

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
SERVIÇO SOCIAL

LAVÍNIA DUTRA DE SOUSA

Envelhecimento, Direito à Saúde e Desospitalização: desafios da atenção à
pessoa idosa no contexto hospitalar.

LAVÍNIA DUTRA DE SOUSA

Envelhecimento, Direito à Saúde e Desospitalização: desafios da atenção à
pessoa idosa no contexto hospitalar.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Serviço
Social na Universidade Federal de Juiz de
Fora, como requisito parcial à obtenção
do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Joseane Barbosa de Lima

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dutra de Sousa, Lavínia.

Envelhecimento, Direito à Saúde e Desospitalização : desafios da atenção à pessoa idosa no contexto hospitalar. / Lavínia Dutra de Sousa. -- 2026.

80 f.

Orientador: Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2026.

1. Hospitalização. 2. Saúde. 3. Capitalismo. 4. Envelhecimento. I. de Lima, Joseane Barbosa , orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Lavínia Dutra de Sousa
Matrícula Discente	202119031
Título do TCC	Envelhecimento, Direito à Saúde e Desospitalização: desafios da atenção à pessoa idosa no contexto hospitalar
Natureza do trabalho	Trabalho de Conclusão de Curso
Curso	Serviço Social
Orientador(a)	Joseane Barbosa de Lima
Coorientador (se houver)	
Data da aprovação	01/07/2026
Nome, titulação dos(as) componentes da banca	Professora Dra. Estela Saleh da Cunha Professora Dra. Carolina Morais Simões de Melo

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 08 de julho de 2026.

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 08/07/2026, às 18:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3075260** e o código CRC **D0191026**.

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 08 de julho de 2026.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora



Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 08/07/2026, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Moraes Simões de Melo, Professor(a)**, em 08/07/2026, às 21:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Estela Saleh da Cunha, Professor(a)**, em 08/07/2026, às 22:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lavínia Dutra de Sousa, Usuário Externo**, em 09/07/2026, às 09:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3075206** e o código CRC **A3A19C6E**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre esteve comigo e me deu forças nessa etapa da minha vida.

Agradeço à minha família por todo o apoio, carinho, incentivo e ensinamentos ao longo desta trajetória. Mesmo quando a distância se fez presente, nunca deixei de sentir o amor e a força de cada um de vocês. Sem esse suporte, esta caminhada não teria sido possível.

Aos meus amigos, agradeço por toda a parceria, compreensão e incentivo durante essa jornada. Compartilhar essa etapa da vida com vocês tornou o percurso mais leve, alegre e significativo.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, instituição que sempre representou um grande sonho para mim, deixo minha profunda gratidão. A cidade, a universidade, os laços construídos, os aprendizados adquiridos e as experiências vivenciadas ocuparão para sempre um lugar especial em minha história.

Por fim, agradeço a mim mesma pela dedicação, persistência e esforço ao longo desses anos. Nem sempre foi fácil, mas nunca deixei de acreditar neste sonho. Hoje encerro este ciclo com o coração cheio de gratidão, orgulho e amor por tudo o que vivi e conquistei.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender o processo de envelhecimento na sociedade capitalista, considerando as dinâmicas de exploração e descarte da população idosa. Partindo da categoria marxista de trabalho, analisa-se como a exploração da força de trabalho ao longo da vida produtiva condiciona as formas de envelhecer, produzindo diferentes experiências de velhice. O estudo examina a trajetória das políticas sociais brasileiras voltadas à população idosa e problematiza-se, a atenção à saúde do sujeito que envelhece no contexto de internação hospitalar, com ênfase nos processos de hospitalização e desospitalização. A metodologia combina pesquisa bibliográfica, análise documental e relato de experiência. O debate da desospitalização foi realizado a partir da análise de produções científicas publicadas nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 2022 e 2025. Nas considerações finais, o trabalho enfatiza que o envelhecimento no Brasil é um espelho das desigualdades sociais, e a atenção hospitalar à pessoa idosa reflete as tensões entre o direito universal à saúde e as imposições da lógica capitalista.

Palavras-chave: Envelhecimento; Capitalismo; Saúde; Hospitalização.

ABSTRACT

This study aims to understand the aging process in capitalist society, taking into account the dynamics of exploitation and marginalization of the elderly population. Drawing on the Marxist concept of labor, it analyzes how the exploitation of the workforce throughout one's productive life shapes the ways in which people age, resulting in different experiences of old age. The study examines the trajectory of Brazilian social policies aimed at the elderly population and scrutinizes the health care provided to aging individuals in the context of hospital admission, with an emphasis on the processes of hospitalization and dehospitalization. The methodology combines bibliographic research, documentary analysis, and personal accounts. The discussion on dehospitalization was based on an analysis of scientific publications in the Proceedings of the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS) from 2022 and 2025. In its concluding remarks, the study emphasizes that aging in Brazil mirrors social inequalities, and that hospital care for older adults reflects the tensions between the universal right to health and the impositions of capitalist logic.

Keywords: Aging; Capitalism; Health; Hospitalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	ENVELHECIMENTO, TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO.....	14
2.1	Trabalho e Envelhecimento na Sociedade Capitalista.....	14
2.2	Política social e Envelhecimento no Capitalismo.....	20
2.3	O Envelhecimento como Expressão da Questão Social no Capitalismo Contemporâneo.....	32
3	DIREITO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO CAPITALISMO: desafios da atenção à saúde da pessoa idosa no contexto de internação hospitalar.....	40
3.1	Direito à saúde da pessoa idosa no Brasil: bases históricas, institucionais e limites de efetivação.....	40
3.2	O atendimento à pessoa idosa em contexto hospitalar: análise a partir dos anais publicados nos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais (2019 a 2025)	54
3.2.1	A pesquisa: os procedimentos metodológicos.....	55
3.2.2	As demandas das pessoas idosas e suas famílias em contexto de internação hospitalar.....	58
3.2.3	O trabalho em equipe multiprofissional na atenção à pessoa idosa.....	59
3.3	Demandas e desafios no atendimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: um olhar do Serviço Social.....	60
3.3.1	Relato de experiência de uma estagiária de Serviço Social em um hospital de alta complexidade.....	63
4	CONCLUSÃO.....	72
	REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo os desafios a garantia do direito à saúde em uma sociedade capitalista. O trabalho tem como objetivo geral analisar o envelhecimento na sociedade capitalista, a partir da hospitalização e desospitalização considerando as dinâmicas de exploração e descarte da população idosa, com destaque para o direito à saúde. E como objetivos específicos: Analisar o processo de envelhecimento em uma sociedade capitalista e suas implicações para as desigualdades na velhice; Examinar a trajetória da proteção social e do direito à saúde no Brasil, com ênfase nos direitos sociais conquistados e nos impactos das contrarreformas neoliberais na velhice da classe trabalhadora e; Identificar as problemáticas da atenção à saúde do sujeito que envelhece em contexto de internação hospitalar a partir da produção científica de assistentes sociais nos Anais do CBAS 2022 e 2025.

A escolha do tema deste trabalho decorre das experiências vivenciadas pela autora ao longo do processo de formação acadêmica. Inicialmente, sua inserção em uma Liga Acadêmica de Interprofissionalidade na Atenção à Saúde que contava com participações em grupos de apoio em contexto hospitalar, dessa forma possibilitaram o contato com diferentes realidades de cuidado em saúde, despertando especial interesse pelo aprofundamento das questões relacionadas ao sujeito que envelhece. Posteriormente, a realização do estágio na área da saúde hospitalar consolidou essa escolha, uma vez que permitiu a aproximação direta com situações concretas de atendimento à pessoa idosa. Nesse espaço, a convivência com diversos casos e o acompanhamento do processo do trabalho das equipes de saúde evidenciaram aspectos relevantes da assistência prestada, especialmente no que se refere à forma como as pessoas idosas são atendidas e às condições em que esse cuidado se materializa. Essas experiências despertaram reflexões sobre as práticas profissionais no âmbito hospitalar e reforçaram o interesse em compreender criticamente o cuidado à pessoa idosa no contexto do Serviço Social.

Dessa forma, entende-se que a temática possui grande relevância no campo do Serviço Social, considerando a necessidade de ampliar os estudos e aprofundar o debate sobre o envelhecimento e as múltiplas expressões do cuidado à população idosa.

Parte-se da compreensão de que o aumento da longevidade da população, que atingiu também a classe trabalhadora, pode ser compreendido não apenas como um fenômeno biológico, mas como um processo social, político, econômico, cultural etc.,

determinado, que condiciona diferentes experiências de envelhecimento. Dessa maneira, aspectos relacionados à saúde, à incidência de doenças, à expectativa de vida e às possibilidades de vivenciar uma velhice longa e com qualidade estão diretamente vinculados às condições materiais e imateriais construídas ao longo da trajetória de vida dos indivíduos (TEIXEIRA, 2018).

Nesse sentido, a trajetória de vida dos sujeitos é atravessada, de forma determinante, pela inserção no mundo do trabalho. Para muitos sujeitos, esse trabalho pode se manter até os últimos anos de vida, seja pela insuficiência da renda previdenciária, seja pela necessidade de garantir a própria sobrevivência e de suas famílias. Desse modo, “o lugar ocupado pelo trabalho durante a vida produtiva torna-se um elemento determinante para compreender as possibilidades e os limites vivenciados na velhice” (HADDAD, 2016, p. 39).

As condições vivenciadas ao longo do trabalho não produzem apenas impactos imediatos sobre a vida dos trabalhadores, mas também repercutem diretamente nas formas de envelhecer. A inserção em ocupações precárias, os baixos rendimentos, a insuficiência de proteção social e as dificuldades de acesso a direitos acumulam-se ao longo do tempo, produzindo diferentes possibilidades de vivência da velhice. Dessa forma, o envelhecimento revela as marcas das desigualdades construídas historicamente no mundo do trabalho e nas condições de reprodução da vida.

É nesse contexto de desproteção social que o debate sobre a desospitalização da população idosa também ganha dimensões agudas. Para a parcela mais pobre da população, desospitalizar sem uma rede de assistência básica estruturada significa “privatizar” o cuidado no espaço doméstico, sobrecarregando famílias que já vivem na precariedade. A desospitalização não pode ser entendida apenas como uma simples alta do paciente após o período de internação, mas como um processo mais amplo de reorganização do cuidado em saúde. Esse cuidado deve ocorrer de forma articulada e integrada em rede, ao longo do percurso assistencial, desde o ingresso do usuário no sistema até as etapas finais da vida (VERAS *et al.*, 2013).

O estudo teve como metodologia análise bibliográfica, documental e relato de experiência. Gil (2002) afirma que a pesquisa bibliográfica possibilita uma compreensão mais ampla dos fenômenos investigados, superando as limitações da pesquisa direta. Trata-se de uma abordagem especialmente relevante em estudos que exigem a articulação de informações dispersas, permitindo ao pesquisador reunir, organizar e sintetizar diferentes produções teóricas de forma mais sistemática e eficiente. Neste

passo, a pesquisa documental consiste na investigação e análise de diferentes tipos de materiais que contenham registros, indícios ou elementos relevantes para o objeto de estudo. Esses documentos podem assumir diversas formas, como textos escritos, imagens, registros visuais ou sonoros, e contribuem para a compreensão de um determinado fato, fenômeno ou contexto (ARANTES, 2025). O relato de experiência

Trata-se de um texto em que você possa analisar tópicos que considere significativos na sua evolução como discente. Nele você aponta os aspectos positivos e dificuldades identificadas no decorrer de suas atividades (ROSA, 2016, p. 1)

Desse modo, a pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de artigos científicos, teses e dissertações, além do acervo pessoal da autora. As referências foram selecionadas em bases de dados e plataformas confiáveis, como o Google Acadêmico e a SciELO, utilizando os seguintes descritores: capitalismo e envelhecimento; desproteção social e velhice; e desospitalização da pessoa idosa. Foram selecionados artigos, teses e dissertações de mestrado que apresentaram pertinência com a fundamentação teórica do objeto de estudo, recorrendo-se também a autores clássicos do Serviço Social, como Yamamoto, Netto, Yazbek, dentre outros.

Com o objetivo de subsidiar a análise das problemáticas relacionadas aos desafios da desospitalização de pessoas idosas na atenção hospitalar, realizou-se uma pesquisa qualitativa na base de dados dos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), dos anos de 2022 e 2025. Para a identificação da produção relacionada ao tema, foram utilizados os descritores “idoso”, “saúde”, “envelhecimento” e “hospitalar”. A partir desse levantamento, foram selecionados quatro trabalhos que apresentavam centralidade na discussão do atendimento à pessoa idosa no âmbito hospitalar. A análise teve como foco a identificação das principais demandas apresentadas pelas pessoas idosas e suas famílias no contexto de internação, bem como a discussão sobre a relevância do trabalho em equipe multiprofissional na atenção à saúde dessa população.

No que se refere à pesquisa documental, esta foi realizada a partir da análise de documentos oficiais do governo brasileiro que tratam dos direitos da pessoa idosa no âmbito da saúde, tais como o Estatuto da Pessoa Idosa, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Por fim, foi desenvolvido um relato de experiência da autora, a partir de sua vivência como estagiária em um hospital de alta complexidade no município de Juiz de

Fora (MG), no qual se analisam as percepções acerca das questões que permeiam os processos de hospitalização e desospitalização da pessoa idosa.

O trabalho foi dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo, intitulado "Envelhecimento, Trabalho e Proteção Social no Capitalismo", discute a centralidade do trabalho na vida social e suas determinações sobre o processo de envelhecimento da classe trabalhadora, analisando como a exploração da força de trabalho ao longo da vida produtiva configura as condições vivenciadas pelos sujeitos na velhice. Em seguida, examina o caráter contraditório das políticas sociais no capitalismo, resgatando a trajetória da proteção social no Brasil, os avanços conquistados com a Constituição Federal de 1988 e os limites impostos pelas sucessivas contrarreformas neoliberais, com destaque para as reformas previdenciárias. Por fim, situa a forma de envelhecer como expressão da questão social no capitalismo contemporâneo, evidenciando que a velhice é vivenciada de forma profundamente desigual, atravessada por determinações de classe, gênero, raça e território que produzem diferentes formas de envelhecer na sociedade brasileira.

O segundo e último capítulo, intitulado "Direito à Saúde e Envelhecimento no Capitalismo: desafios da atenção à saúde da pessoa idosa no contexto de internação hospitalar", reconstrói a trajetória histórica do direito à saúde no Brasil, desde o modelo previdenciário excludente da ditadura civil-militar até as conquistas do movimento da Reforma Sanitária e a criação do SUS, confrontando as garantias legalmente estabelecidas com os limites estruturais impostos pelo subfinanciamento e pela lógica neoliberal, cujos efeitos se aprofundaram durante a pandemia de Covid-19. Na sequência, analisa a produção científica do Serviço Social sobre a atenção à pessoa idosa no contexto hospitalar, a partir dos artigos publicados nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 2022 e 2025, identificando as principais demandas dos idosos e suas famílias, os desafios do trabalho interprofissional e as possibilidades de atuação comprometida com a integralidade do cuidado. Por fim, sistematiza o relato de experiência do estágio obrigatório da autora em um contexto hospitalar, evidenciando, a partir do caso concreto, as múltiplas determinações sociais que atravessam o processo de hospitalização e desospitalização da pessoa idosa e o papel do Serviço Social nesse campo de tensões.

2 ENVELHECIMENTO, TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO

Esse capítulo apresenta o envelhecimento da classe trabalhadora a partir de suas determinações estruturais no modo de produção capitalista. Para tanto, analisa-se o trabalho como categoria ontológica fundamental do ser social e de sua subordinação à lógica da acumulação capitalista, buscando compreender de que forma o desgaste imposto pelas relações de produção caracteriza as condições vivenciadas pelos trabalhadores no processo de envelhecimento.

Em seguida, discute-se o caráter contraditório das políticas sociais no capitalismo e suas implicações para a proteção social da população envelhecida, analisando os avanços com a Constituição Federal de 1988 e os limites determinados pelo avanço neoliberal, expressos nas sucessivas contrarreformas previdenciárias. Busca-se compreender como as políticas voltadas à pessoa idosa são permeadas por disputas entre a garantia de direitos e os interesses do capital.

Por fim, examina-se o envelhecimento populacional brasileiro em um contexto marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais. A partir de dados demográficos recentes, discute-se como as condições de classe, gênero, raça e território determinam distintas formas de envelhecer. Embora o aumento da expectativa de vida represente um importante conquista histórica, as condições concretas em que os indivíduos envelhecem são determinadas pelas relações sociais construídas ao longo de seus percursos de vida.

2.1 Trabalho e Envelhecimento na Sociedade Capitalista

Discutir o envelhecimento da classe trabalhadora implica compreender a centralidade do trabalho na vida social. Desde os primeiros momentos da história humana, o trabalho esteve presente como parte essencial da vida das pessoas. Foi por meio do trabalho que o ser humano passou a desenvolver a própria humanidade. Assim:

O trabalho, como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – quaisquer que sejam as formas de sociedade –, é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana (MARX, 2017, p. 53).

No modo de produção capitalista, entretanto, o trabalho assume características particulares. Embora continue sendo um elemento fundamental para a reprodução da vida social, o trabalho passa a ser subordinado aos interesses da acumulação do capital. Nesse contexto, a força de trabalho converte-se em mercadoria e a produção de riqueza passa a ocorrer a partir de relações marcadas pela exploração do trabalhador assalariado (MARX, 2017).

Para compreender as relações de exploração no capitalismo, torna-se essencial apreender o conceito de mercadoria. Conforme Marx (2017, p. 97), a mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer natureza, seja diretamente como meio de subsistência, seja indiretamente como meio de produção. Na sociedade capitalista, entretanto, a mercadoria ultrapassa sua dimensão de valor de uso (a capacidade de atender as necessidades humanas) e assume a forma de valor de troca, determinado pela quantidade de trabalho socialmente necessário à sua produção. Nesse sentido, o próprio trabalhador aparece como vendedor de uma mercadoria específica que é a sua força de trabalho, assumindo a determinação social de trabalho assalariado.

Nesse modo de produção capitalista, Marx (2017) afirma que as relações sociais entre os indivíduos aparecem como relações entre coisas, processo denominado fetichismo da mercadoria. A força de trabalho passa a ser tratada como uma mercadoria disponível para compra e venda no mercado, ocultando as relações de exploração que sustentam a produção da riqueza social. Assim, o trabalhador explorado passa a ser valorizado principalmente pelo potencial de sua força de trabalho para gerar lucro, subordinando suas necessidades humanas às exigências da acumulação de capital. Para Yamamoto (2015, p. 66), essa dinâmica de transformação do trabalho em mercadoria não apenas oculta as relações de exploração, mas produz o capital como relação social que se reproduz em nível ampliado. Dessa forma, observa-se que o valor atribuído ao trabalhador está estritamente vinculado à utilidade de sua força de trabalho no processo de acumulação do capital, conseqüentemente, ocorre uma marginalização progressiva à medida que sua força de trabalho deixa de atender às exigências do capital.

A compreensão dessa dinâmica exige aprofundar a análise da mais-valia, categoria central do pensamento marxista. Segundo Marx (2017, p. 223), a mais-valia não é uma particularidade exclusiva do capitalismo, esteve presente em diversos momentos históricos de organização social marcadas pela apropriação privada dos meios de produção. No capitalismo, entretanto, essa exploração do trabalho assume uma forma

específica, uma vez que o trabalhador é obrigado a adicionar ao tempo de trabalho necessário à sua autoconservação um tempo de trabalho excedente, a fim de produzir os meios de subsistência para o possuidor dos meios de produção.

Nesse processo, Marx (2017, p. 212-213) demonstra que a exploração da força de trabalho decorre durante a própria jornada de trabalho. Segundo o autor, uma parcela do tempo de trabalho do operário é destinada à produção do valor necessário para a reprodução de sua força de trabalho, que corresponde ao salário recebido, ou seja, o necessário para sua subsistência. Esse período é denominado tempo de trabalho necessário. Contudo, o trabalhador permanece subordinado ao processo de produção capitalista mesmo após gerar o equivalente à sua remuneração, gerando um excedente que não lhe pertence. Esse tempo de trabalho excedente, convertido em mais-valia, constitui o fundamento da acumulação capitalista e da reprodução das relações de exploração entre capital e trabalho.

Iamamoto (2015) aprofunda essa análise marxista, explicando que o trabalho produtivo no capitalismo é precisamente aquele que, ao ser trocado pela parte variável do capital (salário), não apenas repõe o valor da força de trabalho, mas produz também uma mais-valia para o capitalista. Conforme a autora:

Só a estreiteza burguesa, que considera as formas de produção capitalistas como formas absolutas de produção, confunde o trabalho produtivo do ponto de vista do capital com o trabalho produtivo em geral. O trabalho produtivo, no sentido da produção capitalista, é aquele que, ao ser trocado pela parte variável do capital (parte do capital investida em salários), não só repõe esta parte (ou o valor da própria força de trabalho), mas produz também uma mais-valia para o capitalista, o que faz com que o dinheiro e a mercadoria se transformem em capital. Não se está falando, conforme esclareceu Marx, de uma produtividade absoluta, em que o trabalho seria apenas reprodutivo (isto é, reproduziria o valor da força de trabalho, limitando-se a repor o valor anteriormente existente), mas de uma produtividade relativa — na qual o trabalhador, além de repor o valor anterior, cria um valor novo, materializando no seu produto mais tempo de trabalho que aquele materializado nos produtos que mantêm sua vida como trabalhador, expresso no salário. Sobre esse tipo de trabalho assalariado produtivo repousa o capital (Marx, 1977f: 137, v. I, *apud* Iamamoto, 2015, p. 76-77)

Assim, a mais-valia decorre do processo pelo qual a força de trabalho do operário, comprada pelo capitalista por meio do salário, produz uma quantidade de riqueza superior ao valor que lhe é pago. O excedente gerado nesse processo é apropriado pelo capitalista, constituindo o fundamento da acumulação de capital e da exploração da força de trabalho na sociedade capitalista. Dessa forma, a acumulação de riqueza no capitalismo fundamenta-se na apropriação privada do trabalho excedente produzido pelos

trabalhadores (MARX, 2017). A força de trabalho é intensamente explorada ao longo da vida, e as consequências desse desgaste recaem sobre os próprios trabalhadores quando chegam à velhice.

Essas contradições inerentes ao capitalismo ganham dimensão ainda maior quando se analisa a totalidade da vida social. Iamamoto (2010) aponta que o modo de vida capitalista é marcado por profundas contradições, uma vez que a igualdade jurídica entre os cidadãos convive com diversas desigualdades econômicas e sociais, decorrente do caráter social da produção em contraste com a apropriação privada do trabalho coletivo. Ao mesmo tempo em que acontece o crescimento do capital, observa-se uma intensa pauperização relativa da classe trabalhadora, constituindo a lei geral da produção capitalista que está na raiz da questão social.

Para compreender o envelhecimento do trabalhador, não se pode observar apenas a idade, ou o corpo. Torna-se necessário considerar os múltiplos fatores que moldam a trajetória de vida desses sujeitos, reconhecendo que as expressões da questão social atravessam e impactam o envelhecimento. Conforme destaca Netto (2001)

a “questão social” está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a *exploração*. A exploração, todavia, apenas remete à determinação molecular da “questão social”: na sua integralidade, longe de qualquer unicausalidade, ela implica a intercorrência mediada de componentes históricos, políticos, culturais etc. (NETTO, 2001, p. 157).

Sob essa perspectiva, Iamamoto (2010) compreende que, na sociedade capitalista, as relações sociais tornam-se progressivamente subordinadas à lógica do capital, fazendo com que a riqueza produzida pelos trabalhadores não retorne de forma justa e igualitária a eles. Nesse processo, o ser humano passa a ser valorizado unicamente pela sua capacidade de produzir, enquanto suas necessidades sociais humanas tornam-se marginalizadas diante da lógica do lucro. A grande maioria dos indivíduos que venderam na maior parte da vida sua força de trabalho para o capital, ao envelhecerem e perderem sua força produtiva passam a conviver com diferentes expressões da questão social, marcadas pela exclusão social, precarização das condições de vida, pela ineficácia de políticas públicas, dentre outras formas de desigualdades e desproteção social que incidem sobre a velhice da classe trabalhadora.

O envelhecimento da classe trabalhadora, submetida às dinâmicas de exploração próprias da sociabilidade capitalista, constitui uma expressão das desigualdades sociais produzidas historicamente. Nessa perspectiva, torna-se fundamental compreender como

o modo de produção capitalista conforma as condições de vida dos sujeitos ao longo de todo o ciclo de vida, da juventude à velhice (TEIXEIRA, 2009). Essa realidade materializa-se no cotidiano dos trabalhadores que, após anos de exploração da força de trabalho, enfrentam o agravamento das condições de vida no processo de envelhecimento. Conforme analisa Peres (2024), observa-se a pauperização de trabalhadores idosos que, ao perderem parcial ou totalmente sua capacidade laborativa, passam a ser progressivamente descartados pelo mercado de trabalho e desassistidos pelo Estado. Esse processo evidencia que a condição de vulnerabilidade vivenciada na velhice não decorre de fatores individuais, mas constitui uma expressão da questão social, produzida e aprofundada pelas contradições inerentes à lógica de acumulação capitalista.

A compreensão desse processo exige analisar a alienação do trabalho, elemento constitutivo das relações capitalistas de produção. Conforme aponta Marx (2013), o trabalho constitui a mediação essencial entre os seres humanos e a natureza. Contudo, no modo de produção capitalista, transforma-se em trabalho alienado, no qual o trabalhador é separado dos meios de produção, do produto final de seu trabalho e do próprio sentido da atividade que realiza. Essa alienação não apenas fragmenta a relação do sujeito com aquilo que produz, mas também o exclui de qualquer controle sobre os processos e os frutos do trabalho realizado.

Como consequência, a alienação se aprofunda ao longo da trajetória do trabalhador, atingindo seu ápice na velhice. O sujeito, já desgastado pelas condições de trabalho, encontra-se duplamente excluído: do mundo do trabalho e do direito de usufruir dos resultados do trabalho realizado ao longo da vida (ANTUNES, 2018). Quando envelhece e apresenta redução de sua capacidade laborativa, após extensas jornadas de trabalho, é gradualmente excluído do mercado e passa a ser visto como um "ônus" para o sistema, em vez de ser reconhecido por sua trajetória e experiência. Observa-se, assim, uma degradação progressiva da condição operária, na qual o trabalhador é descartado à medida que seu corpo acumula os sinais da exploração.

Durante a vida ativa, o trabalhador contribui decisivamente para a geração de riquezas que jamais lhe serão restituídas, uma vez que o excedente produzido é apropriado pelo capitalista. Isso ocorre porque, no capitalismo, o trabalhador passa a ser reconhecido por sua capacidade de produzir riqueza por meio de sua força de trabalho, de modo que sua existência é orientada pelas necessidades de valorização do capital (MARX, 2017, p. 238). Assim, a centralidade do trabalho está intrinsecamente vinculada à valorização do capital, e não à valorização da vida, sendo o valor social do trabalhador

diretamente condicionado à sua capacidade produtiva e à sua inserção no mercado de trabalho.

Essa realidade se expressa de forma ainda mais cruel quando o trabalhador envelhece. Segundo Haddad (1986a *apud* Teixeira, 2009, p. 42), existe uma desvalorização social que atinge, sobretudo, aqueles que já não possuem valor de uso para o capital, os chamados supérfluos para o capital. Para este, pouco importa o futuro do trabalhador, mas apenas seu valor de uso como força de trabalho. Dessa forma, torna-se evidente a exploração do homem pelo homem, na medida em que o trabalho passa a expressar, prioritariamente, as necessidades de acumulação de riqueza da classe dominante (Giaqueto; Soares, 2010 *apud* Soares, 2019). Observa-se, ainda, a intensificação da exploração e da precarização das condições de trabalho, tornando o trabalhador cada vez mais instável, desprotegido e vulnerável. Essa dinâmica impacta diretamente os processos de envelhecimento, pois muitos trabalhadores, após décadas de esforço, enfrentam a velhice em condições de pobreza, sem garantias previdenciárias ou acesso digno à saúde (ANTUNES, 2018).

É perceptível que o envelhecimento também é mercantilizado. Ao deixar de gerar lucro, a pessoa idosa torna-se alvo da precarização e do abandono (IAMAMOTO, 2010). Nesse sentido, conforme analisam Behring e Boschetti (2011), a velhice da classe trabalhadora passa a ser tratada como expressão de uma "crise de reprodução da força de trabalho", uma vez que o trabalhador deixa de ser produtivo para o capital, momento em que sua existência passa a ser considerada um custo, e não um investimento. Essa lógica excludente se articula ao funcionamento estrutural do que Marx (2013) denominou de "exército industrial de reserva", constituído por uma massa de trabalhadores desempregados ou subempregados, mantida permanentemente para regular o mercado de trabalho e atender aos interesses de controle social e econômico. Esses trabalhadores exercem uma função estratégica para o capital, pois, diante do medo do desemprego, aceitam condições precárias de trabalho, baixos salários e direitos trabalhistas enfraquecidos. Os idosos, nesse contexto, passam a compor esse exército industrial de reserva, sendo progressivamente expulsos do mercado formal de trabalho e reduzidos a condições de extrema vulnerabilidade.

A velhice constitui uma etapa do ciclo da vida marcada por transformações biológicas, entretanto, as formas de vivenciá-la são socialmente determinadas pelas condições materiais e sociais construídas ao longo da vida dos sujeitos. A forma como os indivíduos se insere no mundo do trabalho e vivenciam as relações de exploração

próprias da sociedade capitalista exerce influência direta sobre suas condições de vida no processo de envelhecimento.

Diante desse cenário, o capitalismo prioriza os interesses da classe dominante em detrimento da maioria da população, transformando vidas humanas em números e potencialidades exploráveis. No capitalismo, tudo tende a ser transformado em mercadoria, inclusive o tempo de vida e o corpo do trabalhador. A longevidade só tem valor se puder ser explorada economicamente. Quando isso não é mais possível, o sujeito se torna um excedente social, alguém que já não interessa ao mercado nem ao Estado. Como analisa Iamamoto (2008), vivemos uma lógica em que a reprodução da força de trabalho é tratada como custo e, portanto, sujeita a cortes, precarizações e reformas regressivas.

Dessa maneira, o envelhecimento é atravessado pelas contradições estruturais do capital: de um lado, a necessidade crescente de prolongar a vida laboral para sustentar a acumulação de capital; de outro, a ausência de políticas públicas capazes de assegurar condições dignas de vida para os que já contribuíram por décadas com seu trabalho. Trata-se de uma lógica que desumaniza e que destrói os direitos sociais, transformando necessidades humanas básicas, como saúde, moradia, alimentação, cuidado, em privilégios seletivos, acessíveis apenas a quem pode pagar.

Nesse sentido, as contradições que permeiam o envelhecimento da classe trabalhadora não se restringem às relações estabelecidas no âmbito da produção, mas também se expressam na forma como o Estado responde às demandas sociais decorrentes desse processo. Nesse contexto, as políticas sociais assumem papel central, uma vez que constituem importantes mecanismos de mediação das expressões da questão social produzidas pelo capitalismo. Entretanto, sua conformação, seus limites e suas possibilidades são atravessados pelas disputas inerentes à própria sociedade capitalista. Desse modo, torna-se necessário compreender como as políticas sociais voltadas à população idosa são constituídas nesse contexto contraditório e quais os impactos dessa dinâmica sobre as condições de vida e proteção social da classe trabalhadora que envelhece.

2.2 Política social e Envelhecimento no Capitalismo

A discussão sobre o envelhecimento da classe trabalhadora não pode estar desassociada da análise das políticas sociais e dos sistemas de proteção social. As

expressões da questão social que incidem sobre o envelhecimento da classe trabalhadora são atravessadas pelas contradições inerentes à sociabilidade capitalista, que se manifestam também no campo das políticas sociais.

A compreensão crítica das políticas sociais exige reconhecer que elas não se configuram como respostas neutras às necessidades sociais, mas como expressões de disputas entre interesses de classe. As políticas públicas refletem projetos societários diferentes e, na maioria das vezes, contraditórios, evidenciando que a intervenção estatal está totalmente relacionada à dinâmica das relações de poder e às estratégias de manutenção ou enfrentamento das desigualdades sociais (Pereira, 2002 apud Teixeira, 2008). Nessa perspectiva, as políticas sociais no capitalismo possuem um caráter intrinsecamente contraditório. Por um lado, elas expressam conquistas das lutas sociais e reivindicam não apenas condições mínimas de sobrevivência, como também o reconhecimento de direitos, participação social e ampliação da cidadania na velhice. Por outro lado, estão subordinadas à lógica da acumulação capitalista e aos interesses da classe dominante, impondo limites estruturais ao seu potencial transformador (TEIXEIRA, 2008).

Conforme argumentam Paiva e Ouriques (2006, p. 170) as políticas sociais, por estarem inseridas no âmbito das relações sociais de reprodução capitalista, possuem um limite estrutural intransponível quanto ao seu potencial transformador, uma vez que não são capazes de alterar o estatuto da propriedade privada no interior da institucionalidade burguesa. Essa constatação deve levar ao reconhecimento de que a transformação radical das condições de vida da classe trabalhadora exige não apenas reformas nas políticas sociais, mas uma transformação estrutural da sociedade capitalista. Entretanto, esse limite não elimina a dimensão contraditória que a disputa política entre as classes sociais expressa na luta pela expansão dos direitos sociais. A impossibilidade de transformação estrutural por meio das políticas públicas não suprime o potencial político das lutas sociais, que encontram nas políticas sociais um campo de disputa fundamental pelo acesso à riqueza socialmente produzida.

As políticas de proteção social no Brasil e na América Latina têm sido marcadas por uma trajetória contraditória, oscilando entre avanços institucionais e retrocessos sistemáticos, especialmente sob a lógica neoliberal que se intensificou a partir da década de 1990. Tal dinâmica evidência que as políticas sociais não são neutras, mas resultam das disputas entre projetos societários e interesses de classe distintos. Segundo David Harvey (2005), conceitua o neoliberalismo como:

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio (Harvey, 2005, p. 8).

Para Netto (1995, p. 77) a essência do arsenal neoliberal concentra-se em uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável, e em uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia.

Apesar de os defensores do neoliberalismo terem depositado expectativas nesse modelo como solução para a crise econômica iniciada na década de 1970, os resultados observados foram diferentes do esperado. Em vez de resolver as contradições do capitalismo, as políticas neoliberais repercutiram diretamente nas condições de vida da classe trabalhadora. Na América Latina, esses efeitos foram ainda mais intensos e prejudiciais, uma vez que, sob a exigência do pagamento da dívida externa, os países periféricos acabaram sendo os principais responsáveis por absorver os impactos da crise econômica. Sob o argumento de fortalecer as economias dos países periféricos, os países desenvolvidos, por meio de empréstimos com juros, passaram a aprofundar a dependência financeira da região, ampliando ainda mais o endividamento externo dos países latino-americanos (CAVALCANTE, 2024).

Nesse cenário de aprofundamento das desigualdades e de reconfiguração das relações entre Estado e mercado, torna-se fundamental compreender como se constituiu historicamente a proteção social no Brasil, marcada por avanços parciais e limites estruturais.

A constituição de um sistema de proteção social no Brasil envolveu dois grandes marcos históricos que merecem ser compreendidos em sua totalidade. O primeiro, situado no período após-1930, marcou o resultado das lutas sociais dos trabalhadores que culminou no início do reconhecimento de direitos sociais nas áreas trabalhista e previdenciária, ainda que de forma fragmentada e corporativista, atendendo primordialmente os operários urbanos formais e deixando à margem uma grande parcela da população rural e informal. Esse primeiro marco, embora indicasse um avanço em relação à ausência de proteção social, revelava já os limites estruturais das políticas sociais no capitalismo, incapaz de garantir proteção universal (SILVA; YAZBEK, 2014).

O segundo marco, e mais significativo, ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que representou uma ruptura fundamental na história das políticas sociais brasileiras ao integrar a perspectiva da seguridade social como direito universal, composta pelo tripé saúde, previdência e assistência social. Esse avanço constitucional representou uma conquista histórica dos movimentos sociais da década de 1980, que reivindicavam a universalidade dos direitos como princípio orientador das políticas públicas (SILVA; YAZBEK, 2014). A Constituição Cidadã, como ficou conhecida, estabeleceu que a seguridade social deveria ser estruturada como um sistema integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, determinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Essa perspectiva representava, em tese, o reconhecimento das necessidades dos sujeitos, exigindo do Estado o redimensionamento de sua agenda pública e dos investimentos (SILVA; YAZBEK, 2014).

Entretanto, a conformação desses sistemas de proteção social não pode ser compreendida de forma dissociada das particularidades históricas e econômicas da América Latina e do Brasil. Conforme apontam Silva e Yazbek (2014), a construção do Estado Social esteve historicamente articulada ao modelo de desenvolvimento econômico capitalista, cuja especificidade neste continente foi marcada por profundos processos de exclusão social e desigualdade no acesso às riquezas socialmente produzidas. Nesse contexto, o acesso aos bens e serviços sociais caracterizou-se historicamente por sua natureza desigual, heterogênea e fragmentada, refletindo as contradições inerentes à sociabilidade capitalista e impondo limites estruturais à efetivação universal dos direitos sociais. Essa fragmentação não é acidental, mas resulta da própria dinâmica do capitalismo, que necessita manter parcelas da população em condições de vulnerabilidade para regular o mercado de trabalho e garantir a exploração da força de trabalho em suas formas mais precárias.

Apesar dos avanços constitucionais, o conceito de seguridade social incorporado na legislação brasileira revelou-se limitado frente às reivindicações que mobilizaram os movimentos sociais. A implementação prática da seguridade social estabeleceu critérios seletivos de inclusão e exclusão, diferenciando as formas de acesso às políticas que compõem esse sistema. Prevaleceu uma compreensão da proteção social dentro de uma concepção meritocrática e particularista, submetida às metas do plano de estabilização e ajuste econômico (SILVA; YAZBEK, 2014). Essa contradição entre o texto constitucional e sua efetivação reflete as tensões entre os interesses do capital e as reivindicações dos

movimentos sociais, revelando os limites estruturais das políticas sociais no capitalismo. A universalidade garantida pela Constituição de 1988 encontrou-se, desde o início, dominada pela necessidade de manter a acumulação capitalista e a exploração da força de trabalho como eixos centrais da organização social. Assim, mesmo com avanços legislativos importantes, a seguridade social brasileira permaneceu marcada por seletividade, insuficiência de recursos e incapacidade de garantir proteção adequada a todos os cidadãos.

A partir da década de 1990, ocorreu um avanço importante das orientações neoliberais no Brasil. A implantação de reformas estruturais promoveu uma contrarreforma do Estado, pautada pela racionalização dos gastos públicos, pelas privatizações e pela redefinição do papel estatal na garantia dos direitos sociais. Nesse processo, as conquistas sociais resultantes das lutas da classe trabalhadora passaram a sofrer sucessivos ataques, expressos na restrição de direitos, na focalização das políticas sociais e no enfraquecimento dos mecanismos de proteção social (FRANCESCONI, 2017).

No Brasil, embora o sistema público de previdência social tenha sido formalmente mantido, as sucessivas contrarreformas implementadas desde a década de 1990 vêm sistematicamente restringindo direitos e aprofundando a seletividade no acesso aos benefícios. Esse processo tem como objetivo central pressionar os trabalhadores a recorrerem ao sistema de capitalização privado como complementação da proteção social pública, cada vez mais precarizada. Diversas estratégias têm sido adotadas nessa direção: a imposição de tetos nos valores dos benefícios, a restrição das aposentadorias especiais, o endurecimento dos critérios de acesso, a ampliação do tempo de contribuição, a fixação de idade mínima para aposentadoria, a tributação sobre os aposentados e a redução dos valores das pensões, configurando um desmonte progressivo das conquistas previdenciárias da classe trabalhadora (TEIXEIRA, 2018, p. 135). Cada uma dessas medidas representa um ataque direto aos direitos conquistados, refletindo a prioridade do Estado em garantir a viabilidade financeira do sistema para o capital, em detrimento da garantia de proteção adequada aos trabalhadores envelhecidos.

Essa realidade se expressa de forma significativa na previdência social, especialmente por meio de reformas estruturais, como a Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, que promoveu importantes alterações nos critérios de acesso à aposentadoria (ROZENDO; SABINO; NOBRE, 2022). Entre essas mudanças, destaca-se a alteração da aposentadoria por tempo de serviço prevista no art. 52 da Lei nº 8.213/91,

com a extinção da aposentadoria proporcional (que ocorria aos 25 anos de serviço para mulheres e 30 anos para homens), passando a ser exigido o tempo mínimo de 30 anos para mulheres e 35 anos para homens (BRASIL, 1998). Tais modificações evidenciam o caráter restritivo da reforma, que, sob o discurso de eliminação de privilégios, implicou na redução de direitos e na contenção das garantias previdenciárias. Nesse processo, as mudanças acabaram por acirrar desigualdades entre os próprios trabalhadores, promovendo uma redistribuição interna de custos e contribuindo, em última instância, para a preservação dos interesses do capital (ROZENDO; SABINO; NOBRE, 2022).

Já a Emenda Constitucional n. 30, criada em 13 de setembro de 2000, acrescentou o art. 78 ao ato das disposições constitucionais transitórias:

Art. 78. Ressalvados os créditos definidos em lei como de pequeno valor, os de natureza alimentícia, os de que trata o art. 33 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e suas complementações e os que já tiverem os seus respectivos recursos liberados ou depositados em juízo, os precatórios pendentes na data de promulgação desta Emenda e os que decorram de ações iniciais ajuizadas até 31 de dezembro de 1999 serão liquidados pelo seu valor real, em moeda corrente, acrescido de juros legais, em prestações anuais, iguais e sucessivas, no prazo máximo de dez anos, permitida a cessão dos créditos." (AC) (BRASIL, 2000).

Na prática, isso fez com que o pagamento de decisões judiciais já definitivas fosse adiado, permitindo que o Estado pagasse suas dívidas de forma parcelada ao longo dos anos, atrasando o recebimento dos valores devidos às pessoas que ganharam na Justiça.

Em 2003 a previdência social foi alvo de mais uma contrarreforma. Conforme aponta Ferraro (2005, p. 53), a EC n. 41/2003 promoveu alterações significativas nas regras de concessão de benefícios previdenciários para os servidores públicos, membros do Judiciário, do Ministério Público e militares das Forças Armadas, vinculados aos regimes próprios de Previdência Social. De modo geral as principais mudanças envolvem alterações significativas nas regras de aposentadoria. Entre elas, destaca-se o aumento da idade mínima para aposentadoria, elevando em aproximadamente sete anos esse requisito, além da impossibilidade de que o servidor se aposente com remuneração equivalente ao salário da ativa. Passou-se a exigir, também, no mínimo 20 anos de contribuição no serviço público, com idade mínima de 55 anos para mulheres e 60 anos para homens (SENADO NOTÍCIAS, 2003).

A reforma instituiu ainda a contribuição de 11% para aposentados e pensionistas com rendimentos acima de determinados limites estabelecidos para estados e União, além de prever a redução de parte das pensões que ultrapassassem o teto

definido. Outro ponto relevante foi a limitação do valor das futuras aposentadorias dos novos servidores ao teto do Regime Geral da Previdência Social (INSS). Para aqueles que desejassem receber valores superiores, foi prevista a possibilidade de adesão a um regime de previdência complementar, com contribuição paritária entre servidor e governo, aproximando o modelo do sistema geral de previdência (Senado notícias, 2003)

Nesse sentido, Ferraro (2005, p. 63) aponta que o artigo 4º, parágrafo único, incisos I e II, dessa mesma emenda apresenta contradições com o texto constitucional, na medida em que institui tratamento desigual entre contribuintes que se encontram em situações equivalentes, contrariando o princípio da igualdade perante a lei assegurado pelo artigo 5º da Constituição Federal.

Posteriormente, a Emenda n. 70 de 2012 passou a vigorar o art. 6-A:

"Art. 6º-A. O servidor da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, que tenha ingressado no serviço público até a data de publicação desta Emenda Constitucional e que tenha se aposentado ou venha a se aposentar por invalidez permanente, com fundamento no inciso I do § 1º do art. 40 da Constituição Federal, tem direito a proventos de aposentadoria calculados com base na remuneração do cargo efetivo em que se der a aposentadoria, na forma da lei, não sendo aplicáveis as disposições constantes dos §§ 3º, 8º e 17 do art. 40 da Constituição Federal (BRASIL, 2012).

Dessa forma, não há dúvidas de que a EC nº 70/2012 não assegurou a integralidade das aposentadorias por invalidez, mas apenas permitiu que o cálculo fosse realizado com base na última remuneração, garantindo paridade e a extensão de vantagens aos servidores que ingressaram no serviço público antes de 31/12/2003 (FIGUEIREDO, 2012).

As alterações promovidas pela Emenda Constitucional nº 70/2012 integram um conjunto mais amplo de contrarreformas do regime previdenciário brasileiro, marcado por sucessivas modificações constitucionais que buscaram redefinir critérios de aposentadoria e de cálculo dos proventos no serviço público. Nesse contexto, observa-se a continuidade de mudanças estruturais no regime jurídico dos servidores, o que se expressa também em outras emendas constitucionais posteriores, como a EC nº 88/2015, que alterou regras relativas à aposentadoria compulsória.

Em relação a Emenda de número 88/2015, Garcia (2015) aponta:

Depois de vários anos de tramitação, a Emenda Constitucional nº 88/2015 alterou o art. 40, §1º, inc. II, da Constituição da República Federativa do Brasil, passando a prever que os servidores abrangidos pelo Regime Próprio de Previdência Social de que trata esse dispositivo serão aposentados, compulsoriamente, com

proventos proporcionais ao tempo de contribuição, aos 70 anos de idade, ou aos 75 anos de idade, na forma de lei complementar (GARCIA, 2015, p. 79).

Diversas discussões no campo jurídico decorrem das alterações resultantes do exercício do poder constituinte de reforma, destacando-se, nesse contexto, a limitação da eficácia da parte final da norma em questão (GARCIA, 2015).

As modificações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 88/2015, embora relevantes no que se refere à aposentadoria compulsória dos servidores públicos, integram um processo mais amplo de reformas do sistema previdenciário brasileiro. Nesse processo de múltiplas alterações constitucionais, observa-se a intensificação de medidas voltadas à reconfiguração dos critérios de acesso e manutenção dos benefícios previdenciários, o que culmina na Emenda Constitucional nº 103/2019, responsável por um profundo desmonte no regime de previdência social no país.

A Emenda Constitucional nº 103/2019, promoveu profundas alterações no sistema previdenciário brasileiro. Sob o argumento de garantir a sustentabilidade fiscal e combater déficits orçamentários, a reforma impôs o aumento da idade mínima e do tempo de contribuição, prolongando artificialmente a vida laboral. Esse prolongamento ignora completamente os efeitos do desgaste físico e mental acumulado por trabalhadores ao longo da vida, especialmente os que atuam em condições precárias, informais ou insalubres. Assim, as pessoas idosas deixam de ser sujeitos de direitos e passam a ser tratados como variáveis de ajuste fiscal, com seus direitos flexibilizados em nome do equilíbrio financeiro, numa perspectiva que desconsidera a justiça social e a dignidade humana (TEIXEIRA, 2018).

Para Iamamoto (2000), a reforma da previdência é um exemplo paradigmático de como o Estado está enfrentando a questão social sob a lógica da privatização, em detrimento da universalização dos direitos sociais que deveria ser garantida constitucionalmente. O Estado, sob o pretexto de economizar, diminui os benefícios para trabalhadores de renda média e transfere para a iniciativa privada um mercado altamente lucrativo, o da previdência privada. Esse processo cria um sistema de dois níveis, um sistema público residual para os mais pobres (aqueles que não conseguem contribuir ao sistema privado) e um sistema privado para aqueles que podem pagar.

As contrarreformas da previdência social, segundo Granemann (2003) vêm sendo implementadas em diversos países como parte de uma estratégia que amplia novas possibilidades de acumulação para o capital. Esse processo ocorre por meio do

enfraquecimento dos sistemas públicos de seguridade social, especialmente da previdência, abrindo espaço para a expansão da previdência privada complementar.

Na prática, essa expansão só se torna viável com a redução do alcance e do valor dos benefícios públicos, além do enfraquecimento do modelo de previdência baseado na solidariedade entre gerações. Quanto menores e menos suficientes forem os benefícios oferecidos pelo sistema público, maior tende a ser a necessidade de os trabalhadores recorrerem a planos privados para complementar sua renda na aposentadoria, o que transfere a proteção social para o mercado financeiro. A previdência complementar, nesse contexto, se organiza em duas modalidades principais: a aberta, oferecida por bancos e seguradoras, e a fechada, vinculada a categorias profissionais ou empresas, também conhecidas como fundos de pensão.

A privatização da Previdência Social reveste-se, assim, de conteúdo e interesse diferenciados das demais privatizações dos complexos estatais construídos com fundos públicos: os recursos previdenciários mobilizados pelos fundos de pensão se formam com surpreendente rapidez, são contínua e crescentemente renovados e, mais além, de operarem prioritariamente como capitais especulativos, aprofundam dramaticamente a alienação do trabalho quando pretendem os sindicatos (e os sindicalistas) empenhados na gestão deste negócio capitalista (Granemann, 2003, p. 121).

Nessa lógica, o atendimento das necessidades sociais passa a ser regulado pelo mercado, não pela democracia ou pelos direitos constitucionais. Porém, como o mercado é excludente, subordinar a democracia ao mercado significa inviabilizar qualquer possibilidade de igualdade de oportunidades, que deveria ser responsabilidade da esfera pública (IAMAMOTO, 2000). Iamamoto (2000), destaca ainda a manipulação conceitual operada pelos reformadores, que confundem custos salariais (direitos trabalhistas consolidados que beneficiam diretamente o trabalhador) com custos sociais (encargos que financiam a proteção social coletiva).

No contexto de reestruturação produtiva, precarização do trabalho e retração das responsabilidades sociais do Estado que marca a contemporaneidade, a previdência social deixa de ser um direito garantido e se transforma em um privilégio condicionado à capacidade de contribuição contínua. Essa transformação reflete a lógica neoliberal que, ao priorizar o equilíbrio fiscal em detrimento da proteção social, desconsidera completamente os ciclos de desemprego, informalidade e adoecimento que marcam a trajetória laboral da maioria dos brasileiros. A previdência, que deveria ser um mecanismo de proteção social e de reprodução da força de trabalho, torna-se um instrumento de

seleção que exclui justamente aqueles que mais precisam de proteção: os trabalhadores pobres, os informais e os que vivem em condições precárias de trabalho (IAMAMOTO, 2000).

Para a maioria dos trabalhadores brasileiros, a previdência social nunca representou uma garantia segura de proteção na velhice, mas sim um sistema frágil e insuficiente, frequentemente ameaçado por reformas que diminuem benefícios e ampliam exigências. A insuficiência dos benefícios previdenciários força muitos velhos a permanecerem no mercado de trabalho informal, em condições precárias, ou a depender de recursos familiares cada vez mais escassos.

Diante da necessidade de responder às demandas crescentes de uma população envelhecida, o Brasil instituiu marcos legais importantes que buscam estabelecer direitos sociais e garantir a autonomia, integração e participação das pessoas idosas na sociedade (SILVA; YAZBEK, 2014).

A Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842/1994, representou o primeiro esforço sistemático de estabelecer diretrizes para as políticas públicas voltadas aos idosos, reconhecendo-os como sujeitos de direitos (SILVA; YAZBEK, 2014). Regulamentada pela Portaria n. 2.528 de outubro de 2006 que a renomeou como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, contendo como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (SILVA; YAZBEK, 2014).

A da PNI representou um importante avanço no reconhecimento dos direitos da população idosa no Brasil. Sua construção ocorreu em um contexto em que as pessoas idosas eram frequentemente invisibilizadas pela sociedade e pelas políticas públicas, apesar do crescimento acelerado desse segmento populacional. Nesse cenário, a ampliação da cidadania na velhice resultou não apenas da percepção dos impactos do envelhecimento demográfico, mas também da mobilização de movimentos sociais, entidades representativas de aposentados, pensionistas e trabalhadores, que reivindicavam o reconhecimento das demandas específicas dessa população e a garantia de seus direitos sociais (RAUTH; PY, 2016).

A Política Nacional do Idoso consolidou princípios fundamentais ao afirmar que o envelhecimento é uma questão que envolve toda a sociedade e não apenas as pessoas idosas. Além disso, reconheceu a pessoa idosa como sujeito ativo no processo de transformação social e assegurou seu direito de participar das ações desenvolvidas pelas diferentes políticas setoriais. Essas diretrizes foram influenciadas pelos debates

internacionais sobre envelhecimento e pelos processos de luta social que impulsionaram a ampliação dos direitos de cidadania dessa parcela da população (RAUTH; PY, 2016).

Nessa direção, em 1997 foi criado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, com o objetivo de fortalecer as ações estabelecidas pela política e promover medidas preventivas, curativas e promocionais no âmbito das políticas sociais direcionadas às pessoas idosas. Esse Plano de Ação envolveu nove órgãos governamentais, incluindo o Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão, além da Secretaria de Desenvolvimento Urbano (BRASIL, 1997). Embora essa iniciativa reconhecesse a necessidade de articulação intersetorial para a garantia de direitos à população idosa, sua implementação encontrou limites estruturais em relação à insuficiência de investimentos públicos e à priorização de políticas que favorecem a acumulação capitalista em detrimento da proteção social.

É nesse contexto de avanços e limites que se insere a promulgação do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), que aprofundou essa proteção legal, estabelecendo direitos mais específicos e mecanismos de garantia de acesso. Esses marcos legais, embora representem avanços importantes, enfrentam severas limitações em sua implementação. A materialização desses direitos esbarra frequentemente nas limitações impostas pela lógica neoliberal de retração do Estado e desfinanciamento das políticas sociais (SILVA; YAZBEK, 2014). A PNI, o Plano Integrado de Ação Governamental e o Estatuto do Idoso, apesar de suas contribuições, revelam-se insuficientes diante da magnitude das desigualdades que caracterizam o envelhecimento no Brasil, especialmente porque sua implementação depende de recursos orçamentários cada vez mais escassos e de uma vontade política frequentemente ausente.

Discursos universalizantes e homogeneizantes sobre o envelhecimento, como o da “terceira idade como melhor idade”, vem sendo usados para justificar reformas nas políticas de seguridade social, amparando-se em programas individualizantes que culpam os próprios sujeitos pela qualidade de vida (DEBERT, 2004). Esses discursos funcionam como mecanismos ideológicos que ocultam as determinações estruturais da velhice precária, transferindo para o indivíduo a responsabilização por sua própria condição. Observa-se para o fato de que, embora se busque desconstruir estereótipos negativos ligados ao envelhecer, enfatizando esse período como uma fase de novas possibilidades

e conquistas, essa mesma abordagem contribui para invisibilizar os aspectos marcados por abandono, dependência e fragilidade social que também compõem essa fase da vida.

Outra concepção relevante para a compreensão desse debate é a de “envelhecimento ativo”, promovida e difundida junto à noção de “terceira idade”. Embora essa perspectiva apresente a velhice como uma fase marcada pela autonomia e participação social, ela se articula aos interesses do mercado ao estabelecer padrões considerados ideais para envelhecer. O envelhecimento passa a ser associado à adoção de determinados estilos de vida aos quais nem todos podem ter acesso de forma igualitária, criando uma hierarquia entre os “idosos bem-sucedidos” e os “idosos fracassados”. Dessa forma, o discurso do envelhecimento ativo tende a ocultar as desigualdades que atravessam o processo das pessoas idosas, transferindo para o indivíduo a responsabilidade por alcançar uma velhice considerada “bem-sucedida” (FRANCESCONI, 2017).

Essa lógica de responsabilização individual articula-se, conforme aponta Teixeira (2018), ao processo de reprivatização das formas de enfrentamento do envelhecimento dos trabalhadores, onde mercantilização, individualização e responsabilização constituem elementos centrais especialmente dos mais pobres e excluídos do mercado formal ao longo de seu percurso de vida. Esse processo representa uma estratégia sofisticada de transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil e para as famílias, permitindo que o capitalismo continue explorando o trabalho enquanto se isenta de garantir proteção adequada na velhice. A tendência de responsabilização individual pela velhice articula-se diretamente aos limites das políticas sociais no capitalismo, deixando claro o seu caráter contraditório. A família, frequentemente apresentada como alternativa ao Estado, encontra-se fragilizada pelas transformações do capitalismo, dessa forma sendo incapaz de prover proteção adequada aos seus membros idosos sem sacrificar a própria sobrevivência.

Nesse contexto, as transformações ocorridas no âmbito da seguridade social e da previdência afetam diretamente as condições de vida da população trabalhadora ao longo de seu ciclo de vida, produzindo impactos significativos na velhice. A restrição de direitos, a ampliação das exigências para acesso aos benefícios e a crescente responsabilização individual pela proteção social tornam-se elementos centrais para compreender o envelhecimento na sociedade capitalista contemporânea.

2.3 O Envelhecimento como Expressão da Questão Social¹ no Capitalismo Contemporâneo

Como discutido anteriormente, na sociedade capitalista, as desigualdades produzidas no mundo do trabalho tendem a acompanhar os sujeitos durante todo o ciclo de vida, manifestando-se de forma particularmente intensa na velhice. As condições de acesso ao trabalho, à renda, à educação, à moradia, à saúde e à proteção social acumuladas ao longo da vida interferem diretamente nas possibilidades e nos limites do envelhecimento. Dessa forma, a experiência da velhice é marcada pelas condições concretas de existência e pelo lugar ocupado pelos sujeitos nas relações sociais de produção.

Nessa perspectiva, as disparidades socioeconômicas sedimentadas ao longo da vida não desaparecem com o avanço da idade. Ao contrário, tendem a se reproduzir e, frequentemente, a se intensificar na velhice. Essa dinâmica de aprofundamento das desigualdades torna-se evidente quando se observam as condições de envelhecimento a partir de critérios socioeconômicos, de classe e de outros marcadores sociais. Adota-se, portanto, uma perspectiva teórico-metodológica que compreende o envelhecimento como um fenômeno plural e heterogêneo, socialmente determinado pelas condições concretas de existência e que ultrapassa a dimensão estritamente biológica (TEIXEIRA, 2018).

A velhice não pode ser compreendida como uma experiência universal, uma vez que se trata de um processo socialmente determinado, marcado pelas desigualdades produzidas e reproduzidas pela sociabilidade capitalista. Nessa lógica, a força de trabalho, transformada em mercadoria, é submetida a um processo contínuo de exploração e desgaste, cujas consequências tendem a se expressar de maneira mais intensa na velhice (MARX, 2013). No cenário brasileiro, as diferentes formas de envelhecer são atravessadas por profundas desigualdades estruturais relacionadas à classe social, ao gênero, à raça, à etnia e às desigualdades regionais, revelando a heterogeneidade que caracteriza esse processo (TEIXEIRA, 2018).

¹ A questão social é expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta. A perspectiva de análise da questão social aqui assumida recusa quaisquer reducionismos econômicos, políticos ou ideológicos. Ao contrário, o esforço orienta-se no sentido de captar as dimensões econômicas, políticas e ideológicas dos fenômenos que expressam a questão social, resguardando a fidelidade à história. Em outros termos, apreender o processo social em sua totalidade contraditória, reproduzindo, na esfera da razão, o mo-virmento da realidade em suas dimensões universais, particulares e singulares (IAMAMOTO M. V. Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.114).

Vale destacar que os marcadores de classe social, gênero, raça e geração ultrapassam a mera constituição de vivências compartilhadas, subjetividades, expectativas identitárias e visões de mundo específicas. Tais categorias operam como vetores estruturantes de desigualdades sociais multifacetadas. Paralelamente a essa determinação estrutural, os sujeitos coletivos e individuais não são passivos, pelo contrário, emergem como agentes históricos dotados de capacidade de resistência e mobilização política, engajando-se em lutas (TEIXEIRA, 2018). Ao discutir a perspectiva que analisa a homogeneidade e destaca a característica heterogênea da velhice, Teixeira (2018) apresenta duas tendências:

I) que ressalta o envelhecimento como um processo multifacetado que implica diferentes formas de envelhecimento e de velhice, a tal ponto de afirmar que não existe um único processo de envelhecimento semelhante; II) que ressalta a heterogeneidade do envelhecimento, as desigualdades sociais no envelhecer e as diferenças conforme demarcadores sociais como classe, gênero, raça e geração, dentre outras, mas aceita que é possível algumas homogeneizações criadas pela posição dos sujeitos nas estruturas econômicas, sociais, políticas e culturais (TEIXEIRA, 2018, p. 129).

As complexidades que cercam o processo do envelhecimento se identificam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, anunciando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista que intensifica desigualdades e centraliza privilégios (SILVA; YAZBEK, 2014). Nessa compreensão, o envelhecimento populacional passa a ser apontado enquanto problema social, e não como conquista da civilização humana. Essa perspectiva crítica rejeita narrativas otimistas que celebram o aumento da longevidade sem reconhecer as condições materiais precárias em que esse envelhecimento ocorre para a maioria da população (SILVA; YAZBEK, 2014).

A discussão sobre proteção social à pessoa idosa ganha centralidade nas últimas décadas diante do acelerado envelhecimento populacional observado no Brasil e na América Latina. Segundo Silva e Yazbek (2014), organismos internacionais, como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), têm enfatizado a necessidade de incorporar o envelhecimento como prioridade das políticas públicas, promovendo a garantia dos direitos humanos, a inclusão social e a construção de sistemas de proteção social capazes de assegurar qualidade de vida à população idosa. São orientações que servem de base para o direcionamento da agenda pública estatal no continente, de modo a superar estigmas e preconceitos.

Entretanto, o crescimento da população idosa não pode ser compreendido apenas como um fenômeno demográfico. Conforme destaca Soares (2019), o envelhecimento é um processo heterogêneo e socialmente determinado, cujas condições são influenciadas pelas desigualdades produzidas pela sociedade capitalista. Embora o aumento da expectativa de vida represente um progresso histórico da humanidade, os benefícios não são vivenciados de forma igualitária. As condições de trabalho, renda, moradia, acesso à saúde, educação e proteção social acumuladas ao longo da vida influenciam diretamente as condições de envelhecimento dos indivíduos. Assim, enquanto determinados grupos sociais conseguem alcançar a velhice em melhores condições de vida, amplos segmentos da classe trabalhadora enfrentam o envelhecimento em contextos marcados pela pobreza, pela precarização e pela insuficiência de direitos sociais.

Esse processo do aumento do envelhecimento, para Soares (2019), configura-se como um fenômeno que representa um desafio para o século XXI, ocorrendo em vários países. Tal dinâmica é resultado de múltiplos fatores, como a queda da taxa de natalidade e os avanços científicos e tecnológicos. Ao mesmo tempo que é uma conquista social da humanidade também é um desafio para o século. Diferente do que ocorreu no Brasil, nos países desenvolvidos esse aumento do envelhecimento aconteceu de uma maneira lenta e acompanhado pelo desenvolvimento de robustos sistemas de proteção social e seguridade social. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse processo tem sido realizado de modo acelerado nos últimos anos, mediatizado pelas expressões da questão social e em um contexto de restrição das políticas de proteção social sob o avanço do neoliberalismo (SOARES, 2019). Essa transição demográfica acelerada, desacompanhada da efetivação de uma rede de proteção social e de saúde universal, acentua a desproteção na velhice, transformando uma conquista civilizatória em um período de agudização da pobreza e do adoecimento para a classe trabalhadora.

Nesse contexto, o Brasil vem passando por um crescimento da população idosa, marcada não apenas pelo aumento da expectativa de vida, mas também pela reconfiguração da estrutura etária da população. Embora esse processo seja frequentemente apresentado como uma conquista social, é necessário analisá-lo de forma crítica, ponderando as condições concretas em que esse envelhecimento ocorre, sobretudo para a classe trabalhadora.

É importante destacar que a população de idosos está crescendo mais rapidamente do que a de crianças. Em 1980, existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças. Em 2000, essa relação aumentou para 30 idosos por 100

crianças, praticamente dobrando em 20 anos. Isso ocorre devido ao planejamento familiar e conseqüente queda da taxa de fecundidade, e também pela longevidade dos idosos. Dados do IBGE mostram que as pessoas estão vivendo mais. O grupo com 75 anos ou mais teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa. (MENDES *et al*, p.423, 2005)

De acordo com as projeções da Agência Gov (2024), a proporção de pessoas idosas (60 anos ou mais) no Brasil chegou a quase duplicar do ano 2000 a 2023, subindo de 8,7% para 15,6%. Estima-se que, em 2070, cerca de 37,8% dos habitantes do país serão compostos por velhos. Os dados do Censo Demográfico de 2022 evidenciam de forma ainda mais clara a aceleração do envelhecimento populacional brasileiro. Segundo o levantamento, o país contabilizou 22.169.101 de pessoas com 65 anos ou mais no país, representando 10,9% da população total. Em 1980, o Brasil tinha 4,0% da população com 65 anos ou mais de idade. Os 10,9% alcançados em 2022 por essa parcela da população representa o maior percentual encontrado nos Censos Demográficos. No outro extremo da pirâmide etária, o percentual de crianças de até 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou a 19,8% em 2022. “Quando falamos de envelhecimento populacional, é exatamente a redução da proporção da população mais jovem em detrimento do aumento da população mais velha” (IBGE, 2023). Observa-se a redução da população jovem, indicando uma inversão progressiva da pirâmide etária.

Entretanto, esse crescimento não se manifesta de forma homogênea, sendo profundamente marcado por desigualdades regionais, econômicas e sociais. Ao observar a composição etária por regiões do país, verifica-se que a região Norte se destaca como a mais jovem, com 25,2% de sua população composta por pessoas com até 14 anos de idade, seguida pela região Nordeste, com 21,1%. Já as regiões Sudeste e Sul apresentam perfis populacionais mais envelhecidos, com apenas 18% e 18,2% de indivíduos entre 0 e 14 anos, e as maiores proporções de pessoas idosas com 65 anos ou mais, representando 12,2% e 12,1%, respectivamente. Essa diferença regional esclarece que o envelhecimento é socialmente determinado, regiões com maior desenvolvimento industrial e econômico, com melhores indicadores de emprego, renda e acesso a serviços de saúde, propiciam condições materiais que favorecem uma maior longevidade.

Segundo destaca no Censo de 2022, IBGE (2023), “é possível observar que a redução nos índices de fecundidade teve início nas regiões Sudeste e Sul, o que contribui para que essas áreas sejam hoje as mais envelhecidas, com uma menor concentração de jovens. A região Norte, embora também tenha passado por um declínio na taxa de fecundidade nos últimos anos em todos os grupos populacionais, ainda permanece como

a mais jovem em termos proporcionais. Além disso, é nessa mesma região que se constata o menor percentual de adultos e idosos quando comparado às demais regiões do Brasil.”

A análise desse processo demanda a incorporação da perspectiva da determinação social da saúde, uma vez que as condições de vida e trabalho acumuladas ao longo da trajetória dos indivíduos influenciam diretamente as condições de saúde e de adoecimento na velhice. Nessa direção, a saúde não pode ser compreendida como um fenômeno exclusivamente biológico, pois está relacionada às formas pelas quais a sociedade produz e distribui a riqueza socialmente construída. Assim, as desigualdades no acesso aos bens e serviços necessários à reprodução da vida repercutem diretamente nas condições de saúde e na expectativa de vida da população (GEIB, 2012).

Nesse movimento, intensificaram-se os processos de privatização e precarização dos serviços públicos, acompanhados pela redução do financiamento das políticas sociais e pela transferência de responsabilidades do Estado para as famílias e para a sociedade civil (ALVES, 2024). Sob essa lógica, direitos sociais historicamente conquistados passam a ser tratados como custos a serem reduzidos, sobretudo quando se trata de segmentos considerados improdutivos, como as pessoas idosas. BE

As alterações promovidas no âmbito da seguridade social repercutem diretamente nas condições de vida da população idosa. Entre os principais efeitos desse processo destacam-se a ampliação da pobreza, a desproteção social e o prolongamento da vida laboral, frequentemente acompanhado pelo adoecimento precoce e pela expulsão dos trabalhadores do mercado formal de trabalho. Paralelamente, observa-se a transferência crescente das responsabilidades relacionadas ao cuidado e à proteção para as famílias, que passam a assumir tanto os custos materiais quanto as demandas cotidianas de cuidado, em um contexto marcado pela insuficiência da proteção estatal (TEIXEIRA, 2018).

As repercussões dessas transformações tornam-se particularmente evidentes na experiência concreta da velhice da classe trabalhadora. No cenário brasileiro, parcela significativa dos trabalhadores idosos sobrevive com rendimentos reduzidos, muitas vezes limitados aos mínimos sociais, sendo frequentes situações de pobreza e insuficiência de renda. Diante dessa realidade, observa-se a permanência ou a reinserção de muitos idosos em atividades produtivas, sobretudo no mercado informal, mesmo após a aposentadoria.

Segundo o IBGE (2024), no Brasil, mais da metade dos idosos que trabalham são informais. Diante disso, observa-se a necessidade de reinserção ou permanência dessa parcela da sociedade, sobretudo entre as camadas mais pauperizadas, em atividades

produtivas informais ou marginais, mesmo após a obtenção da aposentadoria. Como destaca Haddad (1986):

O trabalhador aposentado é forçado a tentar ingressar novamente no processo produtivo devido às condições precárias de sobrevivência em que se encontra. Busca o trabalho na velhice para conseguir manter-se vivo, não porque se realize através dele, na medida em que se trata de trabalho alienado (HADDAD, 1986, p.45).

Entretanto, as desigualdades que atravessam a velhice não se restringem às condições materiais de vida, manifestando-se também nas representações sociais historicamente construídas acerca do envelhecimento. Conforme destaca Debert (2004), a juventude deixa de ser compreendida apenas como uma fase do ciclo vital e passa a assumir o status de valor social, tornando-se um ideal a ser perseguido e preservado em qualquer idade por meio de estilos de vida e padrões de consumo socialmente legitimados. Nessa perspectiva, o papel social atribuído à pessoa idosa constitui uma construção histórica em constante (re)configuração, marcada por determinações econômicas, políticas, culturais e físicas. Ao longo do tempo, as pessoas idosas foram submetidas a processos de marginalização sustentados por representações sociais estigmatizadas, que reforçam visões reducionistas acerca das transformações inerentes ao envelhecimento e à velhice (GONÇALVES, MORAES, BETENCOURT, 2024).

Nesse contexto de desigualdades estruturais, discursos mercadológicos sobre a “terceira idade” e o “envelhecimento ativo” procuram ocultar a realidade da classe trabalhadora. Com o avanço do capitalismo, consolidaram-se estratégias que tratam o envelhecimento como responsabilidade individual. Estas passaram a ser estimuladas a resistir à deterioração corporal, sendo responsabilizadas individualmente pela conservação de sua aparência (Vilasanti; Pacífico, 2022). Sob a influência do mercado e da propaganda, “[...] o medo de envelhecer, que outrora remetia à angústia frente à percepção da efemeridade da vida, na modernidade, passou a ter novos contornos, marcados pelo receio de não ser percebido, valorizado e aceito socialmente” (Vilasanti; Pacífico, 2022, p. 186). Essa lógica produz um modelo idealizado de envelhecimento, acessível apenas a parcelas da população com condições econômicas favoráveis, aprofundando ainda mais as desigualdades existentes. A velhice passa a ser incorporada à lógica mercantil, transformando-se em objeto de consumo, ao mesmo tempo em que uma grande parcela de pessoas idosas enfrenta a ausência de proteção social e a precarização das condições de vida.

Nessa direção, as iniciativas de lazer e cultura promovidas pelo setor privado funcionam, muitas vezes, como mecanismos de compensação pela ausência de políticas públicas robustas, oferecendo uma ilusão de inclusão enquanto mascaram a realidade de abandono estatal (DEBERT, 2004). Essas atividades, ainda que possam trazer algum benefício psicológico ou social, não resolvem os problemas estruturais da pauperização, falta de acesso à saúde adequada, insuficiência de renda e isolamento que caracterizam a velhice. Como também, muitas dessas iniciativas funcionam como espaços de mercantilização do envelhecimento, onde empresas lucram com a oferta de serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado como direito. Dessa forma, a responsabilização individual e a reprivatização da velhice, se consolidam através de discursos que celebram a autonomia e a participação social, ocultando as determinações estruturais que produzem o envelhecimento precário.

Dessa forma, o envelhecimento é vivenciado de maneira profundamente desigual, refletindo as condições materiais de vida e o lugar ocupado pelos sujeitos nas relações sociais de produção. Para a classe trabalhadora, especialmente para aqueles que envelhecem em condições de pobreza, a velhice não representa necessariamente um período de descanso e reconhecimento social, mas pode significar o aprofundamento da precarização, da dependência e da desproteção social. Enquanto o mercado difunde a imagem de uma velhice ativa e bem-sucedida, acessível apenas a determinados segmentos sociais, grande parte da população idosa enfrenta essa etapa da vida em meio à insuficiência de direitos e às limitações impostas pelas desigualdades historicamente construídas.

É importante reconhecer que as desigualdades produzidas ao longo da vida se manifestam especialmente no processo saúde-doença e nas necessidades de cuidado que se intensificam na velhice. Em uma sociedade marcada pela insuficiência da proteção social e pela ampliação das demandas por cuidados de longa duração, a política de saúde assume papel estratégico na garantia dos direitos da população idosa. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um espaço privilegiado de materialização desses direitos, sobretudo diante do crescimento das internações hospitalares e da complexidade das demandas apresentadas por esse segmento populacional. Entretanto, assegurar o cuidado à pessoa idosa não se restringe ao período de hospitalização, exigindo a articulação entre diferentes serviços e níveis de atenção, bem como condições sociais e familiares que possibilitem a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Assim, torna-se fundamental analisar a política de saúde brasileira e as

particularidades do cuidado à pessoa idosa em contexto de internação, com especial atenção aos desafios que permeiam o processo de desospitalização.

3 DIREITO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO CAPITALISMO: desafios da atenção à saúde da pessoa idosa no contexto de internação hospitalar

O presente capítulo tem como objetivo analisar as determinações que atravessam o direito à saúde da pessoa idosa no Brasil contemporâneo, compreendendo o envelhecimento para além de sua dimensão biológica, como um fenômeno social, econômico, político e cultural, profundamente condicionado pelas relações sociais próprias da sociedade capitalista.

Para tanto, inicialmente discute-se o arcabouço jurídico-legal e as bases institucionais consolidadas a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que asseguram a saúde como direito. Em seguida, analisa-se como o direito à atenção à saúde da pessoa idosa é formulado nas políticas e normativas específicas, considerando tanto a garantia formal desses direitos quanto os limites estruturais impostos pela racionalidade neoliberal e pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa análise, problematizam-se os aspectos presentes no processo de hospitalização e desospitalização, evidenciando as tensões entre a humanização do cuidado e as condições concretas de atendimento à população idosa, cenário que atingiu seu ápice sob a lógica da necropolítica² durante a pandemia de COVID-19.

Por fim, busca-se identificar as particularidades da intervenção do Serviço Social nesse campo de tensões, a partir de um diálogo com as produções científicas publicadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) e da sistematização de um relato de experiência da autora como estagiária de Serviço Social na atenção hospitalar.

3.1 Direito à saúde da pessoa idosa no Brasil: bases históricas, institucionais e limites de efetivação

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado por meio de intensas mobilizações sociais protagonizadas por diferentes sujeitos coletivos organizados em torno do movimento da Reforma Sanitária. A trajetória desse movimento

² Ao contrário da biopolítica, a necropolítica parte do pressuposto de que o biopoder global na periferia não funciona da mesma forma que no centro capitalista. Refere-se a outro tipo de poder, o de matar por meio de tecnologias e dispositivos, legais e ilegais, com efeitos muito mais radicais, como a guerra às drogas, o feminicídio, o desaparecimento forçado, a escravidão, o tráfico de drogas e de pessoas, entre outras graves violações de direitos humanos. Seu objetivo é lidar com a morte, não mais com a vida (REIS, 2022, p.395).

está intrinsecamente relacionada ao contexto político, econômico e social do país, especialmente às contradições do modelo de atenção à saúde vigente durante a ditadura civil-militar. Ao longo das décadas, a organização do sistema de saúde brasileiro foi marcada por diferentes configurações institucionais, expressando disputas entre a lógica previdenciária, de caráter excludente, e a defesa da saúde como direito universal.

Antes da década de 1980, particularmente durante o período autoritário-burocrático (1964-1974), considerado um dos momentos mais marcados pela violação dos direitos humanos no país, a assistência estatal à saúde era fortemente subordinada à lógica previdenciária. A concentração dos recursos na esfera da previdência social verificava predominância ao sistema previdenciário em detrimento do Ministério da Saúde. Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde era restrito aos trabalhadores vinculados à previdência social, excluindo grande parcela da população. Os indivíduos não contribuintes tinham acesso apenas a serviços públicos limitados, geralmente vinculados a programas específicos, como os de atenção materno-infantil e de controle de doenças, a exemplo da tuberculose e da hanseníase. Alternativamente, podiam recorrer a instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou serviços privados, desde que dispusessem de recursos financeiros para custeá-los (SCOREL, 2012).

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, consolidou-se um modelo baseado na compra de serviços privados pelo Estado, fortalecendo a mercantilização da assistência à saúde. Nesse sentido, o INPS tornou-se um grande comprador de serviços médico-hospitalares privados, estimulando a expansão de uma prática médica orientada pela lógica do lucro. A criação desse Instituto, fortaleceu a centralidade da previdência social na organização da assistência à saúde, concentrando recursos e atribuições nesse setor e ampliando sua influência política e administrativa. Como resultado, o Ministério da Saúde passou a ocupar uma posição secundária na condução das políticas de saúde, reforçando um modelo de atenção restrito aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Entretanto, no início da década de 1970, ainda em meio ao período mais repressivo do regime autoritário, começaram a emergir novas interpretações acerca do processo saúde-doença. Desenvolveu-se, então, uma perspectiva histórico-estrutural dos problemas de saúde, que constituiu a base teórica e ideológica do campo da medicina social. Essa abordagem passou a compreender a saúde e a doença como fenômenos socialmente determinados, vinculados às condições de vida e trabalho da população e às contradições inerentes à sociedade capitalista (SCOREL, 2012). Essa nova

compreensão da saúde implicou a incorporação de um novo referencial teórico para a análise dos processos de saúde e adoecimento nas diferentes formações sociais.

A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e de adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infra-estrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais (SCOREL, 2012, p.330).

Assim, começou o que é chamado de bases universitárias do movimento sanitário, com o objetivo de ter uma mudança no modelo de saúde. Segundo Bravo (1996), a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 1996, p.08-09).

A Reforma Sanitária não se manteve forte durante toda a década de 1970, principalmente no momento de repressão da ditadura, pois não havia espaço para debater mudanças estruturais na saúde. Assim, apenas em 1985 e 1986 com a redemocratização do país, a ideia da reforma voltou a ganhar enfoque. E em todo momento de mobilização da Reforma Sanitária o objetivo principal era a unificação do sistema de saúde, sendo universal e gratuito, que atendesse toda população, o que mais tarde se tornaria o Sistema Único de Saúde. O lema do Cebes passou a ser “Saúde e democracia”, esse elemento básico foi exibido no documento apresentado em 1979 pelo presidente do Cebes, Sergio Arouca, nessa circunstância a ideia é transformada em projeto (SCOREL, 2012).

Esse cenário de mobilização culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que representou um grande momento na definição do Sistema

Único de Saúde (SUS) e discutiu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'. Ao final dessa conferência foi apontada as alterações necessárias para uma melhoria do sistema de saúde que não seria apenas uma reforma administrativa e financeira, mas sim de uma ampliação do conceito de saúde e uma revisão da legislação. Esse crescimento das lutas da reforma sanitária foi essencial para a ampla discussão dessas questões. A 8ª Conferência foi a primeira que contou com a participação de usuários, e no relatório final foi indicado essa necessidade de uma participação popular para formular a política, o planejamento, a gestão e a avaliação do sistema. Além disso, também no relatório final é apontado um conceito mais abrangente de saúde e abordado o acesso aos serviços de saúde:

Os delegados da 8ª atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019)

Assim, ao ampliar a participação popular nos debates sobre as políticas públicas, a Conferência consolidou propostas fundamentais para a Reforma Sanitária Brasileira, que viriam a ser incorporadas à Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, materializadas por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 (BRASIL, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O SUS constitui uma das mais importantes conquistas sociais da sociedade brasileira, sendo orientado por princípios e diretrizes que expressam uma concepção ampliada de saúde, associada à garantia de direitos sociais e à responsabilidade do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Sua organização fundamenta-se nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, os quais reafirmam o caráter democrático, descentralizado e humanizado do sistema.

A universalidade, assegurada pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, rompendo com o modelo previdenciário anteriormente vigente e garantindo o acesso aos serviços de saúde independentemente de contribuição prévia (MATTA, 2007). Por sua vez, o princípio da equidade busca enfrentar as desigualdades sociais e econômicas, reconhecendo que as necessidades de saúde se apresentam de formas distintas entre indivíduos e grupos.

Dessa forma, não se trata de promover uma igualdade estritamente formal, mas de tratar desigualmente os desiguais.

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha enfatizado a igualdade de direitos, o conceito de equidade consolidou-se posteriormente como importante norteador das políticas de saúde, com o objetivo de reduzir as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços ofertados (MATTA, 2007). Assim, a equidade reconhece a pluralidade das condições humanas e suas diferentes necessidades, orientando a priorização de grupos e territórios em situação de maior vulnerabilidade.

Entre os princípios que estruturam o SUS, a integralidade ocupa posição central ao propor uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e uma atenção que considere os sujeitos em sua totalidade. Conforme destaca Matta (2006), a integralidade pode ser compreendida em diferentes dimensões. Historicamente, representa a superação da dicotomia entre ações preventivas e curativas; no plano epistemológico, expressa a crítica à concepção biologicista da saúde, incorporando os determinantes sociais, culturais e ambientais; no âmbito das políticas públicas, orienta a formulação de ações específicas para atender às necessidades de diferentes grupos populacionais; e, no campo do trabalho em saúde, exige práticas interdisciplinares e processos formativos comprometidos com uma atenção humanizada e integral.

Assim, a integralidade permite compreender o SUS para além da simples oferta de procedimentos e serviços, constituindo um modelo de atenção comprometido com as necessidades concretas da população e com a garantia do direito à saúde em suas múltiplas dimensões. Esse princípio adquire especial relevância diante do processo de envelhecimento populacional brasileiro, uma vez que as pessoas idosas apresentam demandas complexas, frequentemente relacionadas à coexistência de doenças crônicas, às condições de vida, aos vínculos familiares e sociais e às situações de dependência e vulnerabilidade. Da mesma forma, a equidade torna-se um princípio fundamental no contexto do envelhecimento populacional, uma vez que os velhos constituem um grupo social historicamente marcado por desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Para a população idosa, garantir a equidade significa reconhecer que a velhice não é um processo homogêneo, mas atravessado pelas contradições de classe, gênero, raça, educação, moradia e outras determinações sociais que marcam a vida dos trabalhadores.

Nesse contexto, a atenção à saúde da pessoa idosa requer ações articuladas entre diferentes profissões, níveis de atenção e políticas sociais, de modo a assegurar um cuidado integral e contínuo, capaz de promover autonomia, qualidade de vida e

envelhecimento saudável. Conforme aponta Silva (2024), o direito à saúde da pessoa idosa deve ser compreendido em consonância com os princípios ético-políticos do Serviço Social, ultrapassando o acesso formal aos serviços e exigindo a efetivação de políticas públicas que reconheçam as particularidades do envelhecimento e respondam às múltiplas necessidades dessa população. Nessa perspectiva, a saúde é concebida para além da ausência de doenças, abrangendo um conjunto de condições sociais, econômicas, culturais e políticas indispensáveis ao pleno desenvolvimento humano.

No contexto do envelhecimento populacional, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um marco essencial para as políticas de proteção voltadas à população idosa, ao reconhecer a velhice como uma questão cuja responsabilidade deve ser da família, do Estado e da sociedade. Em seu Art. 230, estabelece que:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos. (BRASIL, 1988, p. 126)

Esse dispositivo constitucional reconhece a necessidade de uma abordagem integrada e multissetorial para a proteção da população idosa, superando a visão que reduz a velhice apenas à dimensão individual ou familiar. Simultaneamente à normatização do Sistema Único de Saúde, o Brasil passa a se organizar para atender às crescentes demandas da população idosa. Nesse contexto, a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura os direitos sociais à pessoa idosa, reafirmando o direito à saúde nos diferentes níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96) (BRASIL, 2006).

Diante disso, percebe-se que a PNI expressa um marco das ações focalizadas ao direito da pessoa idosa, reconhecendo a importância de garantir por meio dos marcos legais a autonomia e qualidade de vida a esses indivíduos. Entretanto, conforme afirma Silva (2024), no contexto brasileiro há contradições significativas na execução desta política por efeito da própria correlação de forças dentro da sociedade capitalista, onde os interesses do capital a todo momento se sobrepõem às garantias de direitos sociais.

Em 2002, o Ministério da Saúde promoveu um debate essencial que resultou na criação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n. 702/2002 e Portaria SAS/MS n.249/2002). Essas redes eram compostas por:

Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso. Além disso, estabeleceu-se que a assistência ao portador de doença de Alzheimer (Portaria GM/MS n.703/2002, SAS/MS 255/02 e GM/MS 843/02) seria referenciada nesses centros para a prescrição dos medicamentos de alto custo (BRASIL, 2009).

Posteriormente, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) representou um marco na garantia dos direitos da pessoa idosa, assegurando o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Além disso, estabelece as responsabilidades da família, da comunidade, da sociedade e do poder público na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2003). A amplitude dos direitos assegurados pelo Estatuto evidencia que as demandas da população idosa ultrapassam o campo estritamente biomédico, exigindo a articulação entre diferentes políticas públicas e profissionais, bem como estratégias interprofissionais voltadas à integralidade do cuidado.

O envelhecimento da classe trabalhadora expressa demandas que refletem as desigualdades sociais produzidas ao longo de uma vida marcada pela exploração, evidenciando a necessidade de acesso efetivo aos direitos sociais. Nesse sentido, a execução da proteção integral requer a atuação articulada de diferentes políticas públicas e profissionais, reforçando a importância de estratégias interprofissionais capazes de compreender a pessoa idosa em sua totalidade.

Segundo o Estatuto do Idoso, a pessoa idosa deve ter garantidos todos os direitos fundamentais que qualquer ser humano possui, assegurando-se condições para o amparo de sua saúde física e mental, além da preservação da liberdade, dignidade e participação social. Além disso, esses indivíduos têm assegurado o atendimento prioritário e o acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. No primeiro capítulo dos direitos fundamentais do Estatuto, é apresentado o direito à vida. Nesse sentido, o Art. 9º estabelece que:

É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante implementação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003, p. 15).

Embora o Estatuto evidencie uma ampliação significativa dos mecanismos de proteção destinados a essa parcela da população, reconhecendo-a como sujeito de direitos e reafirmando as responsabilidades do Estado, da família e da sociedade, permanece uma distância estrutural entre as garantias legalmente estabelecidas e as condições concretas vivenciadas por grande parte das pessoas idosas. Tal realidade é resultado da insuficiência de investimentos públicos, da fragilidade das políticas sociais e da baixa prioridade atribuída às demandas desses indivíduos (ANDREATTA, 2011). Essa lacuna entre o direito formal e a realidade material apresenta as limitações de uma abordagem que se restringe ao plano jurídico-legal, sem explicar as determinações econômicas e políticas que produzem a precarização da vida da população idosa no capitalismo.

De acordo com Silva (2024), o Estatuto da Pessoa Idosa caracteriza um importante avanço na proteção dos direitos dessa população, ao conferir maior efetividade às concretizações dos direitos previstos na Constituição Federal. Sua criação contribui para tornar mais concretos os mecanismos de amparo estatal e defesa das pessoas idosas, evitando que os direitos legalmente reconhecidos permanecessem apenas no plano formal e sem aplicação prática.

Dentre os direitos sociais garantidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa, o capítulo IV dispõe sobre o direito à saúde, reafirmando a responsabilidade do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde. Logo no primeiro artigo deste capítulo, é reconhecida a atenção integral à saúde destinada a essa população.

É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas (BRASIL, 2003, art. 15).

Entre os direitos assegurados pela legislação, destaca-se o acesso aos direitos da atenção à saúde, contemplando medidas voltadas ao atendimento às necessidades específicas das pessoas idosas. Nesse sentido, é previsto o atendimento domiciliar, incluindo a possibilidade de internação para aqueles que estejam impossibilitados de se locomover, independentemente de residirem em áreas urbanas ou rurais. Esse direito

também se estende às pessoas idosas acolhidas em instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos. Além disso, cabe ao poder público assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos, próteses e outros recursos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Art. 16 do Estatuto da Pessoa Idosa assegura a permanência do acompanhante em tempo integral durante o período de internação ou observação, cabendo ao órgão de saúde oferecer condições adequadas para essa permanência, conforme avaliação da equipe médica responsável (BRASIL, 2003). Essa prerrogativa legal reconhece que o acompanhante não representa apenas um indivíduo presente em um serviço de saúde com a pessoa idosa, mas cumpre um papel importante para contribuir na comunicação entre o paciente e a equipe de saúde, para a preservação da dignidade do sujeito frente à “coisificação” do ambiente hospitalar.

A hospitalização constitui um momento delicado na vida da pessoa idosa, representando não apenas um evento clínico, mas uma experiência que repercute profundamente no cotidiano e nas relações familiares, exigindo a efetivação de direitos frequentemente comprometidos pela precarização da rede pública de serviços (SOARES; TEIXEIRA, 2024). Conforme aponta Andreatta (2011), esse processo produz mudanças significativas na dinâmica doméstica e na percepção que o idoso possui sobre sua própria vida, afetando tanto o sujeito hospitalizado quanto seus familiares. Tais repercussões não podem ser compreendidas como questões estritamente individuais, mas como expressões das contradições estruturais do capitalismo, que fragilizam as condições de vida e proteção social da população idosa.

Nesse sentido, a hospitalização na velhice apresenta relação direta com as condições de vida construídas ao longo da trajetória dos sujeitos. Assim, a saúde não pode ser limitada ao enfrentamento de enfermidades, mas deve ser compreendida em sua totalidade, considerando fatores sociais, econômicos e relacionais que influenciam a qualidade de vida, como acesso à alimentação, realização de atividades diárias, autonomia e participação social. Nesse contexto, a atuação interdisciplinar e interprofissional torna-se essencial, uma vez que possibilita a articulação de diferentes conhecimentos e intervenções voltadas à integralidade do cuidado e à promoção do bem-estar da pessoa idosa (ANDREATTA, 2011).

De acordo com Andreatta (2011), a hospitalização do idoso é atravessada por uma dualidade: ao mesmo tempo em que representa a possibilidade de cura e cuidado, configura-se como um momento de ruptura com o cotidiano, com a autonomia e com o

ambiente doméstico. A autora destaca que o ambiente hospitalar, muitas vezes impessoal e tecnicista, tende a desconsiderar a subjetividade do idoso, focando exclusivamente na patologia. Esse cenário é agravado pela lógica neoliberal que, ao priorizar a produtividade e a rotatividade de leitos, acaba por "coisificar" o paciente idoso, na qual sua existência é reduzida a dados de custo.

Apesar dos avanços normativos conquistados nas últimas décadas, a atenção à saúde da pessoa idosa ainda enfrenta obstáculos que dificultam a materialização dos direitos assegurados legalmente. Nesse sentido, Keinert e Rosa (2009) apontam alguns dos principais desafios presentes na organização dos serviços de saúde destinados a essa população:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, conforme previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (KEINERT; ROSA, 2009, p. 6 e 7).

Dessa forma, compreender a saúde da pessoa idosa exige considerar o envelhecimento como um processo socialmente determinado e reconhecer os desafios impostos à organização do cuidado em saúde, especialmente no contexto hospitalar, onde se evidenciam demandas relacionadas à integralidade da atenção, à articulação da rede de cuidados e à construção de estratégias que garantam a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

A falta de um momento especializado focado no suporte para o período pós-hospitalar constitui um desafio na garantia da continuidade da atenção à saúde. Muitas pessoas idosas retornam ao domicílio sem acesso adequado a serviços de assistência domiciliar, reabilitação ou acompanhamento ambulatorial especializado. Isso reflete a insuficiência de investimentos públicos em políticas de cuidado de longa duração e a transferência crescente da responsabilidade do cuidado para as famílias, especialmente para as mulheres, que historicamente assumem o papel de cuidadoras (ANDREATTA, 2011).

Nesse cenário, a Política Nacional de Humanização (PNH) Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2003 no âmbito do SUS, contribui para o debate da desospitalização e da continuidade do cuidado. Essa política tem como finalidade executar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, classificando a saúde pública no Brasil e colaborando com trocas solidárias entre gestores, funcionários e usuários. Mais conhecida como “HumanizaSUS”, tem como objetivo colocar os indivíduos no centro do cuidado, reconhecendo os vínculos, a escuta qualificada, o acolhimento e o comprometimento entre todos os envolvidos (BRASIL, 2025).

A Política Nacional de Humanização tem como efeitos esperados:

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2025)

Essa perspectiva de humanização dialoga diretamente com a atuação da Vigilância Sanitária, que assume um papel fundamental na regulamentação, fiscalização e controle das instituições que prestam assistência à pessoa idosa. Para que as diretrizes da PNH, como o acolhimento e a valorização do trabalho, não permaneçam apenas no plano abstrato, é essencial que o aparato de vigilância assegure que os ambientes hospitalares e as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) ofereçam atuação interdisciplinar, conduta ética, recuperação e reabilitação, familiaridade com ações de prevenção e a manutenção de processos de educação contínua (ANDREATTA, 2011).

Dessa forma, a Vigilância Sanitária opera como um braço operacional da humanização ao monitorar processos assistenciais e prevenir riscos. Quando a vigilância fiscaliza a qualidade de um serviço, ela está, em última instância, garantindo o direito do sujeito envelhecido a um atendimento que não apenas cure sua patologia, mas que preserve sua autonomia e integridade física e moral, conforme preconizado tanto pela PNH quanto pelo arcabouço legal do SUS (ANDREATTA, 2011).

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria GM/MS nº 2.528/2006. Essa política também reconhece que a perda da capacidade funcional constitui um dos principais desafios do envelhecimento,

orientando ações de saúde voltadas à preservação da independência e da qualidade de vida das pessoas idosas (KEINERT; ROSA, 2009).

No que tange especificamente à desospitalização da pessoa idosa, a PNSPI considera necessário o enfrentamento de desafios como a escassez de estruturas especializadas de suporte para as pessoas idosas e seus familiares, com a finalidade de promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio (BRASIL, 2006). Segundo Andreatta (2011), esse momento de transição frequentemente é caracterizado pela ausência de orientações adequadas, seja pela fragilidade do diálogo entre médico/paciente ou pelo tempo insuficiente para o esclarecimento de dúvidas diversas, revelando uma lacuna essencial na atenção integral à pessoa idosa.

A análise da efetivação dos direitos da pessoa idosa no âmbito da atenção à saúde torna-se ainda mais complexa quando se considera a intensificação das crises sanitárias e sociais. Nesse sentido, o cenário recente da pandemia de COVID-19 evidenciou, de forma contundente, os limites estruturais do sistema de saúde e as fragilidades historicamente acumuladas na proteção social dessa população. A crise sanitária não apenas tensionou a capacidade de resposta dos serviços, como também expôs desigualdades pré-existentes no acesso ao cuidado, especialmente entre idosos em situação de maior vulnerabilidade social, funcional e econômica, revelando a insuficiência das redes de proteção e a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde.

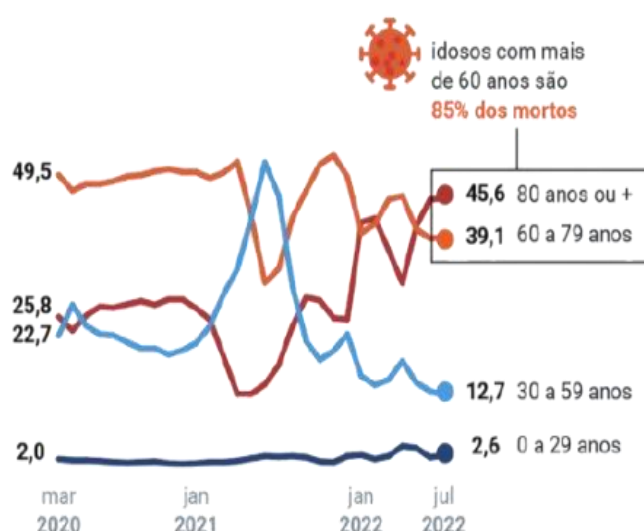
Essa realidade de desproteção e desmonte estatal atingiu seu ápice no Brasil durante a o contexto pandêmico a partir de 2020, aprofundando significativamente as contradições e vulnerabilidades do sistema de saúde brasileiro, com impactos devastadores e um descaso institucional com a população idosa. Nesse contexto, a pandemia não se constituiu apenas como uma crise sanitária, mas também como expressão das determinações sociais e políticas que atravessam o sistema de proteção social. Reis (2022) analisa como as ações governamentais do governo de Jair Bolsonaro (2019-2023)³ evidenciaram uma transição da proteção da vida para uma lógica de

³ O ex-presidente Jair Bolsonaro conduziu parte da sociedade a debates acrílicos e desprovidos de embasamento científico, uma vez que sua figura política influente amplificou a disseminação de informações sem comprovação científica sobre prevenção e tratamento da COVID-19. Ao instrumentalizar a estrutura estatal para difundir posicionamentos ideológicos em detrimento de diretrizes oficiais de saúde pública, o governo contribuiu para a crença em falsas narrativas, resultando na adesão da população a tratamentos ineficazes e na conseqüente perda de milhares de vidas. Esse fenômeno, amplificado em países liderados por políticos alinhados à extrema-direita, reforçou a dinâmica da pós-verdade, onde emoções e crenças ideológicas se sobrepõem aos fatos concretos. Esse processo de distorção da realidade fortaleceu a “semiologização da realidade”, na qual narrativas fantasiosas e descoladas dos fatos objetivos passaram a moldar a percepção coletiva, comprometendo a resposta racional e baseada na ciência durante a crise sanitária (PASSETTI; SIQUEIRA; MIRANDA, 2025, p.70.)

necropolítica, onde o descaso com medidas de isolamento e a demora na vacinação expuseram intencionalmente as pessoas idosas ao risco de morte, revelando como o sistema trata-os como "descartáveis" quando este não atende mais aos interesses de acumulação do capital.

Sob a lógica neoliberal de extrema-direita, o Estado abandonou as populações de maior vulnerabilidade, em especial as pessoas envelhecidas, tratando o vírus não como um inimigo a ser combatido, mas como uma ferramenta de eliminação de setores sociais indesejáveis ao capitalismo financeiro. Esse abandono institucional manifestou-se por meio de um negacionismo científico sistemático, que classificou a gravidade da doença como uma "fantasia" ou "gripezinha", desautorizando o isolamento social e retardando a aquisição de vacinas e insumos básicos. O resultado foi um desastre humanitário onde pessoas com 60 anos ou mais compuseram mais de 73% do total de óbitos no país até abril de 2021 (REIS, 2022). Os dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-gripe) analisados pelo Portal poder 360 em 2022 apontaram que a morte de pessoas idosas em 2021 chegou a 80%, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Mortes de idosos durante a pandemia Covid-19 (2019-2022)



Fonte: SIVEP-gripe (2022)

Elaboração: Portal poder 360 (2022)

Dessa forma, pode-se afirmar que a materialização dos direitos garantidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa, que prevê a prioridade absoluta no atendimento à saúde, foi violentamente confrontada pelo (des)financiamento estrutural do SUS. Reis (2022) destaca que o sistema já operava sob a asfixia da Emenda Constitucional 95/2016 (Teto de Gastos)⁴, que retirou bilhões da saúde pública, fragilizando a rede antes mesmo do colapso pandêmico. Assim, a ausência de recursos, aliada à recusa governamental em coordenar uma resposta nacional eficaz, condenou milhares de idosos a mortes indignas e evitáveis (REIS, 2022).

Por fim, o sofrimento gerado pelo descaso governamental atingiu também a subsistência das famílias da classe trabalhadora. Em milhões de lares brasileiros, a pessoa idosa figura como o principal provedor de renda através de sua aposentadoria ou Benefícios de Prestação Continuada (BPC), a morte desses sujeitos aprofundou grupos familiares inteiros na miséria e na desproteção social. Evidencia-se, portanto, que a gestão da pandemia no Brasil operou como um caos sanitário construído, no qual o Estado, em vez de atuar como "fazedor" e protetor universal, agiu como agente da desproteção, reafirmando as fraturas de um modelo de desenvolvimento que sacrifica vidas humanas no altar da rentabilidade do mercado (REIS, 2022).

A experiência de hospitalização durante a pandemia deixou marcas profundas na população idosa e em seus familiares, incluindo traumas psicológicos. Muitos desses indivíduos que sobreviveram à COVID-19 enfrentam sequelas físicas e psicológicas, incluindo síndrome pós-COVID-19., sem acesso adequado a serviços de reabilitação e saúde mental. Essa realidade revela que a hospitalização não é um evento isolado, mas parte de um processo contínuo de vulnerabilização que marca a vida da população idosa no capitalismo.

Diante desse cenário, observa-se que o processo de hospitalização e desospitalização da pessoa idosa envolve demandas sociais, familiares, emocionais e institucionais que não podem ser enfrentadas de forma fragmentada. As dificuldades relacionadas à continuidade do cuidado, à sobrecarga familiar, à garantia de direitos e à efetivação de uma atenção integral evidenciam que o atendimento à pessoa idosa exige a articulação entre diferentes áreas profissionais no interior dos serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se significativo analisar como é realizado o atendimento à pessoa idosa nos

⁴ A EC nº 95/2016 (Teto de Gastos), fruto das PEC's nº 241 e 55, inseriu vários dispositivos na carta Constitucional, criando um regime fiscal com um limite para os gastos públicos federais para um período de 20 anos. (MENEZES *et al.*, 2022, p. 1).

serviços de saúde, bem como os desafios enfrentados nessa dinâmica, a partir de artigos publicados nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2019 a 2025).

3.2 O atendimento à pessoa idosa em contexto hospitalar: análise a partir dos anais publicados nos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais (2019 a 2025)

Diante do contexto de precarização das políticas públicas de saúde e aprofundamento das expressões da questão social, torna-se essencial neste item analisar como tais determinações repercutem no atendimento à pessoa idosa em contexto de internação hospitalar.

Nesse sentido, em contexto de internação hospitalar, o Serviço Social atua diretamente nas diversas demandas apresentadas pela população trabalhadora envelhecida, bem como os dos seus familiares, atuando na mediação ao acesso aos direitos sociais, aos serviços de saúde e às políticas públicas, ao mesmo tempo em que enfrenta os limites institucionais impostos pelo desfinanciamento e pela precarização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, o presente item analisa os desafios do atendimento à saúde da pessoa idosa na atenção hospitalar, a partir dos trabalhos publicados nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), no período de 2022 e 2025, com destaque para as demandas que chegam para equipe multiprofissional e os desafios e possibilidades presentes no exercício profissional Assistente Social.

O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS)⁵ é considerado um dos maiores eventos do Serviço Social brasileiro. Segundo o site oficial do congresso, “há cinco décadas, o congresso abre espaço essencial para reflexão da categoria sobre atualidade dos desafios postos no cotidiano” (CBAS, 2025). Esse evento constitui-se como um momento de fortalecimento do compromisso coletivo da categoria com o Projeto ético-político profissional, em defesa de uma sociedade emancipada, sem exploração e opressão. Além disso, o CBAS destina-se aos profissionais que atuam diretamente no atendimento direto à população, para quem atua na pesquisa, na docência, bem como aos estudantes.

⁵ O CBAS é o maior e mais relevante evento da categoria profissional do Serviço Social no Brasil. Reunindo estudantes, docentes e trabalhadores de todo o país, o CBAS é um espaço de debate, troca de saberes, exposições de pesquisas e fortalecimento da profissão.

Realizado periodicamente desde 1974, o CBAS possui uma trajetória histórica marcada pelo compromisso crítico da categoria.

A série histórica dos CBAS remonta aos anos 1960 no Brasil, quando a categoria profissional dá início ao processo de renovação da profissão e coloca em xeque o caráter conservador do Serviço Social em toda a América Latina. Marco histórico desse processo é o III CBAS, realizado em 1979, e que ficou conhecido como “Congresso da Virada”, por expressar explicitamente o direcionamento anticapitalista e crítico ao conservadorismo que passa a hegemonizar as entidades organizativas, eventos e publicações da área (ABEPSS, 2025).

O CBAS é organizado pelas entidades nacionais do Serviço Social (Abepss, Cfess e Enesso). Neste congresso, são debatidos múltiplos temas que atravessam a realidade brasileira e o exercício profissional do assistente social, demarcando os alcances, limites e possibilidades da autonomia profissional nas instituições. Alguns exemplos do que é atravessado no dia a dia do trabalho profissional de assistentes sociais, destacam-se o desfinanciamento das políticas sociais, a crise climática, a LGBTQIA+Fobia, o patriarcado, o racismo. Dessa forma, observa-se que o CBAS se constitui como um importante espaço de reflexão crítica, de troca para renovar as forças de enfrentamento às demandas do trabalho (CBAS, 2025).

3.2.1 A pesquisa: os procedimentos metodológicos

A pesquisa teve como objetivo identificar as produções publicadas relacionadas ao atendimento à pessoa idosa no contexto hospitalar nos últimos dois congressos. A escolha do período recortado relaciona-se à disponibilidade dos materiais disponíveis para consulta no site do CBAS.

Para a identificação da produção relacionada ao tema nos anais do CBAS de 2022 e 2025 foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “idoso”, “saúde”, “envelhecimento” e “hospitalar”.

Em relação a palavra “idoso”, na busca de artigos no ano de 2022, foram identificados apenas 14 trabalhos publicados, após a análise dos estudos encontrados, optou-se pela seleção de um deles por apresentar maior alinhamento com a temática. Os demais trabalhos tratam em contextos locais específicos ou consistem em relatos de experiência, não contemplando de forma direta os aspectos centrais do contexto hospitalar. Nos trabalhos publicados nos anais de 2025, utilizando a mesma palavra

(idoso) surgiram 5 trabalhos, dentre eles, foi selecionado um estudo por apresentar maior aproximação com a temática deste trabalho.

Já em relação ao descritor “saúde”, foram encontrados 278 trabalhos. Diante desse quantitativo expressivo, realizou-se uma análise criteriosa dos estudos, sendo selecionados aqueles que apresentavam maior relação com o objeto de investigação e com os objetivos desta pesquisa. Quanto ao termo “envelhecimento”, foram identificados 25 trabalhos, enquanto o descritor “hospitalar” resultou em 24 publicações. Em ambos os casos, os estudos selecionados foram aqueles que contribuíram de forma mais significativa para este trabalho.

A partir disso, foram selecionados um total de quatro artigos que apresentavam o atendimento de pessoas idosas no âmbito hospitalar. A partir da análise dos quatro trabalhos selecionados, buscou-se identificar as principais demandas apresentadas pela população idosa e suas famílias em contexto de internação e a relevância do trabalho em equipe multiprofissional na atenção à saúde da pessoa idosa.

Além disso, a pesquisa possibilitou refletir sobre os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no exercício profissional, especialmente diante da precarização das políticas públicas de saúde e das expressões da questão social que atravessam o processo de envelhecimento da classe trabalhadora. Por outro lado, os estudos analisados também evidenciaram possibilidades de atuação profissional pautadas na defesa dos direitos sociais, na articulação entre as diferentes categorias profissionais e na construção de estratégias voltadas à garantia de um cuidado integral à pessoa idosa.

Quadro 1- e Artigos selecionados (2022 e 2025) do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Nome do artigo	Autores	Ano da publicação no CBAS
A solidão do adoecer: os desafios na garantia do direito do idoso ao acompanhante no ambiente hospitalar	Dayanne De Moraes Ferreira, Maria Gomes Fernandes Escobar, Lilian Soares Silva	2022
O envelhecimento e o cuidado: as consequências do abandono parental durante o processo de desospitalização de pessoas idosas	Gabriele Amorim Cardoso, Marcela Lanes de Souza, Madalena Abrahão Neves, Cíntia Rocha dos Santos, Vanda Maria Alves de Amorim, Andressa da Silva de Moraes	2025
Residência Multiprofissional: Impactos da Precarização da Saúde e a Percepção dos Residentes sobre formação em Serviço Social na atenção ao idoso	Daiana dos Santos Clementino Ana Maria Santana de Alcântara	2025
Envelhecimento, Serviço Social e Cuidados Paliativos: Reflexões do Núcleo de Estudos de Envelhecimento e Serviço Social “Ivone Lara”	Andréa José Maria Elaine de Vargas Castro Andreia Santos Cordeiro	2025

Fonte: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (2022;2025)

Elaboração: Própria

3.2.2 As demandas das pessoas idosas e suas famílias em contexto de internação hospitalar

No primeiro artigo analisado “A solidão do adoecer: os desafios na garantia do direito do idoso ao acompanhante no ambiente hospitalar”, Ferreira, Escobar e Silva (2022) afirmam que a pessoa idosa representa, na lógica do capital, o ponto máximo da “improdutividade”. Diante de diversas formações familiares e comunitárias fragilizadas, muitas pessoas idosas são abandonadas ou encontradas em situações de descaso nas unidades de saúde. Os familiares e cuidadores apresentam demandas que refletem a precariedade da vida: a necessidade imperativa de trabalhar para sustentar a família, a sobrecarga de cuidar de outros membros dependentes, como crianças e outras pessoas idosas, ou por ter o mínimo de vínculo com o paciente idoso.

Nesse momento, a equipe de saúde, em especial o/a assistente social é acionado não apenas para “resolver” a ausência de um acompanhante, mas para garantir o direito essencial da pessoa idosa à continuidade do tratamento com dignidade. Muitos desses indivíduos estão em condições de total debilidade física e neurológica, dessa forma a ausência de um acompanhamento adequado impacta diretamente no processo de segurança da alta hospitalar.

No que se refere a demanda pelo acompanhante do/a idoso/a hospitalizada, cabe destacar a pressão neoliberal sobre o tempo do trabalhador: para o mercado de trabalho, o tempo dedicado ao cuidado de uma pessoa idosa hospitalizada é visto como “tempo desocupado”, não produtivo, o que gera o medo do desemprego e a impossibilidade de acompanhar o familiar idoso. Dessa forma, os velhos estão cada dia mais responsáveis por si mesmos e, paradoxalmente, responsáveis pelo cuidado de outros (netos, sobrinhos), invertendo os papéis de cuidado e aprofundando as expressões da questão social (FERREIRA; ESCOBAR; SILVA, 2022).

Além disso, a estrutura hospitalar muitas vezes não acolhe o acompanhante. Ferreira, Escobar e Silva (2022) denunciam que as unidades de saúde frequentemente carecem de estruturas básicas para os acompanhantes, que se veem obrigados a dormir em cadeiras de plástico e não têm direito à alimentação ofertada pelo hospital. Essas barreiras institucionais são determinantes na “decisão” da família em não permanecer na unidade, o que acaba sendo interpretado erroneamente apenas como “falta de afeto”, ignorando as determinações de classe.

No artigo “O envelhecimento e o cuidado: as consequências do abandono parental durante o processo de desospitalização de pessoas idosas”, de Cardoso *et al.* (2025),

observa-se a atuação do assistente social no processo de desospitalização da pessoa idosa, não se restringindo apenas à organização da alta social hospitalar, mas também à compreensão das condições objetivas necessárias para a continuidade do cuidado no pós-alta. Nessa perspectiva, o Serviço Social atua a partir de uma análise de totalidade, buscando compreender não apenas a dinâmica familiar, mas também de que maneira as determinações sociais interferem diretamente no processo saúde-doença. Assim, a intervenção profissional considera a realidade sócio-histórica, cultural e econômica vivenciada pelas famílias inseridas no modo de produção capitalista.

A partir dessa realidade, evidencia-se também a necessidade de suporte aos cuidadores de pessoas idosas, considerando os impactos físicos, emocionais e financeiros que o exercício do cuidado pode provocar. Frequentemente, os cuidadores familiares enfrentam dificuldades para conciliar o cuidado com outras responsabilidades cotidianas (MARIA; CASTRO; CORDEIRO, 2025). Além disso, observa-se a insuficiência de reconhecimento social e de políticas públicas voltadas ao apoio desses sujeitos, o que contribui para a intensificação da sobrecarga vivenciada no processo de cuidado.

3.2.3 O trabalho em equipe multiprofissional na atenção à pessoa idosa

No artigo “Residência Multiprofissional: Impactos da Precarização da Saúde e a Percepção dos Residentes sobre formação em Serviço Social na atenção ao idoso” as autoras Clementino e Alcântara (2025) salientam que o SUS enfrenta uma precarização do trabalho, conseqüentemente comprometendo a qualidade do atendimento aos pacientes. Com essa realidade, a Residência Multiprofissional em Saúde manifesta-se como um ponto inteligente de formação em serviço, com a finalidade de qualificar profissionais para trabalharem de forma interdisciplinar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Porém, a residência multiprofissional enquanto espaço de formação, também é atravessada pelos processos de precarização presentes no serviço de saúde, isso produz um cenário contraditório que interfere diretamente na experiência formativa quanto às condições de trabalho que os residentes vivenciam. Com base na percepção dos residentes, o artigo enfatiza que a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho dificultam uma atuação interprofissional.

Na análise do Serviço Social o desafio para o trabalho em equipe multiprofissional consiste em desvelar as determinações sociais do adoecimento que muitas vezes passam despercebidas por outros trabalhadores da área da saúde.

Maria, Castro e Cordeiro (2025), ao refletirem sobre o envelhecimento e os cuidados paliativos, destacam que a equipe multidisciplinar deve atuar na defesa da dignidade e do conforto do idoso, combatendo a visão de que pacientes em fim de vida ou com doenças crônicas não são prioridade. O Serviço Social atua aqui como o garantidor de que a voz do paciente idoso e de sua família seja ouvida, assegurando que o cuidado paliativo seja um direito e não uma forma de abandono institucional. Essas autoras afirmam que o trabalho multiprofissional em saúde frequentemente não reconhece adequadamente as contribuições específicas do Serviço Social, diminuindo a atuação profissional a atividades complementares. Essa desvalorização compromete a possibilidade de uma atuação verdadeiramente interprofissional, em que cada profissional contribui com sua especificidade para o cuidado integral.

Conforme apontam os estudos analisados, a articulação entre assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde permite uma compreensão multidimensional das necessidades do idoso e da sua família. Nesse contexto, o Serviço Social contribui com sua especificidade, a compreensão das determinações sociais, a mediação de conflitos familiares, a articulação de redes de apoio, a defesa de direitos e a promoção da autonomia do sujeito (Maria, Castro e Cordeiro, 2025).

3.3 Demandas e desafios no atendimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: um olhar do Serviço Social

No que se refere aos desafios e possibilidades apontados pelos autores dos artigos, destaca-se que as unidades de saúde devem assumir um caráter híbrido, responsabilizando-se não apenas pela atenção clínica aos pacientes. No caso de pessoas idosas em situação de ausência de suporte familiar e financeiro, evidencia-se a necessidade de um cuidado ampliado e de um olhar qualificado e atento às suas condições de vida (GROISMAN, 1999 apud FERREIRA; ESCOBAR; SILVA, 2022).

Conforme apontam as autoras, a garantia de um cuidado qualificado e atento enfrenta importantes barreiras no âmbito da saúde pública, especialmente relacionadas à precarização dos serviços e às restrições orçamentárias, o que compromete a efetivação da assistência integral à pessoa idosa. Nesse contexto, a atuação do assistente social no centro de saúde não se limita a essas dimensões, uma vez que o profissional busca apreender as múltiplas determinações das demandas apresentadas, visando construir

estratégias que assegurem a efetivação dos direitos da pessoa idosa, incluindo o direito ao acompanhamento.

Nesse contexto, o aumento do número de pessoas idosas desacompanhadas nas unidades de saúde relaciona-se às condições de vida historicamente marcadas pela exploração e pelas contradições próprias da sociedade capitalista. O chamado “abandono” familiar deve ser compreendido, portanto, a partir de uma análise mais ampla, que considere a insuficiência de suporte social e de políticas públicas voltadas ao cuidado e à proteção das famílias. Nesse sentido, torna-se necessária a consolidação de políticas sociais que ofereçam apoio efetivo às pessoas idosas e seus familiares, reafirmando o papel do Estado na garantia e no fortalecimento desses direitos. Assim, a responsabilidade pelo cuidado não pode ser atribuída exclusivamente à família, sob pena de desresponsabilização do Estado e da sociedade na proteção social desse grupo (FERREIRA; ESCOBAR; SILVA, 2022).

No que se refere à residência multiprofissional em saúde, as autoras Clementino e Alcântara (2025, p. 7) chamam atenção para o sucateamento dos serviços de saúde, expresso na insuficiência de recursos materiais e estruturais necessários ao funcionamento das instituições. Conforme apontam os autores, a falta de insumos, dietas hospitalares dificulta significativamente a articulação da rede de cuidados e a efetivação dos direitos dos usuários, evidenciando os limites impostos às políticas públicas em um contexto de restrição de investimentos sociais.

Nesse cenário, tais condições repercutem diretamente na possibilidade de efetivação do trabalho interprofissional, uma vez que a precarização material e organizacional dos serviços compromete os espaços de reunião, planejamento coletivo e discussão de casos, fundamentais para a integração das diferentes áreas de conhecimento. A sobrecarga de demandas assistenciais imediatas tende a reduzir o tempo destinado à reflexão conjunta e ao trabalho em equipe, fragilizando a construção de projetos terapêuticos compartilhados e a articulação entre os diferentes núcleos profissionais. Assim, ao mesmo tempo em que a residência se constitui como espaço privilegiado de formação em serviço e de vivência interprofissional, as condições concretas de trabalho podem tensionar essa proposta, produzindo fragmentação das práticas e dificultando a consolidação de uma atuação verdadeiramente integrada.

Adicionalmente, as autoras que discutem a residência multiprofissional em envelhecimento descrevem a presença de um ambiente hierarquizado e médico-centrado no contexto hospitalar. Nesse cenário, evidencia-se a dificuldade de garantia da

autonomia profissional, bem como a desvalorização de outros saberes em relação ao saber médico. Tal realidade pode ser observada no seguinte relato de uma das entrevistadas:

Lidar com a complexidade dos casos — que envolvem violência, racismo, homofobia e outras expressões da questão social — torna-se ainda mais desafiador quando é preciso “comprar brigas” para que a intervenção não seja revitimizadora e para que a história dos sujeitos seja preservada (Entrevistado 1) (CLEMENTINO; ALCÂNTARA, 2025, p. 7).

Nesse contexto, evidencia-se que a atuação do assistente social diante das demandas relacionadas ao envelhecimento e ao cuidado requer uma atenção ampliada da realidade social dos sujeitos, envolvendo também situações marcadas por conflitos familiares, violências e rompimento de vínculos afetivos. No processo de escuta das famílias, os profissionais do serviço social se deparam com relatos de abandono afetivo, violência doméstica e violência sexual vivenciados ao longo da trajetória de vida dessas pessoas, o que torna ainda mais complexo o processo de responsabilização familiar pelo cuidado da pessoa idosa. Dessa forma, compreende-se que a garantia dos direitos da pessoa idosa dependente de cuidados deve ser observada para além da lógica familista⁶, exigindo a atuação do Estado por meio da formulação e implementação de políticas sociais e serviços públicos capazes de assegurar proteção social e cuidado ao longo da vida (CARDOSO *et al.*, 2025).

No artigo “Envelhecimento, Serviço Social e Cuidados Paliativos: Reflexões do Núcleo de Estudos de Envelhecimento e Serviço Social “Ivone Lara””, Maria, Castro e Cordeiro (2025) ressaltam que os cuidados paliativos devem ser analisados para além de uma prática exclusivamente clínica, constituindo-se como uma abordagem ética e humanizada voltada ao cuidado de pessoas que vivenciam situações de sofrimento, especialmente quando não há possibilidades de cura. As autoras também destacam que o cuidado faz parte da trajetória histórica da humanidade, sendo a preocupação com a atenção destinada às pessoas acometidas por doenças sem possibilidade de cura.

As autoras também apontam que a implementação dos cuidados paliativos no Brasil enfrenta obstáculos de ordem cultural e estrutural, sobretudo devido à predominância do modelo biomédico. Nesse contexto, destaca-se que o próprio ambiente

⁶ O debate sobre cuidado ganhou visibilidade no Brasil em 1990 (Carloto, 2020); assim, o conceito de familismo integrou as políticas públicas, apontando a atribuição exclusiva de responsabilidade ao núcleo familiar, retirando do cenário coletivo problemas que também são responsabilidade do Estado (CARDOSO *et al.*, 2025, p.2).

hospitalar nem sempre consegue oferecer suporte humanizado adequado para esse momento da vida, evidenciando a importância do cuidado domiciliar e da atuação multiprofissional articulada entre assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos e demais profissionais da saúde (MARIA; CASTRO; CORDEIRO, 2025).

Nesse sentido, destaca-se também a necessidade de suporte aos cuidadores de pessoas idosas, considerando os impactos físicos, emocionais e financeiros que o exercício do cuidado pode provocar. Frequentemente, os cuidadores familiares enfrentam dificuldades para conciliar o cuidado com outras responsabilidades cotidianas (MARIA; CASTRO; CORDEIRO, 2025).

Essa realidade mostra que o cuidado à pessoa idosa, historicamente, tem sido atribuído à família como principal responsável pela proteção e assistência de seus membros. Entretanto, ao analisar a categoria gênero, observa-se que a responsabilidade pelo cuidado recai majoritariamente sobre as mulheres da família, evidenciando a divisão sexual do trabalho e a naturalização do papel feminino no exercício do cuidado (MARIA; CASTRO; CORDEIRO, 2025).

3.3.1 Relato de experiência de uma estagiária de Serviço Social em um hospital de alta complexidade

A experiência relatada neste trabalho foi vivenciada pela autora durante o estágio obrigatório em Serviço Social realizado no período de maio de 2024 a agosto de 2025, em um Hospital cem por cento SUS, localizado em Juiz de Fora-MG. Nesse contexto, foi possível acompanhar diferentes situações relacionadas ao processo de cuidado da pessoa idosa no ambiente hospitalar, especialmente no que se refere à alta hospitalar e à atuação da equipe multiprofissional em articulação com o Serviço Social.

O campo de estágio da autora foi um hospital-escola, caracterizado como uma Organização Social de Saúde (OSS) sem fins lucrativos e de natureza pública, cuja gestão é realizada por uma instituição privada de ensino superior. Essa relação é definida pelo hospital como “um convênio de cooperação mútua, num processo de cogestão, e tem por objetivo criar um novo centro de referência para a população de Juiz de Fora”. A instituição tem por objetivo, através do trabalho articulado com o poder público, ampliar a oferta de serviços de saúde de qualidade à parcela da população usuária do Sistema Único de Saúde.

A instituição foi fundada em primeiro de dezembro de mil novecentos vinte e seis (01/12/1926) enquanto entidade filantrópica para atendimento ginecológico e obstétrico. Em quinze de setembro de dois mil e cinco (15/09/2005) a instituição passa a ser um hospital geral, prestando assim, serviços de saúde das mais diversas especialidades. O Hospital está inserido no campo da política social de saúde e o atendimento da instituição é voltado para a população usuária do SUS, sendo credenciado à rede municipal desde 2013, com contratos com secretarias de saúde da região de abrangência e com a prefeitura de Juiz de Fora para o cumprimento de metas de atendimento.

O hospital conta atualmente com: 312 leitos ativos, todos destinados ao SUS; 40 leitos de UTI Adulto; 8 leitos de UTI Neonatal; 2 leitos de UTI Pediátrica; 10 leitos de Unidade Coronariana; 240 leitos de internação em enfermarias distribuídos em 7 unidades; 17 leitos de Pediatria; 11 leitos do Pronto Atendimento Infantil; Centro Cirúrgico com 8 salas cirúrgicas equipadas; Serviço de Hemodinâmica; Serviço de Hemodiálise com aproximadamente 50 máquinas e Serviços Especializados

A instituição é associada desde 2015 à Central de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) atendendo crianças e adultos de todo país para cirurgias cardíacas e procedimentos de hemodinâmica, Rede de Urgência e Emergência (RUE) além de oferecer serviços ambulatoriais e hospitalares de múltiplas especialidades que variam de níveis ambulatoriais a níveis de alta complexidade, sendo referência em AVC e trauma, UTI's adulto, neonatal, cardiologia intervencionista, cirurgias ortopédicas e bariátrica. Também há a oferta de serviços de fisioterapia, de odontologia, exames como ultrassonografia, raio x, colonoscopia, endoscopia.

A maior parte da população que é atendida é a população usuária do SUS que em sua grande maioria é pertencente à classe trabalhadora. Esses usuários chegam ao hospital na maioria das vezes por meio de encaminhamentos da rede de saúde e assistencial, essa troca ocorre em grande parte do tempo via SUSfácil⁷ e pelo SISREG⁸, ou quando é algum procedimento em que o hospital é referência e o usuário é encaminhado para fazer o procedimento.

⁷ O SUSfácil é um software de Regulação Assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais, garantindo, assim, melhorias constantes no acesso e atendimento prestado à população (SES-MG, 2011)

⁸ O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é um sistema web, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, aos estados e municípios, para o gerenciamento do Complexo Regulador, através dos módulos de regulação ambulatorial e hospitalar, que permitem a regulação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

No referido hospital, o Serviço Social desenvolve entrevista socioeconômica com candidatos à cirurgia bariátrica; orientações a usuários e acompanhantes; presta orientações e articular com a Rede transferência de pacientes que necessitam de TFD⁹ (Tratamento fora do domicílio); articular suporte com o Departamento de Internação Domiciliar (DID)¹⁰ e com as Secretarias de Saúde de outros municípios; acompanhamento de parturientes sem acompanhamento de pré-natal; acompanhamento de usuários de substâncias psicoativas; encaminhamentos de relatórios para Vara da Infância e da Juventude, CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Conselho Tutelar; participação das reuniões com equipe multidisciplinar (Round e Linha de Cuidados); transferências via defensoria de saúde; intermediação de reuniões entre usuários (e seus familiares) e equipe médica; assistência aos usuários em situação de vulnerabilidade social; não adesão ao tratamento; vítima ou suspeita de violência; pacientes desacompanhados; com vínculos afetivos/familiares fragilizados ou rompidos; pacientes sem identificação; Projeto Bate Papo com acompanhantes; atendimento ao público em geral.

Entre os principais atendimentos realizados às pessoas idosas no hospital, destacam-se as demandas relacionadas à desospitalização, à garantia de acompanhante, à articulação com a rede de saúde e assistência social, ao acesso a direitos sociais e ao suporte às famílias responsáveis pelo cuidado após a alta hospitalar. Também são realizadas orientações sociais aos usuários e familiares, solicitações e orientações do DID, bem como a articulação com Secretarias Municipais de Saúde de outros municípios, quando necessário, para viabilizar a continuidade do cuidado.

Além disso, o Serviço Social atua em articulação com a rede socioassistencial, especialmente com o CREAS, nos casos de violação de direitos da pessoa idosa, e com o Ministério Público, sobretudo em situações que envolvem suspeita de negligência ou omissão de cuidados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Nesses

⁹ O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) foi instituído pela Portaria SAS Nº 55/1999, e consiste em assegurar o encaminhamento do paciente atendido na rede pública conveniada ou contratada do SUS para tratamento médico a ser prestado em outra localidade, quando esgotados todos os meios de atendimento no local onde reside, e o deslocamento for maior que 50 km de distância (SECRETARIA DE SAÚDE-BAHIA)

¹⁰ O Departamento de Internação Domiciliar (DID) da Secretaria de Saúde (SS) oferece um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência. São disponibilizados aos pacientes atendidos pelo Departamento equipamentos hospitalares como cama, cadeira de rodas, cadeira de banho e aspirador. Também são fornecidos equipamentos de oxigenoterapia, insumos padronizados para o cuidado da paciente, além da assistência multidisciplinar prestada pelas equipes (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA).

contextos, o assistente social do hospital elabora relatório social com vistas a subsidiar as providências cabíveis pelos órgãos competentes.

Destaca-se, ainda, a participação em reuniões interprofissionais para discussão de casos, particularmente aqueles relacionados ao planejamento da alta hospitalar e à definição do destino da pessoa idosa após a internação. Nesse processo, também são realizadas orientações quanto ao acesso a direitos e serviços, incluindo a Defensoria Pública, fortalecendo a garantia de proteção social e o acesso à justiça.

O contexto hospitalar representa um espaço de expressão das contradições sociais que atravessam o processo de envelhecimento da classe trabalhadora. A hospitalização da pessoa idosa não pode ser compreendida apenas como um evento clínico isolado, mas como um momento que concentra e evidencia as múltiplas determinações sociais, econômicas e familiares que marcam a trajetória de vida desses sujeitos explorados. Conforme aponta Andreatta (2011), o processo de hospitalização da pessoa idosa implica transformações significativas na vida cotidiana, afetando tanto o sujeito hospitalizado quanto seus familiares, produzindo mudanças nas relações familiares, na dinâmica doméstica e na percepção que a pessoa idosa possui sobre sua própria vida.

Nesse contexto, o Serviço Social é demandado a atuar no enfrentamento das expressões da questão social que emergem no cotidiano hospitalar, compreendendo as determinações sociais que incidem sobre o processo saúde-doença da população idosa. Segundo Cardoso *et al.* (2025), o Serviço Social atua a partir de uma análise de totalidade, buscando compreender não apenas a dinâmica familiar, mas também considera fundamental compreender a realidade sócio-histórica, cultural e econômica vivenciada pelas famílias inseridas no modo de produção capitalista.

A atuação interprofissional constitui-se como elemento central para a efetivação de um cuidado integral à pessoa idosa no contexto hospitalar. A articulação entre assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e demais profissionais permite uma compreensão multidimensional das necessidades do paciente idoso e de sua família, superando a fragmentação do cuidado e a visão exclusivamente biomédica do processo de adoecimento (CLEMENTINO; ALCÂNTARA, 2025). Entretanto, como apontam as autoras, a precarização do SUS e a sobrecarga de trabalho dificultam uma atuação verdadeiramente interprofissional, revelando as contradições entre o direito formalmente garantido e as condições concretas de sua efetivação.

No hospital onde a autora realizou o estágio obrigatório, observou-se que, em alguns momentos, os profissionais de saúde se organizavam de forma a atender os

usuários de maneira considerada mais eficiente, articulando-se entre si para viabilizar atendimentos com a participação de diferentes categorias profissionais, esclarecendo dúvidas sobre casos e, quando necessário, solicitando intervenções multiprofissionais. Entretanto, também foram identificadas situações em que o conhecimento de profissionais de áreas não biomédicas é desvalorizado, com predominância do modelo biomédico. Nesse contexto, áreas como Psicologia e Serviço Social tendem a ser mais frequentemente afetadas por tais práticas, o que pode comprometer a efetividade do trabalho interprofissional e a integralidade da atenção.

Ainda que a instituição busque realizar, semanalmente, encontros da equipe multiprofissional voltados à discussão de casos de usuários com longos períodos de internação (nos quais, em grande parte, a atuação do Serviço Social se mostra fundamental) observa-se, em determinados contextos, uma tendência de desvalorização do trabalho do assistente social por parte da equipe médica. Tal dinâmica expressa assimetrias nas relações interprofissionais, que podem impactar a construção de práticas verdadeiramente integradas e comprometidas com a integralidade do cuidado.

Entretanto, ainda se observam situações em que o Serviço Social é reconhecido e valorizado no âmbito institucional. Tais ocorrências, embora menos frequentes, evidenciam que, apesar do incentivo institucional ao trabalho multiprofissional e interprofissional, o reconhecimento da atuação do assistente social tende a ser mais pontual. Um exemplo desses momentos se verifica nas reuniões de discussão de casos, especialmente quando há necessidade de um olhar profissional voltado às dimensões sociais que atravessam a situação dos usuários, ocasião em que a contribuição do Serviço Social é efetivamente considerada.

Dentre as situações acompanhadas pela autora relacionadas à internação de pessoas idosas, destaca-se o caso de uma paciente idosa, identificada neste trabalho pelo nome fictício de Maria Antônia. A paciente, que possuía renda de um salário-mínimo, já havia sido submetida a algumas intervenções cirúrgicas durante a internação, incluindo a realização de traqueostomia. Antes do adoecimento, Maria Antônia era uma pessoa autônoma e independente em suas atividades cotidianas.

A paciente contava com uma rede familiar ampla e participativa, composta por cinco irmãos, que realizavam visitas frequentes durante o período de internação. Diante dessa presença constante, o Serviço Social atuava de forma a flexibilizar os horários de visita, considerando o vínculo familiar, uma vez que a presença do acompanhante

contribui diretamente para o processo de recuperação do velho hospitalizado (FERREIRA; ESCOBAR; SILVA, 2022).

Com o decorrer da internação, a equipe médica e a fisioterapia passaram a discutir a possibilidade de alta hospitalar, uma vez que a paciente apresentava evolução clínica favorável. Nesse contexto, observou-se que havia suporte familiar para o cuidado pós-alta, e os familiares demonstravam interesse em levar a paciente para o domicílio, considerando inclusive a preocupação com o risco de infecções hospitalares, especialmente em razão da traqueostomia.

Diante da complexidade do cuidado necessário após a alta da usuária Maria Antonia, especialmente relacionado à manutenção da traqueostomia¹¹, a equipe multiprofissional identificou a necessidade de uma reunião familiar ampliada, com a participação do Serviço Social e da Psicologia, a fim de orientar detalhadamente os familiares sobre os cuidados exigidos.

Na reunião estavam presentes os cinco irmãos da paciente, além da equipe composta por médica responsável, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e estagiária. Durante o encontro, foram apresentados os aspectos clínicos do caso, bem como as orientações necessárias para o cuidado domiciliar, com ênfase nos procedimentos relacionados à traqueostomia e às possíveis intercorrências.

Durante a explicação, algumas das irmãs demonstraram insegurança diante da complexidade dos cuidados, chegando a expressar receio em realizar procedimentos como a higienização da traqueostomia. Uma outra relatou de forma mais enfática que conseguia realizar cuidados gerais, como alimentação e higiene, mas não se sentia capaz de executar procedimentos técnicos mais complexos, o que gerou tensão entre os familiares.

A experiência que a autora viveu também possibilitou refletir sobre os desafios que envolvem o processo de desospitalização da pessoa idosa, especialmente quando o cuidado passa a ser responsabilidade da família. No caso de Maria Antônia, observou-se o medo, a insegurança e a preocupação dos familiares diante da responsabilidade com os cuidados necessários após a alta hospitalar, principalmente em relação ao manejo da traqueostomia. Tal situação mostra que o cuidado à pessoa idosa exige não apenas orientações técnicas, mas também suporte emocional e social aos cuidadores familiares.

¹¹ A traqueostomia é um procedimento utilizado em pacientes com obstrução das vias aéreas ou que têm necessidade de assistência respiratória de forma prolongada (RIBEIRO, 2024).

Nesse contexto, Cardoso *et al.* (2025) destacam que o processo de desospitalização da pessoa idosa ultrapassa a organização da alta hospitalar, exigindo o conhecimento das condições sociais para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar. Assim, o Serviço Social atua considerando as diversas determinações sociais presentes na vida das famílias, compreendendo que questões econômicas, sociais, estruturais, emocionais e familiares interferem diretamente no processo de cuidado.

Diante dessa situação, a equipe reforçou a importância do processo de treinamento familiar, sendo acordado que, ao longo de uma semana, os irmãos participariam de treinamentos práticos no hospital, com o objetivo de aprender os cuidados necessários e esclarecer dúvidas relacionadas ao cuidado da paciente após a alta.

Observou-se também que, entre os familiares, uma das irmãs, que já possuía a responsabilidade de cuidar de outro irmão com condição psicossocial dependente, apresentou maior disponibilidade e segurança para assumir os cuidados principais da Maria. A partir de uma decisão familiar, ela foi indicada como principal cuidadora após a alta hospitalar, mesmo diante da sobrecarga já existente em suas responsabilidades cotidianas. Essa realidade aproxima-se das reflexões de Maria, Castro e Cordeiro (2025), ao indicarem que os cuidadores familiares frequentemente enfrentam dificuldades para conciliar o cuidado com outras responsabilidades cotidianas, vivenciando impactos físicos, emocionais e financeiros consequentes dessa responsabilização.

Esse cenário evidencia a lógica familista presente nas políticas públicas e no discurso institucional, que atribui à família, e atribui especialmente às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelo cuidado (CARDOSO *et al.*, 2025). Essa tendência é intensificada pelas transformações socioeconômicas decorrentes da racionalidade neoliberal, que aprofunda a transferência de responsabilidades do Estado para o âmbito familiar, sobrecarregando sujeitos que já acumulam múltiplas demandas (FERREIRA; ESCOBAR; SILVA, 2022). Nesse contexto, observa-se a sobrecarga dos cuidadores familiares, que frequentemente precisam conciliar o cuidado com outras atividades do cotidiano, aspecto amplamente discutido na literatura sobre o cuidado informal e suas implicações sociais, bem como sobre a questão de gênero que historicamente perpassa essas relações (MARIA; CASTRO; CORDEIRO, 2025).

Além disso, destaca-se a insuficiência ou ausência de políticas públicas de apoio aos cuidadores. Como apontam Cardoso *et al.* (2025), as famílias funcionam como amortecedores das crises sociais, absorvendo grande parte dos impactos gerados pela fragilidade das políticas públicas na assistência ao cuidado pós-alta hospitalar.

A atuação colaborativa entre os diferentes profissionais evidenciou a importância do trabalho multiprofissional no atendimento à pessoa idosa no âmbito hospitalar. A articulação entre Medicina, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social possibilitou um atendimento completo às necessidades da paciente e de sua família, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também as dimensões sociais e emocionais envolvidas no processo de alta hospitalar. O caso relatado coaduna-se com a discussão de Clementino e Alcântara (2025), ao evidenciarem que a atuação multiprofissional constitui elemento essencial para a efetivação de um cuidado integral e humanizado no âmbito do SUS.

Nessa perspectiva, defende-se que o trabalho interprofissional não se reduz à simples justaposição de saberes técnicos de diferentes áreas, mas implica uma prática colaborativa em que os profissionais têm como finalidade realizar ações em conjunto voltadas a objetivos comuns. Uma prática interprofissional colaborativa focaliza a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, na qual os profissionais buscam realizar um trabalho colaborativo com ações coletivas que resultam em uma atenção mais adequada para responder às necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade. No contexto da pessoa idosa hospitalizada, essa perspectiva torna-se ainda mais relevante, uma vez que as demandas apresentadas frequentemente envolvem dimensões clínicas, sociais, emocionais e familiares que não podem ser enfrentadas de forma isolada por nenhuma categoria profissional.

Além disso, Keinert e Rosa (2009) ressaltam que o envelhecimento populacional impõe desafios que demandam respostas articuladas entre diferentes profissionais e serviços, sobretudo diante da complexidade das necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas idosas. Nesta experiência, observou-se que a atuação entre profissionais de saúde favoreceu não apenas a orientação técnica dos familiares, mas também o acolhimento de suas inseguranças e dificuldades diante da responsabilidade do cuidado. Dessa forma, compreende-se que o trabalho interprofissional não representa apenas a soma de diferentes saberes, mas a construção compartilhada de intervenções capazes de promover um cuidado mais qualificado, integral e compatível com as necessidades reais do paciente envelhecido.

Diante do exposto, defende-se que o trabalho interprofissional não é apenas uma estratégia técnica de organização dos serviços de saúde, mas uma exigência ética e política para a garantia dos direitos da pessoa idosa. Em um contexto de aumento da precarização do SUS e de aprofundamento das expressões da questão social que

atravessam o envelhecimento da classe trabalhadora, a atuação isolada de qualquer categoria profissional é insuficiente para responder à complexidade das demandas apresentadas por essa população. O cuidado integral à pessoa idosa hospitalizada exige que os diferentes saberes profissionais se articulem de forma colaborativa, com respeito às especificidades de cada área e compromisso coletivo com a defesa da dignidade e dos direitos dos sujeitos.

Após a reunião, o Serviço Social também apresentou os recursos institucionais disponíveis, incluindo a possibilidade de flexibilização de visitas e o acompanhamento multiprofissional durante o processo de adaptação familiar. Ao longo da semana de treinamento, observou-se que os familiares passaram a demonstrar maior segurança em relação aos cuidados necessários, retornando ao setor de Serviço Social e à Psicologia para compartilhar suas experiências e evolução no aprendizado.

Esse processo evidenciou a importância da atuação interprofissional no planejamento da alta hospitalar, bem como o papel do Serviço Social na mediação entre equipe de saúde, paciente e família, contribuindo para a garantia de um cuidado mais qualificado e para a preparação da rede de apoio para o cuidado domiciliar. Contudo, tal atuação se desenvolve em um contexto de crescente precarização do SUS, que impõe desafios concretos ao exercício profissional, comprometendo as condições necessárias e importantes para uma intervenção qualificada junto à população idosa (CLEMENTINO; ALCÂNTARA, 2025).

Nesse sentido, quando o Serviço Social é acionado para o processo de desospitalização, frequentemente é feita uma pressão para a família assumir a responsabilidade, sem que se considere de forma adequada os aspectos sociais, econômicos e emocionais em que aquela família está inserida (CARDOSO *et al.*, 2025). A experiência vivenciada com Maria Antônia evidencia que o cuidado qualificado à pessoa idosa hospitalizada exige, para além da competência técnica, o reconhecimento das determinações sociais que atravessam cada família, reafirmando o compromisso do Serviço Social com a integralidade e com a defesa dos direitos da pessoa idosa.

4. CONCLUSÃO

O percurso analítico empreendido neste Trabalho de Conclusão de Curso permitiu compreender o envelhecimento da classe trabalhadora em sua dimensão totalizante, situando-o para além de suas determinações biológicas e individuais. Ao longo dos dois capítulos, buscou-se demonstrar que a velhice não é uma experiência universal e homogênea, mas um processo socialmente determinado, profundamente marcado pelas condições materiais construídas ao longo da trajetória de vida dos sujeitos, especialmente pela sua inserção no mundo do trabalho e pelo lugar que ocupam nas relações sociais de produção capitalista.

Evidenciou que, na sociedade capitalista, o trabalho assume uma forma alienada e subordinada aos interesses da acumulação do capital. A força de trabalho, transformada em mercadoria, é intensamente explorada ao longo da vida produtiva dos sujeitos, e as consequências desse desgaste recaem sobre os próprios trabalhadores quando chegam à velhice. Ao perderem sua capacidade de produzir, os trabalhadores velhos deixam de interessar ao capital e passam a ser progressivamente excluídos do mercado de trabalho e desassistidos pelo Estado, compondo o que Marx (2013) denominou de exército industrial de reserva.

A análise das políticas sociais voltadas à população idosa demonstrou seu caráter intrinsecamente contraditório. Se, por um lado, representam conquistas históricas das lutas sociais da classe trabalhadora, expressas na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por outro, encontram-se permanentemente tensionadas pelos interesses do capital, que impõem limites estruturais à sua efetivação universal. As sucessivas contrarreformas previdenciárias, especialmente a Emenda Constitucional nº 103/2019, evidenciaram com clareza como o Estado, sob a lógica neoliberal, prioriza o equilíbrio fiscal em detrimento da proteção social, tratando as pessoas idosas como variáveis de ajuste, e não como sujeitos de direitos.

Nessa direção, a análise do direito à saúde da pessoa idosa e das questões que atravessam os processos de hospitalização e desospitalização é fundamental, sobretudo diante do atual contexto de acelerado envelhecimento populacional. Trata-se de um fenômeno que tende a se intensificar nas próximas décadas, exigindo do Estado e das políticas sociais respostas que garantam proteção social efetiva e não apenas formal.

Nesse sentido, a defesa do conceito ampliado de saúde, construído no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, mostra-se central. Tal concepção compreende a saúde como resultado das condições de vida e das determinações sociais do processo saúde-doença, superando uma visão restrita ao aspecto biológico. Contudo, observa-se que esse projeto vem sendo tensionado e fragilizado pelas dinâmicas do capitalismo contemporâneo, especialmente sob a lógica neoliberal, que restringe direitos e limita a capacidade de universalização das políticas públicas.

Nessa perspectiva a análise dos artigos publicados nos Anais do CBAS de 2022 e 2025 permitiu identificar que o chamado "abandono" familiar não pode ser compreendido como apenas ausência de afeto ou desresponsabilidade familiar, mas deve ser situado no conjunto das determinações de classe que marcam a vida da população trabalhadora, revelando a insuficiência de políticas públicas de cuidado e a transferência crescente de responsabilidades do Estado para as famílias.

Por fim, o relato de experiência do estágio obrigatório buscou contribuir para materializar essas reflexões teóricas na realidade concreta do cotidiano institucional. O caso relatado buscou demonstrar que o processo de desospitalização da pessoa idosa não é simples, pois é atravessado por múltiplas determinações sociais, econômicas e familiares que não podem ser enfrentadas de forma fragmentada.

A experiência de estágio também evidenciou os desafios concretos do exercício profissional do Serviço Social no contexto hospitalar. A precarização do SUS, a sobrecarga de demandas, a insuficiência de recursos materiais e a prevalência do modelo biomédico constituem obstáculos reais à efetivação do trabalho interprofissional e à garantia da integralidade do cuidado. A tendência de desvalorização do Serviço Social por parte de algumas equipes médicas, identificada tanto na literatura quanto no cotidiano do estágio, reforça a necessidade de afirmação permanente do Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social brasileiro.

Diante do exposto, este trabalho reafirma que o envelhecimento da classe trabalhadora é uma questão estrutural, que não pode ser enfrentada por meio de discursos individualizantes sobre envelhecimento ativo ou terceira idade como melhor idade. Tais narrativas, ao responsabilizarem os próprios sujeitos pela qualidade de sua velhice, ocultam as determinações estruturais que produzem o envelhecimento precário para a maioria da população trabalhadora, funcionando como mecanismos ideológicos a serviço da lógica neoliberal de reprivatização das formas de proteção social.

Por fim, considera-se que este trabalho, ao articular reflexão teórica, análise bibliográfica e experiência de estágio, contribui para o debate do Serviço Social sobre o envelhecimento, o direito à saúde e a desospitalização, reafirmando o compromisso ético-político da profissão. Compreende-se que o aprofundamento dessa temática é não apenas academicamente relevante, mas politicamente necessário, diante do acelerado envelhecimento populacional brasileiro e do avanço das forças conservadoras que ameaçam os direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA GOV. **Projeção do IBGE mostra que população do país vai parar de crescer em 2041**. Disponível em: <<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>>. Acesso em: 30 mai. 2026.
- ALVES, Laís Lopes. **Envelhecimento e Saúde: questões para o Sistema de Justiça brasileiro**. In: TEIXEIRA, Solange Maria (org.). *Envelhecimento e políticas públicas*. Parnaíba: Editora Terra sem Amos, 2024. p. 83-95.
- ANDREATTA, Ana Paula Fabbris. **Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso**. 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ARANTES, Thiago Ramalho de Rezende. **Pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e revisão sistemática: aspectos definidores e breves considerações**. *Cadernos de Estudos Interdisciplinares*, v. 7, n. 2, p. e722501, 2025. DOI: <<https://doi.org/10.5281/zenodo.15799019>>. Disponível em: <<https://zenodo.org/records/15799019>>. Acesso em: 20 jun. 2026.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Quais os critérios para inserir-se no Tratamento Fora do Domicílio (TFD)?** Salvador: SESAB, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/pergunta/quais-os-criterios-para-inserir-se-no-tratamento-fora-do-domicilio-tfd/>>. Acesso em: 19 jun. 2026.
- BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. **POLÍTICA SOCIAL: fundamentos e história**. 9ªed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional n.º 116/2022. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2022.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Regulação (SISREG)**. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Senado Federal. **Com votos da oposição, reforma da Previdência tem aprovação final e vai à promulgação**. Brasília, DF, 11 dez. 2003.

BRITO, Fernando César; RAMOS, Luiz Roberto. **Serviços de atenção à saúde do idoso**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (org.). *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 671-679.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez; UFRJ, 1996.

CARDOSO, G. *et al.* **O envelhecimento e o cuidado: as consequências do abandono parental durante o processo de desospitalização de pessoas idosas**. In: XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2025, Salvador. *Anais*.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS). **Página institucional**. [S. l.]: CBAS, [s. d.]. Disponível em: <<https://www.cbases.com.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2026.

CLEMENTINO, D. S.; ALCÂNTARA, A. M. S. **Residência multiprofissional**: impactos da precarização da saúde e a percepção dos residentes sobre formação em Serviço Social na atenção ao idoso. In: XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2025, Salvador. *Anais*.

DE CASTRO PERES, Marcos Augusto. A gerontologia e a velhice como uma expressão da questão social: a atuação política das entidades científicas do envelhecimento. **Pós - Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, Brasília, Brasil, v. 18, n. 2, p. 155–171, 2024

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990**: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P.385-434.

FEITOSA DE CARVALHO PEDROZO GONÇALVES, Monica; BARRETO MORAES, Mário César; BETENCOURT DA CÂMARA, Stella Margarida. O papel social da pessoa idosa: reflexões sob as lentes da teoria crítica do envelhecimento. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 77, p. 224–238, 2024. DOI: 10.12957/teias.2014.81355.

FERRARO, Suzani Andrade. **As emendas constitucionais n. 20/1998 e n. 41/2003 e o equilíbrio financeiro e atuarial nos regimes de previdência social**. 2007. 262 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

FERREIRA, D. M.; ESCOBAR, M. G. F.; SILVA, L. S. **A solidão do adoecer: os desafios na garantia do direito do idoso ao acompanhante no ambiente hospitalar**. In: XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 2022. *Anais*.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Emenda constitucional 88/2015 e aposentadoria compulsória**, Belo Horizonte, ano 4, n. 19, p. 69-80, out./dez. 2015.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Determinantes sociais da saúde do idoso**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 123–133, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRANEMANN, S. A Reforma da Previdência do governo Lula: argumentos e perspectivas de classe. **Revista outubro**, v.7, n.9, p.113-124, 2003.

GRAU, Eros Roberto. **A ordem econômica na Constituição de 1988**: interpretação e crítica. São Paulo: Malheiros.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Rio de Janeiro: IBGE, 27 out. 2023.

JUIZ DE FORA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Departamento de Internação Domiciliar**. Juiz de Fora: PJF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/departamento_internacao_domiciliar.php>. Acesso em: 19 jun. 2026.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional**. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, n. 47, p. 4–8, 2009.

LIMA NETO, Bento José. Redes Sociais, Desinformação e Liberdade de Expressão nas Eleições: Fundamentos Constitucionais e Responsabilidade das Plataformas Digitais. **Caderno Virtual**, [S. l.], v. 1, n. 64, 2026. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/8706>>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MALI, Tiago. **Idosos acima de 80 já são quase metade das mortes por covid**. *Poder360*, 10 ago. 2022. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/idosos-acima-de-80-ja-sao-quase-metade-das-mortes-por-covid/>>. Acesso em: 14 jun. 2026.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2017

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **SUSfácil – Sistema de Regulação Assistencial**. Belo Horizonte: SES-MG, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/programas_e_acoes/susfacil-sesmg/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

NETTO, José Paulo. **Transformações societárias e Serviço Social**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 5, p. 86–131, 1996.

NETTO, José Paulo. **Uma face contemporânea da barbárie**. In: III ENCONTRO INTERNACIONAL SOCIALISMO OU BARBÁRIE, Serpa, 2010.

NETTO, José. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis** – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), n. 3, p. 41 -50, jan./jun. 2001

PAIVA, Beatriz Augusto de; OURIQUES, Nildo Domingos. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 166-175, jul./dez. 2006.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. Tese (Doutorado em Serviço Social), UFPE, Recife, 2012.

PASSETTI, Maria Clara; SIQUEIRA, Lúcio Willian Mota; MIRANDA, Ana Júlia. **Ações e omissões do governo federal durante a pandemia: Fake news, pós-verdade e desinformação no Brasil**. *Sortuz*, v. 15, n. 1, p. 56–79, 2025.

RAUTH, Jussara; PY, Ligia. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, e as lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da Política Nacional do Idoso. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016, p. 51-62

REIS, Aparecido Francisco dos. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 25, n. 2, 2022.

RIBEIRO, Maiara. **O que é traqueostomia? 6 perguntas e respostas sobre o procedimento**. *Portal Drauzio Varella*, 18 abr. 2024. Disponível em: <<https://drauziovorella.uol.com.br/otorrinolaringologia/o-que-e-traqueostomia-6-perguntas-e-respostas-sobre-o-procedimento/>>. Acesso em: 19 jun. 2026.

ROSA, Nalbert. **Relato de experiência: saiba o que é e como fazer o seu**. Disponível em: <<https://blog.mettzer.com/relato-de-experiencia/>>. Acesso em: 19 jun. 2026

ROZENDO, Jefferson Florencio; SABINO, Carla Joyce Castro; NOBRE, Fernando Michael Pereira. OS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 20/98 NA PREVIDÊNCIA SOCIAL SOB A LUZ DA INCLUSÃO SOCIAL. **Revista Valore**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 15–26, 2022. DOI: 10.22408/reva722022110715-26

SILVA, Danúbia de Brito Rodrigues. **O direito de saúde da pessoa idosa em consonância com o Serviço Social**. 2024. 95 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2024.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

SOARES, Nanci; TEIXEIRA, Solange Maria. **Os desdobramentos da globalização neoliberal para o cuidado**. In: TEIXEIRA, Solange Maria (org.). *Envelhecimento e políticas públicas*. Parnaíba: Editora Terra sem Amos, 2024. p. 125-139.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria (org.). **Envelhecimento e políticas públicas**. Parnaíba: Editora Terra sem Amos, 2024.

TEIXEIRA, Solange Maria. O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 17, n. 1, p. 126-137, jan./jul. 2018.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento, família e políticas públicas**: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, n. 137, p. 135–154, 2020.

VERAS, R. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Maria. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018.

VILASANTI, Viviane Soares; PACÍFICO, Marsiel. Corpo feminino, envelhecimento e Indústria Cultural: uma análise de propaganda à luz da Teoria Crítica. **Mídia e Cotidiano**, Niterói, v. 16, n. 1, p. 179-200, jan./abr. 2022. DOI: <<https://doi.org/10.22409/rmc.v16i1.51624>>.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil**. *Temporalis*, ano 2, n. 3, p. 33-39, 2001.