

## EIXO TEMÁTICO 9 | QUESTÕES DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E SEXUALIDADES

### MULHERES CUIDADORAS DE CRIANÇAS COM FIBROSE CÍSTICA: observações a partir da vivência em um Hospital Universitário de Belém do Pará

**WOMEN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS:** observations from  
their experience in a University Hospital in Belém do Pará

**Gabriela Di Paula Coelho Conde<sup>1</sup>**  
**Amanda Cristina Ribeiro da Costa<sup>2</sup>**

#### RESUMO

Este artigo foi elaborado a partir da vivência no campo de estágio no Programa de Fibrose Cística do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), sendo uma doença hereditária que normalmente é diagnosticada na infância. O objetivo desta pesquisa é observar as vivências das cuidadoras que se encontram como acompanhantes de crianças, descrever o perfil socioeconômico e compreender os desafios que enfrentam como principais responsáveis no processo de tratamento da fibrose cística (FC), a partir da perspectiva do Serviço Social. Utilizou-se metodologias de pesquisa exploratória, abordagem quanti-qualitativa, técnica da observação e diário de campo para a criação de uma tabela sobre os perfis das cuidadoras. Portanto, observa-se que o tratamento para FC é um desafio para a família e em especial para as mulheres que são responsabilizadas pelo cuidado, ocasionando inúmeras transformações nos projetos de vida e a naturalização da sobrecarga em ser cuidadora de uma criança com Doença Rara.

**Palavras-Chaves:** feminização do cuidado; fibrose cística; gênero.

#### ABSTRACT

This article is based on my experience in the Cystic Fibrosis Program at the João de Barros Barreto University Hospital (HUJBB), a hereditary disease that is usually diagnosed in childhood. The aim of this research is to observe the experiences of caregivers who are accompanying children, to describe their socioeconomic profile and to understand the challenges they face as the main caregivers in the cystic fibrosis (CF) treatment process, from a Social Work perspective. We used

<sup>1</sup> Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Email: gabrieladipaola21@gmail.com

<sup>2</sup> Professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Email: amandacostaufpa@gmail.com

exploratory research methodologies, a quantitative and qualitative approach, observation techniques and field diaries to create a table on the caregivers' profiles. It can therefore be seen that treatment for CF is a challenge for the family and especially for the women who are responsible for care, causing countless transformations in life projects and the naturalization of the burden of being a caregiver for a child with a Rare Disease.

**Keywords:** feminization of care; cystic fibrosis; gender.

## 1 INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho advém da inserção no campo de estágio na saúde, inserindo-se em um contexto pouco conhecido pela sociedade, o de crianças que possuem uma doença rara. A construção do artigo foi feita pela vivência como estagiária no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) que possui o Programa de Fibrose Cística (FC) atende aproximadamente 150 pacientes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de todo o Estado do Pará desde a primeira infância. Sendo a FC uma doença rara, crônica e degenerativa que necessita de tratamento contínuo, humanizado e com uma equipe Multiprofissional que trabalha com a família na perspectiva de atendimento integral e acompanhamento especializado.

Observou-se durante os meses de dezembro de 2022 a setembro de 2023 na clínica pediátrica, a forte inserção da presença feminina no cuidado das crianças com FC, entre elas as mães e avós, e raramente a presença masculina. Sendo perceptível a ideia do significado da palavra *care* que propõe a mulher a tutela do cuidado, logo, o cuidar do outro torna-se o seu cotidiano. Além disso, por ser tratar de um processo sócio-histórico e cultural, a mulher é denominada como a responsável no cuidar da família e da casa, principalmente, quando algum familiar está enfermo.

E com o modelo de família nuclear enraizado na sociedade, as mulheres ainda são postas nas responsabilidades sobre o cuidado, desde os primórdios da educação familiar, onde são ensinadas a serem femininas e viver em condições de subordinação ao homem (De Souza Guedes; Daros, 2009, p. 128). Todavia, a ideia de trabalho doméstico foi desmistificada e “[...] imposto às mulheres como também foi transformado em um atributo natural da psique e da personalidade feminina [...]” (Federici, 2019, p. 42), desse modo, esse tipo de trabalho não pago passa a constituir como força de trabalho do capital, ressaltando as desigualdades de gênero,

transformando-se em algo moralmente natural, desempenhado pelo sexo feminino e mantendo a invisibilidade do próprio trabalho (Muller; Mulinari; Moser, 2021, p. 39-40).

No contexto do cuidado na saúde, particularmente de pacientes com doenças raras, o cotidiano dessas famílias é alterado, exigindo mudanças forçadas, que conhecem uma nova realidade a partir do diagnóstico da doença e passam a voltar suas vidas e rotina para a criança por ser um tratamento para a vida toda, ocasionando problemáticas familiares por conta do redimensionamento financeiro e da rotina do tratamento. Assim, demanda a necessidade de um cuidador que esteja presente diretamente com a criança, por conta desses fatores, a mulher acaba se tornando a fonte preferencial de todo o processo de terapia, gerando muitas vezes uma sobrecarga e a dupla jornada como cuidadora e mãe/dona de casa havendo uma ruptura dos próprios projetos existenciais.

Além disso, destaca-se também que o peso do cotidiano das cuidadoras que tem em seus lares crianças com doenças crônicas, remodela uma estrutura familiar, pois com a extensa e pesada demanda de cuidados, leva as mães a pararem de trabalhar, diminuindo o poder aquisitivo da renda familiar, depositando no pai ou nos avós aposentados o papel de sustentar aquele local, porque a doença do filho passa a ser uma doença da família, contudo, os esforços acabam sendo mais de uma pessoa, “[...] afetando diretamente o cuidador, seja na sua própria saúde, na falta de ajuda, na falta de suporte das redes de apoio ou dos próprios familiares (Moser; Dal Prá, 2016, p. 385 apud Muller; Mulinari; Moser, 2021, p. 39).

Desse modo, muitas cuidadoras deixam em segundo plano sua vida, podendo gerar repercussões negativas na saúde física e mental da mulher (Cordeiro, 2013; Dias; Berger; Lovisi, 2020), porém essa realidade não é destacada, assim diversas mulheres perpassam por problemas como a falta de renda fixa e o afastamento de seus outros filhos por conta da distância do local de moradia para o tratamento, destacando também a ausência de centros de reabilitação públicos em Municípios afastados da cidade, dificultando o acesso e a adesão ao tratamento.

Diante deste cenário, a pesquisa tem como objetivos compreender a partir das observações, as modificações que o processo saúde-doença ocasiona no contexto familiar, como a falta de rede de apoio e o aumento dos gastos por conta da doença rara, assim como identificar os desafios das acompanhantes, que na maioria são as mães dos pacientes que se transformam na cuidadora principal, ausentando sua vida pessoal e profissional para estar presente diariamente na acessão ao tratamento do filho/neto.

Assim, a pesquisa foi realizada com base no método investigativo, o materialismo histórico dialético, que possibilitou investigar a realidade e suas determinações, pesquisas documentais e bibliográficas sobre o programa de Fibrose Cística e de sites acadêmicos, utilização de técnicas como a abordagem quanti-qualitativa e observação como estagiária do

Programa de FC e como instrumento, os subsídios do diário de campo como registro crítico-analítico da prática, que auxiliou para o levantamento de dados e a criação de uma tabela com informações sobre as cuidadoras observadas no campo de estágio que foi estruturada em planilha Excel 2013 o qual norteou para o entendimento de suas demandas e complexidades, assim como sobre a fibrose cística, suas complicações na vida familiar e sobre o papel da feminização do cuidado proposto às mulheres.

Dessa forma, a referida pesquisa tem como princípio, compreender a partir da vivência no atendimento de saúde para pessoas diagnosticadas com FC, desvelar uma realidade até então pouco estudada e reconhecida na sociedade, de mulheres cuidadoras de suas crianças que possuem Fibrose Cística.

## **2 CARACTERIZAÇÃO DAS CUIDADORAS NO AMBULATÓRIO DE FIBROSE CÍSTICA**

A amostra deste estudo foi recolhida no período de estágio e foram selecionadas 10 acompanhantes onde 9 (nove) cuidadoras são mães e 1 (uma) é avó. Os dados específicos sobre o cuidador responsável não são constatados em documentações do Hospital, pois há maior preocupação eminente da Instituição são com os dados do próprio paciente, contudo, tais informações foram coletadas por meio de registros de 23 anotações do diário de campo feito durante os atendimentos com a Assistente social e observações cotidianas como estagiária do ambulatório. Logo abaixo está uma tabela de perfil sociodemográfico das cuidadoras, identificando suas características.

**Tabela 1:** Levantamento Sociodemográfico das cuidadoras TFD

	<b>Idade</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Quant. filhos/netos</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Condição trabalhista</b>	<b>Município de origem</b>	<b>TFD</b>
<b>A1</b>	56	Bolsa Família	4 netos (um com FC)	Casada	Dona de casa	Belém/PA	<b>X</b>
<b>M2</b>	33	BPC	1 filha com FC	Casada	Dona de casa	Macapá/AP	✓

A= Avó; M= Mãe; Fonte: Elaboração Própria

As cuidadoras de pessoas com fibrose cística são do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 50 anos, com mais de dois filhos (além da criança com FC) e se encontram desempregadas por conta da rotina com o filho com FC, realizando um trabalho de cuidado invisível, com pouco apoio e com remuneração ausente.

<b>M3</b>	40	BPC	3 filhos (um comFC)	Casada	Dona de casa	Macapá/AP	✓
<b>M4</b>	34	Renda do cônjuge	2 filhos (um com FC)	Casada	Dona de casa	Ananindeua/PA	X
<b>M5</b>	42	BPC	3 filhos (1 com FC)	União Estável	Dona de casa	Barcarena/PA	✓
<b>M6</b>	40	BPC	3 filhos (dois comFC)	Casada	Dona de casa	Ananindeua/PA	X
<b>M7</b>	23	X	1filha com FC	Solteira	Dona de casa	Ananindeua/PA	X
<b>M8</b>	36	Bolsa Família	4 filhos (1 com FC)	Casada	Dona de casa	Anapú/PA	✓
<b>M9</b>	36	BPC	2 filhos com FC	Casada	Dona de casa	Altamira/PA	✓
<b>M10</b>	38	BPC	2 filhas (uma com FC)	Casada	Dona de casa	Itaituba/PA	✓

A FC é mais comum em pessoas brancas, no entanto, com a disseminação da doença, historicamente em diversos países ocorreu a miscigenação, principalmente no Brasil. Atualmente é notada a aparição da doença em alguns grupos étnicos. Desse modo, é possível identificar entre as 10 cuidadoras observadas que 4 são da raça negra, sendo pardas e pretas. As cuidadoras citadas não possuem emprego fixo e a renda é provida dos Programas de Transferência de Renda como o de prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, ressaltando a necessidade de compreender as diversidades eminentes em cada núcleo familiar, pois apesar de ser a mesma doença, as demandas e necessidades são diversificadas, como a falta de rede

de apoio, o cansaço por ser mãe solo, o aumento das dificuldades quando há um filho a mais com a doença, algumas possuem ajuda na renda por parte do cônjuge/familiares, entre outros casos.

Em um estudo realizado entre 2006 e 2007 por um Projeto de Extensão feito no Hospital Universitário de Londrina, foi verificadas as características dos acompanhantes de pessoas com alguma doença crônica degenerativas e foram entrevistados 387 cuidadores, o qual em sua maioria (88%) é do sexo feminino, composta por filhas ou por esposas de pacientes internados no hospital propondo o cuidar a membros da família que está adoecido e requer atenção constante (De Souza Guedes; Daros, 2009, p. 124). Assim, pode ser observado que mesmo com as diferenças entre um hospital da Região do Sul com o da Região Norte é notado as particularidades entre os cuidadores, destacando uma normalidade sobre a atribuição do ato de cuidar às mulheres em diversos âmbitos, principalmente na área da saúde.

Foi notado no período de estágio que, 90% das mulheres possuíam um parceiro que eram os responsáveis pela renda familiar e que eram faltosos na atividade do cuidado. Há casos em que a equipe multiprofissional nem conhece o pai por conta dessa ausência, sendo reconhecido na maioria apenas como o provedor do lar.

Sobre a quantidade de filhos, a maioria possuía mais de um filho, os quais os cuidados dessas crianças eram feitos por outros familiares como avós maternos, principalmente quando ocorria a hospitalização, como foi relatado em um atendimento registrado em diário de campo, a cuidadora que vinha para o hospital grávida e depois que sua filha nasceu, ia acompanhada com as duas, pois ainda estava amamentando. Porém, quando houve as primeiras internações, ela teve que parar de amamentar mais cedo a filha mais nova. Por conta desses fatores, é notada uma preocupação duplicada entre o cuidado com a criança hospitalizada e os outros que ficaram em casa, ocasionando situações de estresse e de angústia na mãe.

Em relação às condições trabalhistas, todas as cuidadoras observadas não possuíam trabalho remunerado naquele momento ou tiveram que abandonar seu cargo por conta da condição em ser mãe e cuidadora de um filho/neto com uma doença rara, doando-se integralmente nesse processo e ausentando os seus sonhos e carreira. Atualmente, é proposto o nome dona de casa como um trabalho, no entanto, é destacada a ausência de remuneração e a duplicação do trabalho, como relata Federici (2019, p.75) “o fato de que o trabalho doméstico não é assalariado tem dado a essa condição socialmente imposta uma aparência de naturalidade (“feminilidade”) que nos afeta independentemente do que fizermos”, mesmo que

o trabalho doméstico seja muito mais do que limpar a casa, essa força de trabalho disciplinada e estável é essencial para a sociedade capitalista e seu desenvolvimento (Federici, 2019).

A maioria das cuidadoras relatam que gostariam de voltar a trabalhar, porém se ver como a única capaz de prover os cuidados da criança, destacando a ausência, em alguns casos, dos homens no auxílio ao tratamento. Em alguns relatos, algumas tentavam trabalhar de maneira informal, como diaristas ou vendiam algo em sua casa para obtenção de alguma renda, como cita a autora Federici (2019, p. 75), que as “[...] possibilidades de emprego para mulheres são tão frequentemente uma extensão do trabalho doméstico, e o nosso caminho ao assalariamento muitas vezes nos leva a mais trabalho doméstico”, por isso na maioria dos casos os salários e empregos são precarizados, mas são aceitos como forma de estar mais próximo da criança e conseguir uma renda a parte.

## **2.1 Benefícios sociais**

De acordo com perfil socioeconômico, muitos grupos familiares se mantêm com os benefícios sociais, principalmente o BPC que é um direito assistencial garantido pela Constituição Federal de 1988, destinado ao idoso e à pessoa com deficiência cuja renda familiar seja de até 1/4 do salário mínimo. Os usuários com fibrose cística entram na lista para requerer esse benefício, pois a doença crônica, por necessitar de tratamento a longo prazo, caracteriza-se como uma deficiência pois “podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2011). Desse modo, com a ausência de uma renda fixa, o trabalho informal torna-se a principal renda daquela família, sendo destinado ao mínimo, como as contas e mantimentos para a casa e há casos que essa renda é destinada a compras de medicamentos que estão em falta ou para exames que não são feitos pelo SUS.

A partir das anotações feitas no Diário de Campo, em diversos acolhimentos feitos na sala do Serviço Social, foi observado que as cuidadoras são de Municípios vizinhos da Capital e fora do Pará, com viagens por transportes hidroviários ou terrestres com duração de 4 (quatro) horas ou mais e outras que duram dias como é o caso do Município de Itaituba e Macapá. Por isso, muitas possuem o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) que é um instrumento legal que garante, através da viabilização da assistência integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, ao acompanhante, para

aqueles que em seu local de origem não possui condições técnicas e serviços de saúde especializados para realização de um tratamento médico.

Por conseguinte, é notado que a concessão do Estado é vista quando usufruem deste recurso. O TFD que propõe a diminuição dos gastos constantes para deslocamentos visando consultas, exames e internações assim como o auxílio no tratamento para o custeio dos medicamentos principais e por ser uma doença rara, apesar de haver uma contribuição do estado, “[...] a fibrose cística é uma doença cara, que exige um investimento alto da família no tratamento” (Beier, 2011, p. 205-206).

E em alguns casos observados, as cuidadoras sempre vão acompanhadas de outras mulheres para auxiliar no momento de chegada e espera para as consultas. Os pais e/ou avós são vistos apenas em reuniões com a equipe ou para fazer o transporte com a criança. É possível identificar em relatos que a maioria, não possui uma rede de apoio que possa lhe ajudar caso a responsável primária tivesse algum problema e não pudesse estar presente com o seu filho. Logo, essa falta ocasiona o cansaço físico e mental e um afastamento ao tratamento, que na maioria recai sobre a mulher.

### **3 OS DESAFIOS E DIFICULDADES DAS CUIDADORAS VIVENCIADAS NO HUIBB**

Com a descoberta da doença, uma das maiores dificuldades para a rede familiar e especialmente, para uma mãe ou avó é saber que a doença possui um tempo de vida, assim muitas convivem com a ideia de preeminência da morte, logo, redobram o seu trabalho de cuidadora para manter o tratamento com qualidade, mesmo que morem em locais distantes do Programa de FC, podendo ser notado a exaustão e medo em suas falas, por isso a importância de o paciente e sua família conhecer e entender o que acontecerá, para que possam participar ativamente durante o processo (Laurent; Ribeiro; Issi, 2011).

Outra problemática que pode ser constatada, é a ausência do homem no complexo hospitalar, sendo necessário discutir o lugar do homem no adoecimento de uma criança com doença rara. Durante os atendimentos, são comuns falas das mulheres sobre o cônjuge como “ele não é um homem carinhoso comigo, mas é um bom pai”; “ele não sabe nada sobre os medicamentos, se perguntar ele fica perdido”, acentuando o quanto o papel da mulher nos cuidados enraizou-se e o lugar do homem foi construído socialmente, colocando-os como desqualificados para cuidar, apenas para prover a manutenção do lar.

Todavia, existem singularidades das famílias quanto ao enfrentamento do adoecer que ao mesmo tempo são comuns, como as condições de prover o cuidado pelos filhos adoecidos. Assim, é evidenciado no campo de estágio e em pesquisas sobre o cuidado familiar a necessidade do compartilhamento do problema como forma de fortalecimento, sustentação e apoio para a criança e para aquele que está junto nesse processo, o cuidador, que passa em conjunto por esse momento complicado que perdura por um longo período, pois a doença passa a ser uma nova variação da vida daquela família (Santos, et al., 2018, p. 5).

Diante do exposto, foram encontrados estudos da área de Psicologia sobre o adoecimento físico e mental dessas mulheres que se transformam em cuidadoras primárias. Logo, o surgimento de doenças relacionados a sobrecarga física e psicológica surgem por abdicar, na maioria das vezes, de sua vida social e profissional, que acaba gerando sentimentos de tristeza, cansaço, estresse, isolamento social, ansiedade, sendo fatores relacionados com a ausência do Estado no cuidado, que é agravado sobretudo em famílias mais vulneráveis, a falta de apoio familiar nos cuidados ao paciente e por renunciar de sua vida para conviver e assumir sozinha da responsabilidade pelo cuidado em tempo integral daquele familiar que possui alguma doença (Ahnerth et al., 2020).

E embora reconheça que há estudos que apontem que existe um fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe-filho, a cuidadora e a criança, no período saúde-doença, o qual pode favorecer para uma construção de um elo saudável em forma de segurança e afeto (Fadel; Saliba; Moimaz, 2016), observa-se a partir deste trabalho que a uma imposição sócio histórica ao gênero feminino como agente do cuidado, sendo aceito na maioria, de forma inconsciente e visto como uma obrigação, em razão dos vínculos familiares hierarquizados ou por questões socioculturais construídas ao longo do tempo.

#### **4 CONCLUSÃO**

Notadamente, assim como em outros estudos, considerando as realidades vivenciadas no programa de Fibrose Cística na rede SUS, observou-se neste a predominância do cuidado feminino no campo da saúde, sobretudo de mulheres de baixa renda, sendo uma criação sócio-histórica e cultural, permeada por uma divisão social e sexual do trabalho, havendo a naturalização da mulher sobrecarregada e sem a participação do homem nos afazeres domésticos e nos cuidados, apenas como o provedor da renda familiar. Observou-se também

que essas mulheres não constituem carreira profissional por conta dessa dedicação integral a seus filhos que possuem uma doença crônica e que precisam de cuidados cotidianamente, havendo o aumento das expressões da questão social no arranjo familiar e na vida pessoal como os problemas financeiros e o aumento da exaustão como a responsável primária.

Por conta desta problemática, transparece também, as dificuldades que essas famílias passam em conseguir um tratamento digno e integral, para a criança que possui DRs em Belém, principalmente por ter apenas um centro de referência no Estado, que ocasiona o afastamento de muitos usuários a terapia por conta das barreiras longitudinais e econômicas, assim como a ausência de um suporte familiar, institucional e estatal que auxilie a cuidadora nos momentos de internação, tratamento e decisões.

Além disso, resultou nesta pesquisa debates e reflexões sobre a realidade dessas mulheres que se transformam em cuidadora, sendo algo invisibilizado e pouco conhecido, e a partir do estágio é nos permitido analisar diversos contextos em sua forma concreta. Portanto, observa-se a relevância da participação do Serviço Social na equipe multiprofissional de FC, sendo crucial no processo saúde-doença, para acolher e acompanhar o usuário e sua família que, muitas vezes, desconhece a doença e os próximos passos. Desenvolvendo assim, uma prática profissional que contribua para viabilizar a participação efetiva do usuário nas decisões, que envolvem seu tratamento, através de informações sobre seus direitos, bem como o modo e as condições para acessá-los.

Em suma, destaca-se a necessidade de estudos futuros sobre esse público despercebido. Sendo imprescindíveis pesquisas referentes ao processo de adoecimento físico e mental e os desafios que essas cuidadoras sofrem no cotidiano para compreender o quanto essas mulheres são cruciais na continuidade do tratamento do usuário, assim muitas focam todo o cuidado no contexto familiar, mas negligenciam seus próprios cuidados de forma inconsciente, sendo rotuladas como alguém que está apenas para ajudar no tratamento, mas esquecida como pessoa que também necessita de auxílio e apoio nesse momento tão sensível e singular.

Nesse sentido, é crucial pensar sobre o modo de vida do cuidador e da criança, sua situação econômica, o modo que o arranjo familiar se modifica a partir das determinações sociais e buscar compreender como o tratamento é cansativo para a criança e desgastante para os que estão ao redor, em especial aquelas que se doam cotidianamente para um melhor recurso terapêutico para a criança. Portanto, é relevante destacar a importância do apoio a essas mulheres, que são muito mais do que cuidadoras, são mulheres, pessoas com sonhos e

de direitos, logo, reconhecer seu papel na sociedade é crucial para ampliação do tema em saúde e no mais que está inserido.

## REFERÊNCIAS

AHNERTH, Neli Machado de Souza et al "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. *Geraios, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte v. 13, n. 1, p. 1-20, jan. 2020. Disponível em: [acessos em 23 out. 2023.](http://dx.doi.org/10.36298/geraios2020130106) <http://dx.doi.org/10.36298/geraios2020130106>

BRASIL. Lei nº 12.470 de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente à família de baixa renda. *Diário Oficial da União* 2011;BEIER, Simone. A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CRIANÇAS COM FIBROSE CÍSTICA E SUAS FAMÍLIAS. *Rev HCPA*, 2011;31(2):203-210. Porto Alegre, RS, Brasil.

CISNE, M. **Divisão sexual do trabalho na ordem "sociometabólica" do capital- uma análise necessária para a emancipação das mulheres.** *Gênero, Divisão sexual do Trabalho e Serviço Social*. 1.ed. São Paulo: Outras Expressões, 2012. 109-137.

CORDEIRO, S. M. **Vivências de mães com filhos portadores de Fibrose Cística.** 2013. 96 F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Materno-Infantil). Minas Gerais: Universidade Federal de Alfenas – Escola de Enfermagem.

DE SOUZA GUEDES, Olegna; DAROS, Michelli Aparecida. **O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético.** *Serviço social em revista*, v. 12, n. 1, p. 122-134, 2009.

Dias, F. M.; Berger, S. M. D.; Lovisi, G. M. **Mulheres guerreiras e mães especiais?** Reflexões sobre gênero, cuidado e maternidades no contexto de pós-epidemia de zika no Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 30(4), e300408. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300408>

FADEL, C. B.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S. **Relação materno-infantil: uma abordagem interdisciplinar e seus desdobramentos para a odontologia.** *Arquivos em Odontologia*, [S. l.], v. 44, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3478>. Acesso em: 11 out. 2023

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** Editora Elefante, 2019.

LAURENT, Maria do Carmo Rocha; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; ISSI, Helena Becker. **Fibrose Cística e terminalidade.** *Revista HCPA*. Vol. 31, n. 2 (Especial Fibrose Cística 2011 jun.), p. 243-247, 2011.

MOSER, Liliane; DAL PRÁ, Keli Regina. **Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do "familismo" nas políticas sociais brasileiras/The Challenges of Conciliating Work,**

Family and Care: evidence of “familyism” in brazilian social policies. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 382-392, 2016

MULLER, Eliane Fransieli; MULINARI, Bruna Aparecida Pavoski; MOSER, Liliane. **Desigualdades de gênero, política social e cuidado**: a histórica responsabilização feminina pelo trabalho de cuidado familiar. *RELET-Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 25, n. 41, p. 29-49, 2022.

SANTOS, R. N. C.; BELLATO, R.; Araújo, L. F. S. de.; ALMEIDA, K. B. B. de; SOUZA, Í. P. de. **Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico**. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 52, e03398. (2018). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017046703398>.