

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**DENISE PRADO DE OLIVEIRA**

**OS DESAFIOS DA ALTA RESPONSABILIDADE PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO  
BRASIL**

JUIZ DE FORA

2023

**DENISE PRADO DE OLIVEIRA**

**OS DESAFIOS DA ALTA RESPONSABILIDADE PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO  
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Faculdade de Serviço  
Social da Universidade Federal de Fora  
como requisito à obtenção do grau de  
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Estela Saleh da Cunha

Juiz de Fora

2023

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

Prado de Oliveira, Denise .

Os desafios da alta responsável para a população idosa no Brasil / Denise Prado de Oliveira. -- 2023.  
80 f.

Orientadora: Estela Saleh da Cunha

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2023.

1. Envelhecimento. 2. Alta responsável. 3. Cuidados. 4. Serviço Social. I. Saleh da Cunha, Estela, orient. II. Título.



**Denise Prado de Oliveira**

**Os desafios da alta responsável para a população idosa no Brasil**

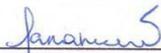
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Política de Ação do Serviço Social, como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social, na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador(a): Prof.ª Dr.ª Estela Saléh da Cunha

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 07 de dezembro de 2023, por banca composta pelos seguintes membros:



Estela Saléh da Cunha  
Dr.ª em Serviço Social



Marina Monteiro de Castro e Castro  
Dr.ª em Serviço Social



Wássila Mariana Recepute Veloso  
Me. em Serviço Social

Nota: 100

Juiz de Fora  
Dezembro/2023

Dedico este trabalho a todos os velhos e velhas que passaram pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), durante meu estágio obrigatório na referida instituição, que mesmo sem saberem foram fonte de inquietação para esta graduanda.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente e principalmente, à Deus pela oportunidade de concluir a graduação e receber o título de bacharel em Serviço Social. Sem ele nada do que foi feito seria possível. Quando eu não tinha mais forças, ele a renovava, quando eu não me sentia capaz, ele me capacitava e todas as vezes que eu pensei em desistir, ele segurou em minha mão e caminhou comigo. Te amo Deus!

Agradeço ao meu esposo Beto por todas as palavras de ânimo, por todo companheirismo e parceria para que eu pudesse chegar até aqui sem nunca ter cobrado nada. Você é meu esteio. Te amo!

Agradeço às minhas filhas, Daniela e Maria Cecília, por toda paciência e por todo esforço para entenderem minha ausência, quando eu sei que o que vocês queriam era minha presença. Com os olhos marejados eu lhes digo que semeamos com lágrimas, colheremos com alegria.

Agradeço a minha família de sangue e a minha família da fé por terem sido tão presentes, durante toda a graduação. Mãe, Bruna e Joceane obrigada por terem sido abrigo para minhas filhas. Sogros, obrigada por terem me sustentado em oração. Irmãos e cunhados, obrigada por todas as palavras de encorajamento. Muitas vezes vocês acreditaram mais em mim que eu mesma. Pastora Angélica e Pastor Marcos, obrigada pela amizade e por inúmeras vezes terem sido instrumentos de Deus para abençoar minha vida.

Agradeço às minhas amigas Priscila, Iracy e Marylene por todo apoio emocional e por toda contribuição intelectual que vocês me deram durante o Ensino Remoto Emergencial. Jamais esquecerei.

Agradeço a todos que passaram por minha trajetória na faculdade, mas em especial, aos que ficaram. Nayara, Lívia e Igor, obrigada por não soltarem a minha mão, por todas as conversas e por sempre terem respeitado minhas escolhas. Ainda bem que eu tive vocês. Jade, Iara e Cristiane, vocês chegaram depois, mas ocuparam igualmente um espaço em meu coração e deixaram suas marcas. Coincidentemente, as três são de outros municípios, o que nos deixa um pouco mais distante geograficamente, mas nada que o whatsapp não resolva. Obrigada por tudo, sentirei saudades!

Agradeço a prof<sup>a</sup> Estela Saléh da Cunha, por ter aceitado me orientar no Trabalho de Conclusão de Curso. Estela, obrigada por seu compromisso, por sua

disponibilidade e pelo seu envolvimento com o tema. Sei que foi um desafio pra você assumir essa orientação e, ainda sim, você me “escolheu”. Sua responsabilidade fez aflorar ainda mais a minha. Obrigada por ter compartilhado comigo uma fração da pessoa intelectual que você é, você tem minha admiração e respeito.

Agradeço a Wássila Recepute, minha supervisora de estágio, por todas as trocas, por todas as reflexões, por ter me permitido protagonizar meu processo de estágio sob sua supervisão e por ter influenciado minha escolha pelo tema deste Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por ter conduzido a supervisão de estágio com tanta doçura e delicadeza.

Agradeço a prof<sup>a</sup> Marina Castro por ter aceito o convite para compor minha banca de TCC. Suas orientações serviram como bússola na continuidade do processo de escrita.

Agradeço a toda comunidade acadêmica. Cada sementinha que vocês plantaram, ainda que do tamanho de um grão de mostarda, fez e fará com que eu seja uma assistente social crítica, criativa e comprometida com a luta da classe trabalhadora. Com a nossa luta!

Por fim, agradeço a mim mesma por ter sido forte em meio às dificuldades, por ter sido paciente em meio ao turbilhão de emoções que senti durante o processo de formação, por ter me respeitado e entendido meus limites, por ter mantido minha essência e por nunca ter desistido, mesmo querendo. Denise, você venceu!

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral apontar os elementos que se apresentam como desafios na efetivação da alta responsável para a população idosa no Brasil. Para tal, tomou-se como objeto, os desafios da alta responsável para a população idosa no Brasil e as implicações desta nas relações sociais desse sujeito idoso a partir da experiência de estágio no Hospital Universitário Da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Para alcance deste objetivo, discutimos questões que envolvem o "processo de envelhecimento" na especificidade da sociedade capitalista, com ênfase nas mudanças demográficas marcadas pelo rápido envelhecimento da população e a feminização da velhice. Apresentamos e analisamos criticamente as Políticas de Atenção às pessoas idosas, especialmente a perspectiva do cuidado que responsabiliza a família e a sociedade ao passo em que o Estado se desresponsabiliza política, social e culturalmente. E, por fim, apresentamos os elementos que se apresentam como desafios na efetivação da alta responsável, baseando-nos em relatos de experiências de estágio no HU/UFJF a partir do exercício cotidiano de trabalho do Serviço Social na instituição, considerando que a perspectiva do direito e o reconhecimento do papel da rede de apoio sócio assistencial são fundamentais para que a transferência do cuidado seja de fato responsável. A pesquisa é de natureza qualitativa e os instrumentos empregados na coleta de dados foram: revisões bibliográficas, análises documentais e os relatos de experiência de estágio que foram analisados e interpretados a partir da perspectiva crítica do método de Marx - o materialismo histórico dialético. A pesquisa demonstrou que elementos sócio familiares e conjunturais são os principais desafios que precisam ser analisados e considerados no planejamento da alta e, de forma geral, das Políticas Públicas, para que aquela seja de fato "responsável".

Palavras chaves: Envelhecimento. Alta responsável. Cuidados. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The general objective of this work is to identify the elements that pose challenges in the effective implementation of responsible discharge for the elderly population in Brazil. For this purpose, the challenges of responsible discharge for the elderly population in Brazil and its implications on the social relations of these elderly individuals were examined, based on the internship experience at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU/UFJF). To achieve this objective, we discuss issues related to the "aging process" in the specificity of capitalist society, with an emphasis on demographic changes marked by the rapid aging of the population and the feminization of old age. We present and critically analyze the Policies of Attention to the elderly, especially the perspective of care that holds the family and society accountable while the State becomes politically, socially, and culturally unaccountable. Finally, we present the elements that pose challenges in the implementation of responsible discharge, based on reports of internship experiences at HU/UFJF and the daily work practice of the Social Service at the institution, considering that the perspective of rights and the recognition of the role of the social assistance support network are fundamental for the care transfer to be truly responsible. The research is qualitative in nature, and the tools used for data collection were bibliographic reviews, document analysis, and reports of internship experiences, which were analyzed and interpreted from the critical perspective of Marx's method – dialectical historical materialism. The research showed that socio-familial and conjunctural elements are the main challenges that need to be analyzed and considered in the planning of discharge and, in general, in Public Policies, for it to be truly "responsible."

Keywords: Aging. Responsible discharge. Care. Social Service.

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância sanitária  
BPC- Benefício de Prestação Continuada  
CF- Constituição Federal  
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social  
CRAS- Centro de Referência de Assistência Social  
DID- Departamento de Internação Domiciliar  
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz  
GRS- Gerência Regional de Saúde  
HU- Hospital Universitário  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ILPI- Instituição de Longa Permanência para Idosos  
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social  
IPEA- Instituto de pesquisa Econômica Aplicada  
LOAS- Lei Orgânica da Saúde  
OMS- Organização Mundial da Saúde  
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica  
PNASIH- Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem  
PNAISM- Política Nacional Integral à Saúde da Mulher  
PNI- Programa Nacional de Humanização  
PNH- Política Nacional de Humanização  
PNHOSP- Política Nacional Hospitalar  
PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNSPI- Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa  
RAS- Rede de Atenção à Saúde  
SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TFD- Tratamento Fora do Domicílio  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora  
UTI- Unidade de tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA CLASSE TRABALHADORA NA SOCIEDADE CAPITALISTA</b>	15
2.1	CULTURA CAPITALISTA E SUAS IMBRICAÇÕES PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL	15
2.2	O QUE É A VELHICE?	21
2.3	MUDANÇA DEMOGRÁFICA NO BRASIL: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	24
2.4	PARTICULARIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE	26
<b>3</b>	<b>AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO E A DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO EM RELAÇÃO AO CUIDADO</b>	30
3.1	A GÊNESE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	30
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO: SAÚDE E ASSISTÊNCIA	34
3.3	RELAÇÃO DE CUIDADO: QUEM CUIDA?	37
3.4	NA RELAÇÃO DO CUIDADO O ESTADO É DESRESPONSABILIZADO	45
<b>4</b>	<b>ELEMENTOS QUE SE APRESENTAM COMO DESAFIOS NA ALTA RESPONSÁVEL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL</b>	49
4.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP) E A ALTA RESPONSÁVEL	49
4.2	O SERVIÇO SOCIAL E A ALTA RESPONSÁVEL	52
4.3	REDES SOCIOASSISTENCIAIS E ALTA RESPONSÁVEL: IMPACTOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME NA VIDA DOS SUJEITOS IDOSOS	61
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	66
	<b>REFERÊNCIAS</b>	71

## 1 INTRODUÇÃO

A alta responsável, acontece dentro dos espaços em que há internações, ou seja, hospitais de média e alta complexidade. Esta alta é denominada de alta responsável porque, diferentemente dos casos em que o usuário recebe alta sem nenhuma prescrição de continuidade do cuidado no pós alta, no caso da alta responsável, há a necessidade dessa continuidade. Portanto, demandará articulações da equipe multiprofissional em um trabalho interdisciplinar, visando o tratamento universal, integral e com equidade, sendo estes direitos garantidos constitucionalmente.

A alta responsável é entendida como transferência de cuidado, ou seja, é a saída do usuário/paciente do hospital para o domicílio ou para uma instituição de cuidado e esta transferência é a concepção da Política Nacional Hospitalar (PNHOSP). Ela é estruturada por meio de orientação dos usuários e seus familiares, articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a continuidade do cuidado e busca de alternativas às práticas hospitalares.

A partir desse entendimento é que foi delimitado o tema desse trabalho de conclusão de curso intitulado como: Os desafios da alta responsável para a população idosa no Brasil. Entendendo a alta responsável como transferência de cuidado, decidi apresentar os elementos que se apresentam como desafios na sua efetivação e quais os impactos dela nas relações sociais. Para tal, tomei como premissa minha inserção no estágio obrigatório, no Hospital Universitário de Juiz de Fora - HU/UFJF e as experiências vivenciadas por mim neste espaço, para fazer um recorte da amostra a ser pesquisada, decidindo-me então, pela população idosa usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) na alta complexidade.

Ao refletir, durante o estágio, percebi as complexidades que envolvem o planejamento da alta responsável e os inúmeros desafios e limites que a circundam. Sendo assim, trouxe à cena a discussão sobre uma perspectiva crítica-social e, tomei como objetivo geral, analisar os elementos que se apresentam como desafios na alta responsável para a população idosa e quais os impactos desta para o sujeito idoso e para sua rede de cuidadores.

Para alcançar o objetivo geral, utilizei quatro objetivos específicos, sendo eles: apresentar o processo de envelhecimento na sociedade capitalista e o que é a

etapa da vida denominada velhice; demonstrar a mudança demográfica e o envelhecimento populacional brasileiro, bem como a feminização da velhice como uma particularidade desse fenômeno; apresentar as Políticas de Atenção ao Idoso e como a questão do cuidado é tratado nelas de forma a responsabilizar as famílias pelo cuidado e desresponsabilizar o Estado, e por fim, apontar os elementos que se apresentam como desafios na efetivação da alta responsável, baseando-nos em relatos de experiências de estágio no HU/UFJF a partir do exercício cotidiano de trabalho do Serviço Social na instituição, considerando que a perspectiva do direito e o reconhecimento do papel da rede de apoio sócio assistencial são fundamentais para que a transferência do cuidado seja de fato responsável.

A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada à partir dos seguintes instrumentos de coleta de dados: revisão de literatura, análise documental e relato de experiência de estágio, analisados e interpretados sob a perspectiva crítica do método marxista – materialismo histórico dialético, entendendo que, a dialética por si só [...] é incapaz de fornecer uma solução já pronta de modo a dispensar pesquisas. Ela apenas proporciona os meios de as realizarmos com método, dando acuidade ao olhar do pesquisador (Iamamoto, 2018, p. 207).

Este Trabalho foi estruturado, além do resumo, da introdução e das considerações finais, em três capítulos que constituíram o caminho para a compreensão adequada do que se pretende apresentar com a pesquisa.

No primeiro capítulo, discutimos como se dá o envelhecimento da classe trabalhadora e como a população idosa é excluída pelo capital e, discutimos ainda, como os próprios velhos e velhas se reconhecem nessa etapa da vida. Vimos como a mudança demográfica e a forma de envelhecer traz implicações para as políticas públicas, em especial sobre as políticas de saúde, e como o fenômeno da feminização da velhice acarreta consequências em relação ao cuidado.

O segundo capítulo traz uma breve apresentação das políticas de Atenção ao Idoso e a desresponsabilização do Estado em relação ao cuidado. Para isto, iniciamos o capítulo falando do surgimento do SUS enquanto política de saúde universal, integral e de equidade e como fruto de uma luta histórica da classe trabalhadora, portanto, uma conquista no âmbito da proteção social. Seguimos a discussão falando da família como instância provedora de afeto e cuidado, portanto, lugar de proteção, e sobre o “papel” feminino no exercício do cuidado. Por fim, demonstramos que a família, como o espaço central de cuidado, é reforçada pelas

políticas neoliberais e como estas políticas desresponsabilizam o Estado em relação ao cuidado.

Já no terceiro capítulo, concluímos a discussão demonstrando os elementos que se apresentam como desafios na efetivação da alta responsável. Iniciamos o capítulo apresentando a portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a Política Nacional Hospitalar (PNHOSP) e que em seu artigo 16 descreve a alta responsável como transferência de cuidado. Seguimos falando do papel do Serviço Social no planejamento da alta responsável e da importância dessa categoria profissional, na equipe multiprofissional, para que os direitos à saúde, numa concepção ampliada, sejam garantidos. Finalizamos o capítulo demonstrando a importância da rede sócio assistencial, enquanto equipamento de proteção social, na garantia de que a transferência do cuidado seja responsável e, também, demonstramos os limites que a rede encontra em dar o suporte necessário para cada sujeito idoso e suas famílias.

A fim de dar materialidade às discussões feitas neste trabalho, trouxemos alguns relatos de experiência que estão expostos no capítulo III, em fonte arial tamanho 10, itálico e com recuo de 4 cm à esquerda. Ressalvo que todos os exemplos aqui apresentados foram devidamente relatados nos instrumentos pertinentes ao estágio, como diário de campo, supervisão de campo, supervisão de estágio, relatório de estágio e portfólio.

É importante ressaltar a relevância, para a saúde, das discussões aqui propostas, uma vez que, elas nos levam a refletir sobre como se dá a questão do adoecimento e das condições de tratamento que a população idosa está condicionada nessa sociedade e como as relações interpessoais interferem nesse processo. Além do mais, este trabalho abre questões para novas reflexões, como por exemplo, os desafios do trabalho coletivo em saúde, os limites intersetoriais que esbarram na efetivação da alta responsável e os altos índices de judicialização da alta hospitalar resultantes das condições públicas e privadas.

## **2 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA CLASSE TRABALHADORA NA SOCIEDADE CAPITALISTA**

Neste capítulo será abordado como se dá o envelhecimento da classe trabalhadora que nessa sociedade são vistos e considerados “inúteis”, “indivíduos sem valor”, “dependentes” e “excluídos”. Para a construção das análises aqui propostas apresentaremos também as questões relacionadas às mudanças do perfil demográfico nacional que apresentam questões importantes para as políticas públicas e de maneira incisiva para o Sistema Único de Saúde, dada a forma como o país envelhece, trazendo para o debate as questões que envolvem o fenômeno denominado "feminização da velhice" e suas implicações para o e no "cuidado".

### **2.1 CULTURA CAPITALISTA E SUAS IMBRICAÇÕES PARA A POPULAÇÃO**

#### **IDOSA NO BRASIL**

Desde os primórdios da sociedade capitalista, onde foi instituído quem domina e quem é dominado, quem tem os meios de produção e quem vende sua força de trabalho, o processo de envelhecer passou a ser atravessado por uma série de desigualdades, pois, “o capitalismo é antes de tudo um sistema de expropriação do tempo de vida” (Teixeira, 2008, p. 68).

Sobre a dominação, Marx compreende, que nessa sociedade capitalista, o Estado “[...] representa a dominação de classe presente na sociedade civil para garantir a manutenção e reprodução das relações sociais estabelecidas pela ordem do capital.” (Souza Filho, 2011, p.27). Isto é, a classe dominante nesse sistema capitalista utiliza o Estado como um instrumento de dominação para fazer prevalecer os seus interesses particulares.

Ainda de acordo com o pensamento marxista, a sociedade é composta por uma base econômica, a qual Marx denomina infraestrutura. Essa base é composta pelas forças produtivas, que é o que propicia ao homem a satisfação de suas necessidades, e pelas relações de produção, que são definidas pelos direitos à propriedade privada, então do feudalismo ao capitalismo, o que se vê são diferentes formas de relações de produção.

É a infraestrutura que determina a superestrutura, esfera onde estão contidas as necessidades que vão além da subsistência física como a de se alimentar por exemplo. É na superestrutura que estão contidas as necessidades de lazer, religião, cultural, política, judiciária, filosófica e moral que cercam a sociedade. Porém, quem produz e financia a superestrutura é a classe dominante, portanto, ela serve para manter as relações de produção da sociedade capitalista.

Nesse sentido, o aparato do Estado contido na superestrutura, é um mecanismo de dominação e essa relação entre infraestrutura e superestrutura seria uma relação materialista, pois são relações econômicas. Marx (2008) explica o papel das relações de produção para a formação da estrutura econômica da sociedade, e conseqüentemente para a construção da superestrutura política e jurídica, segundo o autor supracitado

A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. (Marx, 2008, p. 47).

#### Para Max Weber (1999)

A "dominação", como conceito mais geral e sem referência a algum conteúdo concreto, é um dos elementos mais importantes da ação social. Sem dúvida, nem toda ação social apresenta uma estrutura que implica dominação. Mas, na maioria de suas formas, a dominação desempenha um papel considerável, mesmo naquelas em que não se supõe isto à primeira vista. (Weber, 1999, p. 187)

Ainda citando Weber (1999), existem três tipos de dominação legítima. Seriam elas a dominação legal que se dá através do que está estabelecido sob normas e leis, a carismática que é a dominação afetiva e a tradicional que é a dominação sob a forma de consentimento. O tipo de dominação que corrobora para que os interesses supremos das classes dominantes sejam atendidos é a dominação legal e concordamos com Weber (1999, p. 187) que "a dominação desempenha um papel decisivo[...]e é um caso especial do poder". O sociólogo apresenta

Por "dominação" [...] uma situação de fato, em que uma vontade manifesta ("mandado") do "dominador" ou dos "dominadores" quer influenciar as ações de outras pessoas (do "dominado" ou dos "dominados"), e de fato as influencia de tal modo que estas ações, num grau socialmente relevante, se

realizam como se os dominados tivessem feito do próprio conteúdo do mandado a máxima de suas ações ("obediência").(Weber, 1999, p. 191)

Portanto, dominação é a relação entre mando e obediência com interesses econômicos que deixam claro quem são os sujeitos que compõem a classe trabalhadora e a burguesia, pois, é a condição material que determina quem manda e quem obedece, quem explora e quem é explorado.

Com base nesse entendimento, pode-se dizer que o envelhecer e a velhice também é transfixado por esse processo desigual, de explorador e explorado, que favorece uns e exclui outros, fazendo com que o processo de envelhecer seja desigual entre os indivíduos. Sobre esses processos, Teixeira (2008) afirma que

[...]esses processos estão relacionados à ditadura do trabalho abstrato, produtor de mais valia e de degradações sociais, no âmbito do capitalismo. Esse sistema produtor de mercadorias instaura uma relação desumanizada, coisificada, que reduz a força de trabalho à coisa, "a condição material de produção" submetida ao imperativo da produção de riquezas para fins de valorização do capital, engendrando não apenas desvalorizações das qualidades e necessidades humanas, mas também uma sociabilidade que gera pobreza, populações excedentes e os "inúteis" para o capital, pela falta de valor de uso, de rentabilidade, principalmente, quando sua força de trabalho está desgastada e envelhecida. (Teixeira, 2008, P. 57)

Por conseguinte, concordar que o envelhecimento e a velhice é igual para todos é o mesmo que negar as contradições impostas pela sociedade capitalista, portanto, é necessário um olhar ampliado e minucioso para enxergar os diferentes fatores que estão incutidos no processo do envelhecimento e que faz com que a velhice seja heterogênea e não homogênea.

Dentre os diferentes fatores, o mais determinante é a classe social à que este velho(a) pertence na sociedade capitalista. Segundo Beauvoir, "no modo de produção capitalista existem duas categorias de velhos: os explorados e os exploradores" (Beauvoir, 1990, p. 17). Fatores étnicos, culturais, de gênero, religião, escolaridade e renda também atravessam o processo de envelhecimento, portanto, como consagra tal autora, não é velhice, são "velhices" e

[...]muito embora seja a velhice, na sua qualidade de destino biológico, uma realidade trans-histórica, ainda assim subsiste o fato de que este destino é vivido de maneira variável, segundo o contexto social.[...] A diferenciação das velhices individuais ainda tem outras causas: saúde, família etc. São, entretanto, duas categorias de velho, uma extremamente ampla e outra restrita à pequena minoria, e criada pela oposição de exploradores e de explorados (Beauvoir, 1990, p.14-15).

Envelhecer são processos não só diferentes, mas desiguais. Sobre a diferença de classes dos idosos trabalhadores, Teixeira (2008) vai dizer que

Os trabalhadores idosos nessa sociedade, como uma parte da classe trabalhadora na atualidade, não são sequer explorados, são os supérfluos para o capital; a camada lazarenta da classe trabalhadora, compondo o pauperismo oficial cuja situação é decorrente do modo de produção e reprodução social da sociedade capitalista, condição social que não afeta a todos os idosos (e a todas as classes) da mesma forma, nem em termos de expectativas de vida, em condições de vida, nem no modo de vivenciar o envelhecimento. (Teixeira, 2008, p. 80-81)

Sobre a condição de classe, é importante dizer que esta afeta diretamente a forma como cada velho e velha brasileira envelhece, pois esta velhice, fruto de exploração, é permeada por condicionantes sociais que limitam acesso à direitos que acabam por agudizar a problemática social, para Santos (2017)

A incidência de problemas sociais cujas causas não são individuais e atingem um coletivo de pessoas idosas é característico da classe trabalhadora e suas frações de classes. Pois, esse contingente que sofre os efeitos perversos do envelhecimento proveniente da classe trabalhadora, que passou a vida inteira vendendo seu único bem, que é sua força de trabalho para sobreviver, e que quando envelhece não interessa ao capital, amarga desvalorizações e trivializações/redução das suas condições de reprodução, como se fossem cidadãos de outra categoria. (Santos, et al, 2017, p.77)

Em uma sociedade capitalista, como é o caso do Brasil, envelhecer é uma problemática, pois a parcela sem valor de uso se torna dependente e excluída. Nesse sentido, concordamos com Bosi (1979) que “esta sociedade rejeita o velho, não oferecendo nenhuma sobrevivência à sua obra. Perdendo a força de trabalho, ele já não é produtor e nem reproduzidor” (Bosi, 1979, p. 78).

Essa lógica capitalista afeta não só as condições objetivas, mas também, as subjetividades dos idosos como Teixeira (2017) elucida bem ao dizer que também compõem essa problemática:

O grau de satisfação com a vida, relações familiares, contato social suficiente, estado de saúde, a segurança social que a renda pode suprir, dentre outros, e a ausência desses fatores pode provocar problemas de solidão, isolamento, rebaixamento de humor, abandono com impactos na saúde física e mental dos idosos, elementos relevantes à problemática do envelhecimento (Teixeira, 2017, p.41).

Assim, podemos afirmar, ainda nos pautando em Teixeira (2008, p. 71), que na sociedade industrial, “os trabalhadores são submetidos à degradação durante toda sua trajetória de vida” e os velhos sempre foram os mais afetados por sua incapacidade laboral e tratados como “inúteis” ao modo de produção capitalista onde o trabalho abstrato e alienado é o que tem valor.

Nesse sentido, percebe-se que a incapacidade laboral acarreta não só danos materiais, mas também danos morais que os fazem se sentir condenados à uma condição: a de velhos e velhas sem utilidade para o capitalismo e, portanto, solitários, já que, eles se tornam excluídos da classe à qual pertenceram toda sua vida como bem expressado por Haddad (1986)

Quando envelhecidos, os explorados se vêem condenados, senão à miséria, pelo menos a uma pobreza extrema, a moradias incômodas, à solidão e, conseqüentemente, a um sentimento de decadência e a uma angústia generalizada. [...] Mesmo quando se conserva saudável e lúcido o aposentado não está livre de um terrível flagelo; o tédio. [...] Ao aposentado, causa desespero a falta de sentido de sua vida, mas isto se explica pelo fato de ter sido sempre roubado o sentido de sua existência. [...] Ao livrar-se dos constrangimentos de sua profissão, só se vê um deserto a seu redor; não lhe foi concedida a oportunidade de se empenhar em projetos que lhe teriam povoado o universo de objetivos, valores e razões de ser (Beauvoir, 1970, p. 301 apud Haddad, 1986, p. 44)

Essa população idosa, sem meios de produção, portanto, sem meios de subsistência, experimentaram –e experimentam diariamente– não só a exclusão do trabalho, mas também, das relações sociais que os isolam cada vez mais. Nas palavras de Benedito (2017, p. 218), “[...]o velho é comumente associado à inutilidade, a ser imprestável ou parasita, devendo, portanto, ser excluído, pois para o capitalista é a capacidade humana de executar trabalho que interessa”.

Em todo modo de produção como o escravismo, o feudalismo e o capitalista, é possível perceber características que são próprias à cada época, o que os difere é a forma como se dá a exploração do trabalho<sup>1</sup> e da apropriação do trabalho excedente e, para além disso, todo modo de produção é compreendido por relações de produção que lhe são peculiares, regidas por leis próprias e anômalas.

---

<sup>1</sup> Para Marx, o trabalho é o fundamento ontológico-social do ser social; é ele que permite o desenvolvimento de mediações que instituem a diferencialidade do ser social em face de outros seres da natureza. (BARROCO, 2005, p. 26)

No escravismo as classes sociais eram divididas em senhores e escravos, e este segundo segmento eram considerados mercadorias como bem conceituado por Jacob Gorender (2016), portanto, propriedade privada.

[...]Sendo mercadoria[...]o escravo se tornava objeto de todos os tipos de transações ocorridas nas relações mercantis. Assim, pelo direito de propriedade que neles tem, pode o senhor alugar os escravos, emprestá-los, vendê-los, doá-los, transmiti-los por herança ou legado, constituí-los em penhor ou hipoteca, desmembrar da sua propriedade o usufruto, exercer, enfim, todos os direitos legítimos de verdadeiro dono ou proprietário. Como propriedade, está ainda o escravo sujeito a ser sequestrado, embargado ou arrestado, penhorado, depositado, arrematado, adjudicado, correndo sobre ele todos os termos sem atenção mais do que à propriedade no mesmo constituída. (Gorender, 2016, p. 113)

Sendo o escravo uma mercadoria, ele era tratado pelo explorador como “[...]um elemento natural, objetivo, do processo de produção e reprodução ao mesmo título que a terra, com as suas áreas cultiváveis, pastagens, florestas, rios etc.” (Gorender, 2016, p. 118).

No feudalismo a classe social era determinada logo ao nascer e a divisão da sociedade feudal se dava entre realeza; alta nobreza e clero; artesãos e servos. A relação de produção era a vassalagem<sup>2</sup>, onde o senhor feudal cedia parte dos feudos para os servos, em contrapartida, os servos deviam fidelidade, lealdade e serviços aos senhores feudais. Os senhores feudais eram a classe composta por sujeitos ricos e influentes politicamente ligados à igreja católica e utilizavam dessa influência para controlar ideologicamente a sociedade.

Porém, é no modo de produção capitalista, baseado no lucro e na propriedade privada, que as relações sociais são determinadas pela contradição capital e trabalho e que os contrastes de classes são escancarados, em conformidade com Silva (2010)

o sistema de produção capitalista, centrado na expropriação e na exploração para garantir a mais-valia, e a repartição injusta e desigual da renda nacional entre as classes sociais são responsáveis pela instituição de um processo excludente, gerador e reprodutor da pobreza, entendida enquanto fenômeno estrutural, complexo, de natureza multidimensional, relativo, não podendo ser considerado como mera insuficiência de renda é também desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida; é não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não a participação social e política.(Silva, 2010, p. 157)

---

<sup>2</sup> De acordo com o dicionário informal, vassalagem é termo feudal em que o indivíduo (vassalo) oferece fidelidade ao seu suserano e em troca recebe proteção e um lugar para viver.

Assim, sendo o trabalho uma mercadoria, quando o velho(a) se torna incapaz de vender sua força de trabalho, ele se torna um objeto sem valor. Segundo Teixeira (2008, p. 70) “o tempo é algo que se desenvolveu em relação a determinadas intenções e tarefas específicas dos homens” e Debord (2005, p. 110) apoia com seu argumento de que o trabalho em diferentes estágios [...] desumanizou também o tempo. Como salienta Marx (2007), o modo de produção não está relacionado apenas aos aspectos econômicos e sim à uma forma de vida.

O que eles são coincide, pois, com sua produção, tanto com o que produzem como também com o modo como produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção (Marx, 2007, p.87)

É nessa sociedade excludente, de interesses antagônicos que se concentra 33 milhões de idosos, representantes de 15% do total de habitantes brasileiros, que segundo projeções do IBGE a média de 215 milhões de habitantes em 2023. Essa projeção demonstra não só a mudança acelerada do perfil demográfico como também acende um alerta sobre as políticas públicas voltadas para os velhos brasileiros.

Mas afinal, o que é a velhice? Como veremos a seguir, velhice é um processo complexo que engloba diferenças econômicas, sociais e culturais que faz com que cada velho vivencie a sua velhice.

## 2.2 O QUE É A VELHICE?

Se essa pergunta for feita aos próprios velhos, as respostas serão variadas, pois ser velho(a) não está relacionado apenas a dados biológicos. Suas experiências estão atreladas às suas vivências e na representação que fazem sobre suas próprias velhices, na forma como a conceituam e se reconhecem nela, portanto, o que se viveu e como se viveu fala mais sobre o envelhecimento do que o quanto se viveu e se vive, e numa sociedade capitalista, viver é sinônimo de resistir, sendo assim, o tipo de bagagem que cada indivíduo carrega ao longo de sua vida influencia no seu processo de envelhecimento. A pesquisa feita por Venturi e Bokany (2007) sobre a velhice no Brasil aponta que

A percepção da chegada da velhice mostrou-se associada principalmente a aspectos negativos, tanto entre os idosos (88%) como entre os não idosos (90%). As doenças ou debilidades físicas são, para maioria, o principal sinal de que a velhice chegou [...]. o desânimo, a perda da vontade de viver, também é fortemente percebido como sinal de que se ficou idoso [...] e ainda a dependência física, apontada como sinal de velhice. (Venturi E Bokany, 2007, p.25)

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) categoriza o envelhecimento em quatro estágios: meia-idade, 45-59 anos; idoso: 60-74 anos; ancião: 75-90 anos e velhice extrema: 90 anos em diante, esse entendimento também é observado na Política Nacional do Idoso (Lei federal 8.842, de 1994), e no Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 2003).

Essa prerrogativa abre uma enorme brecha para que o Estado ignore a centralidade e a totalidade no processo de vivência desses velhos, que faz com que cada velho tenha uma velhice, tratando todos como iguais e negando as diferenças de classes. Assim, segundo Campelo e Paiva (2014, p. 239) “[...] esse racionalismo formal-abstrato, é uma maneira muito particular de conceber a realidade social: desistoricizada e deseconomizada”.

Sobre essa forma de pensar do Estado Beauvoir (1990, p. 8) alega que “essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás do mito da expansão e da abundância, trata os velhos como párias”. Na definição de Teixeira, os idosos

Não tendo mais valor de uso, na redefinição de uso e utilidade para o capital, o trabalhador idoso é condenado à miséria, à solidão, às deficiências, às doenças, ao desespero, à condição de não-humanos, de um ‘ser isento de necessidades’ ou com necessidades abaixo dos seres humanos adultos empregados. (Teixeira, 2008, p.78)

O que também desistoriciza a velhice são as terminologias adotadas pela geriatria<sup>3</sup> e gerontologia<sup>4</sup> para se referir aos velhos, tais como: velhice bem sucedida, melhor idade, terceira idade, idade feliz etc., porém, esses termos mascaram a realidade vivenciada pelos velhos e velhas brasileiras e transferem para si a

---

<sup>3</sup> Geriatria: é o ramo da ciência médica voltado à promoção da saúde e ao tratamento de doenças e incapacidades na velhice (BRASIL, 1999).

<sup>4</sup> Gerontologia: área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são levados em conta não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas (BRASIL, 1999).

responsabilidade de cuidarem de si mesmos pois não levam em conta aspectos econômicos, culturais e sociais como bem ressalta Benedito (2017)

Como não se está a tratar dos velhos em geral – não se tem como foco os limites do corpo, mas sim os limites sociais –, ressalta-se o enorme fosso entre velhos ricos e velhos assalariados. É nesse contexto que os velhos passaram a receber novas denominações. Velho, nem pensar; as pessoas sexagenárias na atualidade fazem parte da melhor idade, da idade de ouro, da terceira idade. A utilização dessas novas nomenclaturas traz consequências para o entendimento do processo do envelhecimento bem como para a manutenção do modo de produção capitalista (Benedito, 2017, p. 219)

Velhice é mais que categoria, é processo, é uma construção social. É um processo marcado por experiências vivenciadas e memórias construídas ao longo da vida. Em relação à memória, Bosi afirma que

a memória depende do relacionamento do indivíduo com a família, com a classe social, com a escola, com a igreja, com a profissão; enfim, com os grupos de convívio e os grupos de referência peculiares a esse indivíduo (Bosi, 1994, p. 54).

Ou seja, pelas relações sociais construídas durante a vida e os valores a elas atribuídos.

É preciso compreender que a velhice não é algo rígido como bem apresentado por Cunha

Tomo o processo de envelhecimento como um fenômeno multifacetado e heterogêneo que se define a partir das inserções sociais, econômicas e culturais dos indivíduos nesta sociedade, e que estão permeadas e/ou delimitadas (e também delimitam) por experiências de gênero, etnia, geração, sexualidade, religiosidade, espacialidade, entre tantas outras de natureza e ordens distintas (Cunha, 2014, p. 21)

Portanto, a velhice não pode ser abarcada somente por fatores biológicos, pois isso naturalizaria o processo de envelhecimento na perspectiva racional apresentada por Campelo (2014) e serviria como apoio para as políticas de saúde fragmentadas ofertadas pelo Estado, políticas essas que não oferecem as condições

necessárias para lidar com as perdas funcionais, emocionais e cognitivas que afetam diretamente na autonomia dos velhos e velhas desse país.

Essa população crescente de velhos e velhas têm modificado a pirâmide etária do país. Isso tem se dado pela baixa taxa de natalidade concomitante à redução das taxas de mortalidade, e uma das principais consequências desse processo será o envelhecimento da população brasileira como demonstrado no próximo item.

## 2.3 MUDANÇA DEMOGRÁFICA NO BRASIL: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o órgão responsável por levantar e divulgar dados demográficos do país. Em 2017 o número populacional era de um pouco mais de 207 milhões de brasileiros (Agência Brasil, 2017) e o número de idosos superava a marca de 30 milhões, mostrando a tendência do crescimento dessa categoria em relação ao ano de 2012 que era de 25,4 milhões de idosos no Brasil. Segundo o site A União, estudos levantados pelo IBGE revelaram que atualmente existem mais de 33 milhões de idosos no Brasil. O fenômeno do envelhecimento populacional que está ocorrendo em países periféricos é também um fenômeno mundial.

[...]No mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil.” (Vieira apud IBGE, 2018).

Para Serra (1999)

O envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade. (Serra, 1999, p. 2)

Segundo informações divulgadas pelo IBGE em junho de 2023, se em 2012 o percentual de idosos no Brasil era de 7,7%, em 2022 esse número atingiu a marca

de 10,5% (IBGE apud CNN, 2023). O que se pode observar com as pesquisas do IBGE é que o Brasil vem tendo uma mutação significativa do seu perfil etário que tem alargado em ritmo acelerado o topo da pirâmide etária e causando um estreitamento da base. Para Fontes (2002),

Na velhice deve-se distinguir dois processos profundamente relacionados, que são o envelhecimento individual ou biológico e o demográfico. A estrutura social de cada sociedade condiciona os processos individuais do envelhecimento. Ao mesmo tempo, o envelhecimento da população exerce uma forte pressão para a transformação do status dessas pessoas e das oportunidades de participação a elas oferecidas. Diante do fenômeno de transição demográfica, a velhice assume uma nova dimensão onde a “velhice subjetiva”, caracterizada pela velhice de algumas pessoas, é obscurecida pela “velhice objetiva”, como um fenômeno estrutural que concerne toda a sociedade. As demandas que emergem deste setor da população, podem gerar uma crise no sistema de distribuição dos recursos e das prioridades anteriormente estabelecidas. (Cabrero, 1997, apud Fontes, 2002, p. 1-2)

Essas mudanças recaem diretamente sobre o SUS, que desde sua implementação sofre com a falta de financiamento, porém, essa situação foi agravada pela Emenda Constitucional 95/2016<sup>5</sup>. Essa Emenda congelou os gastos com saúde por vinte anos, sem levar em consideração a realidade que está em constante movimento. Sobre isso Vieira e Benevides (2016) são pontuais ao dizer que

Em uma situação de restrição orçamentária importante, é provável que as ações e serviços de prevenção e promoção à saúde sejam mais afetados, o que não é uma boa escolha em saúde pública. É muito mais barato promover e prevenir do que tratar pacientes crônicos, cujos agravos poderiam ter sido evitados. (Vieira e Benevides, 2016, p. 15)

O envelhecimento populacional afeta não só a saúde e o SUS, mas deixa rastros nas relações sociais que corroboram para o surgimento de novas configurações familiares e afetam diretamente em aspectos socioeconômicos, agudizando as expressões da questão social como bem destacado por Silva (2016) sobre a realidade brasileira.

---

<sup>5</sup> “A Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016, estabeleceu o Novo Regime Fiscal - NRF no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, o qual vigorará por vinte exercícios financeiros, porém, em seu discurso de posse, Luiz Inácio Lula da Silva, defendeu a responsabilidade fiscal, mas anunciou que vai acabar com o teto de gastos. Ele disse que é possível fazer uma condução econômica responsável e ao mesmo tempo incentivar setores como o industrial e o digital”. (Fonte: Agência Câmara de Notícias).

Considerando a realidade brasileira como referência para a análise desta questão, verificaremos que as dificuldades que cercam o processo do envelhecimento se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional é encarado enquanto problema social, e não como conquista da civilização humana. (Silva, 2016, p. 218-219)

Para além disso, concordamos com Teixeira (2008) de que

Demógrafos, gerontólogos e outros cientistas que estudam o envelhecimento humano usam esses dados demográficos e suas estimativa para demonstrar a problemática do envelhecimento, tomando pelo critério cronológico e como grupo específico, e a 'ameaça' que representa, considerando-se o crescimento das suas demandas sociais e econômicas em todo o mundo, ou seja, uma 'ameaça' ao sistema previdenciário, de saúde e de assistência social. (Teixeira, 2008, p. 39)

Dito isto, no próximo subitem trago algumas discussões, ainda que breves, sobre o que têm sido denominado a "feminização da velhice", considerando a relevância da discussão sobre gênero no que diz respeito ao papel do cuidado.

#### 2.4 PARTICULARIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL: A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

A informação divulgada pelo IBGE (2023) é de que em 2022 o número de mulheres equivalia a 51,1% da população, ao passo que os homens representavam 48,9%, sendo o envelhecimento mais significativo entre as mulheres.

De acordo com Sá Dias e Serra (2018)

Independente do modo como vem se delineando o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, não restam dúvidas de que hoje a feminização da velhice é um fenômeno estruturante das sociedades contemporâneas (Sá Dias, Serra, 2018, p. 15).

Para Sá Dias e Serra (2018) este fenômeno está associado a transformações sociais, econômicas e culturais que influenciam nas formas como se dão as relações sociais e em como a velhice é percebida e vivida pelos próprios velhos e velhas.

Para Neri (2020) a feminização da velhice é compreendida de diferentes maneiras a depender da categoria profissional, porém todas concordam que

Os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, sociológicos e psicológicos da feminização da velhice refletem-se nas novas formas de a sociedade lidar com essa fase do curso da vida e com os mais velhos. (Neri, 2020, p. 49)

Segundo Sá Dias e Serra (2018) e Neri (2020) esse fenômeno denominado feminização da velhice é um fenômeno mundial que diz respeito “às mudanças nos padrões de sobrevivência de homens e mulheres” (Neri, 2020, p. 50). Uma dessas mudanças está relacionada à baixa da taxa de fertilidade que diminuiu as mortes durante os partos e que teve, como consequência, um aumento da taxa de sobrevivência entre as mulheres.

Outras questões que podem explicar a feminização da velhice são o fato de as mulheres serem consideradas mais protegidas em relação aos trabalhos exercidos extra domicílio e à violência, como também de culturalmente elas terem tido menos envolvimento, se comparado aos homens, com o tabagismo e com outros comportamentos considerados perigosos à saúde. Segundo Sá Dias e Serra (2018)

A distinta inserção de homens e mulheres no mercado de trabalho, cujo atual corte dos idosos, revela mulheres trabalhando dentro de casa e homens fora desta. Ambiente que, por ser doméstico seria supostamente mais protegido que o espaço público, onde noticiam-se mais assassinatos, homicídios, brigas, suicídios e acidentes[...]que atingem principalmente os homens.[...]Outro fator apontado é a maior exposição a causas externas de mortalidade a que os homens estariam submetidos, com destaque para o consumo diferenciado de tabaco e álcool (Sá Dias e Serra, 2018, p. 16).

Para Neri (2020), ainda existe um outro fator que explica a expectativa de vida de homens e mulheres no Brasil que são as condições biológicas. Para esta autora, os homens tendem a viver menos por estarem mais expostos a doenças cardiovasculares e cancerígenas enquanto as mulheres tendem a sofrer mais com a osteoporose e fraturas.

E, apesar das mulheres viverem mais, vivem em condições de vulnerabilidade<sup>6</sup>abandono e violência, pois, em grande parte são idosas viúvas que cuidam mas não são cuidadas, são chefes de famílias e com baixa taxa de escolaridade. Todos esses fatores interferem diretamente na saúde, logo, na maneira como cada velha envelhece. Sobre esta perspectiva Sá Dias e Serra (2018) alerta que

[...]viver mais do que os homens, não implica necessariamente que as mulheres idosas estejam em melhores circunstâncias de existência, posto que, as condições de vida de muitas dessas mulheres são desfavoráveis, com vulnerabilidades de toda ordem, vivenciando o envelhecimento “mal sucedido” (Serra, 2014, apud Sá Dias e Serra, 2018, p. 20)

O envelhecimento mal sucedido é proporcionalmente inverso ao envelhecimento bem sucedido apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, que segundo Reichel e Gallo (2001), compõe-se de baixa probabilidade de doença e de deficiências relacionadas à essas, alta capacidade funcional e comprometimento ativo com a vida.

Portanto, como já foi dito anteriormente, o processo de envelhecer nesta sociedade capitalista em que as realidades sociais são distintas, está intrinsecamente relacionado ao coletivo, e traz, nesta ordem societária, as marcas de classe e está envolto pelo que foi erigido ao longo da vida social, econômica e cultural destas idosas. Para Neri (2005), esse processo de transição etária em relação ao gênero

[...]não afeta de modo homogêneo as mulheres de diferentes classes sociais. De fato, elas recebem diferentes tratamentos das pessoas, da mídia e das instituições sociais, são alvo de diferentes exigências e oportunidades e tendem a se afirmar socialmente de maneiras diferentes (Neri, 2005, p. 89)

Em um estudo apresentado por Carmen Delia Sánchez Salgado (2002), intitulado Mulher Idosa: a feminização da velhice, para um programa de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a autora relata que

---

<sup>6</sup> Vulnerabilidade é a característica do que é vulnerável, ou seja, daquilo é fraco, frágil ou delicado, portanto, a partir de agora, sempre que o termo vulnerabilidade social for usado neste trabalho estará referindo-se a uma condição sócio-econômica fragilizada.

O aumento da longevidade ocorrido na população em nível mundial implica a existência de mais de uma geração de velhos(as) em uma mesma família, e as projeções demográficas indicam que, no futuro, essas gerações estarão compostas, principalmente, por mulheres velhas que, possivelmente, estejam cuidando de suas velhas mães ou avós (Sánchez Salgado, 2002, p. 9)

Esse crescimento da longevidade feminina traz consigo acréscimos de novas funções como por exemplo a de cuidadora de outros idosos - o que será retomado no capítulo II deste trabalho, quando faremos uma discussão mais minuciosa sobre o exercício do cuidado. Além das novas funções, há ainda a ampliação de algumas já existentes como a de mãe e de filha, que por vezes, são exercidas sob condições desfavoráveis e até desconfortáveis para estas idosas, pois, são mulheres velhas que sofrem com o preconceito de serem velhas, com a pobreza, com a solidão e com mudanças biológicas e estéticas que afetam sua maneira de vivenciar a velhice e, sobre esta percepção Sánchez (2002) alega que

A adaptação ao processo de envelhecimento traz dificuldades individuais para as quais cada mulher desenvolve sua própria estratégia de adaptação e[...]apesar de tanto os homens quanto as mulheres serem vítimas da discriminação por idade, a mulher idosa é particularmente desvalorizada, não só por ser velha mas também por ser mulher (Sánchez Salgado, 2002, p. 13)

Para finalizar as discussões aqui propostas, vale recapitular que o envelhecimento populacional nesta sociedade capitalista reproduz desigualdades e reforça o lugar de “inválidos” e dependentes que os idosos ocupam nessa sociedade. E ainda, que as mudanças demográficas aqui apresentadas, bem como as particularidades que cerceiam o processo de envelhecer devem ser consideradas na formulação, estruturação e execução de políticas de atenção à essa parcela da população nas esferas federais, estaduais e municipais.

No próximo capítulo faremos uma breve apresentação das políticas de atenção aos idosos no Brasil e como são tratadas as questões que envolvem o exercício do cuidado a partir das perspectivas de materialização/efetivação dessas.

### **3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO E A DESRESPONSABILIZAÇÃO DO ESTADO EM RELAÇÃO AO CUIDADO**

Neste capítulo apresentamos as políticas brasileiras de atenção às pessoas idosas e como as questões que envolvem o exercício do cuidado são abordadas nessas políticas. Para tal, demos ênfase às políticas de atenção aos idosos na Saúde e Assistência; atentando-nos à construção de uma análise crítica sobre o exercício do cuidado enquanto responsabilidade da família e da sociedade, e trazendo para o centro a questão da desresponsabilização do Estado.

Antes, porém, com o intuito de dar centralidade ao nosso objeto faremos uma breve contextualização histórica do surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil.

#### **3.1 A GÊNESE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Para se pensar as políticas públicas de atenção à saúde do idoso, faz-se necessário pensar, ainda que brevemente, como se deu a construção do SUS.

Foi na década de 1970, no contexto de luta contra a ditadura, que nasceu o movimento da “Reforma Sanitária” no Brasil. Liderado por trabalhadores da saúde, estudantes, instituições acadêmicas e sociedade científicas, entidades comunitárias, profissionais e sindicais o movimento sanitário constrói propostas democratizantes para o SUS e para a reestruturação do sistema de serviços baseadas em construções teóricas para pensar e entender o sentido do significado de saúde que já não era mais aceitável apenas como ausência de doença e nem como mercadoria, mas, como uma questão social e coletiva e foi na 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, que ocorreu a discussão sobre a elaboração de uma política de saúde e a implementação de um sistema de saúde.

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), definindo um novo sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. Na década 1980, com a democratização política e com a crise econômica instaurado

no país, as reivindicações do movimento sanitário, para se pensar o SUS, a organização do sistema nacional, a universalização do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade da atenção e a descentralização da saúde ganharam força. Já em 1986, com a redemocratização, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco legal a 8ª Conferência Nacional de Saúde que culminou na aprovação das principais demandas do movimento sanitário e que foi consagrado com a Constituição Federal de 1988. Entretanto, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que definiu-se o SUS e colocou a saúde como dever do Estado e direito do cidadão em debate, segundo Bravo (2000)

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assu

miram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. (Bravo, 2000, p. 9)

E foi somente em 1988, com a Constituição Federal, que a saúde ficou definida como

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196, CF)

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social cabendo ao poder público o encargo de garanti-lo: a saúde é direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal, 1988, art. 196). Entre as conquistas da “Reforma Sanitária” destacam-se o controle e a eliminação de doenças por meio da vacinação, socorro para milhões de pessoas na rede pública, assistência farmacêutica, financiamento de transplantes e uma vigilância sanitária atuante. Fazem parte também do Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros, os serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa

acadêmica e científica, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brazil.

Todo esse processo “inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado” (Bravo, s/d). Na concepção de Fleury (2008)

A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais. (Fleury, 2008)

Boschetti ressalva ao dizer que

Apesar de reconhecer as conquistas da Constituição no campo da seguridade social, é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista. Esses se agravam em países com condições socioeconômicas como as do Brasil, de frágil assalariamento, baixos salários e desigualdades sociais agudas. (Boschetti, s/d)

No que se refere à proteção social, o tripé da Seguridade Social -saúde, assistência social e previdência- representa um ganho da Constituição Federal de 1988 pois carrega em seu âmago a “promessa” de expansão de direitos sociais como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social como bem reforçado pela Carta de Maceió<sup>7</sup> e de acordo com Fleury (2008) esse

[...]novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado. (Fleury, 2008, p. 745-746)

---

<sup>7</sup> A Carta de Maceió foi elaborada e aprovada pelos participantes do XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Alagoas, em 2000. Encontra-se publicada no Relatório do XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, organizado pelo CFESS.

O que não se pode perder de vista é que as políticas sociais não alteram a ordem estrutural capitalista, mas contribuem para que aqueles que vendem sua força de trabalho ao capital tenham melhores condições de vida.

A saúde foi uma das áreas que obteve avanços significativos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990, que integra a seguridade social. No período anterior à Constituição Federal de 1988, só tinha acesso à saúde pública os trabalhadores vinculados à Previdência Social, os demais ficavam a cargo da filantropia.

Atualmente, o SUS integra a atenção primária (atenção básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) abrangendo

[...]desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde[...]a rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (Ministério Da Saúde, 2023)

A atenção básica, atenção média e de alta complexidade, tem objetivos diferentes e complementares que são norteados pelas diretrizes e princípios estabelecidos na Lei nº 8.080/90.

A atenção básica é a porta de entrada para os serviços de saúde e a tecnologia empregada neste espaço é de baixa densidade, seriam as Unidades Básicas de Saúde; na média complexidade é onde estão empregados serviços e tecnologias especializadas que não podem ser sanadas na atenção primária, estes espaços são as Policlínicas, ambulatórios e os hospitais gerais; a alta complexidade envolve profissionais extremamente especializados e alta tecnologia, tem custos altos e seus serviços devem ser integrados com a atenção básica e com a média complexidade. Esses três níveis de atenção formam uma pirâmide, onde a atenção básica é a base, demonstrando a proporção de demandas de saúde e onde elas deveriam ser sanadas.

Existem inúmeras leis, portarias, decretos e normas que organizam a gestão do SUS visando sua progressiva melhoria e abrangência, mas vale ressaltar que nenhuma Emenda Constitucional altera o texto da Constituição Federal de 1988 que torna o direito à saúde um direito irrevogável.

Além dessas normatizações, outras políticas de saúde foram concebidas com objetivos específicos. Dentre elas podemos citar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNASIH), a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Neste capítulo, visando alcançar os objetivos propostos neste trabalho, daremos foco às Políticas Públicas de Atenção ao Idoso e, considerando nosso objeto, no terceiro capítulo, daremos ênfase a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que estabelece e assegura a “alta responsável”.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO : SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que políticas sociais voltadas para a população idosa ganharam destaque, porém, suas diretrizes tratam todos os velhos (as) e seus processos de envelhecimento como iguais, deixando de lado a realidade da desigualdade econômica e social brasileira

Isso vai moldando implicações para as políticas públicas que precisam articular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, passíveis de englobar as diferentes condições desses indivíduos, respeitando suas características especiais e peculiares. Os clássicos modelos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para grupos de pessoas idosas, sem que algumas adaptações importantes e significativas sejam realizadas (Berlezi et al., 2011)

Para além do desrespeito às desigualdades de classe e diferenças subjetivas desses sujeitos, também é preciso enfatizar que estes velhos precisam lidar diariamente com a estigmatização pelo simples fato de estarem velhos.

Em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - Lei 8.742/93 que garantiu a assistência social o status de política pública de Seguridade Social como direito do cidadão e dever do Estado. A LOAS reconhece os riscos que perpassam a saúde do idoso e cita o Benefício de Prestação Continuada (BPC) como direito do cidadão portador de deficiência e do idoso com idade de setenta anos ou mais que não tem condições de prover sua própria manutenção e nem de tê-la provida por familiares, porém, no governo da Dilma Rousseff a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 altera esse critério de idade que passa a ser de 65 anos.

Em 1994 aprova-se a Lei Nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso - PNI - que mais tarde foi regulamentada pelo decreto Nº 1.948/96. Essa Lei cria o Conselho Nacional do Idoso, estipula a idade de sessenta anos como marco para a pessoa ser considerada idosa e trata o processo de envelhecimento nas dimensões econômicas, sociais e regionais, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis por garantir a dignidade, o bem-estar, o direito à vida e a participação na comunidade, bem como garantir a cidadania da pessoa idosa.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, implementada no Brasil por meio da Portaria GM/MS 1.395 de 10 de dezembro de 1999, regulamentada em 2006, “alimentam limites para a universalização e integralidade da assistência à saúde do idoso”(Castro, 2017). Suas diretrizes são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Ministério Da Saúde, 2006). Para contribuir com o alcance dessas diretrizes, foi instituído o “Pacto pela saúde”<sup>8</sup>, através da Portaria/ Gm 399, publicada em 2006 e tem como porta de entrada a atenção básica.

---

<sup>8</sup> “O pacto pela saúde (PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006) é um conjunto de reformas institucionais do sus pactuado entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do sistema único de saúde”. (fonte: conselho.saude.gov.br>webpacto)

Outros dois marcos importantes sobre o envelhecimento, embora não nacionais, foram a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madri, realizada em 2002, que tinha como objetivo subsidiar às normativas sobre o envelhecimento nos países em desenvolvimento no século XXI e, a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, realizada no Chile em 2003, com o objetivo de construir estratégias para implementar o que já havia sido discutido em Madri. Foi recomendado que cada país tratasse a questão do envelhecimento de forma regionalizada, portanto, respeitando suas realidades nacionais. No que diz respeito à saúde, a meta era oferecer serviços que se adequassem às necessidades dos idosos com foco na funcionalidade e na autonomia.

Ainda em 2003, no Brasil, entra em vigor a Lei Nº 10.741 que aprova o “Estatuto do Idoso” que é um importante marco em termos de legislação para a população idosa por ser um dos principais instrumentos de direito do idoso, porém, a família não perde seu papel de centralidade no cuidado como exposto no Art. 3º de que “[...] é obrigação da família[...] assegurar ao idoso[...] a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, Estatuto do Idoso- Título I, 2003, art.3º). De acordo com Arêas e Bernardo (2019)

“[...] a legislação supracitada salienta a posição de destaque da família na garantia dos direitos básicos do idoso como estratégia política e econômica conectada aos preceitos neoliberais para a redução do papel do Estado” (Arêas e Bernardo, 2019, p. 263).

Diante do exposto, não se pode esquecer que a heterogeneidade da população idosa exige modelos assistenciais diversos e que não podem estar pautados apenas nas necessidades objetivas de saúde dessa população idosa. Nesse sentido, concorda-se com Castro (2017) que

As políticas públicas como concretizadoras de direitos sociais não podem estar voltadas apenas para as necessidades meramente biológicas, visto que o ser humano é um ser social e, como tal, é dotado de dimensões emocionais, cognitivas e de capacidade de aprendizagem e desenvolvimento (Castro, 2017, p. 164)

A PNSPI e o “pacto pela saúde” encontram dificuldade de efetivação no Estado neoliberal por se depararem com barreiras que minimizam a responsabilidade do Estado em relação às políticas públicas. Nessa sociedade capitalista, onde só tem valor quem produz, os idosos são vistos como indesejáveis, e as políticas de atenção à saúde dessa população se concentra em suas necessidades objetivas, deixando de lado sua subjetividade, que muitas vezes não é compreendida e/ou não pode ser suprida pela família e pela comunidade. E aí, quem cuida?

### 3.3 RELAÇÃO DE CUIDADO: QUEM CUIDA?

Não se pode negar que os ganhos com a Constituição Federal de 1988 para a população brasileira representaram grandes avanços no que diz respeito às Políticas Públicas. O Sistema Único de Saúde (SUS) representou, e ainda representa, um marco histórico na sociedade brasileira por promover equidade, universalidade e integralidade, ele é o maior sistema público de saúde do mundo e garante em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do estado.

Porém, desde sua criação, o SUS vem enfrentando ameaças em seu financiamento, comprometendo assim a prestação de um serviço de qualidade e acessível. A partir da década de 1990 observa-se uma contrarreforma no estado brasileiro com consequências catastróficas nas políticas sociais, pois, essas passam a ser idealizadas sobre bases liberais que as direcionam para a privatização e para a focalização. Em relação às Políticas Públicas brasileiras Behring e Boschetti (2017) salientam que

[..]o advento do neoliberalismo, a reestruturação produtiva e a mundialização do capital, bem como suas repercussões na realidade brasileira, por meio de uma contra-reforma do Estado nos anos 1990, vem constituindo uma ofensiva conservadora contra as políticas sociais. (Behring E Boschetti, 2017, p. 11)

De acordo com Soares (2010), as consequências da contrarreforma no SUS são devastas e representam riscos à materialidade do acesso universal aos usuários do Sistema Único de Saúde.

[...]uma das particularidades da contrarreforma na saúde foi a refuncionalização dos princípios do SUS: da defesa da universalidade, essa passa a se materializar de forma focalizada e se constitui obstáculo de acesso aos usuários do sistema; de uma equidade que em vez de garantir assistência segundo as diferentes necessidades permitindo igualdade, é materializada como priorização dos mais pobres no atendimento e, conseqüentemente, focalização do direito. Essa refuncionalização mediada também pela privatização e pelo subfinanciamento engendram uma profunda precarização dos serviços de saúde. (Soares et al, 2019, p. 204)

Toda essa ofensiva contra as políticas públicas possuem uma intencionalidade conservadora e possuem também uma funcionalidade e em relação à funcionalidade das políticas públicas Behring e Boschetti (2017) salienta que as compreendem como

[...]funcionais à acumulação capitalista, tanto do ponto de vista econômico quanto político. Pelo ângulo econômico, as políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados níveis de demanda e consumo, em épocas de crise. Pelo ângulo político, as políticas sociais são vistas como mecanismos de cooptação e legitimação da ordem capitalista, pela via da adesão dos trabalhadores ao sistema. (Behring E Boschetti, 2017, p. 48)

Nesse contexto de contrarreforma, a população idosa, que exige mais do sistema de saúde, acaba desamparada, pois segundo Castro (2017)

[...]a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de um prognóstico favorável (Castro, 2017, p. 167).

Mostrando assim, a indispensabilidade de um trabalho preventivo junto à atenção básica com o objetivo de minimizar os danos decorrentes desses agravos de saúde que trazem prejuízos não só para o próprio velho(a), mas também para seus familiares, que por vezes, não dispõem dos recursos econômicos e emocionais necessários para dar suporte ao idoso. Sobre as condições econômicas das famílias brasileiras vale salientar que as desigualdades provocadas pelo

capitalismo faz com que a pobreza, uma das manifestações da questão social<sup>9</sup>, as coloquem em

Um lugar onde são desqualificadas por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social. (Yazbek, 2012, p, 282)

Toda essa estigmatização das famílias junto a falta de conhecimentos específicos sobre o envelhecimento, a insuficiência de recursos na saúde, falta de profissionais capacitados para atender a população idosa em sua heterogeneidade, a falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde de uma perspectiva ampliada de saúde e os encontros pontuais com aqueles idosos que se encaixam em algum programa (como o de controle da pressão arterial e diabetes) soma-se o discurso de responsabilização, que bem elucida Castro (2017) ao dizer que

Impera um discurso de responsabilização de idosos e familiares pela manutenção da saúde desses indivíduos [...] que, através de projetos de envelhecimento ativo e saudável são incentivados, não visando apenas melhorar a saúde, o estado físico e psicológico dos idosos, mas atribuindo-lhes responsabilidades pelo seu estado, subjetivando a noção de velhice que depende do indivíduo, da sua motivação para mudar hábitos de vida. Nesse sentido, a velhice pobre, doentia e dependente virou uma condição de negligência pessoal ou familiar. Logo, a problemática do envelhecimento recai sobre o próprio idoso e sua família (Castro, 2017, P. 170)

Em outras palavras, na sociedade contemporânea, a família e a comunidade funcionam como “agentes de proteção social”. É indiscutível que a família, como lugar de cuidado, desempenha um papel importante para o bem estar daqueles que

---

<sup>9</sup> A questão social resulta da divisão da sociedade em classes e da disputa pela riqueza socialmente gerada, cuja apropriação é extremamente desigual no capitalismo. Supõe, desse modo, a consciência da desigualdade e a resistência à opressão por parte dos que vivem de seu trabalho. Nos anos recentes, a questão social assume novas configurações e expressões, e “as necessidades sociais das maiorias, as lutas dos trabalhadores organizados pelo reconhecimento de seus direitos e suas refrações nas políticas públicas, arenas privilegiadas do exercício da profissão” sofrem a influência do neoliberalismo, em favor da economia política do capital.” (IAMAMOTO, 2008, p.107)

deles necessitam, contudo, é preciso fazer um destaque para o fato de que estamos falando de famílias pobres, portanto, com condições limitadas na oferta do cuidado.

Sobre o conceito de família para alguns entraves para a efetivação dos direitos, já que em sua maioria, os critérios reconhecem como família apenas as famílias nucleares, conceito esse que é refutado nas palavras de Teixeira (2008) pois a

[...]família não é uma instituição natural, mas social e histórica, podendo assumir configurações diversificadas em sociedades ou no interior de uma mesma sociedade, conforme as classes e grupos sociais heterogêneos (Teixeira, 2008, p. 63)

Sobre a determinação histórico-estrutural de família Teixeira (2008) explica que

A determinação histórico-estrutural nos leva a observar a existência de uma variedade de modelos de família – de acordo com o tipo de formação socioeconômica ou modos de produção – que institui modelos hegemônicos, como a familiar nuclear, na sociedade burguesa, que inclusive se difunde para outras classes sociais, mas comporta também uma variedade de padrões internos que diferenciam as famílias entre as classes e mesmo com variações no interior de cada classe. (Teixeira, 2008, p. 66)

Em relação a sua função

Em relação às funções da família, estas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o locus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. Pode-se dizer também que se trata de um espaço da reprodução da hierarquia, de autoridade, de dominação pela idade e sexo; logo, espaço de conflitos e relações de forças, de luta pelo poder. (Teixeira, 2008. Pp.63-64)

Apesar desse modelo hegemônico de família nuclear-burguesa, constituído por pai, mãe e filhos, ser bem atual, de acordo com Szumanski (Szumanski, 2002 apud Teixeira, 2008, pp.64-65), “[...] podemos distinguir nove tipos de composição familiar ou de família na contemporaneidade”:

- 1) Família nuclear: é a família formada por pai, mãe e filhos biológicos, ou seja, é a família formada por apenas duas gerações;
- 2) Famílias extensas: são as famílias formadas por pai, mãe, filhos, avós e netos ou outros parentes, isto é, a família formada por três ou quatro gerações;
- 3) Famílias adotivas temporárias: são famílias (nuclear, extensa ou qualquer outra) que adquirem uma característica nova ao acolher um novo membro, mas temporariamente;
- 4) Famílias adotivas: são as famílias formadas por pessoas que, por diversos motivos, acolhem novos membros, geralmente crianças, que podem ser multiculturais ou birraciais;
- 5) Famílias de casais: são as famílias formadas apenas pelo casal, sem filhos;
- 6) Famílias monoparentais: são as famílias chefiadas só pelo pai ou só pela mãe;
- 7) Famílias de casais homossexuais com ou sem criança: são as famílias formadas por pessoas do mesmo sexo, vivendo maritalmente, possuindo ou não crianças;
- 8) Famílias reconstruídas após o divórcio: são famílias formadas por pessoas (apenas um ou o casal) que foram casadas, que podem ou não ter crianças do outro casamento;
- 9) Famílias de várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo: são famílias formadas por pessoas que moram juntas e que, mesmo sem ter a consangüinidade, são ligadas fortemente por laços afetivos. (Szumanski apud Teixeira, 2008, pp.64-65)

Essa reflexão nos leva à uma outra discutida por Mito (2018) que é o conceito de familismo:

o familismo é um padrão de inter relação reinante na sociedade em que no nível macro social – organização dos sistemas de proteção social – a família é colocada como instituição provedora central de bem-estar e no nível micro social uma rede de mulheres (mães, avós, vizinhas) respondem pelo trabalho familiar, especialmente pelo cuidado. (Mito, 2018, p.8)

Segundo Mito, o familismo “é elemento estruturante da política social” (MIOTO, 2018, p. 1), pois, “seria a família o seio da proteção social”. Esse entendimento deixa evidente qual a parcela de responsabilidade as instâncias família e Estado assumem no cuidado dos sujeitos partícipes dessa sociedade capitalista.

Em relação ao cuidado, sabe-se que tradicionalmente, são as mulheres as encarregadas (ou as sobrecarregadas) pelos cuidados domésticos e familiares

As mulheres tendem a ser vistas pela sociedade como as ‘cuidadoras por excelência’. Tal qual o pensamento patriarcal hegemônico, cuidam das famílias, dos amigos, dos vizinhos e dos necessitados, como possuidoras de habilidades naturais, instrumentais, emocionais e afetivas ditas ‘femininas’, como paciência, docilidade, calma e trato com as atividades domésticas. (Arêas E Bernardo, 2019, p. 264)

Deste modo, com a inserção das mulheres no mercado de trabalho e com o avanço do envelhecimento populacional, essa rede de cuidados já sobrecarregada, como salientado, tem sido enfraquecida.

Contudo, para além das questões objetivas, as mulheres cuidadoras<sup>10</sup> ainda tendem a se deparar com as questões subjetivas de suas vidas que são permeadas por obstáculos econômicos, emocionais e até físicos, pois, muitas dessas mulheres tem jornada dupla por estarem inseridas no mercado de trabalho e ainda precisarem exercer os cuidados domésticos que não tem valor algum para o capital como bem exposto por Arêas e Bernardo (2019, p. 267).

Dentre a massa idosa, que integra essas famílias, descortina-se os que são aptos a viver sozinhos ou com ajuda de familiares e os que crescem à fila da institucionalização. Via de regra, esse segundo grupo é composto por velhos(as) sem condições de viverem sozinhos, pobres e doentes, na generalidade, os arranjos familiares desses idosos de baixa renda são compostos por famílias extensas ou redes de solidariedade.

Sobre a institucionalização e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), é importante apresentar a percepção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre o significado das ILPIs.

As ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania[...].As normas de funcionamento estão estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283, de 26 de setembro de 2005. (Anvisa, 2022)

Nas ILPIs não governamentais e governamentais, os critérios de acesso obedecem graus de dependência dos idosos como explicitado na resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005

---

<sup>10</sup> Retomando a discussão feita no capítulo I sobre a feminização da velhice, compreende-se que o enfraquecimento dessa rede de cuidados também está ligado ao fato de que as mulheres cuidadoras também são velhas ou estão envelhecendo, portanto, necessitam igualmente de cuidados.

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo. (Ministério Da Saúde, 2005)

Esse grau de dependência dita o número de cuidadores por idosos que as ILPIs devem dispor para os cuidados aos residentes:

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno. (Ministério Da Saúde, 2005)

Apesar das ILPIs governamentais e não governamentais serem embasadas numa mesma legislação, o que se sabe é que nas não governamentais (que podem ser privadas ou filantrópicas) , além dos critérios de dependência, tem o critério do valor, pois nas ILPIs privadas, o que vai dizer se um idoso tem acesso ao serviço ou não é o quanto ele próprio ou sua família pode pagar.

A descrição da ANVISA sobre as ILPIs diz que estas instituições devem dispor de condições que garantam liberdade, dignidade e cidadania, portanto, ela acompanha o que diz o Estatuto do Idoso, em seu capítulo dois, que fala do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade (Brasil, 2003) e o Art. 10 do Estatuto do Idoso define que “é obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis” (Brasil, 2003).

Contudo, é preciso analisar que por vezes esses direitos civis, políticos e sociais são negados aos idosos, seja pela falta de informação, seja pela dificuldade de protagonizar sua história, seja pelo insulamento burocrático<sup>11</sup> que distância esses

---

<sup>11</sup> A categoria Insulamento Burocrático é o processo de proteção do núcleo técnico do Estado contra a interferência oriunda do público ou de outras organizações intermediárias (...). O insulamento burocrático significa a redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem

velhos e velhas do acesso à esses direitos. É importante ressaltar que essa negação não é contemporânea, ela é histórica e sempre esteve presente em todos os modos de produção.

Na metamorfose entre feudalismo e capitalismo, onde o envelhecimento dos trabalhadores começou a ser carimbado pela pobreza e incapacidade, novas demandas de proteção social surgiram e requisitaram respostas da burguesia. Essas respostas obedeciam a lógica da filantropia, gerava discriminação aos que eram assistidos e lhes roubavam “a capacidade de exercer seus direitos civis e políticos” (Campelo E Paiva, 2014, p. 224).

[...]Quando reflito sobre as atuais condições de vida de mulheres velhas e homens velhos confinados no que se convencionou chamar de Instituição de Longa Permanência para Idosos(as) (ILPI), em se tratando, neste caso exemplificado, de Instituições que não passam de meros ‘depósitos’, destinadas a receber indivíduos pobres, sozinhos e/ou abandonados, tão pobres que são levados a se submeterem mui rapidamente às ‘normas’ internas dessas ‘ILPI para pobres’ – assim como existe o ‘SUS para pobres’ –, perdendo rapidamente a noção de tempo e de espaço; a liberdade de ir e vir, pois, em nome da segurança há cadeados trancando os portões, sem que as pessoas institucionalizadas recebam cópias das chaves; a liberdade de exercer o credo religioso, principalmente se a ILPI está vinculada a uma determinada ‘congregação’ religiosa, onde os credos distintos provavelmente não terão espaço para serem exercidos; liberdade de manifestar a sexualidade, tomando como exemplo o fato de, em geral, as Instituições serem criadas para receber mulheres ou homens e, no caso de serem mistas, tendem a segregar os gêneros[...]fica, portanto, uma provocação a ser considerada em se tratando dessa ‘política’ que, a meu ver, é mais uma dentre as muitas que estão sendo negligenciadas pelo Estado e repassadas à rede privada, filantrópica, de assistência, sobre a qual, salvo o olhar dos familiares e conhecidos que visitam essas pessoas velhas institucionalizadas (quando são visitadas), e a fiscalização da Anvisa e do Ministério Público (quando são fiscalizadas), ficam praticamente isentas do controle social. Essa é, portanto, a medida de proteção social que provoca a perda dos direitos civis e políticos. (Campelo E Paiva, 2014, p. 225-226)

Outro fato relevante de ser aqui explicitado é que foi a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) quem adotou a expressão “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI) para designar o que anteriormente era chamado de Asilo, segundo Camarano (2010), isso se deu pelo fato de que

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental requerem que os

---

desempenhar o papel (...); ao contrário da retórica de seus patrocinadores, o insulamento burocrático não é de forma nenhuma um processo técnico e apolítico (NUNES, apud SOUZA FILHO, 2011, p.70).

asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde (Camarano et al, 2010, p. 190)

Portanto, para a SBGG , a expressão ILPI anuncia a função mista dessas Instituições. Porém, o que se observa é que há uma diligência por parte do Estado em desmobilizar esse movimento “asilar” com o discurso de “inclusão social” e integração à família e Castro (2017) rebate esse argumento ao dizer que é um

Discurso vazio que desencoraja a desinstitucionalização do idoso, que exalta a família como entidade apropriada para cuidar desses indivíduos, sem disponibilizar a esta a contrapartida em termos de apoio e atenção necessária não vislumbra que muitos idosos possam ter necessidades que a família não possa atender plenamente, pela deficiência de recursos físicos, econômicos, emocionais e psicológicos (Castro, 2017, p. 171)

O que se observa nesse discurso, é a promoção de estratégias que visam baixar os custos das políticas sociais e desresponsabilizar o Estado, afinal, a perspectiva neoliberal apregoa que o Estado deve ser desresponsabilizado pelo processo saúde-doença do idoso, colocando a família e a comunidade em centralidade nesse processo como já definido por Teixeira (2008, p. 61) ao dizer que “a responsabilização familiar é uma tendência que se expande com o avanço das reformas neoliberais, que pregam a diminuição das demandas do Estado como mecanismo de redução dos gastos sociais, repassando-as ou dividindo-as com a sociedade civil”.

### 3.4 NA RELAÇÃO DO CUIDADO O ESTADO É DESRESPONSABILIZADO

Desde os anos 1980, as políticas de atenção à saúde são centradas no atendimento médico individual e são atreladas às doenças crônicas degenerativas. Baseado na regulamentação do SUS, foi criada a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que institui a Política Nacional do Idoso (PNI), que tem por objetivo garantir à pessoa idosa o acesso a direitos à saúde em todos os níveis de atenção e em seu Art. 3º, inciso I, a PNI descreve que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na

comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Brasil, 1994). Essa ordem de cuidado não é apenas descritiva, ela é literal.

Nos anos 2000, quando o projeto privatista ganhou forças, abrindo mais espaço para as parcerias público-privadas fazendo com que o “SUS real” se distanciasse do “SUS constitucional”, o Estado, para dar respostas às necessidades da população, principalmente a população idosa, se muniu de estratégias, como por exemplo, os serviços de atenção domiciliar, que atualmente tem seu marco legal na portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 representada pelo Programa “Melhor em Casa”<sup>12</sup>, onde a família e a comunidade assumem papel de destaque.

Como público-alvo, o Programa Melhor em Casa adota aqueles que estão impossibilitados de sair de casa para o atendimento e tem o domicílio como um ponto de cuidado e a família e os cuidadores como parceiros do Estado. A atenção domiciliar responsabiliza, quase na totalidade, a família e os cuidadores pelos cuidados de saúde, cuidado esse que deveria ser responsabilidade dos hospitais e ambulatorios, além disso, esses sujeitos não podem interferir nas decisões sobre as formas interventivas da equipe de profissionais de saúde que acompanham os casos e devem se adequar às normatizações do Programa sob a penalidade de exclusão em caso de descumprimento das orientações.

Neste caso, os idosos que recebem atenção domiciliar passam a ser cuidados por sujeitos que não são capacitados profissionalmente e que não recebem por isso, não obstante, esses familiares, cuidadores e comunidade são submetidos à critérios que os classificam como funcionais ou disfuncionais, já que, o Programa Melhor em Casa ignora as famílias extensas e usa como referência os modelos nucleares de família, ignora também “[...] as condições concretas, a precariedade da rede de atenção à saúde, as profundas desigualdades sociais vivenciadas pelos usuários e a realidade das redes de proteção social” (Nascimento et al. 2017, p. 206). O que se observa com essa postura adotada pelas políticas sociais é a involução dos direitos adquiridos pela população usuária das políticas públicas.

Para Paiva (2014) há um retrocesso na luta pelos direitos sociais dos homens e mulheres velhas no Brasil transvestido do discurso do “protagonismo e do

---

<sup>12</sup> O Programa Melhor em Casa é um programa de atenção domiciliar que contempla pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos (Ministério da Saúde, 2016)

empoderamento dos(as) idosos(as) como bandeira de luta social atual”. Ainda de acordo com Paiva (2014), “na sociedade moderna, os(as) velhos(as) são responsabilizados e culpabilizados pela velhice[...] pelo suposto ônus à política de Seguridade Social” e, ao atingir a idade de 60 anos e ser descartado pelo sistema de produção, “encontrará dificuldades de acessar os serviços públicos de saúde”.

O Estatuto da Pessoa Idosa - Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003, regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e assegura-lhe todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Assim como as legislações supracitadas, o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo terceiro responsabiliza a família, a comunidade e a sociedade para que 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 sejam efetivados, nesse sentido, apesar das políticas sociais serem instrumentos de acesso à direitos, a desresponsabilização do Estado faz com que o sua efetivação seja comprometida.

Retomando o SUS e as políticas de saúde, vê-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006 reconhece na descrição de suas finalidades que

é insuficiente o número de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil 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. (Brasil, 2006).

Porém, a PNSPI tem como finalidade primordial “recuperar (de quem perdeu), manter (de quem tem) e promover (de quem não tem) a autonomia e a independência dos indivíduos idosos”, pois na alínea “d” de sua finalidade, a PNSPI descreve que “saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (Brasil, 2006). Podemos assim concluir, que o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos seria o reconhecimento por parte do Estado de ser essa parcela populacional demandante

de Políticas de Assistência e Saúde que atendam suas necessidades particulares, gerando assim custos aos cofres públicos, explicando portanto, os ideais liberais de políticas focalizadas e privatistas que reforçam a desresponsabilização do Estado em relação ao cuidado.

Mesmo com as políticas de atenção aos idosos, que são os aparatos legais para a concretização de direitos, percebe-se que há fragilidades no que diz respeito ao cuidado familiar e lacunas em relação ao papel do Estado na efetivação desses direitos, que no caso da discussão feita neste trabalho, é a alta responsável. Em relação ao cuidado familiar, pode-se dizer que a maior lacuna está imbricada nas condições de classe e nas relações intergeracionais e sociais estabelecidas entre os sujeitos que a compõem; já em relação ao Estado no papel do cuidado, pode-se dizer que a lacuna maior está relacionada a falta de investimentos em serviços de saúde e à forma mercantilizada que a política de saúde vem sendo tratada.

Assim sendo, no próximo capítulo será apresentado a Política Nacional Hospitalar (PNHOSP) e a alta responsável, um dos eixos contidos na PNHOSP, que trata da transferência do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, para a família e para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os impactos dessa transferência para o sujeito idoso e para sua rede de cuidadores, bem como a importância de uma equipe multidisciplinar e de um trabalho interdisciplinar que dê materialidade a este eixo da PNHOSP.

## **4 ELEMENTOS QUE SE APRESENTAM COMO DESAFIOS NA ALTA RESPONSÁVEL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL**

Aspirando uma análise crítica das premissas que compõem a “alta responsável” será apresentado, neste capítulo, a Política Nacional Hospitalar (PNHOSP), qual o papel do Serviço Social no planejamento da alta responsável e a importância da rede sócio assistencial e dos cuidadores na particularidade do cuidado em relação aos pacientes idosos. E, para dar concretude às discussões que estou trazendo aqui, decidi por apresentar fragmentos das minhas experiências enquanto estagiária no Hospital Universitário de Juiz de Fora, HU-UFJF, unidade Santa Catarina, já registradas nas supervisões de campo e acadêmica e nos documentos de discussão sobre o estágio na Faculdade de Serviço Social da UFJF – portfólio e diário de campo -, por serem representativas e, especialmente por nos aproximar da questão que envolve o momento da alta e desospitalização da pessoa idosa e das múltiplas determinações que a compõe.

### **4.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP) E A ALTA RESPONSÁVEL**

A portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e suas disposições se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. É um modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar que anda em acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, cujo foco é a atenção terciária.

A PNH é fruto do debate que havia em torno da assistência hospitalar na década de 1990. De acordo com Leal e Castro (2017)

Àquele momento, o diagnóstico era de que a situação dos hospitais brasileiros estava vinculada ao sucateamento do setor, com um número significativo de queixas dos usuários sobre o serviço, e também por parte dos trabalhadores em saúde, além dos aspectos relacionados à infraestrutura. Diante deste cenário, é colocada pelo Ministério da Saúde a

necessidade de se desenvolver um conjunto de ações integradas na assistência hospitalar, de modo a avançar na qualidade do atendimento no âmbito do SUS (Leal e Castro, p. 214).

Em seu artigo 16, a PNHOSP estabelece a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado que será realizada por meio de: I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular a Atenção Básica; e III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

Segundo a PNHOSP, para que a alta seja responsável é preciso munir o usuário e seus familiares de informações que promovam autonomia e proporcionem autocuidado. Sobre isto, é importante dizer que a informação é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988 e que em seu inciso XXXIII do art. 5º diz que

todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;(Brasil, 1988)

A PNHOSP diz também, que os hospitais, no momento da alta, devem realizar a “ [...] articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a atenção básica” (Brasil, 2013), de forma a garantir a alta responsável. A esta articulação dá-se o nome de contra referência, que é quando o usuário é novamente encaminhado para o serviço de atenção básica do seu território, visando continuidade no tratamento com foco na prevenção, promoção e controle de doenças. Também são exemplos de pontos de atenção à saúde os ambulatórios especializados, centro de apoio psicossocial, serviços de hemoterapia e hematologia e residências terapêuticas.

Por fim, a PNHOSP entende que para a alta ser responsável é preciso a implantação de mecanismos que deem suporte a desospitalização de forma a

garantir a integralidade do cuidado substituindo as práticas hospitalares por outras alternativas, como por exemplo, a atenção domiciliar. Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que “redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas”, são consideradas Atenção Domiciliar

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. (Brasil, 2016)

Entende-se portanto, que a alta hospitalar para ser considerada responsável deve contar com o apoio de ações realizadas pela atenção básica, pelos serviços de urgência e pelos cuidadores, ou seja, pela transferência de responsabilidade do cuidado. De acordo com a PNHOSP essa transferência, por se apoiar na prerrogativa do risco de infecções hospitalares ocasionadas pelo tempo excessivo de internação, deve acontecer independente da vontade dos usuários e de seus familiares e cuidadores.

É importante dizer que a desospitalização como parte fundamental da alta responsável, é pensada de forma que possibilite alternativas às práticas de cuidados hospitalares que vão subsidiar o cuidado domiciliar, ou seja, é na desospitalização que ocorre a transferência do cuidado através da transição do espaço hospitalar para o espaço domiciliar. De acordo com Ministério da saúde (2021)

A desospitalização fundamenta-se na construção do processo de transição do cuidado de modo dialógico, humanizado, respeitando as necessidades e as escolhas possíveis do usuário e da família[...]Pode-se afirmar, então, que a desospitalização se insere no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolve o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente.(Ministério da Saúde, 2021)

Segundo o Ministério da Saúde (2021) o planejamento da alta deve contar com a atuação multiprofissional com foco em estratégias de educação em saúde, articulações com a rede e das práticas integrativas visando finalizar o processo de internação baseando-se em conceitos como respeito às necessidades, às escolhas e ao protagonismo do paciente.

Por vezes, essa transferência de cuidado, por ser cerceada de uma realidade social que é dinâmica, pode trazer consigo algumas dificuldades para a efetivação da alta responsável, principalmente no que tange aos cuidadores e, quase sempre, essas dificuldades aparecem no hospital quando o usuário ainda está internado.

Elementos como vulnerabilidade social, vínculos fragilizados, questões emocionais, insegurança e até mesmo a escolha pelo não cuidado são alguns dos desafios que impactam na efetivação da alta responsável, e é neste momento que se torna aparente a importância de uma equipe multiprofissional para dar respostas às demandas apresentadas tanto pelo usuário, como por seus familiares.

Nesta direção demonstraremos no próximo subitem o papel do Serviço Social na efetivação da alta responsável.

#### 4.2 O SERVIÇO SOCIAL E A ALTA RESPONSÁVEL

Um dos eixos de assistência hospitalar prevista na PNHOSP é o trabalho multiprofissional, que através da troca de saberes, se organizam para garantir que os usuários do SUS tenham um tratamento adequado dentro das suas necessidades e particularidades, contudo, esse eixo é atravessado pelas demais categorias da equipe multiprofissional que, muitas vezes, não compreendem a alta responsável como algo que sobrepõe a ausência de doenças.

Sobre isto, vale resgatar a discussão feita anteriormente sobre o Conceito Ampliado de Saúde discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e regulamentado pela Constituição Federal de 1988 que trata a “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” como elementos fundamentais que interferem nas condições de saúde.

Todos esses elementos se configuram como “um amplo sistema de proteção” (Boschetti, 2007) que contribui na efetivação de direitos garantidos constitucionalmente e, o fato do conceito ampliado de saúde ser um conceito recente com ênfase em determinantes sociais, pode justificar o tensionamento entre as diferentes categorias que integram a equipe multiprofissional.

Além disso, a escassez de diálogo entre as diferentes categorias profissionais no âmbito hospitalar pode fazer com que as intervenções multiprofissionais fiquem fragmentadas e torne a alta responsável fragilizada.

O trabalho nos serviços de saúde reproduz um atendimento multiprofissional, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, onde mesmo os profissionais “co-habitando” o mesmo espaço pouco se falam. Por exemplo, se entrarmos em uma enfermaria, poderemos ver enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, médicos, fisioterapeutas e outros, próximos aos usuários e realizando parceladamente o seu trabalho, sem que esses profissionais sequer se olhem e muito menos saibam o nome de seus colegas. (Matos, 2017, p. 54-55)

Para compreender melhor o que Matos (2017) diz sobre “pouca ou nenhuma interdisciplinaridade” é importante entender a diferença entre multidisciplinar e interdisciplinar. Quando falamos de equipe multidisciplinar falamos de um pluralismo de saberes, ou seja, trata-se de várias áreas de saberes com conhecimentos e atuações isoladas entre si, já a interdisciplinaridade fala sobre a necessidade da atuação conjunta dos atores plurais que compõem a equipe multidisciplinar visando a integralidade do cuidado como exposto por Costa (2007)

A multidisciplinaridade implica uma justaposição de diversas disciplinas. Não pressupõe, necessariamente, trabalho em equipe e coordenação. Na multidisciplinaridade não se acordam conceitos e métodos. A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas (Costa, 2007, S/N)

Uma equipe interdisciplinar visa superar ações fragmentadas e discutir entre si qual o melhor caminho interventivo na superação da condição saúde-doença. A exemplo podemos citar a depressão que, na interdisciplinaridade, passa a ser tratada de um ponto de vista integral, respeitando o contexto da realidade

biopsicossocial em que o usuário está inserido. Na concepção de Junqueira (2001, p. 3)

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território[...]superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial. (Junqueira, 2001, p. 3)

Aqui não há um reducionismo do ser humano em partes, como se as questões de saúde fossem isoladas de uma realidade, e sim uma junção de saberes multidisciplinares com um único objetivo, a saber, o cuidado integral do usuário da Política de Saúde- SUS. Para a efetivação deste cuidado, conta-se com a articulação entre as equipes dos diferentes saberes, entre setores e entre instituições na busca de respostas às demandas apresentadas pelos usuários do SUS.

Entretanto, a realidade cotidiana dos serviços de saúde, por vezes, é atravessada por características próprias dos diferentes saberes que causam um tensionamento ao invés de uma aproximação interdisciplinar como bem expresso no poema que Cançado (2005), escritor, jornalista e crítico literário, portanto, um leigo em saúde, escreveu à partir de sua experiência durante uma internação no leito de UTI para realização de um transplante cardíaco

Uma UTI, armada pelo SUS/E pendurada por alguns pontos de luz/Nas paredes dos cosmos/Pode ser mais fecunda/Do que a sombra sob os muros de um campanário./Repara a coordenadora/Lançada sempre na diagonal (retas no ringue da UTI são muito longas)/E na linha da sua missão. Pois,/Soninha se dá e se deu/Mais do que atribuições./É o ser atirado para frente,/Para frente até de si mesma:/O que ainda haverá atrás dela?/Se ela cruza com a residente,/O medalhão do estetoscópio desta no peito/--- Oh! Bonecas vivas identitárias/Dá origem!/--- A compulsão da egogênese/E a pulsão do egoprograma e/E do egofisionismo provocam nela/O desejo de armar um barraco/De competências e imagem/No dia a dia da enfermagem./Homogêneos o branco e os uniformes,/Há a hierarquia/Dos sapatos e estratégias de classe na hierarquia/Dos sapatos: micro políticas de fôlego curto,/Tacones lejanos por um dia, bicos finos como um tricórnio,/Ouromel nos calcanhares, um pouco de abismo/Nos saltos agulhas./Para os de cima./Tão forte quanto isso,/Embora folhas das folhas de outra folhagem,/Há o conga eterno dos auxiliares de enfermagem/ E sua estratégia e plantão sob o campanário:/Articulação e o abrir de escotilhas,/Prestação de um DVD para.../Para...para...Assistir/*Assim caminha a humanidade*. Tem o voto de rainha/De Vicentina, e de Dulcineia/Intensivista e nurse eterna./E Shirley, imensa e dulcíssima,/Com a marca e a pintura egípcia/Na ciliação no capricho e na arma dos olhos:

dona,/Dona, dona!/Dona da dobuta, da dobutamina! (Cançado, 2005, p. 20-21; grifos originais)

Observa-se que neste trecho da poesia de Cançado (2005) são apresentadas algumas particularidades dos serviços de saúde, como por exemplo a questão da hierarquização e da disputa de poder, bem como o uso de uma linguagem técnica que torna o espaço de trabalho um lugar de disputa. Sobre essa relação entre as diferentes categorias profissionais Heckert e Neves (2007) vai dizer que

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com a produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações, entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, onde a opção excludente por um dos pólos não se sustenta para a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde. Deste modo, construir um processo de formação para trabalhadores de saúde implica estarmos atentos a esta complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução, entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas. (Heckert, Neves. 2007, p. 72-73)

A formação em Serviço Social é uma formação que compreende o trabalho coletivo em saúde como algo essencial na efetivação de direitos em saúde e, as resoluções nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde que tem compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e que busca estratégias para o enfrentamento destas questões. Cabe à esta categoria profissional durante a realização do acolhimento buscar

[...] a compreensão do contexto social e familiar dos pacientes. Bem como seus vínculos afetivos, suas condições socioeconômicas e habitacionais. Além disso, busca-se compreender as expectativas frente ao processo de saúde, doença e hospitalização e a rede de apoio disponível. Tais aspectos tornam-se fundamentais para a compreensão da realidade onde aquele sujeito e sua família estão inseridos, visando, principalmente, o planejamento da alta hospitalar. (Raiher e Rocha, 2019, p. 3)

O Serviço Social, compreende a alta responsável como um processo que deve levar em conta também os fatores que fogem do binômio saúde-doença como os fatores sociais, econômicos e culturais, bem como as relações interpessoais dos usuários como critérios para sua efetivação.

Quando um desses fatores são identificados como obstáculos na transição do cuidado, denomina-se que este usuário, apesar de ter alta médica, tem pendências sociais que o impedem, naquele momento, de retornar ao domicílio. À esta situação conformou denominá-la de alta social<sup>13</sup>. Nas palavras de Fortes (2018)

Dentro do ambiente hospitalar, quando o paciente recebe alta médica, mas possui alguma questão de cunho social que o impossibilita de deixar o hospital[...]essa “impossibilidade” é denominada, institucionalmente, como “alta social” (Fortes, 2018, p. 3).

A alta social não considera apenas as condições sociais e psicológicas do usuário, mas de todo núcleo familiar, principalmente do cuidador de referência. Os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde aponta que

A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar a equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe (CFESS, 2010, p. 48).

Este documento ainda aborda as dificuldades que os assistentes sociais enfrentam por parte das equipes de saúde da não compreensão das atribuições e competências profissionais que cabe à esta categoria (CFESS, 2010), de acordo com o documento

[...]essas demandas devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou

---

<sup>13</sup> A alta social é um conceito adotado pelas categorias profissionais que compreendem a saúde em seu sentido ampliado, não apenas como ausência de doença. No ambiente hospitalar as categorias profissionais que utilizam deste conceito, quando identificam pendências sociais e/ou psicossociais que precisem de intervenção no planejamento da alta, são o Serviço Social e a Psicologia.

família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo da alta. (CFESS, 2010, p. 47-48)

Um registro significativo sobre as avaliações sociais e psíquicas que envolvem e devem nortear o que é denominado "alta social" foi registrado por mim<sup>14</sup> durante o exercício do estágio em serviço social no HU/UFJF. Trata-se do caso de uma usuária/paciente idosa que, segundo avaliação médica, estava clinicamente pronta para ter alta hospitalar e retornar ao seu lar. Vejamos:

*Em determinada situação uma usuária idosa relatou, à assistente social do setor, sofrer abuso psicológico e abuso financeiro por parte do filho que residia com ela e, portanto, não gostaria de retornar ao lar.*

*Em seus relatos a usuária contou que seu filho, que também era idoso, era dependente químico e etilista e que para conseguir sustentar seus vícios o filho a agredia verbalmente para conseguir dinheiro já que ele não possuía renda. De acordo com a idosa, esse dinheiro era proveniente de sua aposentadoria, sua única fonte de renda, e que parte dele era comprometido com seu tratamento de saúde. Disse que o filho "era nervoso" e até mostrou fotos do portão que esse filho havia quebrado em um momento de fúria.*

*Perguntada se esse era o único filho, a idosa relatou ter outro filho que residia em cima de sua casa com sua esposa, contudo, a nora não se "dava bem com a sogra" e por isso ela "não queria incomodá-lo". Disse que este filho casado até tinha separado as entradas das casas e colocado câmeras de segurança em razão do comportamento do irmão (Diário de Campo, 2023)*

Buscando intervir na realidade social desta usuária idosa, a assistente social a orientou sobre seus direitos e sobre os possíveis encaminhamentos que poderiam ser feitos, além de contato com outros familiares, visando seu bem-estar social, contudo, o sentimento de culpa por denunciar o filho, o medo de como ele a trataria após a desospitalização e como ficaria a relação entre filhos e nora, nora e sogra, mãe e filhos, a usuária voltou atrás de seu relato inicial na tentativa de suavizar a convivência dela com esse filho agressivo.

Em casos como este, em que a usuária estava lúcida e orientada, portanto, capaz de tomar decisões, é importante uma intervenção que ao mesmo tempo que assegure seus direitos garantidos legalmente, respeite suas decisões. Logo, uma intervenção que esteja em conformidade com o Estatuto do Idoso, capítulo dois, que trata do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, sendo o Estado e a sociedade instâncias asseguradoras destes direitos.

O sujeito idoso deve ser respeitado também em sua autonomia, ainda que preconceituosamente nós tendemos a julgá-los incapazes de tomar decisões sobre

---

<sup>14</sup> Na descrição dos relatos de experiência utilizarei a primeira pessoa do singular devido a natureza dos instrumentos.

as suas próprias vidas. Salientamos que práticas e condutas conservadoras e preconceituosas são caminhos que fragilizam a garantia de direitos

O preconceito é exatamente essa forma de avaliação da realidade a partir de ideias e valores pré-concebidos sem que eles sejam reavaliados criticamente com o auxílio do conhecimento teórico e da constatação prática em face da realidade. Essas práticas resultam de uma cultura conservadora, da precarização da formação profissional, da falta de preparo técnico e teórico, da fragilização de uma consciência crítica[...]de incorporação de valores e ideologias conservadoras, individualistas, e racionalistas, da absorção da rotina burocrática das instituições e submissão às suas normas e aos seus valores (Barroco e Terra, 2012, p. 75)

Nos casos em que a família e a rede de cuidadores apresentam dificuldades sociais, econômicas e psicológicas em retornar com o idoso ao domicílio, aumentando a permanência deste no hospital, caracteriza-se uma internação de cuidados prolongados que pode durar por meses, fazendo com este usuário idoso veja o hospital como sua moradia.

Os motivos que justificam a internação de cuidados prolongados são diversos, mas o motivo predominante está relacionado às condições sócio familiares como demonstrado na pesquisa organizada por Ana Amélia Camarano (2010), publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA com o título Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?, no capítulo onde se analisa as internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro, onde os autores salientam que

[...]22% dos homens e 18% das mulheres (entrevistadas) tiveram como motivo de maior permanência aqueles estritamente de caráter sociofamiliar. Tais proporções aumentam ligeiramente entre os idosos com maior tempo de permanência, ou seja, quanto maior o tempo de internação acentuam-se os casos de pacientes que permanecem por motivo sociofamiliar. Quanto ao tempo de internação desses “pacientes sociais” observou-se[...]que mais da metade (53%) ficou internada por mais de seis meses. Dentre eles, 21% chegaram a ficar mais de 24 meses internados. Esses achados levantam a hipótese de que as questões de fragilidade sócio familiar são agravantes para o aumento do tempo de internação dos idosos (Romero et al, 2010, p. 262).

Conforme demonstrou a pesquisa publicada pelo IPEA, muitos idosos chegam aos hospitais na condição de independentes e tornam-se dependentes ao longo da internação por perda funcional, afetando as relações e as configurações

familiares que passam a tê-los como alguém até mesmo “indesejável”.

Os entrevistados nesta Pesquisa do IPEA (2010) relataram que a dependência ora surge, ora é agravada pelo tempo de internação e o tempo de internação prolongada afeta não só a capacidade funcional do idoso, mas influencia também o contexto familiar.

Eles ficam dependentes, se tornam inoportunos, querem reivindicar o seu direito e a sua autoridade, não querem entender que não têm mais autoridade e que agora dependem da família (IPEA, 2010).

Situações como essa, em que a família percebe o idoso como alguém que não tem mais autonomia, portanto, alguém dependente, são exemplos de demandas que requerem uma intervenção do Serviço Social no sentido de compreender quais as condições concretas das famílias em relação ao cuidado de um idoso ou idosa dependente.

Outro relato de experiência que demonstra bem essa situação de internação de longa permanência e dependência é o caso da idosa E.

*Dona E. está internada há mais de cem dias no HU/UFJF pela gastroenterologia, além deste quadro de saúde esta usuária também trata de questões neurológicas relatadas durante entrevista social.*

*Em um momento de acolhida da assistente social à esta usuária, a mesma declarou não querer ir para uma determinada instituição que dispõe de leitos para cuidados prolongados, pois, de acordo com ela, sua nora trabalha nesta instituição e sempre comenta sobre as condutas em relação aos seus internos.*

*Dona E deixou claro seu desejo de retornar ao lar no pós alta, contudo, antes de sua internação ela residia sozinha e geria sua própria vida, mas, um relatório médico de incapacidade fez com que sua alta fosse judicializada, já que, não há no momento um cuidador de referência que possa assumir o cuidado integral e ela já ter expressado o desejo de não ir para tal instituição já cogitada pela equipe médica.*

*Nesse tempo de espera por resposta por parte da promotoria de saúde foram feitas várias intervenções com a família de Dona E. e vários contatos com a própria usuária. Em um destes contatos, Dona E. perguntou para a assistente social o que ela tinha feito para que os filhos a odiassem a ponto de não querer levá-la para casa. Até a data de hoje, 31/10/23, Dona E. segue internada aguardando transferência determinada judicialmente. (Discussão relatada em oficina de supervisão de estágio, 2023)*

Portanto, ao retornarmos à avaliação moral da idosa aqui identificada como E, considerando as análises críticas de Teixeira (2017), é indispensável abandonar a

perspectiva do ódio familiar, trazida por ela no questionamento genuíno "[...] o que havia feito para que os filhos a odiasse a ponto de não querer levá-la para casa" e tornar claro às condições reais, econômicas, sociais, culturais e subjetivas que perpassam essa decisão pelo cuidado intrafamiliar, que se estruturam na vida na classe social à qual pertencem.

O envelhecimento do trabalhador é uma expressão da questão social[...]Portanto, não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeitos imediatos de isolamento, exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais. (Teixeira, 2017, p. 34-35)

Vale ressaltar, que via de regra, os usuários do SUS e seus familiares são aqueles que compõem a classe trabalhadora de uma sociedade capitalista que enfrentam uma série de desigualdades e que faz que o processo de envelhecer seja desigual entre os indivíduos, portanto, o tipo e grau de dependência também são diferentes entre um mesmo grupo etário.

Conforme discutido anteriormente, não há uma velhice homogênea, pois este é um processo construído historicamente e traz as marcas e muitas contradições da ordem societária onde este se dá. Portanto, na sociedade capitalista, como nos adverte Beauvoir (1970) há diferentes e desiguais velhices. A velhice é heterogênea e a classe social a que o usuário idoso pertence influencia, ou melhor, determina as condições de cuidado no pós alta.

De acordo com Venturi e Bokany (2007) a velhice no Brasil está associada a aspectos negativos por trazer consigo debilidades, dependências físicas e prostração e esses aspectos são percebidos tanto pelos próprios velhos e velhas como por seus familiares e/ou cuidadores. Essa perspectiva demonstra que a velhice não está associada apenas a uma categoria etária ou a dados biológicos.

Vale ressaltar que a pobreza somada às fragilidades nos vínculos familiares geram nas famílias a insegurança em relação ao retorno do idoso ao lar. Medo de não darem conta dos cuidados contínuos e de tempo integral, vulnerabilidade social, fragilidade emocional e adoecimento dos próprios cuidadores são fatores que interferem na efetivação da alta responsável e trazem à tona o Serviço Social para responder às demandas sociais relativas à alta responsável. Dentre elas, contatos com a rede socioassistencial, pois, compreende-se que a rede de apoio social é

imprescindível na redução de danos à saúde e na efetivação da integralidade do tratamento, do acesso universal à direitos em saúde pública e de um tratamento adequado às necessidades de cada sujeito idoso.

#### 4.3 REDES SOCIOASSISTENCIAIS E ALTA RESPONSÁVEL: IMPACTOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME NA VIDA DOS SUJEITOS IDOSOS

É inegável que existe uma lógica histórica de que a família é a “instituição provedora central de bem estar” (Mioto, 2018, p. 8) que é reforçada pelo Estado através das políticas sociais neoliberais. Essa lógica não leva em conta as situações de vulnerabilidades sociais, econômicas e psicológicas que essas famílias se encontram, tornando essa rede de apoio fragilizada.

No que tange a população idosa, culturalmente existe a culpabilização das famílias por dispor de afeto, atenção e cuidado sem levar em conta o sofrimento emocional e a sobrecarga que estes cuidados acarretam na vida destes cuidadores, e considerando a mudança demográfica, que vem ocorrendo no Brasil, podemos dizer que na maioria dos casos esses cuidadores também são idosos, ou melhor, idosas como demonstrado na discussão sobre a feminilização da velhice.

Segundo Faleiros *et al* (2015), cuidar de um idoso pode trazer outras consequências como

[...]conflitos no âmbito emocional, pois o cuidador pode experimentar sentimentos positivos como satisfação por cuidar de uma pessoa idosa da família e ao mesmo tempo sentimentos negativos como: sensação de impotência, tristeza, solidão e preocupação. No âmbito da vida profissional, os que trabalham fora de casa, tendem a falhar tanto nas tarefas do cuidado com o idoso quanto no desempenho profissional (atrasos frequentes, faltas etc.). Em alguns casos, em virtude da dificuldade em conciliar a tarefa de cuidador e de profissional fora de casa, há tendência a diminuir sua carga horária no trabalho ou mesmo deixar o emprego, o que pode acarretar dificuldades financeiras para o cuidador e sua família. No âmbito do lazer, não é raro que cuidadores familiares diminuam suas horas dedicadas ao lazer, sentindo-se isolados de amigos e de todos que o cercam (Faleiros *et al*, 2016, p. 145)

Visando a integralidade do cuidado à saúde dos usuários e fortalecimento da rede de cuidadores, conta-se com o apoio das redes socioassistenciais para dar o

suporte necessário a estes no pós alta hospitalar, ou seja, na transferência do cuidado como descrito no texto da alta responsável.

Dentre as articulações com a rede, podemos citar contatos com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos territórios para garantir uma continuidade do tratamento e contatos com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) objetivando a inclusão dos usuários e de seus familiares em programas de transferências de renda e de segurança alimentar.

Além disso, as articulações com as Secretarias de Saúde para acesso ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para aqueles que necessitam, contatos com Gerências Regionais de Saúde (GRS) para acesso à medicações especiais e de alto custo e, em casos mais complexos, contatos com a promotoria de saúde, são necessárias para que o princípio de universalidade, integralidade e equidade do SUS se concretizem no pós alta.

Em outro relato de experiência, vivenciada por esta graduanda no campo de estágio, ficou nítida a sensação de impotência e o medo das dificuldades financeiras contidas na fala de uma cuidadora e demonstrou bem a importância das articulações com a rede para garantir integralidade no tratamento de saúde do seu pai.

*O relato trata-se de um usuário idoso que havia sido transferido de outra instituição para o HU/UFJF e seu quadro era de queimadura. (Aqui é importante dizer que para o tratamento adequado das queimaduras o usuário necessitava de um hospital referência em queimados). A equipe médica fez três tentativas de transferência para um hospital referência em Belo Horizonte, contudo, houve empasses, pois a filha não queria a transferência por não poder acompanhar o pai e, ainda que ela concordasse, o hospital referido trabalha com critérios sobre graus de queimaduras e possibilidades de cura das quais o usuário não se encaixava, tendo assim, a negativa de transferência.*

*Sua única cuidadora de referência era sua filha adotiva, que logo no início da internação, demonstrou interesse em vaga de Instituição de Longa Permanência (ILPI) para seu pai no pós-alta pois tinha conhecimento da gravidade do quadro de saúde dele e não se sentia segura de retorná-lo ao domicílio.*

*Além da insegurança referente aos cuidados, essa filha também relatou à assistente social de referência do setor, que não tinha condições psicológicas de levar seu pai para casa devido ao quadro de culpabilização em que ela se encontrava por seu pai ter se queimado no dia em que ela comemorava seu aniversário.*

*Naquele momento a filha estava desempregada, sem renda para sustentar seus filhos e a procura de emprego, portanto, declarou que não podia se disponibilizar como cuidadora 24h por dia, como também não podia arcar com os custos de um cuidador formal, relatou ainda estar sob tratamento médico mas ainda sim se sentia culpada por não poder assumir a responsabilidade do cuidado pois “sentia” ser sua obrigação.*

*Rodeada de conflitos, a filha judicializou a alta hospitalar do pai que acabou sendo transferido para uma vaga de Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) em outra instituição hospitalar do município de Juiz de Fora. O tempo total da internação, somando o tempo das três instituições em que este usuário esteve, foi de aproximadamente 1 ano e na UCP ele veio a falecer. Ressalto que esta vaga na UCP não foi instantânea. Foram feitos vários contatos, articulações e envios de relatórios para a Promotoria de Saúde para garantir a integralidade do tratamento de Saúde do usuário, como também, foram feitos encaminhamentos para o CRAS visando à proteção social desta cuidadora e de seus filhos. (Discussão realizada na supervisão acadêmica e apresentada no relatório de estágio, 2023)*

Elementos como culpa, fragilidade emocional, vulnerabilidade social e adoecimento são alguns dos fatores que implicam para que a alta responsável seja efetiva, somado a estes elementos podemos citar políticas públicas focalizadas que não suprem na íntegra as necessidades dos usuários, fazendo com que os direitos sociais sejam fragmentados.

As políticas focalizadas são aquelas de orientação público/privada, a exemplo podemos citar o Departamento de Internação Domiciliar (DID), que apesar de treinar os cuidadores e dispor de insumos para o cuidado domiciliar, não dispõe de todos os recursos necessários para o cuidado, fazendo com que o financiamento do cuidado seja compartilhado com a família.

A internação domiciliar é regulamentada pela Portaria GM-MS Nº 2.416, de 23 de março de 1998 e o DID está inserido no Programa Melhor em Casa e sobre este serviço Figueiredo e Maroldi (2012) reforça

[...]que a assistência domiciliária é uma alternativa que beneficia especialmente idosos com doenças incapacitantes, dependentes do auxílio de terceiros por tempo prolongado e que tendem a permanecer isolados em seus lares (Figueiredo E Maroldi, 2012, p. 148)

Contudo, é preciso elucidar os vários obstáculos frente a essas articulações que podem interferir na efetivação da alta responsável, como, por exemplo, a precarização do trabalho. Sobre a “precarização do trabalho”, Ricardo Antunes (2015), pautando-se em Druck (2007) salienta que o tempo que estamos vivendo, são tempos

[...]de desemprego estrutural, de trabalhadores e trabalhadoras empregáveis no curto prazo, através das (novas) e precárias formas de contrato onde terceirização, informalidade, precarização, materialidade e imaterialidade são mecanismos vitais, tanto para a preservação quanto para

a ampliação da sua lógica (capitalista) (Druck, 2007, *apud* Antunes, 2015, p. 20)

Esta perspectiva fica ainda mais evidente quando se trata dos serviços de saúde pública, que há décadas vêm sofrendo com as ofensivas neoliberais e perdendo espaço para a privatização e terceirização da saúde. Para Druck (2016)

A proliferação da terceirização em serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde, resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, em prol de uma suposta – e não comprovada – eficiência de instituições de natureza privada, mais flexíveis e ágeis, em contraposição ao padrão do serviço público brasileiro (Druck, 2016. p. 18)

Além dessas questões de conjuntura, há ainda a escassez de insumos disponíveis nos espaços que compõem a rede socioassistencial. Em outra experiência vivenciada por esta graduanda, a dificuldade em garantir um tratamento humanizado e o acesso à direitos para um usuário em privação de liberdade , que estava na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), se deu pela falta de linha telefônica disponível na instituição de origem.

*O usuário estava internado na UTI do HU/UFJF sob escolta de agentes penitenciários. Em dado dia, a portaria informou ao setor onde X. estava internado que havia familiares na portaria para visita, contudo essa visita não foi liberada pelos agentes, pois, segundo eles, não havia uma liberação por parte da instituição de origem para que estes familiares pudessem visitá-lo. O Serviço social foi acionado pelo setor e verificou junto aos agentes qual era o fluxo das visitas para usuários em privação de liberdade. Foi verificado que para a liberação desta visita era necessário um cadastro junto aos órgãos competentes. Contudo, verificar essas informações junto a unidade prisional foi difícil e levou muito tempo, pois, o sistema prisional que encaminhou o usuário para os serviços de saúde está sem linha telefônica. (Relato constado no relatório de estágio, 2023).*

Este fato não é isolado. Em várias outras articulações a Equipe do Serviço Social do Hospital Universitário de Juiz de Fora-HU-UFJF tem se deparado com a dificuldade de comunicação entre os diferentes pontos da rede, fazendo com que a comunicação transite para o âmbito privado do whatsapp e via e mail institucional.

Tem-se também a falta de medicações disponíveis via SUS, problemas com o cadastro para acessar o TFD e critérios de elegibilidade contidos nas políticas de saúde e de assistência como fatores que tornam a rede socioassistencial incapaz de

suprir todas as necessidades dos sujeitos, principalmente dos idosos, que como já visto anteriormente, são os maiores demandantes do Sistema Único de Saúde.

Uma das explicações para este cenário, são os cortes de verbas que a Saúde vem sofrendo e que tem afetado diretamente os direitos conquistados e garantidos legalmente. Retomando o capítulo I, quando falamos sobre a Emenda Constitucional 95/2016 que congelou os gastos com saúde por vinte anos, vemos que estes cortes têm sido significativos a cada governo e, os cortes orçamentários agravam as situações de desamparo neste processo de saúde-doença e alta responsável.

Só neste ano de 2023 há graves bloqueios na área da saúde. O Governo Federal bloqueou R\$ 1,5 bi do orçamento e, em julho de 2023 foi publicada em edição extraordinária do Diário Oficial os dez ministérios afetados por essa decisão, entre eles estão à saúde com um corte de R\$ 452 milhões e o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome com um corte de R\$ 144 milhões, sendo que, em maio de 2023 este segundo já havia sofrido um corte significativo (ANDES, Sindicato Nacional, 2023).

Isto posto, percebe-se que os elementos que se apresentam como desafios na concretização da alta responsável perpassam pela esfera privada do usuário, bem como por questões institucionais e conjunturais.

Não há intenção neste trabalho de colocar as políticas públicas sociais em demérito, nem tão pouco de desqualificá-las enquanto instrumentos de efetivação de direitos universais, integrais e de equidade. O que se pretendeu aqui, foi demonstrar os limites existentes, sejam eles de âmbito privado ou público, que perpassam pela alta responsável e pela continuidade de um tratamento que seja adequado às necessidades individuais de cada sujeito idoso.

Ao apresentar a PNHOSP e seu eixo que trata da alta responsável, por exemplo, percebe-se que o critério de transferência de responsabilidade, por vezes se torna um entrave na desospitalização e no retorno do idoso ao lar, seja por condições objetivas ou subjetivas que as famílias vivenciam. Além do mais, ainda tem que se levar em consideração a falta de financiamento na saúde que tem tornado a rede de apoio sócio assistencial fragilizada e incapaz de suprir todas as necessidades destes sujeitos demandantes do Sistema Único de Saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo apresentar os desafios da alta responsável para a população idosa no Brasil e demonstrar as lacunas existentes nas Políticas Públicas de Saúde, cuja função é contribuir para uma justiça social. Para justificar a escolha do tema, tomei por base as experiências vivenciadas durante o estágio obrigatório no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU/UFJF, unidade Santa Catarina, cujo alguns relatos de experiência foram trazidos de modo a dar concretude à discussão. Para embasar a argumentação, nortei-me pelo método dialético de Marx na construção de uma pesquisa qualitativa, cujo as técnicas utilizadas na busca de resultados foram a revisão bibliográfica, análise documental e os relatos de experiências aqui demonstrados.

Para alcançar os elementos que se apresentam como desafios na alta responsável para a população idosa no Brasil, e quais os impactos desta para o sujeito idoso e para sua rede de cuidadores, definiu-se quatro objetivos específicos. O primeiro objetivo foi o de apresentar o processo de envelhecimento na sociedade capitalista e o que é a etapa da vida denominada velhice, bem como demonstrar o perfil demográfico brasileiro, o envelhecimento populacional e a feminização da velhice como sua particularidade.

Verificou-se que o fator envelhecer está imbricado nas classes sociais, e portanto, se manifesta de formas distintas, pois, envelhecer numa sociedade capitalista depende sim das condições de classes que são permeadas por fatores culturais, sociais, políticos, de crença, etnia, gênero, escolaridade e espaço. Além do mais, notou-se também, que a mudança demográfica, como fenômeno mundial, tem trazido transformações societárias e nas relações, inclusive nas relações de cuidado.

Vimos também, que essa mudança demográfica tem suas particularidades e, para alcançar o objetivo proposto neste trabalho, destacamos a particularidade da feminização da velhice. Para falar sobre a feminização da velhice não podemos ter uma visão utópica sobre o envelhecimento das mulheres brasileiras, pois, estamos falando de mulheres velhas que compõem a classe trabalhadora e que também são demandantes de cuidado. Nesse sentido, a perspectiva marcada pelas relações de gênero de que as mulheres são as responsáveis pelo cuidado, torna-se uma

expectativa frustrada, pois, são mulheres velhas cuidando de pessoas velhas, portanto, uma rede de cuidado fragilizada.

O segundo objetivo, proposto neste trabalho, foi o de apresentar as Políticas Públicas de Atenção ao Idoso e como elas tratam a questão do cuidado. A pesquisa permitiu concluir que é preciso admitir a responsabilização das famílias e a desresponsabilização do Estado em relação ao cuidado e, que existem lacunas para que esse cuidado seja de fato efetivado. Ademais, o aprofundamento da ideologia neoliberal reforça os desafios contidos na alta responsável, pois, o que se vê é um aprofundamento de políticas focalizadoras e a lógica privatista que responsabiliza o sujeito por sua condição de classe.

O terceiro objetivo deste trabalho teve como intuito apresentar a portaria nº 3.390 de 2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e que instaura a alta responsável como transferência de cuidado, demonstrar a importância da equipe multiprofissional, da qual o Serviço Social faz parte, no planejamento da alta hospitalar e o papel fundamental da rede socioassistencial na garantia de um tratamento de saúde universal, integral e equânime para a população idosa. Essa discussão demonstra a importância de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, que tenha como objetivo garantir um tratamento integral e de equidade, que respeite as necessidades individuais de cada sujeito, bem como os limites intrafamiliares sobre o cuidado.

Por fim, demonstramos que os desafios para a efetivação da alta responsável estão nas limitações de cuidado pela família, resultantes das condições sociais, econômicas e culturais desta instituição e na ausência de investimentos públicos nas políticas de atenção à velhice (ao processo de envelhecimento).

Portanto, a hipótese do trabalho de que a alta responsável enfrenta desafios para sua efetivação se confirmou, pois, vimos que as relações sociais dos usuários idosos e de seus cuidadores são cercadas de questões que podem levar os familiares, talvez por total falta de opção, agravada por despreparo e baixos recursos financeiros e emocionais, ao "não cuidado", ou melhor, a não corresponderem às expectativas de cuidado atreladas ao que tomamos como representativo do papel da família nesta sociedade.

Soma-se a estes agravantes relacionados à expectativa do cuidado, a precarização do trabalho e a falta de financiamento em saúde que afeta diretamente a rede sócio assistencial, comprometendo a alta responsável enquanto transferência

de cuidado articulado com os demais pontos de atenção da RAS, em especial a atenção básica.

Feita as recapitulações necessárias para que não se perca de vista as discussões aqui propostas, retornemos ao objeto deste trabalho que são os desafios da alta responsável para a população idosa e quais as imbricações estão envolvidas ao processo do cuidado, tendo como centro o idoso e seu cuidador.

Ao analisar as discussões contidas nos capítulos, percebemos quão importante é discutir o processo de envelhecimento dentro de uma sociedade capitalista. Se o capitalismo é o sistema econômico que legitima a questão dos bens privados que visam lucros, os sujeitos aqui tratados são aqueles que vendem sua força de trabalho em troca de salários, que construíram suas trajetórias a partir desta lógica e que hoje estão velhos.

Percebemos no decorrer do capítulo I que, quando um sujeito trabalhador envelhece, ele já não é mais útil ao sistema capitalista e, se olharmos para a realidade atual, veremos que a pirâmide etária está se transformando à passos largos, tornando essa sociedade em uma sociedade composta por pessoas velhas.

Observa-se que na lógica do capitalismo não há espaço para essa população envelhecida e, se a classe trabalhadora, que recebe salário em troca do trabalho, encontra-se em condições cada vez mais precárias de sobrevivência, o que dizer daqueles que, expulsos do mercado de trabalho, compõem a velhice da classe trabalhadora - os velhos trabalhadores?

Sobre esta perspectiva damos luz a outra reflexão: se esses velhos já não servem mais ao capital, portanto, estão destituídos dos seus meios de subsistência, de quem é a responsabilidade de cuidar dessa parte da população em uma sociedade que nega durante toda a sua trajetória condições de vida dignas?

Numa perspectiva patriarcalista, voltando nosso olhar para o âmbito restrito da comunidade e/ ou família, as mulheres, tendo parentesco ou não com os que necessitam desse cuidado, seriam as responsáveis por exercer essa função. Ao discutirmos essa questão com luz no processo de envelhecimento populacional no país, salientamos uma tendência demográfica de "feminização da velhice", ou seja, as mulheres, diante deste fenômeno, seriam tanto alvo de cuidados, quanto encobertas de obrigações deste nível com outras mulheres. Mulheres velhas, cuidando e sendo cuidadas por outras mulheres velhas. Essa característica demográfica (não naturalmente explicada, como vimos) frustra e sobrecarrega a

expectativa do cuidado determinada pelo patriarcado e adensada pelo Estado capitalista.

Além disso, precisa ser levado em conta a "escolha da família" (ou total ausência dela pelas razões já explicitadas) pelo "não cuidado". Sendo assim, ainda que as políticas de atenção à velhice, garantam direitos e prevejam sanções aos que os descumprirem, não tornam efetivamente públicas as questões que perpassam o crescente e acelerado processo de envelhecimento, à medida em que responsabilizam as famílias e a sociedade como centrais no exercício do cuidado e efetivação destes direitos. Destacamos ainda, como agravante desta situação, o não suporte público dado aos "agentes do cuidado" por parte do Estado e suas instituições para o exercício pleno da função atribuída aos familiares e à sociedade em geral.

Destacamos, ainda nesta perspectiva e que contribuem para o seu agravamento, as fragilidades dos vínculos familiares, da rede socioassistencial e da precarização do trabalho que influem diretamente para que o cuidado integral e equânime se materialize efetivamente. Se a alta responsável trata da transferência de cuidado, é preciso garantir que esse cuidado atenda as necessidades dos idosos e de seus cuidadores, com o "suporte necessário" e não apenas com o "suporte disponível" nas instituições e serviços que constituem a Rede de Atenção à Saúde.

Compreendemos que discutir o papel do cuidado se faz de extrema importância para as equipes de saúde que compõem o planejamento da alta responsável, não só com uma perspectiva multiprofissional, mas interdisciplinar, que visa o bem estar do sujeito idoso. Para isso, é preciso que a equipe se aproxime da realidade em que esse sujeito idoso e sua rede de cuidadores vivem, para que o planejamento da alta seja de fato responsável.

Entendemos que as políticas públicas encontram limites para sua efetivação, o principal deles é a falta de financiamento público. Contudo, a equipe de saúde não pode ter uma visão fatalista pois, se assim o for, estaria impedida de avançar, de somar na luta pelas melhorias nas condições de vida e saúde da população em geral e nas da velhice, em específico. No entanto, também não se pode ter uma visão messiânica de que as famílias, por estarem no papel central do cuidado, sempre disporão (ou deverão dispor) de meios para exercê-lo em sua plenitude, com qualidade e sem interrupções.

Para finalizarmos essas considerações, saliento que o que fizemos no decorrer deste trabalho foi explicitar que, assim como a forma de envelhecer é diferente e desigual nesta sociedade, as famílias, representadas como lugar de afeto e cuidado, também são diferentes e sofrem as mazelas das desigualdades. Portanto, nem sempre essa transferência de cuidado será possível para o âmbito familiar. Dito isto, reafirmamos que os desafios que perpassam a denominada “alta responsável” devem ser assumidos como de ordem pública, ainda mais considerando que tomamos a família como espaço privilegiado de cuidado, muitas vezes encobrindo que esta instituição é também lugar de conflitos. Para tal, faz-se necessário discussões críticas sobre esta temática, capazes de uni-la às perspectivas mais amplas de compreensão da realidade e que numa leitura ampliada do conceito de saúde a some às questões de ordem social, econômica, cultural, entre outras, que perpassam e compõem as relações sociais capitalistas. E, ainda, não podemos fechar este trabalho sem apontar a igual necessidade de se discutir criticamente o próprio conceito de família e as perspectivas que o define, o que propomos para novos estudos e pesquisas em torno do objeto aqui analisado, qual seja, os desafios da alta responsável.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **IBGE diz que Brasil já tem mais de 207 milhões de habitantes.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-08/ja-somos-mais-de-207-milhoes-de-habitantes-segundo-o-ibge>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

ALVES, J. **'Diversidade 60+' idosos projetam desejos para 2023.** A união. 2022. Disponível em: [https://auniao.pb.gov.br/noticias/caderno\\_diversidade/diversidade-60-idosos-projetam-desejos-para-2023#:~:text=estudos%20levantados%20pelo%20instituto%20brasileiro,de%20pessoas%20idosas%20no%20brasil](https://auniao.pb.gov.br/noticias/caderno_diversidade/diversidade-60-idosos-projetam-desejos-para-2023#:~:text=estudos%20levantados%20pelo%20instituto%20brasileiro,de%20pessoas%20idosas%20no%20brasil). Acesso em: 30 de maio de 2023.

ANTUNES, R; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, vol. 18, núm. 34, 2015, Julho-, pp. 19-40, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264586001/552264586001.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2023.

ARÊAS, R. S; BERNARDO, M, H, J. **Envelhecimento e família na sociabilidade capitalista periférica brasileira.** In: TEIXEIRA, S,M; PAIVA, S, O, C; SOARES, N. Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas. Curitiba, CRV, 2019, p. 263-264

ARTIGO 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. **Jusbrasil.** Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/920107/artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 29 de agosto de 2023.

BARROCO, M, L, S. **Ética e Serviço Social: Fundamentos ontológicos.** 3. Ed., São Paulo, Cortez, 2005, p. 26.

BARROCO, M, L, S; TERRA, S, H. **Código de ética do/a assistente social comentado.** Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, São Paulo, Cortez, 2012, p. 75

BIANCO, I. G. S; NUNES, N. R. A . **Desospitalização: Refletindo sobre o trabalho em rede e a garantia do direito à saúde.** Anais do 16 ° Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 2016, p. 3.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, p. 8-17.

BEHRING, E, R; BOSCHETTI, I. **Política social [livro eletrônico] : fundamentos e história**. São Paulo : Cortez, 2017. p. 11-48.

BENEDITO, J. C. **Melhor idade para quem? As novas terminologias para designação da velhice**. In: TEIXEIRA, S, M. Envelhecimento na Sociabilidade do Capital. Campinas: Papel Social, 2017, p.218-219 (Coleção Serviço Social e Envelhecimento)

BERLEZI, E. M. *et al.* **“Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial”**. Texto e Contexto, Florianópolis, vol. 20, n. 2, p.370, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419104020>. Acesso em: 18 de abril de 2023.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social pública ainda é possível! Revista Inscrita, Brasília, nº 10, CFESS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm#art5xxxiii](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#art5xxxiii). Acesso em: 22 de setembro de 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 28 de agosto de 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 28 de agosto de 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em :[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em: 08 de maio de 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 08 de maio de 2023.

BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 08 de maio de 2023.

BRASIL. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 22 de setembro de 2023.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil.** In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf). Acesso em: 28 de Agosto de 2023. p. 1- 24

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para debate.** In: Mota, Ana Elizabete *et al.* Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2007. P. 212

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças dos velhos.** 7. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994, p. 54.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade\\_social\\_no\\_brasil\\_conquistas\\_e\\_limites\\_a\\_sua\\_efetivacao\\_-\\_boschetti.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf) . Acesso em: 27 de abril de 2023.

CAMARANO, A, A. *et al*; **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil.** In: Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 190

CAMPELO E PAIVA, S. de. O. **Envelhecimento, saúde, e trabalho no tempo do capital.** São Paulo: Cortez, 2014, p. 224 - 239.

CANÇADO, J, M. **O transplante é um baião de dois.** Belo Horizonte-MG, Sciptum, 2005, p.20-21.

CASTELLS, M. **Rede para o estado? globalização da economia e as instituições políticas na era da informação.** In: Seminário Sociedade e Reforma do Estado. Brasília, 1998.

CASTRO, S. de F. F. **Políticas Públicas de Atenção à Saúde do Idoso: Garantias Legais X Realidade Efetiva.** In: Envelhecimento na Sociabilidade do Capital. Campinas: Papel Social, 2017, p.161-171 (Coleção Serviço Social e Envelhecimento)

CECÍLIO, L, C, O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v. 4, nº 2, 1999, p. 315-329.

CNN BRASIL. **Agência Brasil**, 16/06/2023. Disponível em: [https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/populacao-idosa-no-brasil-era-de-105-em-2022-aponta-ibge/#:~:text=a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20com%2065%20anos,geografia%20e%20estat%C3%ADstica%20\(ibge\)](https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/populacao-idosa-no-brasil-era-de-105-em-2022-aponta-ibge/#:~:text=a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20com%2065%20anos,geografia%20e%20estat%C3%ADstica%20(ibge).). Acesso em: 16 de outubro de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8662/93. 10ª Edição Revista e Atualizada. p. 26-27

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). p. 43-48

COSTA, M. I. S; IANNI, A. M. Z. **O conceito de cidadania**. In: Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica [online]. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018, pp. 43-73.

COSTA, R, P. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções**. Mental, v.5, n.8, Barbacena, jun. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008). Acesso em: 31/10/2023.

CUNHA, E. S. **Sobre envelhecer e ser velho em Liberdade: religiosidade, trabalho e família em pequeno município da zona da mata mineira**. 2014, p. 21. (Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Serviço social da Universidade Federal do Rio de Janeiro)

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**. Editora: Gallimard Education, 2005, p. 110.

DRUCK, G. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14,supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2023.

FALEIROS, *et al.* **Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso**. R. Katál., Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153 jan./jun. 2016.

FIGUEIREDO, R, M; MAROLDI, M, A, C. **Internação domiciliar: risco de exposição biológica para a equipe de saúde**. 2012, p. 145-150. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rLmsgVVXkWT8cVRvDPXJpxx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2023.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: entre o instituinte e o instituído.** Ciência e Saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):743-752, 2009, p. 743-751. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n3/743-752/pt>. Acesso em: 28 de Agosto de 2023.

FONTE, I, B. **Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice.** In: Encontro de estudos populacionais da ABEP, XIII, 2002, Caxambu. P. 1-15, Anais eletrônicos. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/facssocial/files/2021/01/diretrizes-internacionais-e-conceito-velhice-1.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

FORTES, D, C, B. **Alta Social e Serviço Social.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Vitória-ES. Dez/2018, p. 1-13

GODOY, A. S. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, SP, v.26, n.2, 1995.

GOMES, V, O. Processo de trabalho: algumas referências para análise no setor saúde. Em Pauta, Rio de Janeiro, UERJ, n. 14, 1999. p. 50-51

GOV.BR. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/desospitalizacao-reflexoes-para-o-cuidado-em-saude-e-atuacao-multiprofissional#:~:text=A%20desospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20fundamenta%2Dse%20na,do%20usu%C3%A1rio%20e%20da%20fam%C3%ADlia>. Acesso em: 25 de setembro de 2023.

GOV.BR. **População brasileira chega a 213,3 milhões de habitantes, estima IBGE.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2021/08/populacao-brasileira-chega-a-213-3-milhoes-de-habitantes-estima-ibge#:~:text=popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20chega%20a%20213%2c3%20milh%C3%B5es%20de%20habitantes%2c%20estima%20ibge,-o%20levantamento%20aponta&text=a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20chegou%20a,1%20ba%20de%20julho%20de%202021>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

GOV.BR. Ministério da Saúde. **Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso em: 08 de maio de 2023

GOV.BR. Ministério dos direitos humanos e da cidadania. **Violências contra a pessoa idosa: saiba quais são as mais recorrentes e o que fazer nesses casos.** Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/violencias-contr-a-pessoa-a-idosa-saiba-quais-sao-as-mais-recorrentes-e-o-que-fazer-nesses-casos#:~:text=os%20casos%20mais%20recorrentes%20incluem,viola%3%a7%3%b5es%20referentes%20%3%a0s%20pessoas%20idosas..> Acesso em: 25 de setembro de 2023.

Governo bloqueia R\$ 1,5 bi do Orçamento 2023. Saúde e Educação são pastas mais atingidas. **ANDES Sindicato Nacional, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior.** 2023. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/governo-bloqueia-r-1-5-bi-do-orcamento-2023-saude-e-educacao-sao-pastas-mais-atingidas1>. Acesso em: 16 de outubro de 2023.

GORENDER, J. **O escravismo colonial.** 6.ed. --São Paulo: Expressão Popular: Perseu Abramo, 2016, p. 113-118.

HADDAD, E, G, M. **A ideologia da velhice.** São Paulo: Cortez, 1986. P. 44

HECKERT, A. L; NEVES, C. A. B. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo.** In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 2007, p. 72-73. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Trabalho-em-Equipe-sob-o-eixo-da-Integralidade-Valores-Saberes-e-Pr%C3%A1ticas.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2023.

IAMAMOTO, M. V. **Marxismo e Serviço Social: uma aproximação.** Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 204-226, ago./dez. 2018.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). **Agência nacional de vigilância sanitária – ANVISA.** Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos#:~:text=as%20ilpis%20s%3%a3o%20institui%3%a7%3%b5es%20governamentais,de%20liberdade%2c%20dignidade%20e%20cidadania.> Acesso em: 13 de maio de 2023.

JUNQUEIRA, L, A, P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Saúde e Sociedade, v.13, nº 1, 2001. p. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>. Acesso em: 04 de Setembro de 2023.

LEAL, L, M; CASTRO, M, M, C. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o trabalho do Assistente Social. Serviço Social e Saúde.** Campinas, SP, v. 16, n. 2 (24), p. 214, 2017.

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos.) Acesso em: 20 de abril de 2023.

LULA QUER REVOGAR TETO DE GASTOS; ACOMPANHE. **Câmara dos deputados**. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/932451-lula-promete-revogar-teto-de-gastos-acompanhe/#:~:text=Em%20seu%20discurso%20de%20posse,o%20industrial%20e%20o%20digital.> Fonte: Agência Câmara de Notícias. Acesso em: 12 de maio de 2023.

MATOS, M, C. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 2017.

MIOTO, R, C, T. *et al.* **O familismo na Política Social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira**. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. UFES, Vitória- ES, 2018, p. 1-19

MONTENEGRO, R, C, F. **Idosos em situação de dependência: Quem cuida? Elementos para o debate**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC- SP. São Paulo, 2017.

NASCIMENTO. M. B; ALVES. E; ALMEIDA. M. C. L. **A saúde do idoso nos serviços de atenção domiciliar no contexto de contrarreforma da saúde: Um estudo de caso**. In: Envelhecimento na Sociabilidade da Capital. Campinas: Papel Social, 2017, p. 206 (Coleção Serviço Social e Envelhecimento)

NERI, A, L. **Feminização da velhice**. In: Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP. Editora Alínea, 2005. (Coleção Velhice e Sociedade) 2ª edição. p.89

NERI, A, L. **Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2011, (Coleção Velhice e Sociedade), 2ª Edição. p. 15

NERI, A, L. **Feminização da velhice**. In: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. SESC-SP, SESC Nacional, Fundação Perseu Abramo, 2020. p. 47-64

**O MUNDO GRISALHO** - UFRN. Disponível em: <https://www.ufrn.br/imprensa/reportagens-e-saberes/29887/o-mundo-grisalho.> Acesso em: 14 de Abril de 2023.

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013. **Ministério da saúde**. Disponível em: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT0963\\_27\\_05\\_2013.HTML](HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT0963_27_05_2013.HTML). Acesso em: 18 de abril de 2023.

PORTARIA Nº 2.416, DE 23 DE MARÇO DE 1998. **Ministério da Saúde**. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA\\_2416.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf). Acesso em: 26 de setembro de 2023.

PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. **Ministério da Saúde**. Disponível em: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2006/PRT2528\\_19\\_10\\_2006.HTML](HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2006/PRT2528_19_10_2006.HTML). Acesso em: 18 de abril de 2023.

PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. **Ministério da Saúde**. Disponível em: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT3390\\_30\\_12\\_2013.HTML](HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT3390_30_12_2013.HTML). Acesso em: 20 de abril de 2023.

RAIHER, C.E; ROCHA, P.S. **O planejamento da alta hospitalar e a transição de cuidados: a atuação do Serviço Social do Hospital São Lucas da PUCRS**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Tema: “40 anos da “virada” do Serviço Social”. Brasília: 2019, p. 3.

REICHEL, W.; GALLO, J, J. Princípios Fundamentais da Assistência ao Idoso. In: REICHEL, W. (org). **Assistência ao Idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RELATÓRIO FINAL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 31 de Agosto de 2023. p. 1-29

**RESOLUÇÃO - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005**. Ministério da saúde Agência nacional de vigilância sanitária. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html#:~:text=3.6%20%2d%20institui%20a%20a%20liberdade%20e%20dignidade%20e%20cidadania](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html#:~:text=3.6%20%2d%20institui%20a%20a%20liberdade%20e%20dignidade%20e%20cidadania). Acesso em: 13 de maio de 2023.

ROMERO, D, H. *et al.* – **internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do sus no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado**. In: cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro, Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2010, Edição 1ª.

SÁ DIAS, M, J; SERRA, J. **Mulher, Velhice e Solidão: uma tríade contemporânea?** In: Serviço Social & Saúde. Campinas, SP, V.17, n. 1 [25], jan./jun. 2018, p.9-30.

SÁNCHEZ SALGADO, C, D.; **Mulher idosa: feminização da velhice**. In: Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716>. Acesso em: 18 de outubro de 2023.

SANTOS, M, F.; RIOS, T, I.; SILVA, A, C, F.; SOARES, N. **Velhice e Questão Social: Qual a Relação?** In: TEIXEIRA, Solange Maria (Org.). *Envelhecimento na Sociabilidade do Capital*. Campinas: Papel Social, 2017, p. 77

SERRA, J. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

SILVA ,K.L; SENA, de S; CASTRO, S. W. **A desospitalização em um hospital público geral de minas gerais: desafios e possibilidades**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6pdddj7tnqnrzs6tnkwdh/?format=html&lang=pt>. Acesso em : 27 de abril de 2023.

SILVA, M. R. de F. e. **Envelhecimento e Proteção Social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal**. In: *Serviço Social e Sociedade*. nº 126, São Paulo, 2016. p. 218-219.

SILVA, M. V. S. da; MIRANDA, G. B. N; ANDRADE,M. A. **Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar**. 2017, p. 2. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n62/589-599/pt>. Acesso em: 27 de abril de 2023.

SILVA, M, O, da S, e. **Pobreza, desigualdade e política pública: caracterizando e problematizando a realidade brasileira**. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 13, n. 2, jul./ dez. 2010. p. 157.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Gov.br**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=A%20rede%20que%20comp%C3%B5e%20o,e%20ambiental%20e%20assist%C3%AAncia%20farmac%C3%AAutica>. Acesso em: 28 de agosto de 2023

SOARES. R, C; CAMPELO E PAIVA. S, O; TEIXEIRA. L, M, B. **A velhice do/a trabalhador/a e sua relação com a política de saúde em tempos de crise e contrarreforma**. In: *Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas*. Curitiba: CRV, 2019. p. 204

SOUZA FILHO, R. **Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 17.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 39-81.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento na Sociabilidade do Capital**. Campinas: Papel Social, 2017, p.41 (Coleção Serviço Social e Envelhecimento).

TELES, L, M, S. **Filosofia para Jovens: Uma iniciação à filosofia**. 9ª. ed., Rio de Janeiro:Vozes, 1996. p. 30.

Tendência de morbidade hospitalar por queimaduras em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Queimaduras**. Florianópolis- SC, volume 13, exemplar 1, 2014, p. 31-37, julho de 2014. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/183/pt-br/tendencia-de-morbidade-hospitalar-por-queimaduras-em-santa-catarina>. Acesso em: 26 de setembro de 2023.

VENTURI. G; BOKANY. V. **A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado**. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, p. 25

DICIONÁRIO INFORMAL. **Vassalagem**. Disponível em: <https://www.dicionarioinformal.com.br/vassalagem/>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

VIEIRA, F.S; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: nota técnica, IPEA, n 28, 2016

WEBER, M. **Sociologia da dominação**. In: **WEBER, M. Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília-UNB, Vol. 2, 1999. p. 187-191.

YAZBEK, M, C. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 110, abr./jun. 2012, p. 289