao mercado de trabalho e ao divórcio — foram fundamentais para redefinir os papéis sociais atribuídos às mulheres. No entanto, tais avanços ainda não foram suficientes para promover a equidade de gênero nas responsabilidades domésticas e familiares, resultando em sobrecarga para as mulheres.

Guimarães e Vieira (2020) ressaltam a diversidade de formas e relações que caracterizam o trabalho de cuidado, especialmente em sociedades marcadas por profundas desigualdades sociais. Nesses contextos, essa diversidade é ainda mais ampla do que a

verificada nos estudos sobre as chamadas “profissões do cuidado”.

Nesse sentido de reconhecimento do cuidado como profissão, Sorj (2008) argumenta que essa modalidade de trabalho desponta como uma categoria que se destaca na agenda social de países desenvolvidos, com ênfase em ações de enfrentamento para a equidade de gênero e para o reconhecimento do trabalho doméstico e de cuidados com doentes como trabalhos profissionais devidamente remunerados.

No entanto, essa perspectiva é incipiente no Brasil, devido à concepção hegemônica conservadora de que as responsabilidades familiares devem ser resolvidas no âmbito privado. Assim, políticas públicas e instituições voltadas ao cuidado de crianças e de pessoas idosas, doentes ou com deficiência permanecem precárias e insuficientemente desenvolvidas.

Nesse contexto, quanto maior for a carga de trabalho assumida pelas mulheres, menor será o tempo disponível para o cuidado de si. Isso contribui para o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão, bem como distúrbios do sono, uso de medicamentos controlados sem acompanhamento médico, consumo de substâncias como álcool e tabaco e dificuldades financeiras decorrentes do afastamento do mercado de trabalho. Essas condições geram sofrimento físico e emocional, assim como contribuem para o apagamento da identidade dessas mulheres.

O cuidado, nesse cenário, transforma-se em uma fonte contínua de estresse que, conforme Baum (1990), pode desencadear sofrimento psíquico, com repercussões bioquímicas, fisiológicas e comportamentais. Assim, o ato de cuidar torna-se, paradoxalmente, uma condição de adoecimento, tornando as cuidadoras mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas e à redução da qualidade de vida.

Este artigo buscou apresentar os resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi descrever as narrativas de mulheres que exercem o papel de cuidadoras de pessoas em situação de DCNT participantes de um grupo terapêutico, usuárias da Atenção Básica em Saúde (ABS) de um município do nordeste brasileiro, no período de 2024 a 2025.

A perspectiva foi contribuir para evidenciar os cenários de situação de sofrimento por meio de narrativas de vida dessas mulheres cuidadoras e suas estratégias de cuidado de si, com a finalidade de contribuir para o debate sobre desigualdade de gênero, políticas públicas e saúde mental das mulheres.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa teve como campo de estudo uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do estado de Pernambuco (PE), na região nordeste do Brasil. O período de estudo foi de janeiro de 2024 a março de 2025, a partir do recrutamento de mulheres que participavam de um grupo terapêutico conduzido por profissionais da equipe Multiprofissional (eMulti) da ABS.

A população do estudo foi composta por oito mulheres frequentadoras de uma USF, recrutadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, cujo propósito foi compreender o lugar que o fenômeno ocupa na vida das participantes, considerando o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (Minayo; Deslande; Gomes, 2009).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do estado civil, que exercessem a função de cuidadora de um familiar há, no mínimo, um ano; frequentadoras de USF; e, por fim, que não recebessem nenhum tipo de remuneração pelo desempenho dessa atividade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o parecer n.º 6.927.987. As narrativas foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, técnica especialmente útil para investigar o comportamento e a subjetividade humana, conforme aponta Gil (2008). Essa abordagem permitiu a coleta de dados sobre o cotidiano das participantes, suas experiências e emoções, e como percebem e vivenciam suas subjetividades no contexto do cuidado.

Foram utilizadas perguntas disparadoras, por exemplo: “O que você deixou de fazer por si no processo de cuidado?”; “[Você] sabia identificar a doença/condição da pessoa que cuida?”; “[Você] recebeu alguma orientação/treinamento por parte da USF sobre o cuidado a ser realizado?”; “Como é a rotina de cuidado?”. Além disso, solicitou-se: “De forma livre, fale como está se sentindo emocionalmente”.

Como técnica de análise, adotou-se a análise de narrativa (Moutinho; Conti, 2016). Essa técnica desponta como ferramenta para capturar a experiência, sendo a forma mais discursiva para o estudo do sentido que as pessoas dão à sua vivência (Oliveira; Satriano; Silva, 2019).

Para garantir o sigilo e a privacidade, os nomes das participantes foram substituídos por pseudônimos de flores. As entrevistas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de áudio, transcritas integralmente para o software Microsoft Word e armazenadas em

dispositivo externo de uso exclusivo dos pesquisadores. Os resultados foram organizados em quadros e tabelas, elaborados a partir das análises das narrativas, seguindo o critério de saturação de sentidos, conforme proposto por Minayo (2017).

A análise permitiu a identificação de quatro categorias temáticas centrais, denominadas núcleos de sentido, a saber: a) o cuidado de si; b) o desenvolvimento de competências para o cuidado; c) o cotidiano do cuidado; d) o sofrimento autorreferido. Os achados são apresentados por meio de quadros-síntese, de forma a ilustrar as diferentes dimensões do trabalho de cuidado, conforme pseudônimo, pessoa cuidada, resumo de cuidados e tarefas — base de conhecimento para o cuidado e núcleos de sentido.

Resultados e Discussão

Para contextualizar as falas das participantes, identificou-se o grau de parentesco entre elas e as pessoas por quem prestam cuidados. Por exemplo, como introdução, Dália cuida de seu esposo, amputado de uma das pernas em decorrência de complicações da diabetes; Amarilis é responsável pelo cuidado do filho diagnosticado com deficiência intelectual; Íris cuida de seu pai e, anteriormente, também cuidava da mãe, falecida há dois anos; Jasmim presta cuidados ao esposo, que apresenta diabetes e problemas relacionados ao uso abusivo de álcool; Flora é cuidadora da sogra, diagnosticada com a doença de alzheimer; Rosa cuida da mãe idosa e da irmã com diagnóstico de autismo nível 3; Margarida dedica-se ao cuidado do pai acamado, que perdeu os movimentos após um Acidente Vascular Cerebral (AVC); e Camélia, por fim, cuida da irmã com autismo nível 3.

Segundo Mendes *et al.* (2019), a sobrecarga enfrentada pelos cuidadores tende a ser mais intensa nos casos em que há vínculo familiar próximo e acúmulo de papéis, sendo os cônjuges os mais demandados. Esse cenário decorre da dimensão simbólica do matrimônio, no qual se estabelecem vínculos de compromisso moral e afetivo, como os presentes nos votos de casamento: “na saúde e na doença”. Além disso, destacam-se os casos em que mães cuidam de filhos com comorbidades, situação que agrega, à sobrecarga do cuidado cotidiano, preocupações com o futuro e o desenvolvimento global da criança, além da angústia gerada pela incerteza quanto à socialização e à autonomia do filho.

Nesse horizonte, o Quadro 1 apresenta relatos que evidenciam o processo de invisibilização da vida pessoal das cuidadoras, indicando como elas deixaram de priorizar suas próprias necessidades e projetos. Essa dinâmica revela o fenômeno da autonegação em função do outro, no qual familiares abandonam seus próprios caminhos em nome do cuidado.

Destacam-se os relatos de Rosa, que interrompeu a faculdade e o trabalho para cuidar da mãe e da irmã, encontrando-se atualmente sem perspectiva de futuro; Margarida, que sente culpa e medo de julgamento social por realizar atividades de lazer, como a prática de exercícios físicos; Camélia, que se encontra aprisionada em uma rotina de cuidados, com total negligência do lazer; e, por fim, Íris, que expressa sentimentos de inutilidade por estar fora do mercado de trabalho.

Quadro 1 – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de DCNT e degenerativas, no contexto de uma USF, no estado de PE, 2025. Anteriormente, perguntou-se: “O que você deixou de fazer por si?”

Pseudônimo	Pessoa cuidada	Resumo de cuidados e tarefas	Base de conhecimento para o cuidado	Núcleo de sentido: sobre cuidar de si
Rosa.	Mãe idosa e irmã com autismo nível 3.	Realiza todos os cuidados da casa, além de higiene, alimentação, medicação e acompanhamento em consultas.	Senso comum para o cuidado.	“Eu estava... meu Deus! [...] Agora eu estou congregando na [Igreja] Batista e estava em uma [...] pregação, e tem uma menina que passou [em um] concurso e mexeu muito comigo. Meu Deus, eu nem [estou] estudando... porque eu poderia me esforçar para estudar e passar, [mas] não, não [estou] me esforçando para nada. Não estou nem ligando para mim [...], aí isso aí mexeu... mexe... ficou mexendo comigo, mexe! Aí eu acho que eu tenho que pensar um pouco em mim nessa questão aí, né? Também olhar um pouquinho mais para mim.”
Margarida.	Pai acamado após AVC.	Responsável pelos cuidados corporais, bem como medicação, alimentação e limpeza.	Orientação de profissionais de saúde.	“Como eu cuido do meu pai, [tenho medo] de eu ir [à] academia e as pessoas ficarem falando, né? Mas tem gente que vai para a academia como uma maneira de se aliviar e ninguém sabe o que você está passando.”
Camélia.	Irmã com autismo nível 3, acamada após queda.	Rotina restrita ao ambiente doméstico, envolvendo cuidados contínuos. Realiza todos os cuidados da casa, higiene,	Senso comum e concepção religiosa.	“Toda a rotina da vida da gente muda, tudo! Aí não pode planejar um passeio, uma viagem, não pode nada, está entendendo? E, sem também falar que os médicos chegam de repente, então a gente não pode nem cogitar deixar a casa sozinha. É uma realidade diferente, mudou tudo. Eu tenho

		alimentação, medicação e acompanhamento em consultas.		minha casa, mas lá está abandonada... vivo mais aqui agora.”
Íris.	Pai e, anteriormente, mãe (atualmente falecida).	Cuida da casa e da saúde do pai, era cuidadora da mãe até seu falecimento.	Senso comum para o cuidado, posteriormente, orientação de profissionais de saúde.	“Eu, toda vida, gostei de trabalhar... fazer qualquer coisinha. Doutora, nunca gostei [de ficar sem trabalhar], não tem coisa pior que é você sem [se] sentir útil, né?”

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Os estudos feministas e de gênero avançaram significativamente na compreensão das relações entre trabalho e cuidado, destacando o trabalho doméstico e suas repercussões na vida das mulheres. A partir dessas discussões, passou-se a distinguir o trabalho doméstico do trabalho de cuidado, uma vez que este último é apontado como um dos principais fatores responsáveis pelo volume reduzido e pela precariedade da inserção das mulheres no mercado de trabalho remunerado (Sorj, 2021).

A sobrecarga psicológica vivenciada pelas cuidadoras, decorrente do acúmulo de tarefas diárias, apresenta-se como um fenômeno multidimensional, com impactos de ordem biopsicossocial. De acordo com Souza *et al.* (2015), essa sobrecarga pode emergir tanto do volume de trabalho quanto da percepção de despreparo para o exercício da função, especialmente diante da insegurança quanto às competências necessárias e ao receio de que um manejo inadequado comprometa ainda mais a condição da pessoa cuidada. Esses fatores, somados, contribuem para o surgimento de sentimento de culpa e de inadequação pessoal.

O Quadro 2 apresenta os relatos das participantes no que se refere ao conhecimento prévio sobre a comorbidade da pessoa por elas cuidada. Ao serem questionadas sobre o preparo para assumir o papel de cuidadora, emergiram discursos que revelam diferentes níveis de compreensão, preparo e acolhimento por parte da rede de atenção à saúde.

Quadro 2 – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de DCNT e degenerativas, no contexto de uma USF, no estado de PE, 2025. Anteriormente, perguntou-se: “Que preparo e conhecimento prévio acerca da comorbidade da pessoa que você cuida você teve?”

Pseudônimo	Pessoa cuidada	Resumo de cuidados e tarefas	Base de conhecimento para o cuidado	Núcleo de sentido: sobre o desenvolvimento de competências para o cuidado
Dália.	Esposo com amputação por diabetes.	Administra os cuidados pós-operatórios, higiene, alimentação e locomoção. Além disso, realiza todos os cuidados da casa, bem como medicação e acompanhamento em consultas.	Senso comum para o cuidado.	“Não, minha filha. Fui fazendo, não é? Tive [que] aprender, não é? Quem é que espera um negócio desse?”
Flora.	Sogra com alzheimer.	Cuidados com higiene, alimentação, segurança e comportamento. Além disso, realiza todos os cuidados da casa, bem como medicação e acompanhamento em consultas.	Senso comum para o cuidado.	“Não, [é] tudo novo para mim. Eu estou aprendendo com ela e com a ajuda de Betânia [ACS] — [ela] que já trabalhou e me passa informação. Eu estou aprendendo com a vida, com o dia a dia. Eu nunca fiz um curso, [...] ninguém me chamou e disse: ‘Olha, tu fazes assim, assim e assado’. Não, eu converso com você e você me dá uma dica, eu converso ali e assim a gente vai se ajeitando e dando o melhor para ela.”
Camélia.	Irmã com autismo nível 3, acamada após queda.	Rotina restrita ao ambiente doméstico, cuidados contínuos. Realiza todos os cuidados da casa, higiene, alimentação, medicação e acompanha em consultas.	Senso comum e concepção religiosa.	“Não, nem eu, nem minhas outras irmãs, nem minha filha, ninguém estava preparado para nada. Deus que nos preparou. Preparou-nos então do jeito que a gente está cuidando [e] vivendo. [...] Foi assim, a vida que foi ensinando, foi a vida quem ensinou. A vida ensinou-nos tudinho dentro de casa. Não procur[amos] pesquisa, não procur[amos] o médico, não

				procur[amos] nada, foi a gente mesmo, com a cara e a coragem. Eu nunca sabia botar uma fralda [e] agora [estou] sabendo. Eu nunca [soube fazer] curativo, [mas] todo mundo aprendeu, não é? Nós aprendemos assim.”
Rosa.	Mãe idosa e irmã com autismo nível 3.	Realiza todos os cuidados da casa, além de higiene, alimentação, medicação, bem como acompanhamento em consultas.	Senso comum e orientações de profissionais da saúde.	“Foi no dia a dia mesmo, que é dar banho, dar medicação... Aí eu dava alimentação demais para Rosemere e ela ficava muito gorda, aí levava para o nutricionista até eu me ajustar a elas, não é? Conseguir se organizar direitinho para saber como é que tem de fazer, não é? É isso mesmo.”
Margarida.	Pai acamado após AVC.	Responsável pelos cuidados corporais, bem como medicação, alimentação e limpeza.	Orientação de profissionais de saúde.	“Lá, no hospital, ela ensinou [...]”. Pesquisadora: “Ele tem algum apoio do posto [de saúde] com relação a cuidar dele?” “Não, do posto [de saúde, não], por conta de que ele é do programa, o qual é o melhor em casa, que tem médico, psicólogo... eles vão lá, a equipe.”

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

No que se refere ao preparo para o exercício do papel de cuidadora, todas as oito participantes relataram não possuir conhecimento prévio sobre a comorbidade da pessoa sob seus cuidados. As mulheres apontaram que o processo de cuidado se constrói e adapta-se no cotidiano, de modo empírico. Embora tenham mencionado algum grau de apoio por parte da USF de seu território, enfatizaram que nenhuma ação as preparou efetivamente para desempenhar tal função. Nesse sentido, Melo *et al.* (2022) destacam que os cuidadores informais, em sua maioria, não recebem capacitação técnica ou suporte psicológico adequado, assumindo responsabilidades complexas para as quais não possuem competências específicas.

Conforme apontado por Conceição *et al.* (2019), a ESF busca ampliar o acesso aos serviços de saúde, promovendo a atenção em nível domiciliar por meio da atuação de equipes compostas por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e, em alguns territórios, pelas eMulti, os quais atuam como mediadores do cuidado.

Nesse contexto, a USF e os ACS surgem como atores centrais no fortalecimento do cuidado, especialmente por meio das visitas domiciliares. De acordo com Rezende *et al.* (2023), essas práticas podem instituir novas formas de produção do cuidado, permitindo o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a promoção da saúde tanto da pessoa adoecida quanto do cuidador. Este, por estar frequentemente imerso em uma rotina exaustiva, tende a negligenciar a própria saúde, carecendo de espaços de acolhimento e acompanhamento. Assim, os profissionais da ABS, ao adentrarem o domicílio, também podem adotar uma perspectiva ampliada sobre o cuidador e suas condições de vida.

Além das visitas domiciliares, destaca-se a importância da orientação familiar, atributo estruturante da ABS, que reconhece a família como agente ativo na promoção da saúde, prevenção de agravos e no manejo de condições crônicas. Essa perspectiva alinha-se à noção de cuidado centrado na pessoa e na sua rede de relações.

Para além das dimensões clínicas, o profissional de saúde deve considerar o contexto social, a história de vida e o território onde o sujeito está inserido. Esses elementos são determinantes na compreensão do sofrimento psíquico e das condições de adoecimento. De acordo com Dias *et al.* (2020), o território é o lugar no qual o sujeito se faz existir nas relações interpessoais. Nesse sentido, a atenção psicossocial na ABS implica em cuidar das pessoas em situações de risco para o adoecimento mental, prevenindo a cronificação do sofrimento gerado por desigualdades, desalento e esgotamento.

O Quadro 3 apresenta uma síntese da rotina diária das participantes, contemplando os afazeres domésticos e o cuidado com os familiares. A análise presente evidencia a sobrecarga atribuída ao papel feminino no cuidado e suas implicações na saúde mental, destacando-se o adoecimento psicológico como consequência recorrente, sendo a ansiedade e a depressão os transtornos mais prevalentes entre as mulheres brasileiras.

Os resultados demonstram narrativas de sobrecarga e solidão vivenciadas pelas mulheres no desempenho contínuo do cuidado, que se configuram como formas de sofrimento vinculado à invisibilidade social dessa função.

Quadro 3 – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de DCNT e degenerativas, sobre como é o dia a dia do cuidado de si, no contexto de uma USF, no estado de PE, 2025

Pseudônimo	Pessoa cuidada	Resumo de cuidados e tarefas	Efeitos na saúde mental	Núcleo de sentido: o cotidiano do cuidado
				Narrativas
Margarida.	Pai acamado após AVC.	Responsável pelos cuidados corporais, medicação, alimentação e limpeza.	Medo do julgamento, culpa de não cuidar.	“Eu acordo [e] levo o meu filho na creche. Volto e coloco a comida do meu pai, [a] medicação, depois eu vou fazer os afazeres de casa, e de tarde eu levo minha filha na escola. Vou fazer outras coisas enquanto cuido dele [pai] e depois vou buscar meu filho na creche, volto e vou cuidar dele [pai] de novo, [depois fazer] comida, [dar] medicação... basicamente é isso. Às vezes, eu vou [à] igreja, [mas] alguém [precisa] ficar lá para eu ir. Eu dou banho nele [e] troco. Ele não usa roupa, é mais fralda mesmo. Corto o cabelo quando está precisando, faço a barba, corto a unha, tudo mesmo. Ele também tem [que] ficar contido, porque senão ela arranca a sonda, sempre arranca o dispositivo que eu coloco para [ele] urinar... É como se fosse uma sonda, só que não é, aí ele arranca também. Ele sempre está contido, a mão que é boa. Quando tira [a contenção], tem que ficar lá com ele, senão ele arranca tudo.”
Íris.	Pai e, anteriormente, [a] mãe, atualmente falecida.	Cuida da casa e da saúde do pai, era cuidadora da mãe até seu falecimento.	Sentimento de sobrecarga e estresse.	“Eu, com febre, sem febre, gripada ou não, nunca, nunca deixei de cuidar deles, nunca. [...] Estressada, porque [...] enquanto mamãe estava viva, era primeiro [...] ela para depois ser eu. Muitas vezes passava do horário de almoço, do café, de remédio, de tudo.”
Dália.	Esposo com amputação por diabetes.	Administra os cuidados pós-operatórios, além de higiene, alimentação e locomoção.	Sobrecarga emocional e física.	“Quando eu estava no hospital, no Otávio de Freitas, o povo [estava] ligando aqui, perguntando qual é o remédio que ele toma. Ele não sabe nem o remédio que toma, se deixar ele toma dois, três iguais. Eu ficava dizendo do hospital, para minha sobrinha, que estava aqui, para poder medicá-lo, porque ele não sabe nem o que toma. Um dia desses, eu peguei uma folha, eu ia sair de casa e deixar uma folha na geladeira [com as informações de medicação]. Ele, por ignorância, puxou a folha, rasgou tudo para [chamar] a atenção.” Pesquisadora: “É uma forma de fazer a senhora ficar em casa, né?” “Não posso nem sair de casa, minha filha, nem para a igreja eu fui mais, [devido ao] medo [de] deixar essa criatura.”

Jasmin.	Esposo com diabetes e alcoolismo.	Tarefas domésticas, controle de dieta, medicação e apoio psicológico.	Exaustão e sofrimento emocional.	“Eu trabalho demais dentro de casa, viu? Trabalho tanto aqui que você nem imagina, nessa casa sozinha. Essa semana eu inventei de cimentar o tanque lá atrás, argamassa com cola, né? Eu fiz serviço que nem homem faz porque ele não faz nada não! [Sou] só eu, trabalho que nem bicho.”
Flora.	Sogra com Alzheimer.	Cuidados com higiene, alimentação, segurança e comportamento.	Estresse e sobrecarga.	“Por enquanto, ela dorme sozinha, porque, como ela toma medicações, ela apaga a noite toda, aí a gente colocou grade na cama por proteção dela. Ela vive na fralda, ela vive toda protegida. São cuidados necessários do corpo mesmo, sabe? Enquanto ela estiver dormindo direitinho, a gente instalou câmera na casa todinha, já para tomar conta direitinho. Nem toda hora eu estou 100% aqui, do lado dela, porque aí não sairia janta [se eu estivesse], não sairia almoço, porque tudo sou eu [quem faço]. [Dou] assistência a um filho, assistência a um marido, seja o que for! [E tenho] ajuda das câmeras durante a noite. Eu tenho a babá, aquelas babás de bebê. Eu boto assim do meu lado porque eu tenho o sono mais leve, o meu marido tem o sono mais pesado. Eu tenho sono mais leve, até isso, o meu sono... Olhei, não sei mais o que é uma dormida de verdade. Aí, boto a babá [...]. De vez em quando, ela tem uns gritos noturnos apavorantes, até eu me acordo com o coração já saindo pela boca. Agora eu já me acostumei com os gritos, aí virou um hábito na vida da gente, ter esses gritos.”

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Os dados epidemiológicos apontam para um crescimento do transtorno de ansiedade, o qual afeta mais de 328 milhões de pessoas no mundo, cerca de 4% da população global. O Brasil é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo. Aproximadamente 56 milhões de brasileiros (26,8%) são acometidos por esse transtorno, sendo mulheres e jovens entre 18 e 24 anos os grupos que figuram entre os mais afetados (Sardinha, 2023; Sousa *et al.*, 2026).

Uma importante pesquisa desenvolvida pela Organização Não Governamental (ONG) “Think Olga” demonstrou que 45% das 1.078 mulheres entrevistadas, com idades entre 18 e 65 anos, relataram possuir algum diagnóstico de transtorno mental. Entre os fatores mais impactantes para a saúde mental dessas mulheres, destacam-se a sobrecarga de trabalho e a instabilidade financeira (Think Olga, 2023). Esses dados corroboram com autores que concluem que esse cenário de sofrimento das mulheres demonstra o quanto o contexto social e político transforma a mulher em alvo privilegiado de estigmatização e exploração (Guedes; Monçores, 2019; Manrique *et al.*, 2025).

Guimarães e Vieira (2020) demonstraram que as atividades de cuidado, nesse contexto, não são frequentemente compreendidas como trabalho, ocupação regular ou profissão. As mulheres que assumem esse papel, amiúde, não se reconhecem como cuidadoras formais, considerando suas ações como apoio, ajuda ou até mesmo consequência natural de laços afetivos, como quando envolve cônjuges, pais, mães ou filhos com necessidades especiais. Nesses casos, o cuidado não é percebido como uma atividade profissionalizada.

Esse cenário contribui significativamente para o adoecimento das mulheres cuidadoras. Sem acesso ao lazer, sem folgas, férias ou delimitação de horários, essas mulheres permanecem constantemente em estado de alerta. Como a maioria reside no mesmo domicílio no qual a pessoa cuidada mora, o trabalho se intensifica, agravando a sobrecarga emocional e física imposta por essa rotina extenuante.

Verifica-se a sobrecarga e a má qualidade de vida de cuidadores de pessoas acamadas no domicílio, principalmente por sobrecarga, narrativas de sensação de adoecimento, perda de controle sobre a própria vida, desalento e desesperança. O nível de dependência da pessoa cuidada revela-se como fator determinante que pode impactar diretamente a saúde do cuidador (Batthyány, 2015; Manrique *et al.*, 2025).

A anulação da subjetividade e a negligência com a própria saúde emergem como marcadores severos do adoecimento mental das cuidadoras. O imperativo social do cuidar impõe a essas mulheres uma lógica de dedicação sacrificial. Esse presenteísmo do cuidado, caracterizado pelo ato de desempenhar funções laborais e assistenciais mesmo em condições físicas debilitadas, está na base da produção de subjetividade das mulheres. O trabalho de cuidadora se caracteriza como o de regime de prontidão contínua. Por isso, as mulheres que cuidam postergam suas próprias necessidades pelo cuidado do ente em domicílio (Mendes *et al.* 2019).

Nota-se, recorrentemente, um sentido de aprisionamento, decorrente do fato de a cuidadora ser considerada imprescindível para a rotina terapêutica, recaindo sobre a mulher o acúmulo dessa responsabilidade. Isso implica momentos de crise por gerar limitações à liberdade da cuidadora. Isso ocorre pela ausência do papel do Estado como protetor, sendo de sua responsabilidade a garantia de redes de cuidado estatais para reverter esse contexto de iniquidade sobre as mulheres que vivem situações de isolamento, desumanização e sobrecarga contínua (Ribeiro, 2019; Sorj, 2021).

Nesse contexto, o reconhecimento dessas atividades como trabalho remunerado configura um procedimento necessário para promover justiça às pessoas envolvidas no cuidado de pacientes graves. As mulheres estão majoritariamente na base da pirâmide

econômica, sendo mais propensas a ocupar empregos precários e com baixa remuneração, configurando, nesse horizonte, as principais responsáveis pelo trabalho doméstico não remunerado (Barajas, 2016; Dieese, 2025; Oxfam Brasil, 2020).

As mulheres participantes deste estudo, por exemplo, não conseguiram manter-se no mercado de trabalho formal, pois, durante o auge de suas vidas produtivas, encontravam-se invisibilizadas no ambiente doméstico, dedicando-se exclusivamente ao cuidado de familiares. Mesmo aquelas que haviam ocupado cargos formais, como Rosa, precisaram se desligar de suas funções devido à incompatibilidade de rotinas.

O trabalho do cuidado é essencial para o funcionamento da sociedade e para a sustentação da economia. No entanto, a concentração dessa responsabilidade impõe barreiras ao seu ingresso e permanência no mercado de trabalho, à participação política e à conquista da equidade de gênero, resultando, ainda, em obstáculos para sua ascensão financeira. Inclusive, as mulheres entrevistadas relataram dependência financeira de outros membros da família.

O Quadro 4 apresenta os resultados das narrativas relacionadas à saúde e ao sofrimento mental autorreferido pelas participantes. Observa-se que o cansaço, a falta de tempo para si e a ausência de momentos de lazer são aspectos recorrentes nos relatos. Entre as oito mulheres entrevistadas, apenas duas relataram praticar atividade física, motivadas por problemas de saúde e com o objetivo de manter condições físicas que lhes permitam continuar exercendo o cuidado.

Para elas, esse é o único momento dedicado a si. As demais mulheres afirmaram não ter tempo para realizar qualquer atividade voltada ao autocuidado, como exercícios físicos, passeios, momentos de solitude, viagens ou mesmo um banho mais demorado, justificando a ausência dessas práticas pela falta de apoio que lhes permita se ausentar. Inclusive, algumas entrevistas precisaram ser realizadas nas próprias residências das participantes, em virtude da impossibilidade de deixarem seus familiares sozinhos.

Quadro 4 – Narrativas de mulheres que cuidam de pessoas em situação de DCNT e degenerativas, sobre como se sentem, no contexto de uma USF, no estado de PE, 2025

Pseudônimo	Pessoa cuidada	Resumo de cuidados e tarefas	Efeitos na saúde mental	Núcleo de sentido: sofrimento autorreferido
Margarida.	Pai acamado após AVC.	Responsável pelos cuidados corporais, medicação, alimentação e limpeza.	Tristeza e impotência.	“Eu? É mais difícil. Geralmente, [quando] eu estou tomando banho, às vezes [em] que eu demoro mais é quando eu vou lavar o cabelo, essas coisas, mas, a não ser, é bem rápido.” Pesquisadora: “E aí? Como é que fica esse processo da saúde mental?” “Teve muitas vezes que eu, do nada, ficava chorando de repente. Assim, às vezes, eu ainda fico um pouco [chorando].”
Flora.	Sogra com alzheimer.	Cuidados com higiene, alimentação, segurança e comportamento.	Tristeza e desalento.	“Que palavra eu vou usar? Pesquisadora: “Fale o que vem na cabeça.” “Desculpa. Ai, minha filha, uma bosta. Eu já não estou aguentando mais nada, estou ficando velha, me sentindo acabada, desestruturada. Tudo tira meu emocional do equilíbrio. Fragilizada. Pronto, acho que é a palavra perfeita. É a palavra que generaliza tudo. Não aguento mais nada, o problema não deixa de faltar. Aí, às vezes, a gente tem que dar uma de doida, engolir o choro e encarar porque não tem outra alternativa, eu não tenho ninguém mais para fazer por mim, não é?”
Dália.	Esposo com amputação por diabetes.	Administra os cuidados pós-operatórios, além de ser responsável por higiene, alimentação e locomoção.	Sobrecarga emocional e física.	“[Estou] bem não, minha filha. Qualquer coisa, eu choro. Nada [está bem], [estou] nervosa direto... direto... direto. Tem de estar apegada a uma coisa, entendeu? Não [são] os nervos? [São] os nervos, é bomba. Chega lá em casa nas carreiras [às pressas], não dá atenção para nada... Eu fico sozinha.”
Amarilis.	Filho com deficiência intelectual.	Acompanha em consultas, responsável por higiene, tarefas escolares adaptadas e medicação.	Sobrecarga emocional e física.	“Abalado, abalado, abaladíssimo. [...] Eu não posso nem falar, que ele [diz] que eu falo alto. Abaladíssimo. Porque [o] dia de amanhã só [a] Deus pertence, mas todos os dias eu fico... sabe? Assim, me preocupo com as coisas, todas as coisas para pagar, tem um almoço para fazer, responsabilidade. Aí a responsabilidade faz a gente ficar, e devido aos sofrimentos a gente teve responsabilidade de seguir em frente com a ajuda de Deus, está entendendo?”

Íris.	Mãe falecida.	Cuida da casa e da saúde do pai, era cuidadora da mãe até seu falecimento.	Sentimento de tristeza, choro fácil, desalento.	“Assim, para ter alegria, para ser uma pessoa alegre, eu nunca fui não. Sou toda [a] vida assim... [fui] assim, meio retardada. Acho que, por causa da forma como fui criada, sempre meio tristonha. A minha menina diz: ‘Não chora, mãe, não fica assim não’. [Me] dá vontade de abrir a grade e sair, assim, sem destino. Eu choro muito, às vezes eu me sinto muito só... Tenho meus filhos, [mas] às vezes me sinto muito sozinha [...]. [Meu irmão] chega lá em casa nas carreiras [às pressas], não dá atenção para nada. Não tem tempo para dar atenção nem ao papai, quanto mais [à] sua irmã, não é? Eu fico sozinha, demais mesmo. O que mais me entretém [são] as coisinhas e o meu netinho, porque senão, doutora, eu não sei não.”
Rosa.	Mãe idosa e irmã com autismo nível 3.	Realiza todos os cuidados da casa, como higiene, alimentação, medicação e acompanhamento em consultas.	Sentimento de tristeza, choro fácil, abandono de si.	“Eu acho que eu... eu tenho que pensar um pouco em mim nessa questão aí, não é? Preciso também olhar um pouquinho mais para mim. Se eu deixar continuar do modo como está, isso será muito mais ruim, porque eu já fiquei com [o] meu pai sem andar [durante] sete anos. Eu e [minha] mãe [ficamos] e foi muito sacrifício. Aí, eu não queria que tudo [ocorresse] de novo. Eu não aguento. [Quando] estou tomando banho, às vezes [em] que eu demoro mais é quando eu vou lavar o cabelo... a não ser, é bem rápido. [Tiveram] muitas vezes [em] que eu, do nada, ficava chorando de repente. O ato de ‘engolir o choro’... Dá vontade de abrir a grade e sair assim, sem destino. Já fiquei com meu pai sem andar [durante] sete anos... Eu não queria tudo de novo. Eu não aguento.”

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Não cuidar de si atinge seu ápice quando as necessidades básicas de higiene pessoal passam a ser cronometradas e comprimidas na rotina assistencial; quando a gestão do próprio tempo depende integralmente do tempo destinado ao cuidado do outro. A naturalização do trabalho doméstico e de cuidados captura a subjetividade feminina de tal forma, que o tempo de repouso e para o autocuidado passa a ser percebido como uma concessão rara ou um luxo inviável (Barajas, 2016; Sorj, 2008, 2021).

Diante do esvaziamento das possibilidades de resposta e da impossibilidade de verbalizar o sofrimento no ambiente domiciliar, o choro involuntário e intermitente emerge

como a principal manifestação do adoecimento psíquico. O choro desponta como forma de desespero ao se encarar a jornada na ausência de alternativas, sendo ele o mecanismo de enfrentamento defensivo frente ao esgotamento de seus recursos emocionais em um ciclo ininterrupto nas relações de cuidado e vivências de vulnerabilidades (Pinheiro; Tokarski; Vasconcelos, 2021).

A solidão pelo abandono e a escassez de rede de apoio familiar culminam em sintomas de desesperança. O desejo de fugir da situação funciona como uma metáfora da prisão domiciliar imposta pela divisão sexual do trabalho. Isso é retroalimentado pelo medo de piora dos sujeitos sob sua tutela (Guimarães; Vieira, 2020).

O medo do futuro e a antecipação do sofrimento desnudam a urgência de uma reformulação na ABS. As equipes de ABS e as eMulti precisam transcender a vigilância epidemiológica e estender a linha de cuidado à saúde mental dessas mulheres, sob o risco de converter o ambiente familiar em um núcleo permanente de produção de adoecimento e desamparo social (Souza *et al.*, 2015; Dias *et al.*, 2020).

Compartilhar as vivências, reunir-se em pequenos grupos, agenciar cuidadoras, profissionais da ABS e outros atores sociais é crucial para encontrar caminhos para um cuidado que seja menos adoecedor para as mulheres que cuidam (Moutinho; Conti, 2016; Oliveira; Satriano; Silva, 2019), pois não se trata de um problema da família ou da individualidade — trata-se, na verdade, do reflexo de uma estrutura social que delega às mulheres o peso do cuidado sem lhes garantir o direito de também serem cuidadas.

Considerações finais

O cuidado configura-se como um tema que permanece em constante debate, especialmente diante do aumento da expectativa de vida da população brasileira e, consequentemente, da melhoria na qualidade de vida de pessoas com DCNT e condições degenerativas. Esse cenário demanda, cada vez mais, a atuação de cuidadores, sejam profissionais ou informais.

Nesse contexto, este artigo teve como objetivo descrever as narrativas de mulheres que exercem o papel de cuidadoras de pessoas em situação de DCNT, participantes de um grupo terapêutico e usuárias da ABS de um município do nordeste brasileiro, entre 2024 e 2025.

Por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, os resultados não devem ser generalizados, por referirem-se exclusivamente às experiências das mulheres participantes do estudo. Ressalta-se, no entanto, a importância de que estudos com enfoque quantitativo e de

base populacional sejam realizados, de modo a descrever e analisar, em maior escala, o contexto do trabalho de cuidador no Brasil. Tais investigações podem subsidiar mudanças nas políticas públicas sociais, que historicamente garantem proteção a crianças, idosos e pessoas com deficiência, mas que negligenciam os cuidadores em relação aos seus direitos trabalhistas, ao acesso à renda e à previdência social.

Ao exercerem integralmente a função de cuidadora, as mulheres participantes relataram o abandono de planos pessoais, projetos de vida e até mesmo do próprio autocuidado. A maioria dessas cuidadoras não recebeu nenhum tipo de formação prévia, técnica ou prática para lidar com pessoas acamadas ou com doenças de manejo especializado, assumindo essa responsabilidade sem o preparo necessário.

Nesse contexto, a ABS configura-se como dispositivo fundamental de suporte, uma vez que os ACS desempenham papel relevante na promoção da educação em saúde, orientando as cuidadoras nas microáreas às quais os usuários estão adscritos. É essencial, portanto, a implementação de projetos terapêuticos singulares que incluam o cuidado com os cuidadores, visando à criação de redes de apoio que favoreçam o autocuidado e contribuam para a manutenção da saúde física e emocional dessas mulheres.

Por fim, recomenda-se que as equipes da ABS e da estratégia eMulti adotem práticas de orientação familiar para a partilha do cuidado com a pessoa adoecida. Ademais, grupos terapêuticos entre pares devem ser incentivados, como espaços de acolhimento, partilha de dificuldades e superação de desafios do cotidiano do cuidado de pessoas com DCNT.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); à UFPE.

Referências

BARAJAS, M. P. L. Avanços na América Latina na medição e valoração do trabalho não remunerado realizado pelas mulheres. *In*: FONTOURA, N.; ARAÚJO, C. (org.). **Uso do tempo e gênero**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016. p. 21-42.

BATTHYÁNY, K. **Las políticas y el cuidado en América Latina**: una mirada a las experiencias regionales. Chile: Cepal, 2015

BAUM, A. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. **Health Psychology**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 653-675, 1990. DOI 10.1037//0278-6133.9.6.653. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2286178/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

CONCEIÇÃO, A. S. *et al.* Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. **Acervo Saúde**, [S. l.], n. 20, p. e441, mar. 2019. DOI 10.25248/reas.e441.2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/441>. Acesso em: 12 jul. 2026.

DIEESE. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Mulher chefia mais domicílios, mas segue com menos direitos e oportunidades no trabalho**. [São Paulo]: Dieese, 2025.

DIAS, B. J. M. C. *et al.* Cuidado em saúde mental e atenção primária em saúde como campo formador para a enfermagem. **Saúde Mental Álcool e Drogas**, [Ribeirão Preto], v. 16, n. 2, p. 1-8, 2020. DOI 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153900. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/153900>. Acesso em: 12 jul. 2026.

EMIDIO, T. S.; OKAMOTO, M. Y.; SANTOS, M. A. Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de covid-19 à luz da escuta psicanalítica dos vínculos. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 28, n. 3, p. 505-520, jul./set. 2023. DOI 10.1590/1413-82712023280307. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/8sQj8wLw8sV7fGQhVjQmQ8H/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, G. P.; MONÇORES, E. Empregadas domésticas e cuidadoras profissionais: compartilhando as fronteiras da precariedade. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [Rio de Janeiro], v. 36, p. e0083, 2019. DOI 10.20947/S0102-3098a0083. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/1382>. Acesso em: 12 jul. 2026.

GUIMARÃES, N. A.; VIEIRA, P. P. F. As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome. **Estudos Avançados**, [São Paulo], v. 34, n. 98, p. 7-23, 2020. DOI 10.1590/s0103-4014.2020.3498.002. Disponível em: <https://revistas.usp.br/eav/article/view/170129>. Acesso em: 13 jul. 2026.

MANRIQUE, R. S. R. *et al.* A saúde prometida às mulheres em exaustão psicológica. **Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 11, p. 1-13, 2025. DOI 10.56238/arev7n11-213. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/10135>. Acesso em: 12 jul. 2026.

MELO, M. S. A. *et al.* Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de pessoas acamadas em domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 35, p. eAPE02087, 2022. DOI 10.37689/acta-ape/2022AO02087. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/overload-and-quality-of-life-of-caregivers-of-bedridden-people-at-home/>. Acesso em: 6 ago. 2026.

MENDES, P. N. *et al.* Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, [São Paulo], v. 32, n. 1, p. 87-94, 2019. DOI 10.1590/1982-0194201900012. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/sobrecargas-fisica-emocional-e-social-dos-cuidadores-informais-de-idosos/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 1º mar. 2026.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDE, S.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOUTINHO, K.; CONTI, L. Análise narrativa, construção de sentidos e identidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [Brasília], v. 32, n. 2, p. 1–8, abr./jun. 2016. DOI 10.1590/0102-3772e322213. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/tsfbSKpvYzygrVG5mrP7x4Q/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2026.

OLIVEIRA, V. M.; SATRIANO, C. R.; SILVA, E. L. Análise narrativa dialógica emancipatória em diálogo com análise narrativa, de conteúdo e de discurso. **Valore**, Volta Redonda, v. 5, ed. esp., p. 5–21, 2019. DOI 10.22408/rev5020203985-21. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/398>. Acesso em: 1º mar. 2026.

OXFAM BRASIL. **Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. [São Paulo]: Oxfam Brasil, 2020.

PINHEIRO, L.; TOKARSKI, C.; VASCONCELOS, M. Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil. In: PINHEIRO, L.; TOKARSKI, C. P.; POSTHUMA, A. C. (org.). **Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil**. Brasília: Ipea; OIT, 2021. p. 191-220.

REZENDE, A. C. *et al.* A eficácia da visita domiciliar no cuidado aos pacientes acamados. **Revista de Epidemiologia e Saúde Pública**, [São Paulo], v. 1, n. 2, p. 1-13, 2023. DOI 10.59788/resp.v1i2.16. Disponível em: <https://respcientifica.com.br/index.php/resp/article/view/16>. Acesso em: 12 jul. 2026.

RIBEIRO, T. S. É sempre assim, tudo sou eu! Cuidado, gênero e famílias. **O Social em Questão**, [Rio de Janeiro], v. 22, n. 43, p. 43-66, jan./abr. 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_43_art2.pdf. Acesso em: 12 jul. 2026.

SARDINHA, L. V. **Resultados – 2023**. [S. l.]: Covitel, 2023.

SORJ, B. Estudos sobre o cuidado na sociologia: a contribuição de Nadya Araujo Guimarães e Helena Hirata. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1089-1097, set./dez. 2021. DOI 10.1590/2238-38752021v11i315. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/665R3k7HqdVgZ58hGDDdpYP/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SORJ, B. O trabalho doméstico e de cuidados: novos desafios para a igualdade de gênero no Brasil. In: SILVEIRA, M. L.; TITO, N. (org.). **Trabalho doméstico e de cuidados: por outro paradigma de sustentabilidade da vida humana**. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2008. p. 77–89.

SOUSA, F. R. *et al.* Prevalência de transtornos de ansiedade e depressão no Brasil: desafios contemporâneos. **Aracê**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 2, p. 1-18, 2026. DOI 10.56238/arev8n2-006. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/12018>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015. DOI 10.1590/1414-462X201500020063. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

THINK OLGA. Esgotadas: o empobrecimento, a sobrecarga de cuidado e o sofrimento psíquico das mulheres. *In*: THINK OLGA (org.). **Esgotadas**. [S. l.]: Laboratório Think Olga, 2023. p. 3-6.

Submetido em 1º de março de 2026.

Aprovado em 14 de julho de 2026.