UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Letícia da Silveira

O CUIDADO À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA SAÚDE: AS NUANCES ENTRE A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E O PAPEL DO ESTADO

Florianópolis
2024

Letícia da Silveira

O CUIDADO À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA SAÚDE: AS NUANCES ENTRE A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E O PAPEL DO ESTADO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Marisa Camargo

Florianópolis

2024

Silveira, Letícia da
O cuidado à pessoa idosa no âmbito da saúde: as nuances entre a responsabilização das famílias e o papel do Estado. / Letícia da Silveira ; orientadora, Marisa Camargo, 2024.
60 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Pessoa idosa. 3. Família. 4. Cuidado. 5. Familismo. I. Camargo, Marisa . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Letícia da Silveira

O CUIDADO À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DA SAÚDE: AS NUANCES ENTRE A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E O PAPEL DO ESTADO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 05 de dezembro de 2024.

Documento assinado digitalmente
Heloisa Teles
Data: 10/12/2024 09:30:31-0300
CPF: ***.314.250-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Coordenação do Curso

Banca examinadora

Documento assinado digitalmente
Marisa Camargo
Data: 09/12/2024 22:16:22-0300
CPF: ***.416.120-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Profa. Dra. Marisa Camargo
Orientadora – DSS/UFSC

Documento assinado digitalmente
Helder Boska de Moraes Sarmento
Data: 10/12/2024 08:24:07-0300
CPF: ***.046.789-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmento
DSS/UFSC

Documento assinado digitalmente
Tatiana Enter Figueiredo
Data: 11/12/2024 17:45:43-0300
CPF: ***.314.509-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Tatiana Enter Figueiredo
Assistente Social
Hospital Florianópolis

Documento assinado digitalmente
Heloisa Teles
Data: 10/12/2024 09:31:04-0300
CPF: ***.314.250-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Profa. Dra. Heloisa Teles
DSS/UFSC

Florianópolis
2024

AGRADECIMENTOS

Com todo meu amor, minha eterna gratidão aos meus pais Jaqueline e Reginaldo, por todo o apoio e incentivo para construir minha vida profissional. Vocês foram a base sólida que sustentou todas as minhas conquistas, incluindo esta. A minha mãe, você é minha luz e meu grande amor, obrigada por todo carinho e ensinamento. Ao meu pai, obrigada por nunca medir esforços para me fazer feliz, sua dedicação e exemplo de vida me ensinaram o valor do trabalho árduo, da honestidade e da perseverança.

Ao meu irmão Lucas, agradeço por todo carinho e parceria que oferece ao longo da minha jornada. Aos meus avós, pela sabedoria, amor e apoio incondicional que sempre me ofereceram, em especial meu avô Jorge. À toda família e meu namorado que me apoiam e comemoram minhas conquistas.

Às minhas amigas da adolescência, que são meu lar, agradeço a relação bonita que temos construído, com muitas memórias e aprendizados. Às colegas e amigas da faculdade, que foram fundamentais durante o percurso da formação, em especial minha dupla Gabriela, que tenho um grande carinho.

À minha orientadora profa. Marisa, que topou construir esse trabalho comigo e tornou o processo mais leve com sua paciência e sabedoria, obrigada pelo carinho e atenção que sempre me ofereceu. Aos professores do Departamento de Serviço Social, que tive a oportunidade de conhecer e me proporcionaram tantos conhecimentos, bem como as pessoas que compuseram a banca. Ao professor Hélder e minha supervisora de estágio Tatiana, obrigada pelo carinho e contribuições ao longo da minha trajetória, acompanharam todo meu percurso no estágio e na fase mais desafiadora, me acolhendo para além das questões acadêmicas.

Às profissionais do setor Psicossocial do Hospital Florianópolis, que me receberam e compartilharam tantos ensinamentos, meu grande carinho por cada profissional. Agradecer as pessoas que passaram pela minha vida e contribuíram de alguma forma para me tornar a pessoa que eu sou hoje.

E por fim, gratidão por não ter desistido e seguido firme mesmo com os desafios, por ter escolhido cursar Serviço Social na UFSC e por todo o aprendizado que a universidade me proporcionou, para além das questões acadêmicas, me permitiu ter um olhar mais humano sobre as pessoas e as trajetórias da vida.

“É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos: mais humanos, mais justos e mais solidários”.
(Iamamoto, 2004, p. 17)

RESUMO

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ganhando cada vez mais destaque, surgindo novas demandas e desafios na garantia de direitos, bem como de políticas públicas que atendam a população idosa. As políticas sociais em relação a esse público são marcadas pelo familismo desde sua gênese, logo a atribuição do cuidado é vinculada às famílias, em especial na política de saúde. Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa é compreender como se estabelece a responsabilização das famílias nos cuidados à pessoa idosa no âmbito da saúde. Trata-se de um estudo exploratório, baseado em pesquisa documental, com abordagem quanti-qualitativa, fundamentado no método dialético e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição. Para dar materialidade à pesquisa, foram utilizados 10 relatórios sociais produzidos pelo Serviço Social do Hospital Florianópolis no ano de 2023, que estavam relacionadas ao atendimento de pessoas idosas. Para a coleta dos dados utilizou-se o Google Forms contendo dados e informações presentes nos relatórios sociais referentes às questões norteadoras da pesquisa. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo com recorte temático e os dados passíveis de serem quantificados foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de figuras e gráficos, utilizando-se a planilha do Excel for Windows para organização do material. Observou-se que as questões provenientes do processo saúde-doença na população idosa são associadas ao envelhecimento e à dependência, gerada muitas vezes por um processo de internação hospitalar, demandando maior cuidado. Foi possível visualizar como as relações sociais vivenciadas ao longo da vida dos idosos influenciam na composição da rede de apoio e em como a ausência desta demanda ações do Estado. Outra questão pontuada foi o papel do Estado na prestação de cuidado à pessoa idosa, o qual notou-se que é insuficiente na garantia de direitos, atribuindo à família a responsabilização do cuidado.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Família; Cuidado; Familismo.

ABSTRACT

The process of population aging is a phenomenon that has been gaining increasing attention, with new demands and challenges emerging in the guarantee of rights, as well as public policies to address the elderly population. Social policies for this group have been marked by familism since their inception, thus the responsibility for care is linked to families, especially in health policy. In this sense, the objective of this research is to understand how the responsibility of families for the care of elderly individuals is established within the health sector. This is an exploratory study, based on documentary research, with a quantitative-qualitative approach, grounded in the dialectical method and its categories: historicity, totality, and contradiction. To give materiality to the research, 10 social reports produced by the Social Service of the Florianópolis Hospital in 2023 were used, related to the care of elderly people. The data collection was done using Google Forms containing data and information from the social reports related to the guiding questions of the research. The collected information was subjected to content analysis with thematic coding, and the quantifiable data were analyzed using simple statistical methods and represented through figures and graphs, utilizing Excel for Windows to organize the material. It was observed that health-related issues in the elderly population are associated with aging and dependency, often triggered by hospitalization, requiring more care. The research also highlighted how the social relations experienced throughout the lives of the elderly influence the composition of their support network and how the absence of such a network demands state action. Another key issue raised was the role of the state in providing care for the elderly, which was found to be insufficient in ensuring rights, leaving the family with the responsibility for care.

Keywords: Elderly person; Family; Care; Familism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sexo dos idosos mencionados nos relatórios sociais 41
Gráfico 1 - Escolaridade dos idosos.....43
Gráfico 2 - Rede de apoio dos idosos 45
Gráfico 3 - Rede de atendimento acessada pelos idosos 49

LISTA DE SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF - Constituição Federal
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF - Programa de Atenção Integral à Família
PBF - Programa Bolsa Família
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa
PSF - Programa de Saúde da Família
RMV - Renda Mensal Vitalícia
SESC - Serviço Social do Comércio
SUS - Sistema Único de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 SOBRE A ORIGEM DA PROTEÇÃO SOCIAL 13
2.1 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO EUROPEU 14
2.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO 18
2.3 O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO ATUAL .. 23
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO BRASIL E O FAMILISMO 26
3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL VOLTADAS À PESSOA IDOSA 27
3.2 O CUIDADO ATRIBUÍDO À FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS 31
3.3 O CUIDADO AO IDOSO ATRIBUÍDO À FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE ... 34
4 RESULTADOS DA PESQUISA: O CUIDADO À PESSOA IDOSA NO AMBITO DA SAÚDE: AS NUANCES ENTRE A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E O PAPEL DO ESTADO 37
4.1 SOBRE O HOSPITAL FLORIANÓPOLIS E O SERVIÇO SOCIAL 37
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 39
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS 40
4.4 INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA NA ÁREA DE SAÚDE E AS RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS ÀS FAMÍLIAS 44
4.5 O PAPEL DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA . 48
CONSIDERAÇÕS FINAIS 53
REFERÊNCIAS 56

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresenta como delimitação temática a responsabilização das famílias nos cuidados à pessoa idosa no âmbito da saúde, abordando sobre a questão da proteção social ao idoso, e entendendo o papel da família na prestação de cuidados ao idoso no âmbito da saúde, mais especificamente os idosos atendidos pelo Serviço Social no Hospital Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina (SC).

O objetivo geral da pesquisa refere-se a compreender como se estabelece a responsabilização das famílias nos cuidados à pessoa idosa no âmbito da saúde. Entre os objetivos específicos estão: caracterizar os idosos atendidos pelo Serviço Social do Hospital Florianópolis; entender como as relações sociais do idoso influenciam o processo de alta hospitalar; identificar a influência das relações sociais da pessoa idosa na área da saúde e as responsabilidades atribuídas às famílias; e evidenciar o papel do Estado na prestação de cuidados a pessoa idosa.

A pesquisa se torna importante, devido à complexidade da temática que é recorrente nos serviços de saúde, buscando expandir a produção bibliográfica e problematizar o papel do Estado na prestação de cuidados ao idoso. Nesse sentido, os cuidados aqui abordados estão relacionados aos idosos no processo saúde-doença, associados ao envelhecimento e à dependência, gerada muitas vezes por um processo longo de internação hospitalar.

A escolha e o interesse pela temática surgiram a partir da vivência no Estágio Obrigatório em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizado no período de 2022.2 a 2023.2 no Hospital Florianópolis, mais especificamente no setor de Serviço Social. Durante o período de estágio foi identificado que a maior demanda apresentada ao setor era relacionada à população idosa e sua rede de apoio. Com isso, foi possível observar que a responsabilização da família em relação aos cuidados da pessoa idosa era recorrente e as questões envolvidas no processo refletiam no cuidado ou na ausência desse aos idosos, tendo em vista que os eventos ocorridos ao longo da vida influenciam na proteção social atribuída à família.

A pesquisa apresentou abordagem quanti-qualitativa e se caracteriza como pesquisa documental, do tipo exploratória, tendo como referência os relatórios sociais do Serviço Social no Hospital Florianópolis produzidos no ano de 2023, período de realização do estágio, os quais se relacionam com demandas de pessoas idosas.

Para a coleta dos dados utilizou-se o Google Forms contendo dados e informações presentes nos relatórios sociais referentes às questões norteadoras da pesquisa. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo com recorte temático e os dados passíveis de serem quantificados foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de figuras e gráficos, utilizando-se a planilha do Excel for Windows para organização do material.

Os principais autores/as utilizados/as como referência abordam de forma ampla a temática sobre cuidado, família, idoso, utilizando como fundamentação teórica crítica as obras de: Ivanete Boschetti (2009, 2016), Ana Maria Goldani (2004), Regina Célia Mioto (2018), Potyara Amazoneida Pereira (2008, 2009), Maria Carmelita Yazbek, Maria do Rosário de Fátima e Silva (2014) e Célia Pereira Caldas (2013).

O TCC está organizado em quatro seções, além desta introdução, a segunda aborda a questão da proteção social, resgatando o contexto europeu e brasileiro, bem como a proteção social no contexto atual. A terceira seção se refere às políticas públicas de seguridade social no Brasil voltadas à pessoa idosa, relacionando com a atribuição do cuidado às famílias nas políticas sociais, bem como o cuidado ao idoso atribuído à família na política de saúde. Na quarta é apresentada a pesquisa realizada e a análise dos resultados encontrados, referente às pessoas idosas atendidas pelo Serviço Social no Hospital Florianópolis. Por fim, apresentam-se as considerações finais, seguidas das referências consultadas.

2 SOBRE A ORIGEM DA PROTEÇÃO SOCIAL

A proteção social surge como um meio de lidar com as respostas e formas de enfrentamento das expressões da questão social no sistema econômico capitalista, oferecendo proteção aos trabalhadores que são explorados nesse processo. Associada à relação capital e trabalho, a proteção social se estrutura de diferentes formas, nos diferentes lugares, de acordo com os desafios políticos, econômicos e ideológicos de cada sociedade. Sendo assim, essa seção se propõe a apresentar a origem da proteção social, no contexto europeu, e como se instituiu na realidade brasileira considerando sua trajetória histórica, principalmente no que se refere às reformas e contrarreformas nas políticas sociais, considerando o atual contexto político, econômico e social do país.

2.1 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO EUROPEU

A proteção social e a atenção às necessidades sociais vêm se modificando e se estruturando ao longo do tempo, não sendo uma linear na história dos diferentes países do mundo. Mesmo antes da proteção social ser considerada direito, houve a criação de leis e regulamentações para tratar as questões que giravam em torno da sociedade como um mecanismo para garantir suas necessidades fundamentais. O reconhecimento das políticas sociais teve influência dos movimentos sociais dos trabalhadores e lutas de classes no âmbito do avanço do capitalismo e Revolução Industrial, posteriormente, ao período em que as iniciativas com características assistenciais estavam relacionadas a ações caritativas e filantrópicas.

Na Europa, “as sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem” (Behring, et al, 2006, p. 47). Entre as leis inglesas que antecederam a Revolução Industrial, tem-se registro da Lei de Speenhamland em 1795, a qual tinha como principal função manter a ordem de castas e retardar a livre circulação do mercado de trabalho. Estabelecia o pagamento de um auxílio financeiro, cujo valor se baseava no preço do pão, assegurando aos trabalhadores pobres uma renda mínima independente de seus proventos (Behring, et al, 2006), como uma forma de garantir o “direito de viver”. Essa lei foi abolida em 1834 dando início a nova Lei dos Pobres.

A Lei dos Pobres de 1834, apresentava caráter punitivo e repressivo, estabelecia às paróquias a responsabilidade pela prestação de auxílios às pessoas sem condições econômicas, zelando pelos pobres desamparados e subsidiando a subsistência dos “inválidos” para o trabalho. No entanto, os pobres que se recusassem a se vincular a uma paróquia, eram considerados vadios ou mendigos e estavam sujeitos a castigos físicos. Vinculadas ao trabalho forçado, as ações eram voltadas ao auxílio mínimo como alimentação e casas de trabalho, obrigando aqueles que tinham condições físicas a aceitar qualquer trabalho que fosse oferecido, regulando-se a remuneração do trabalho sem qualquer possibilidade de negociação sobre a mesma.

> Se as legislações sociais pré-capitalistas era punitivas, restritivas e agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado, o “abandono” dessas tímidas e repressivas medidas de proteção no auge da revolução industrial lança os pobres “a servidão da liberdade sem proteção”, no contexto de plena subjunção do trabalho ao capital (Behring et al., 2006, p. 51).

Sob a perspectiva da repressão, as bases originárias desta lei estavam vinculadas ao entendimento que as pessoas miseráveis da época, desfaziam o pacto social em relação à família, trabalho, moralidade e religião (Oliveira et al., 2017). Logo, era comum obrigar os pobres “selecionados” e/ou que tinham condições, à realização de atividades laborativas como uma forma de justificar a assistência recebida. Boschetti (2016) aponta que a contradição do trabalho e da assistência social era notável nesse período, e por vezes rejeitada, uma vez que entendia-se que o trabalho “impedia” a assistência social para as pessoas que possuiam capacidade laborativa, mas também “porque a ausência de um deles impele a classe trabalhadora para o outro, mesmo que não possa, não deva, ou não tenha direito” (Oliveira et al., 2017, p. 81).

Nesse sentido, em um contexto de fortalecimento do capitalismo de cunho liberal, as ideologias liberais refletiram nas políticas sociais com o “predomínio do individualismo; o bem-estar individual como maximizador do bem-estar coletivo; o predomínio da liberdade e competitividade; a naturalização da miséria; a manutenção de um Estado mínimo” (Oliveira et al., 2017, p. 32). Logo, o Estado assumiu ações assistenciais de forma pontual e obrigatória.

As transformações da economia agrária para a industrial e a expansão do sistema capitalista, no contexto da Revolução Industrial, após a Segunda Guerra Mundial, criou tensões na sociedade. Por meio dos movimentos sociais com a busca de direitos civis e políticos, o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State) se estruturou na Europa entre os séculos XIX e XX (Oliveira et al., 2017), dando início às primeiras iniciativas das políticas sociais, à medida que a classe trabalhadora e a sociedade se organizavam coletivamente para reivindicar seus direitos.

O Welfare State, “ao mesmo tempo em que está relacionado a demandas por maior igualdade e reconhecimento de direitos sociais e segurança econômica, também atende as demandas do capital e surge para mantê-lo reciclado e preservado” (Oliveira et al, 2017, p. 33), emergindo, portanto, como uma forma contraditória de legitimar os direitos sociais.

> A partir dos apontamentos do Plano Beveridge, os princípios que norteariam o Welfare State estariam assim ancorados: na responsabilidade estatal nas condições de vida dos cidadãos; na manutenção do elevado nível de emprego; na prestação pública de serviços sociais universais como

> educação, saúde, habitação, entre outros; e na implantação de uma rede de segurança de serviços de assistência (Oliveira et al, 2017, p. 33).

Entre os anos 1945 e 1975 o Welfare State ganha destaque, uma vez que nesse período o Estado capitalista assume um papel regulador da economia e sociedade, sendo a principal fonte de financiamento do bem-estar social. “Só então esse Estado recebeu o rótulo de “Bem-Estar”, cunhado pelo bispo inglês William Temple para expressar as mudanças econômicas e políticas verificadas nos novos tempos de paz e que, para ele e muitos outros, estavam transformando a sociedade capitalista” (Pereira, 2009, p. 123).

O Estado Social europeu, visando a ampliação da economia e um sistema de bem-estar, estava ancorado em duas doutrinas: a keynesiana, a qual tinha como fundamento o pleno emprego; e a beveridgiana, com a ideia de um novo sistema de seguridade social, com serviços sociais de caráter universal, entendidos como direitos. Com a ampliação dos movimentos de classe, em busca de direitos dos trabalhadores e dos cidadãos, o Estado de Bem-Estar Social assumiu maiores responsabilidades em relação aos direitos sociais.

Considerando a realidade inglesa, em um contexto de mercado de trabalho próximo ao pleno emprego (Pereira, 2009), a formação dos sindicatos e de mobilizações fortes, uma série de direitos foram conquistados, como segurança de trabalho, segurança de renda “apoiada por um conjunto de instrumentos de proteção à renda do trabalhador (salário mínimo, seguro desemprego, aposentadorias, pensões e até subsídios fiscais e suplementação de renda para aquelas famílias com ingressos insuficientes)” (Pereira, 2009, p. 122).

No entanto, esse padrão de bem-estar, “baseado no modelo de produção fordista, isto é, de larga escala, não-flexível e regulado por Estados nacionais soberanamente circunscritos, entrou em declínio a partir dos anos 70 [...]” (Pereira, 2009, p. 125). Os motivos estão relacionados à mudança estrutural e econômica e o surgimento de forças políticas e ideológicas de caráter neoliberal e neoconservador, que eram contrárias ao Welfare State. A perspectiva do liberalismo presente na sociedade entre o período de meados do século XIX até o século XX, apresenta como princípio o trabalho como mercadoria e a regulação pelo livre mercado.

Com a ideia de estado mínimo, Behring et al. (2006) aponta que os liberais associavam o papel do Estado à regulação das relações sociais com a ideia de

garantir a liberdade individual e assegurar o livre mercado, indo contra o Estado como responsável pela garantia de políticas sociais, “pois os auxílios sociais contribuem para reproduzir a miséria, desestimular o interesse pelo trabalho e geram acomodação, o que poderia ser um risco para a sociedade de mercado” (Behring et al., 2006, p. 62). Nesse sentido, as políticas sociais para os liberais deveriam ser associadas à caridade privada, “[...] ao Estado cabe apenas assegurar assistência mínima a esses segmentos, como um paliativo” (Behring et al., 2006, p. 62).

Houve nesse período uma introdução do Estado Liberal europeu, que modificou a perspectiva do Estado Social, reconhecendo os direitos sociais, mas sem colocar em risco os fundamentos do capitalismo. O período foi marcado pelos movimentos operários, ocupando espaços políticos e sociais, mas a presença destes e do sindicato são colocados como indesejáveis, por afetarem o funcionamento da economia sob a justificativa de que a proteção social seria um desestímulo ao trabalho e afetaria o funcionamento da economia (Pereira, 2009).

Nessa perspectiva, a proteção social se modifica e denominando-se de um pluralismo de bem-estar é colocada como alternativa às políticas do Welfare State, articulando-se a três setores: não governamentais, o voluntariado, o comercial e o informal (que seria representado pela família e a comunidade), dando ênfase à autoajuda e às ações solidárias da sociedade (Pereira, 2009), que por sua vez, não se institui pela resistência às tentativas de desmonte dos direitos sociais já adquiridos.

O contexto de resistência e tensão “associadas à necessidade governamental de encontrar meios para enfrentar questões sociais dramáticas e potencialmente explosivas, como a exclusão social, o desemprego e a agressão à cidadania social como um valor democrático” (Pereira, 2009, p. 128) fez com que o governo reassumisse o papel na regulamentação de novas políticas sociais. Nesse sentido, medidas como seguro desemprego, programas de renda mínima, incentivo ao trabalho autônomo, entre outros, são fortalecidas como uma correção dos desequilíbrios que envolvem a economia mundial.

A implementação de políticas sociais estava atrelada a uma dualidade, reconhecê-la como um direito ou como concessão de auxílio na perspectiva de ajuda, uma vez que a concepção liberal molda a constituição dessas legislações, com a ideia de igualdade entre todos os cidadãos e o mérito por alcançar as suas próprias necessidades, isto é, ignorando a desigualdade resultante do sistema capitalista. Assim “cada país procura responder, a seu modo, aos desafios estruturais, políticos e

ideológicos que enfrenta.” (Pereira, 2009, p. 130). A questão econômica, sociocultural e a política são influências que definem o sistema de cada país, portanto, é notável que existam diferenciações entre os sistemas de proteção social, uma vez que se considera o contexto em que essa é implementada.

2.2 SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, o Welfare State não ocorreu e não houve a implementação de medidas de Bem-Estar Social como na Europa, mas influenciou na estruturação da proteção social, uma vez que foi adotado uma perspectiva conservadora e um ideário liberal semelhante ao europeu. A ideia era preservar a ordem social fortalecendo a autonomia, focando no progresso da nação e colocando o indivíduo como protagonista do seu próprio destino em relação às políticas sociais (Oliveira et al., 2017). É notável a influência da perspectiva liberal encontrada na Lei dos Pobres na Europa, na formação sócio-histórica brasileira, mas que se diferencia pelo contexto de escravidão, clientelismo e a cultura do favor. Com o período de transição, abolição da escravidão e o trabalho livre, a implementação de políticas sociais vem ao encontro da ideia de “concessão de direitos” abordado por Oliveira e Montefusco (2017) que ocorria no período com as lutas da classe trabalhadora, sendo “uma forma estratégica para manutenção e reprodução desta junto às engrenagens do capitalismo” (Oliveira et al., 2017, p. 37).

No período colonial, período entre o século XVI e início de XIX, essa proteção ocorria através da assistência social prestada pelas próprias famílias, que na época era caracterizada pela família patriarcal. A família era entendida como instituição de cuidado, responsável pelos cuidados com órfãos, pessoas idosas e agregados (Pinto, 2003). Posteriormente, esse cuidado passou a ser exercido também pela igreja por meio de ações caritativas, em sua maioria associadas às famílias. O Estado, se colocava como um distribuidor de isenções clientelistas a grupos privados e religiosos e estes assumiram o papel de proteção da população que deles necessitava, ou seja, não era entendido como um direito social.

A necessidade dessa proteção se acentuou no Brasil à medida que as complexidades da sociedade se intensificaram, após alguns marcos como a industrialização ocorrida no final do século XIX e início do século XX, com a exploração da força de trabalho; a migração com os trabalhadores do campo indo para as cidades;

a urbanização com influência da industrialização, isto é, quando as desigualdades sociais se manifestaram explicitamente e as expressões da questão social se evidenciaram no sistema capitalista. De tal modo as “políticas sociais de proteção social, tem seu processo de institucionalização, vinculado ao processo do desenvolvimento capitalista” (Coutinho et al., 2023, p. 214), voltadas a uma lógica do mercado e do trabalho, já que estas atendiam as demandas da classe trabalhadora com direitos sociais como também atendiam os interesses do capital, como uma forma de manutenção do *status quo* da sociedade capitalista.

O termo proteção social é recente no Brasil e historicamente está ligado ao acesso ao trabalho, e é disposto como condição para acessar políticas como a previdência social. Esta por sua vez, é o ponto de partida da estruturação da proteção social no Brasil, instituindo-se em um período que o país passava por uma transição entre a abolição do trabalho escravo para o período industrial, se estruturando o trabalho assalariado. O período em questão é marcado pelo processo de urbanização e formação de uma sociedade consumidora de produtos, isto é, ambos interligados com a necessidade de expansão da acumulação capitalista (Oliveira e Montefusco 2017).

Nesse sentido, considerando que o Brasil era baseado no modelo econômico agrário-exportador, as áreas com maior importância econômica como os ferroviários, estivadores e marítimos foram as primeiras categorias a se organizarem politicamente em torno da luta por direitos e, consequentemente, as primeiras categorias a serem alcançadas pela proteção social. Com isso, a instituição desse sistema se dá, oficialmente, com a criação da Lei Eloy Chaves em 1923, sendo essa considerada um marco na proteção social brasileira e na previdência social, desenvolvendo as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) dos funcionários das empresas ferroviárias, possibilitando o acesso a benefícios como pensões por morte e acidentes de trabalho.

No âmbito da saúde, tendo em vista que a proteção social estava vinculada ao trabalho no período de industrialização a partir da década de 1930, a saúde era entendida como um benefício oferecido à população que contribuía com a previdência social como uma forma de manutenção da força de trabalho. O modelo de saúde que vigorava nesse período era o modelo médico assistencial e totalmente atrelado à previdência social, com a presença das CAPs, organizadas por empresas e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), instituídos por categoria profissional. Somente as pessoas com trabalho formal tinham acesso aos serviços de saúde de

qualidade (Mendes, 1995), enquanto à outra parte da população cabia o atendimento nas Santas Casas de Misericórdia. Nesse período o Estado participava do financiamento, mas investiu pouco na estrutura, logo, havia um modelo privado de organização, ocorrendo convênios com o Estado na compra de serviços. Os serviços de saúde prestados eram voltados a ações individuais, curativistas e com foco na manutenção da força de trabalho.

Posteriormente, no ano de 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a primeira Conferência Internacional em Alma Ata, sendo um marco na Atenção Primária, isto é, para além das ações curativistas. Com isso, o período é marcado pela abertura política e reorganização dos movimentos sociais, dando destaque ao movimento da Reforma Sanitária, o qual trouxe a pauta da saúde como um direito de todos e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde e a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde como um direito social, emerge com a Constituição Federal (CF) de 1988, a qual passa a ser *direito de todos e dever do Estado* (Art. 196) conquistada através de lutas e esforços relacionados a Reforma Sanitária entre 1976 a 1988. A CF garante o *acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação,* estando vinculada ao serviço público, ofertado pelo Estado, entendendo a saúde além da doença e do biológico, dando atenção às questões como saneamento básico, moradia, trabalho, transporte, desnutrição, uma vez que se entende que essas questões influenciam no processo saúde-doença.

Ademais, a definição da seguridade social como uma forma organizada de gerir a proteção social, se instituiu após a CF de 1988, abrangendo as políticas de previdência, saúde e assistência social, apresentando avanços no sentido de direitos sociais e a possibilidade de um controle social e financiamento público. Após longo processo histórico de lutas dos trabalhadores, ocorrem avanços e retrocessos no âmbito de direitos, com a estruturação da CF de 1988, a seguridade social passou a ser implementada e caracterizada por ter um sistema híbrido, isto é, apresentando direitos relacionados ao trabalho e contributivos, direitos de caráter universal e direitos seletivos (Boschetti, 2009). Sendo assim:

> Foi com o reconhecimento da proteção social assegurada como direito que se permitiu a progressiva efetivação de garantias universais de acesso a serviços e benefícios e, em decorrência, a instituição de um esforço de integração de políticas contributivas e não contributivas, assentada em uma base ampla de financiamento (Delgado et al., 2000, p. 18).

Nesse sentido, diferente da lógica da saúde, a qual é universal e a política de assistência social, que é acessada por quem dela necessitar, reforça-se “a lógica de que os sistemas de proteção social são originados a partir da emergência das necessidades humanas, que demandam a prevenção e a redução e/ou a diminuição de riscos a indivíduos e famílias” (Coutinho et al., 2023, p. 214). Dessa forma, as políticas sociais apresentam uma dualidade na sociedade capitalista, enquanto garantem o processo de acumulação capitalista, oferecem proteção aos trabalhadores que são explorados no processo.

Realizando um comparativo “a França conviveu com o pleno emprego fordista-keynesiano (Harvey, 1993) do pós-guerra e desenvolveu um Estado Social com ampla cobertura e direitos” (Behring, 2013, p. 14). Já o Brasil não passou pelo mesmo processo histórico, visto que não teve um pleno emprego, pelo contrário, vivenciou momentos de precarização do trabalho, com números altos de empregos informais que refletem até a atualidade.

Considerando que esses trabalhadores informais não acessam a política de previdência social por exemplo, é notável que grande parte da população não acessa a seguridade social de maneira total. Logo, é possível afirmar que “as provisões de bem-estar social são, pois, resultantes de uma disputa por poder e recursos em movimentos de forças de interesses antagônicos, mas que se repõem e compõem conjunturalmente” (Faleiros, 2014, p. 708).

Desse modo, a “proteção social a indivíduos e famílias ultrapassa os limites e responsabilidades de uma única política social, e essa ainda se constitui de sujeitos e ações individuais e coletivas que necessitam ser financiadas, organizadas e geridas pelo Estado” (Coutinho et al., 2023, p. 213). A política de assistência social se estrutura na lógica de direitos não contributivos e é reconhecida como política pública, sendo regulamentada e explicitada nos artigos 203 e 204 da CF de 1988 e na Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), com o intuito de prover o atendimento às necessidades básicas.

Em 2004, é regulamentada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) definindo a assistência social enquanto política de proteção social aos que estão em situação de risco e/ou vulnerabilidade social. Posteriormente, implementa-se o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005, conforme determinações da LOAS e da PNAS. Entre os objetivos da assistência social estão a proteção à família, à infância, à velhice, e como forma de garantir o mínimo necessário, a CF de 1988

instituiu um benefício monetário, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que assegura uma renda mensal de cidadania a todos os idosos e pessoas com deficiência com rendimento domiciliar per capita inferior a um quarto de salário mínimo. Outro benefício conhecido da seguridade social é o Programa Bolsa Família (PBF), garantindo renda básica com o intuito de combater a fome e a pobreza no país, ou seja, ações preventivas e protetivas em face dos riscos e vulnerabilidades sociais.

O Estado então exerce um caráter protetivo e tem a função de garantir os direitos sociais da população, instituindo ações assistenciais como forma de amenizar o empobrecimento da população. No entanto, os limites da proteção social no Brasil estão atrelados ao fato da mesma estar inserida em uma cultura conservadora, autoritária e excludente nas políticas sociais. Desde o período de colonização, as políticas sociais “se colocam como instrumentos de hegemonia da classe dominante e, à medida que são mantidas e reproduzidas, contribuem para retardar a realização e a garantia de direitos” (Silva, 2021, p. 6).

Ademais, com a crise econômica de 1970 e a adesão do Estado aos pressupostos neoliberais, os cortes realizados no financiamento público, principalmente no âmbito das políticas sociais têm se intensificado, ocorrendo um retrocesso social, aumentando as demandas à medida que as expressões da questão social se evidenciam. Sendo assim, novas formas de tentar reduzir as desigualdades sociais ganham forma, como os programas de transferência de renda, abrangendo a lógica do seguro social e instituindo benefícios mesmo sem contribuição (Boschetti, 2009). Nesse cenário:

> Estabeleceu-se um sistema de seguridade social que, teoricamente, manteve o princípio de universalidade e integralidade no âmbito da saúde com Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a re-estruturar, a partir de 2004, a política de assistência social, com base no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e que fortaleceu a lógica do seguro no âmbito da previdência, sobretudo com as reformas de 1998 e 2003 (Boschetti, 2019, p. 10).

Nessa perspectiva, a ideia atrelada às políticas sociais de ajuda, ou caridade, retornam na lógica do neoliberalismo, assim como a culpabilização da pobreza, fortalecendo a ideia de que os indivíduos possam receber algum auxílio do governo, mas que precisam buscar alternativas para superação da sua própria condição econômica. Aqui o acesso a serviços públicos volta a ser interpretado por parte da população como um favor ou caridade, semelhante ao contexto de formação das políticas sociais no Brasil.

2.3 O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO ATUAL

A crise do capitalismo, a partir de 1970, vem refletindo até os dias atuais na proteção social e no sistema de seguridade social no Brasil. Fundamentando-se na perspectiva neoliberal, que ganhou força a partir de 1970, vem se realizando um verdadeiro desmonte das políticas sociais. De acordo com Rubin (1980, p. 31), as crises são “hiatos dentro do processo de reprodução social” , e é por meio delas que o capital se reorganiza e segue criando meios de produção e reprodução social.

> As expressões mais emblemáticas das crises são as reduções de operações comerciais, acúmulo de mercadorias estocadas, redução ou paralisação da produção, falências, queda de preços e salários, crescimento desmesurado do desemprego e empobrecimento generalizado dos trabalhadores. [...] Longe de serem naturais, as crises revelam as contradições do modo de produção capitalista, entre elas, a sua contradição fundamental, a produção socializada e a apropriação privada da riqueza (Mota, 2010, p. 3).

Com a perspectiva de crise econômica, o capitalismo impõe um modelo de sociedade como forma de reduzir os gastos, e de certa forma lidar com a crise, adotando novos modos de gestão do trabalho, “se redefinem as relações entre Estado, sociedade e mercado, determinando medidas de ajustes econômicos e de reformas e contra- reformas sociais, que continuem garantindo a acumulação capitalista, em conformidade com as particularidades de cada formação social” (Mota, 2010, p. 5).

O modelo de sociedade adotado no Brasil a partir de 1970, seguindo a perspectiva do neoliberalismo, prevê mínima intervenção do Estado e mais possibilidade para atuação do mercado, reduzindo os direitos sociais que são por ele financiados. A partir desse período, o país passa por mudanças como a terceirização, a privatização e com organizações sociais ganhando espaço na prestação de serviços, retificando direitos da CF de 1988.

> Praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada. Todos esses princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido político de desestruturação da seguridade social. O princípio de seletividade e distributividade é o único que não está sendo derruído, ao contrário, está sendo colocado em prática com bastante rigor (Boschetti, 2009, p. 12).

Nessa perspectiva, as expressões da questão social se intensificam, com o aumento do desemprego estrutural, a pobreza, e a fragmentação dos trabalhadores, isto é, o afastamento da classe trabalhadora do movimento sindical. Em consequência desse desmonte no sistema de proteção social, com a ofensiva neoliberal, é possível identificar a materialização das políticas sociais ligadas a uma ideia individualista, de privatização e de mercantilização, sobretudo da saúde e da previdência social, que apresentam vastas opções do segmento privado. Essa privatização do cuidado está relacionada à “política neoliberal de enxugamento do Estado no âmbito da proteção social, que intensifica tanto a mercantilização dos serviços de saúde e a precarização das condições de trabalho” (Bertelli et al., 2023, p. 167), refletindo na organização da sociedade e na divisão social do trabalho.

As contrarreformas implementadas no Brasil na última década reforçam os retrocessos e ataques ao campo dos direitos sociais, influenciando no financiamento e na manutenção das políticas públicas, favorecendo ainda a exploração da força de trabalho. Uma das formas de desmonte é a desmobilização do coletivo, com a fragilização dos espaços de controle e participação democráticos, como os Conselhos e Conferências. A fragmentação dos trabalhadores e a dificuldade de se reconhecerem como classe trabalhadora influencia diretamente nas formas de organizações na luta pelos direitos.

A fragmentação dos trabalhadores acontece no neoliberalismo, justamente pela divisão entre trabalho formal e informal. Atualmente o número de trabalhadores informais vem crescendo cada vez mais. Em 2023 o Brasil registrou 39 milhões de trabalhadores informais, equivalente a 31,1% da população ocupada do país, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), o que reflete em números crescentes de pessoas que não acessam a previdência social, visto que esta é contributiva. “Assim, a assistência social não pode e não deve substituir o trabalho, mas pode ser um elemento intrínseco de um sistema maior de proteção social, complementar aos direitos do trabalho, podendo contribuir para transferir renda do capital para o trabalho” (Boschetti, 2009, p.7-8).

Nesse cenário, as expressões da questão social se intensificam e as ações da assistência social ficam atreladas aos mais necessitados, uma vez que há um retrocesso social com a redução de direitos, que foram submetidos ao ajuste fiscal (Boschetti, 2009). Como resposta, é notável a transferência da oferta de ações assistenciais para instituições não governamentais, como o terceiro setor, as

organizações sociais e associações de filantropia.

O desmonte da seguridade social, pode ser visto como a forma mais destrutiva por via do orçamento, o uso de uma parcela desses recursos para o pagamento da dívida pública, reflete diretamente na oferta e redução de serviços públicos. Entre as contrarreformas, como a da previdência social de 1998, 2002 e 2003, são as primeiras a restringirem direitos, reforçando a lógica do seguro, com a redução de valor dos benefícios, ampliação de tempo de trabalho, possibilitando a expansão dos planos privados (Boschetti, 2009). Posteriormente, a partir de 2010, o governo intensificou a possibilidade de renúncias fiscais, permitindo a recomposição das taxas de lucros dos diferentes setores econômicos (Salvador, 2017), o que inclui as renúncias previdenciárias referentes às contribuições para seguridade social, favorecendo o desmonte da mesma.

No âmbito da saúde, essas contrarreformas se evidenciam devido ao corte de orçamento. A falta de recurso refletiu diretamente na oferta de serviços e ações, mesmo mantendo o princípio de universalidade e integralidade. O SUS passa a se reestruturar, sendo notável a ampliação das organizações sociais e empresas privadas na prestação de serviços de forma complementar. Por meio da terceirização, o Estado regulamenta e possibilita a gestão de unidades de saúde pelas organizações sociais e empresas privadas, resultando cada vez mais na impossibilidade da participação popular no controle dos serviços. Ademais, com a diminuição de recursos investidos na política de saúde, é notável a ausência de condições de trabalho, falta de profissionais e de medicamentos, gerando aumento nas filas de espera tanto de consultas como de internação, dificuldade em acessar os serviços e uma ausência na capacidade de atender as demandas.

Todas as questões apresentadas anteriormente, vem crescendo até os dias atuais, principalmente a partir de 2016, com a Emenda Constitucional nº. 95, a qual instituiu um teto de gastos público para os 20 anos seguintes, limitando as despesas do Governo Federal, isto é, incluindo principalmente gastos com as políticas sociais como previdência social, assistência social e saúde. “Essa contrarreforma na prática mudou a dimensão de direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado” (Mendonça; Giovanella, 2007, p. 6). A redução dos recursos destinados ao SUS, sobretudo de ações de promoção e prevenção à saúde, reflete diretamente sua capacidade de atender à demanda crescente por serviços de saúde e abre espaço para o setor privado, o qual age na mercantilização dos serviços.

> Além da restrição do financiamento público, é importante destacar a existência da dicotomia entre as ações curativas e as ações preventivas, que acaba contribuindo com o rompimento da concepção e da própria intenção da integralidade na saúde. Isto se dá através da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle (que se refere ao atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esses atendimentos não são de interesse do setor privado), e o subsistema de referência ambulatorial e especializada (que é formado por unidades de maior complexidade, e a proposta é que sejam transformadas em Organizações Sociais para dar conta deste atendimento) (Mendes et al., 2011, p. 335).

Portanto, o corte nos recursos destinados às políticas sociais impacta diretamente a garantia dos direitos estabelecidos pela CF de 1988, especialmente nas áreas de previdência social e saúde. Isso resulta em uma crescente adaptação dessas políticas à lógica do mercado, que prioriza interesses econômicos em detrimento do bem-estar social. Essa lógica se alinha com a tríade que envolve o mercado, o Estado e a família, distribuindo a responsabilidade pela proteção social entre essas três esferas. Assim, a proteção social deixa de ser uma responsabilidade exclusiva do Estado e passa a ser compartilhada com o mercado e a família, enfraquecendo o papel do poder público nessa área."

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NO BRASIL E O FAMILISMO

Tendo em vista o histórico da proteção social e os desafios enfrentados para sua garantia à população brasileira no contexto atual, uma necessidade crescente que reflete em novas questões na garantia de direitos se refere ao processo de envelhecimento populacional e as políticas públicas que atendem à população idosa. Nesse sentido, nesta seção buscou-se apresentar o histórico das políticas públicas de seguridade social no Brasil voltadas à pessoa idosa, bem como os serviços e avanços na legislação voltadas a esse público. Como também, relacionaram-se as políticas públicas com a atribuição do cuidado das famílias na política de saúde, a qual será analisada posteriomente, problematizando essa responsabilização no contexto neoliberal.

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SEGURIDADE SOCIAL VOLTADAS À PESSOA IDOSA

A proteção social se adequa às diferentes realidades, por meio da localização, contexto e sociedade, abrangendo questões que vem se destacando, como o fenômeno do envelhecimento populacional, o qual é uma realidade contemporânea, devido ao crescimento mais acelerado deste segmento em relação a outros grupos etários. A redução da mortalidade precoce e consequentemente o aumento da expectativa de vida pode ser associado a diversos fatores, como às mudanças e os avanços da medicina e tecnologias. Segundo o censo do IBGE realizado em 2022, a população idosa corresponde a 15,6% da população, um aumento de 56,0%, em relação a 2010, quando era de 10,8%.

Para Camarano (2011), esse aumento ocorre concomitante à diminuição da população considerada jovem.

> […] Em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira e, em 2010, 10,8%. [...] Por outro lado, diminuiu a proporção da população jovem. A população menor de 20 anos passou a apresentar uma diminuição no seu contingente. Essa tendência acentuar-se-á nas próximas décadas e atingirá outros grupos etários (Camarano, 2011, s. p.).

Nesse contexto, as demandas por políticas públicas que atendam às novas necessidades em relação à população idosa se tornam mais evidentes, refletindo em maiores desafios para a proteção social, na garantia de direitos. Nos países subdesenvolvidos, as demandas inerentes ao envelhecimento populacional acontecem simultaneamente ao seu processo de desenvolvimento, isso implica a necessidade de enfrentar as questões da população idosa enquanto se agravam os problemas sociais (Borges, 2003).

No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso, entende-se por pessoa idosa todo aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Para além da definição etária da pessoa idosa, é necessário considerar a heterogeneidade do segmento considerado idoso, visto que os indivíduos apresentam diferenças nas condições econômicas, sociais, regionais, como também nas questões de gênero, qualidade de vida e nos arranjos familiares nos quais se inserem.

No Brasil, “as necessidades e limitações apresentadas pelos idosos que antes eram assistidos pela caridade de instituições assistenciais confessionais e

filantrópicas começam a figurar na agenda pública governamental como prioridade somente no ano de 1988" (Yazbek et al, 2014, p. 107). Nesse contexto, as políticas sociais voltadas à pessoa idosa – assim como todas as políticas conquistadas pela população brasileira –, tiveram forte presença de movimentos sociais, sendo as pessoas idosas protagonistas desse processo, possibilitando a regulamentação da Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI) , a Política de Assistência Social (PNAS) e a Política Nacional do Idoso (PNI).

A conquista de direitos previdenciários teve marco em 1923, com os movimentos realizados pelos operários e aposentados. Pela dedicação a uma longa jornada laboral, definiu como requisito de aposentadoria o período de 35 anos de serviço; criando em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que unificou os planos de benefícios, com ênfase na medicina curativa.

> Nesta direção cabe ressaltar que as primeiras iniciativas do governo federal brasileiro, relacionadas à Previdência Social direcionadas especificamente à população idosa ocorreram no ano de 1973, por intermédio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da sociedade civil, a partir de ações preventivas em centros sociais e através de internação custodial. Direcionadas restritamente para aposentados e pensionistas a partir de 60 anos cujo desgaste físico ou mental, a insuficiência de recursos próprios ou familiares e a inexistência ou abandono familiar fossem constatados (Silva, 2010, p. 17).

Em outro momento de avanço na perspectiva do olhar para o envelhecimento, em 1963, o Serviço Social do Comércio (SESC) realizou uma ação com um grupo de comerciários preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos, "pela primeira vez, deflagrou-se uma mudança, já que as instituições que cuidavam da população idosa, até o momento, eram voltadas para o atendimento asilar" (Muller, 2008, p. 32). Nesse período, outra conquista é a criação da Renda Mensal Vitalícia (RMV)[1] em 1974, a qual garantia aos indivíduos com mais de 70 anos, que não tinham condições de subsistência e possuíam filiação ao INPS[2] por no mínimo 12 meses, uma renda mensal vitalícia. O benefício que anteriormente era chamado de RMV, foi

[1] Instituída a renda mensal vitalícia pela Lei n. 6.179 de 11 de dezembro de 1974 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), constando no artigo 1º: "Os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não aufiram rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada no artigo 2, não sejam mantidos por pessoas de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural, conforme o caso" (Brasil, 1974).

[2] Este por sua vez foi unificado e criado, dando lugar ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em 1990.

integrado pela Assistência Social e hoje é nomeado Benefício de Prestação Continuada (BPC), com diferentes alterações[3].

Em 1994 é instituída a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei n. 8.842, de 04 de janeiro, que tem como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para prover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, dispondo a família e o Estado como responsáveis para assegurar ao idoso o direito de cidadania e o bem-estar social. Outra garantia importante foi a criação do Estatuto do Idoso em 2003, com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto do Idoso prevê:

> Artigo 2º que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. Artigo 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do 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 (Brasil, 2003, p. 12).

Em 2004, é criada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), estabelecendo diretrizes para a proteção social básica e a proteção social especial destinadas aos segmentos sociais prioritários entre os quais se incluem os idosos. A PNAS por meio das redes de serviços, ações e benefícios geridos pelo SUAS “vem materializar o disposto no texto constitucional acerca da área da assistência social, política que integra junto á saúde e a previdência social o famoso tripé da seguridade social brasileira” (Yazbek et al., 2014, p. 108).

Em cada nível de atuação da política existem serviços específicos, como consta na PNAS e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2014), entre eles estão:

- **Proteção Social Básica** “tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”, em consonância com a PNI. “Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada”, como exemplo, o Programa de

[3] O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na LOAS, é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, tendo como renda familiar mensal per capita igual ou inferior ¼ do salário mínimo.

Atenção Integral à Família (PAIF)[4] e os Centros de Convivência para Idosos (Brasil, 2004, p. 33).

- **Proteção Social Especial de Média Complexidade:** "oferece atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos." Como exemplo o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)[5] e os Centros Dia para idosos. (Brasil, 2004, p. 38)
- **Proteção Social Especial de Alta Complexidade:** "garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário". Como exemplo, os serviços de atendimento à pessoa idosa como às instituições de curta ou longa permanência. (Brasil, 2004, p. 38)

No âmbito da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desdobramento da Lei Orgânica de Saúde Lei n. 8.080/1990 que assegurou o direito universal e integral à saúde, foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI) em 1999, renomeada posteriormente como Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecendo como uma de suas diretrizes a promoção ao envelhecimento saudável, com o intuito de recuperar e promover a autonomia e independência dos indivíduos.

Sobretudo é na atenção básica em saúde que são desenvolvidas as atividades de prevenção de agravos e cuidados e promoção de saúde, além da articulação da rede de atenção. A implementação dos indicadores do Pacto pela Saúde[6], em 2006, o qual define a população idosa como prioritária, traz a atenção à saúde da pessoa idosa como objetivo e meta para a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulada pela Portaria n. 2.528/2006. A PNSPI apresentava

---

[4] "Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. (Brasil, 2014, p. 14).

[5] Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) consiste em "serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social" (Brasil, 2014, p. 31).

[6] O Pacto pela Saúde publicado em 2006, propunha a efetivação de acordos entre municípios, estados e governo federal para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, "promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social." (Brasil, 2006).

como principal objetivo a atenção integral ao idoso, contando com as equipes de Saúde da Família para a assistência básica de saúde.

Por fim, o envelhecimento traz consigo desafios relacionados ao cuidado, como a dependência para realizar atividades anteriormente desempenhadas de forma autônoma, a perda da capacidade funcional e a fragilidade da saúde. Esses fatores podem levar à dificuldade em executar tarefas básicas do dia a dia e comprometer a capacidade de tomar decisões econômicas e sociais sem o apoio de terceiros. Assim, o processo de envelhecimento exige uma atenção maior às necessidades específicas de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas ao bem-estar da pessoa idosa.

3.2 O CUIDADO ATRIBUÍDO À FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Historicamente, a família é colocada como responsável por exercer as funções protetivas, “com o processo de regulamentação de direitos sociais garantidos constitucionalmente, o sistema de proteção delineado no âmbito da seguridade social indicava a família como agente central à organização, em particular, das políticas de saúde e de assistência social” (Bertelli et al., 2023, p. 166). A família como instituição privada é associada a um papel importante na proteção social brasileira, sobretudo a partir de 1990, com as legislações, sendo aliada na formulação de programas e serviços sociais, transcendendo sua posição de usuária, beneficiária ou assistida (Bertelli et al., 2023), ou seja, privatizando o cuidado para a esfera familiar.

A atribuição do cuidado para a família se intensifica na lógica neoliberal, uma vez que se busca diminuir a responsabilidade do Estado em relação à proteção social, tornando as políticas sociais mais focalizadas, seletivas e precarizadas. A expectativa colocada sobre ela é de que esta garanta aportes econômicos, cuidados e proteção social (Bertelli et al., 2023). Nesse contexto, a sociedade também passa a exercer esse papel de cuidado, desempenhando ações de bem estar social enquanto o Estado se retrai da sua função protetiva.

Segundo Teixeira (2007, p. 158)“[...] torna-se visível a participação da sociedade civil como espaço de efetivação de serviços e proteção social ao idoso, em especial, a modalidade não-mercantil, como a família, [...]”; e “o Estado, ficando com sua atuação limitada a casos extremos de pobreza e abandono, deixa de fazer investimentos na política asilar ou em formas alternativas de assistência”. Com isso,

coloca-se um processo de responsabilização das famílias e de outros segmentos da sociedade civil, sobre a retórica da criação e mecanismos de desinternação[7] (Teixeira, 2007).

Para Esping-Andersen o familismo[8] está presente nos sistemas de proteção social à medida que "a política pública considera – na verdade insiste – em que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros" (Esping- Andersen, 1999, p. 5). Como também, pode ser associada a um espaço que permite disseminar valores sociais, com o objetivo de moldar indivíduos, disciplinados e disponíveis para servir à cidade e à pátria. Assim, "historicamente, o que se observa é a compreensão da família como um instrumento para transformar e corrigir a sociedade, como um mediador para a transformação do país em uma grande nação" (Mioto et. al, 2018, p. 811).

No contexto de crescimento da população idosa, os sistemas de proteção social enfrentam o desafio de assegurar os direitos de cidadania para essa faixa etária:

> [...] As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência social e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato (Mota, 2006, p. 40).

Tanto a CF de 1988, quanto o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, colocam a família como papel central na garantia da proteção social ao idoso. Uma das diretrizes básicas da Política Nacional do Idoso, aponta a "priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência" (Brasil, 1994, p. 7). A família é colocada como instituição capaz de produzir o bem estar aos idosos e se evidencia tanto na formulação de programas como na oferta de serviços sociais, se efetivando em serviços tal como o PAIF, ofertado no CRAS, nos trabalhos com a família, com a finalidade de:

---

[7] O processo de desinternação refere-se à transição de uma pessoa que esteve internada em uma instituição de saúde, como um hospital, clínica ou centro de reabilitação, de volta ao ambiente familiar ou à comunidade, como pode ser o caso de desasilamento da pessoa idosa.

[8] O familismo pode ser entendido como um "elemento estruturante da política social"(Mioto, et. al., 2018, p. 804), com o conceito associado à centralidade da família como instituição de provisão do seu bem estar.

> [...] contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis. Tal objetivo materializa-se a partir do desenvolvimento de ações de caráter "preventivo, protetivo e proativo", reconhecendo as famílias e seus membros como sujeitos de direitos e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no seu território de vivência (Brasil, 2012, p. 12).

É notável o caráter familista quando se refere a família como espaço "privilegiado e insubstituível de proteção [..]" (Brasil, 2012, p. 12) reconhecendo a importância da família no cuidado, mas não enfatizando as diversidades de questões apresentadas no cotidiano das relações familiares, que influenciam diretamente na presença ou na ausência de condições necessárias para desempenhar o cuidado.

Nessa perspectiva, é importante destacar o caráter contraditório que pode ser encontrado na esfera do cuidado no âmbito familiar, sendo este espaço de possíveis conflitos e tensões. Segundo Goldani (2004), eventos ocorridos ao longo da vida podem influenciar nas relações de cuidados intrafamiliares e gerar dificuldades na proteção dos idosos, pois "os caminhos trilhados para a idade avançada determinam a adaptação dos indivíduos e de suas famílias às circunstâncias sociais e econômicas que enfrentam na última fase da vida" (Goldani, 2004, p. 229). São exemplos disso, os vínculos familiares, que podem ser rompidos ou fortalecidos com o passar dos anos, questões econômicas ou ainda o possível uso de álcool e/ou substâncias psicoativas.

Os fatores vivenciados durante sua trajetória de vida, citado anteriormente, "vão se somando e contribuindo para que o adulto, quando chegado à velhice, obtenha ou não, de seu grupo familiar, os cuidados necessários para esta última fase da vida" (Silva, 2014, p. 106). Essas questões serão foco de atenção nos serviços tal como o PAEFI, ofertado no CREAS, com o acompanhamento da pessoa idosa que sofreu alguma violação de direitos no âmbito familiar, bem como no fortalecimento e na ampliação da capacidade protetiva da família.

A proteção social familiar também abrange questões de gênero, uma vez que as mulheres são em sua maioria, responsáveis pelo trabalho do cuidado, além de exercer atividades laborais, exercem o trabalho não remunerado, de atividades

cotidianas, e por vezes assumem o caráter de cuidadora[9] de seus familiares idosos. Goldani (2004, p. 237) refere que “[...] os homens e as mulheres brasileiros têm direitos iguais perante a lei, mas, no que diz respeito ao cuidado dos dependentes, nossas normas culturais ainda refletem uma expectativa maior sobre as mulheres do que sobre os homens”. É notório uma sobrecarga de trabalho para as mulheres, que em muitos casos passam a ser pessoa de referência nos diversos arranjos familiares.

No que se refere à família, considera-se um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade, pensada em uma concepção relacional, chamada também de família extensa, indo além da perspectiva de família nuclear, idealizada pela sociedade. Por sua vez, o familismo pode ser entendido como uma forma de reprodução ideológica da sociedade brasileira, sendo um padrão cultural e político que vem ganhando espaço nas legislações no campo das políticas de proteção social (Mioto et al., 2018). Para Mioto (2018, p. 6) “as famílias vêm exercendo, ao longo do tempo, o papel de amortecedor das crises do país, especialmente após os anos 1980”, uma vez que o Estado se retrai na sua função protetiva.

Essas questões vão se evidenciar na política de saúde, na medida que as condições provenientes do processo de envelhecimento vão interferir na vida das pessoas, estas, por sua vez, ficam mais suscetíveis a fragilidades e passam a precisar de auxílio para cuidados pessoais. Essas fragilidades, na maioria das vezes relacionadas à saúde, podem afetar a mobilidade, cognição e independência, como doenças crônicas, perda de força, entre outras, exigindo mais atenção e cuidado, os quais são atribuídos às famílias.

3.3 O CUIDADO AO IDOSO ATRIBUÍDO À FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE

Na política de saúde brasileira, é após a instituição da CF de 1988 e a implementação do SUS com as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que a concepção de saúde passa a ser definida no sentido ampliado. De acordo com o artigo

[9] Entende-se por cuidador aquele que assiste ou presta serviços quando alguém deles necessita, podendo ser cuidador formal, aquela pessoa qualificada tecnicamente para desempenhar essa função, ou ainda cuidador informal, a pessoa que assume o auxílio dos idosos dependentes ou semidependentes nas atividades diárias, sem necessariamente possuir formação adequada para essa função (Sá, 2010).

3º: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, atividade física o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990, p. 1).

Considerando a maior transferência do cuidado para às famílias a partir da década de 1990, com a adesão do Estado às propostas neoliberais, é notável que os fatores condicionantes e determinantes da saúde, mencionados anteriormente, estão diretamente relacionados com a família e como esta consegue prover as condições necessárias para o cuidado e a proteção social. Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de municipalizar as ações de atenção básica em saúde e a transferência da atenção centrada no indivíduo para a família, ou seja, direcionando a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Posteriormente, em 2006, o PSF passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica de saúde, denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que o programa possui tempo determinado e a estratégia é permanente e contínua. Seguindo as diretrizes do SUS, a ESF busca fortalecer principalmente a atenção básica em saúde, focalizando em ações de promoção à saúde. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, a ESF deve “desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade” (Brasil, 2006, p. 20).

Em relação ao idoso, também em 2006, foi implementada a PNSPI que define a atenção básica como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso, oferecendo serviços de promoção, prevenção e diagnóstico de saúde. Esses serviços visam à melhoria nas condições de saúde e influenciam na autonomia e independência das pessoas idosas, além da diminuição das taxas de hospitalização e internação.

Nesse sentido, a atribuição do cuidado no âmbito familiar se intensifica quando as demandas são relacionadas à pessoa idosa, em especial quando esta apresenta questões como dependência, saúde fragilizada, internações, entre outras. As práticas relativas ao cuidado no processo de saúde-doença aparecem nos diferentes espaços, tanto no âmbito domiciliar com as questões cotidianas quanto no âmbito hospitalar, em casos de internações. Segundo o Estatuto do idoso, em relação às ações estratégicas relacionadas ao espaço familiar:

> Mais de 95% dos idosos residem com as famílias ou em suas próprias casas. Pelo fato de a família ser, no Brasil, o locus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigálos com respeito e dignidade. Embora possa parecer óbvio à primeira vista, essa não é uma tarefa natural. Prova das dificuldades é o fato de que é nesse espaço que ocorre a maioria das violências físicas, psicológicas, econômicas e sexuais. O espaço familiar, portanto, merece ser foco de atenção em múltiplos sentidos: em termos de mudança cultural na forma de conceber a relação com a pessoa idosa; na preparação da casa para maior segurança; na formação de cuidadores familiares para os idosos dependentes; na proteção do Estado para as famílias que não têm condições de cuidar dos seus velhos (Brasil, 1994, p. 90).

No âmbito domiciliar, destaca-se aqueles idosos que residem como alguma rede de apoio, em especial aqueles que apresentam dependência física e econômica, em cujas situações os filhos ou familiares envolvidos na rede de apoio assumem o papel de cuidador informal, às vezes por tempo integral, para atender as necessidades do cotidiano, que envolvem os condicionantes e determinantes sociais da saúde, além da responsabilidade de garantir que tenham acesso a serviços e programas de saúde. No entanto, é necessário reconhecer que nesse contexto também ocorrem diferentes tipos de violências resultantes de falta de vínculo ou conflitos e vivências no espaço familiar.

No âmbito hospitalar, a atribuição ao cuidado perpassa desde a incompreensão em relação aos direitos e deveres da família e da pessoa idosa, até a responsabilização por cuidados que deveriam ser ofertados pelos próprios serviços de saúde. Quanto à incompreensão em relação a direitos e deveres pode-se citar o direito a um acompanhante para pessoas com 60 anos ou mais, isto é, a possibilidade da pessoa idosa estar acompanhado nos diferentes espaços de saúde de uma pessoa, porém, não significa a obrigatoriedade deste fato, podendo o indivíduo estar desacompanhado. Como consta no artigo 18 da Lei Nº 10.741 de 2003, “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais[...]” (Brasil, 2003, p. 20).

A responsabilização e a culpabilização relacionadas a ausência da família é notável nos diferentes espaços de saúde, situações de negligência e/ou abandono são identificados de forma recorrente. Segundo dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o número de abandono de idosos cresceu em 855 % em 2023. Entre janeiro e maio do ano de 2023 foram quase 20.000 registros de abandono.

No mesmo período de 2022, foram 2.092 casos. (Brasil, 2023). Esse aumento traz alguns questionamentos importantes: Qual o papel do Estado na prestação de cuidados à pessoa idosa? Será que os dados seriam reduzidos se esses indivíduos realmente tivessem acessado os serviços de saúde fornecidos pelo Estado?

A necessidade de pensar a responsabilidade do cuidado para além da família, com a oferta de serviços e programas voltados à pessoa idosa pelo Estado, vem ao encontro do que se apresenta no artigo 10 da PNI “estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (Brasil, 1994, p. 9-10). A possibilidade de ter outros espaços como a casa-lar, pensando na recuperação da pessoa idosa na área da saúde, possibilitaria reduzir a responsabilidade atribuída às famílias em casos de idosos com renda insuficiente para sua manutenção e sem rede de apoio, que muita vezes acabam resultando em internações prolongadas, fazendo com que os idosos permaneçam no ambiente hospitalar por mais tempo do que o necessário.

4 RESULTADOS DA PESQUISA: O CUIDADO À PESSOA IDOSA NO AMBITO DA SAÚDE: AS NUANCES ENTRE A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E O PAPEL DO ESTADO

Nesta seção, o foco central consiste em estabelecer uma relação entre a revisão bibliográfica apresentada nas primeiras seções com a pesquisa documental realizada. A pesquisa apresentou como objetivo geral compreender como se estabelece a responsabilização das famílias nos cuidados à pessoa idosa no âmbito da saúde e utilizou como objeto de análise os relatórios sociais produzidos pelo Serviço Social no Hospital Florianópolis, local onde foi realizado o estágio obrigatório em Serviço Social II e III pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

4.1 SOBRE O HOSPITAL FLORIANÓPOLIS E O SERVIÇO SOCIAL

O Hospital Florianópolis é uma instituição de natureza pública e está situado no bairro Coloninha, na parte continental da capital catarinense e é um hospital geral de médio porte. É caracterizado como porta aberta 24 horas, possui 73 leitos de

internação no total, sendo 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e dispõe de especialidades como clínica médica, cirurgia geral e ortopedia. Possui uma abrangência municipal, atendendo Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, e demais municípios de Santa Catarina. A instituição é administrada por Organizações Sociais (OS) desde 2014 e desde 2018 o Instituto Maria Schmitt (IMAS) assumiu a gestão do Hospital Florianópolis, o qual permanece financiado pelo Governo Estadual.

A instituição se articula com a política pública de saúde e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo acessado por demanda espontânea na emergência e atendimentos ambulatoriais encaminhados pela Unidades Básicas de Saúde (UBS), outros hospitais e via Sistema de Regulação (SISREG).

O Serviço Social na instituição é inserido na dinâmica hospitalar desde sua criação, atuando na proteção e recuperação da saúde, com o intuito de "conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença" (CFESS, 2010, p. 30). Com isso, o objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social e suas múltiplas faces, que se manifestam através de questões relacionadas ao processo saúde-doença, vínculos familiares fragilizados ou rompidos, violência, vulnerabilidade socioeconômica, dentre outras. Sendo assim, através do diário de campo[10], foi notável que dentre os instrumentos utilizados e atividades rotineiras do setor estão: atendimento direto aos usuários, acolhimento social com os pacientes e sua rede de apoio/familiares, contato com a rede de assistência, encaminhamentos, visita aos leitos de pacientes internados na clínica médica, clínica cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva A e B, atendimento de familiares na sala do setor, solicitação para acompanhantes, pedido de transporte para usuários de alta, dentre outros.

O registro dos atendimentos realizados pelo Serviço Social, são feitos através do Micromed, onde são feitas as evoluções nos prontuários do paciente, por todos os profissionais. Esse registro é uma forma de sintetizar as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e comunicação entre eles (Mattos, 2013), logo, todos estes terão acesso às informações do paciente. Nesse sentido, quanto à questão do sigilo profissional, cabe ao assistente social o registro da informações que são

[10] Instrumento utilizado pela autora durante o período de Estágio Obrigatório em Serviço Social, "onde se registra as ações desenvolvidas na intervenção profissional, escreve suas impressões, sentimentos também, ideias para novos projetos ou para a intervenção etc." (Matos, 2013, p. 126).

perminentes ao conhecimento de outros profissionais, ou seja “cabe a evolução da situação do usuário a partir da perspectiva de análise fundamentada nos conhecimentos dominados de cada profissional” (Trindade, 2012, 84-85). Além do mais, as profissionais do Serviço Social, utilizam como registro de aticulação com a rede socioassistencial os reatórios sociais, abordando questões relacionadas ao processo saúde-doença que envolvem expressões da questão social.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa apresentou abordagem qualitativa e se caracteriza como pesquisa documental sobre a temática da responsabilização das famílias nos cuidados ao idoso no âmbito da saúde. A abordagem qualitativa da pesquisa ocorre pelo nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando um universo de significados, aspirações e valores (Minayo, 2012), que na pesquisa em questão foi em torno de conceitos como família, idoso e responsabilização. Foi utilizado como perspectiva teórica o método dialético para compreender a realidade social, a partir da totalidade social considerando as dimensões de universalidade, particularidade e singularidade (ABEPSS, 2019).

A pesquisa documental teve como referência dez (10) relatórios do setor de Serviço Social no Hospital Florianópolis produzidos no ano de 2023, período de realização do estágio obrigatório em Serviço Social II e III pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os quais se relacionam com demandas de pessoas idosas. Para utilizá-los, a pesquisa teve início com a produção de um projeto de pesquisa que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC). O projeto contempla documentos como a declaração de anuência, declaração de anonimização do uso de dados, roteiro de coleta de dados e o termo de autorização de uso de dados, sendo autorizado pelo Hospital Florianópolis, bem como pelo CEPSH/UFSC sob o parecer nº 6.845.932 de 23 de maio de 2024.

Por se tratar de uma pesquisa documental, dispensou o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (TCLE), substituído pelo Termo de Compromisso do Uso de Dados. Considerando os aspectos éticos, foi garantido a manutenção da privacidade e a confidencialidade dos dados acessados e/ou coletados, sejam individuais ou institucionais, preservando o anonimato, conforme preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O material qualitativo coletado foi submetido à análise de conteúdo com corte temático, dividido em três etapas: pré-análise, para organizar dados e montar estrutura da pesquisa, utilizando o google formulário como instrumento de coleta para caracterização sociodemográfica dos idosos atendidos no serviço; exploração do material, para análise aprofundada e recorte de tema específico, utilizando a planilha do Excel for Windows para organização do material de análise; e o tratamento de resultados, para submeter os dados à análise de conteúdo temática e evidenciar o valor significativo dos dados obtidos (Bardin, 1977 apud Mendes; Miskulin, 2017), estabelecendo uma relação entre a produção teórica sobre a temática com a pesquisa documental realizada. Os dados passíveis de serem quantificados foram submetidos à análise estatística simples e representados por meio de figuras e gráficos.

Os relatórios sociais analisados em sua maioria foram produzidos com o intuito de encaminhar os usuários atendidos para os serviços da rede pública, apresentando as demandas e questões pertinentes às necessidades do momento da internação ou alta hospitalar. Nessa perspectiva, a experiência de estágio no âmbito da saúde, proporcionou uma oportunidade de refletir sobre as questões trazidas nas seções anteriores, assim como as demandas apresentadas pelos usuários, relacionadas diretamente com a pessoa idosa e suas relações de cuidado com a família, assim como, analisar como os condicionantes e determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença da pessoa idosa.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS

Para a realização da análise, foram escolhidos alguns tópicos para caracterizar as pessoas idosas referidas nos relatórios sociais, dentre eles: faixa etária, sexo, raça/etnia, escolaridade, renda familiar, presença de deficiência, dados referentes à autonomia/dependência nas atividades cotidianas. O sexo[11] dos usuários mencionados nos relatórios sociais está exposto na seguinte ilustração (Figura 1):

[11] A escolha pelo recorte de sexo se deu pela identificação dos relatórios sociais analisados, estes não informavam gênero, somente o sexo do idoso, em sua maioria, a informação se referia aos dados do SISREG. Logo, com a ausência da informação de gênero não foi possível realizar a análise mais ampla.

Figura 1- Sexo dos idosos mencionados nos relatórios sociais

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Estudos mostram que a maioria da população idosa de 60 anos ou mais, é composta por mulheres (Silva et al., 2014). Acredita-se que o motivo pelo qual o número de idosos homens é maior que o de mulheres nos relatórios sociais, pode estar relacionado ao fato de que as mulheres demandam menos cuidado quanto à própria saúde e “mesmo sendo idosas, tendem a realizar os cuidados no interior dos núcleos familiares, assumindo, assim, o papel de cuidadoras” (Silva et al., 2014, p. 107). Para além das questões de saúde, a diferença de sexo, pode estar relacionada a questões culturais e comportamentais, uma vez que os homens acessam menos o serviço de saúde preventivo durante a vida, podendo resultar em maiores necessidades nessa faixa etária.

Observou-se que a faixa etária predominante foi de 60 a 70 anos (60%), idade na qual as questões relacionadas ao processo de envelhecimento podem surgir e refletir na importância de ações voltadas à prevenção e promoção de saúde, buscando o tratamento preventivo, evitando complicações futuras e melhora na qualidade de vida. Seguido de 30% com faixa etária entre 71 a 80 anos e 10% entre 81 a 90 anos. A porcentagem de 30% destaca uma continuação da demanda por serviços de saúde, sendo uma faixa etária em que as condições crônicas se agravam e as limitações físicas aumentam, consequentemente a dependência de cuidados constantes se intensifica.

> Com o crescimento da população idosa, aumenta o número de indivíduos portadores de demências ou doenças crônicas, e embora essa condição não seja uma característica comum a todos que envelhecem (pois existem pessoas idosas e saudáveis), há aqueles que necessitam de assistência para a realização de algumas atividades cotidianas, como se vestir, tomar banho, caminhar etc. Essa necessidade de auxílio envolve pessoas próximas como companheiros, familiares e amigos, que assumem a responsabilidade de

> cuidar, dar suporte ou assistência e são conhecidas como cuidadores, os quais podem ser os próprios familiares ou profissionais contratados (Sá, 2010, p. 86).

Os 10% dos atendimentos serem de idosos entre 81 a 90 anos sugerem uma diminuição no acesso ao serviço de saúde à medida que a idade avança. Isso pode estar relacionado à dificuldade física de locomoção ou também à presença ou não de suporte familiar para acessar os serviços. Essa realidade aponta para a importância de ampliar as iniciativas de atendimento domiciliar e cuidados integrados, de modo a garantir que os idosos tenham acesso contínuo e adequado à saúde, sem que as dificuldades de locomoção ou ausência de cuidadores os impeçam de obter os cuidados de que necessitam.

Quanto à informação sobre a raça/etnia, verificou-se que 90% dos idosos atendidos se autodeclararam brancos, enquanto 10% não foi informado. Essa informação desperta questionamentos, pois segundo o Censo Demográfico IBGE (2022), Florianópolis tem a maior população negra entre os municípios de Santa Catarina, número este que não refletiu nos relatórios sociais. Questões como acesso da população negra aos serviços de saúde e a realização de trabalhos mais desgastantes ao longo do ciclo de vida refletem em maiores necessidades dessa população. Ademais, segundo o Relatório sobre desigualdade e envelhecimento:

> [...] a trajetória de negligências e as demandas reprimidas de serviços sociais básicos voltados para essa parcela da população produzem precariedades que se acentuam na velhice da população pobre e negra. A noção de acumulação de desigualdades ao longo do tempo é fundamental para a compreensão das necessidades de cuidado do envelhecimento desse grupo social (CEBRAP, 2023, p. 11).

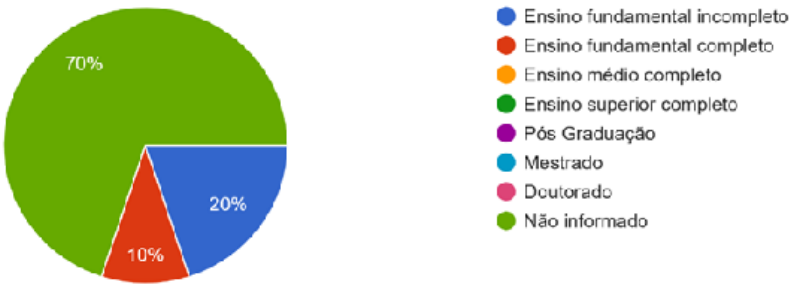
Nessa perspectiva, a ausência de outras raças/etnias nos relatórios sociais analisados traz reflexões importantes, esse dado pode estar relacionado ao território onde o hospital é localizado e a população que acessa ao serviço, somando-se à desigualdade racial estrutural que implica no acesso a serviços de saúde e menor busca por atendimento de saúde. No entanto, não significa que outros grupos populacionais não apresentarão questões relacionadas à dificuldade do cuidado com a pessoa idosa no âmbito familiar.

No que se refere à renda familiar, não foi possível realizar uma análise mais profunda devido à informação não ser referida, visto que apenas 2 relatórios sociais referiram a renda familiar de 1 salário-mínimo. Compreende-se que os serviços de

saúde públicos podem ser acessados por toda população, independentemente da renda, tendo em vista o princípio de universalidade do SUS estabelecido na Constituição Federal de 1988, isto é, a saúde é uma política de acesso universal. Entretanto, a ausência desses dados pode afetar diretamente na capacidade de entender a realidade daquele indivíduo, visto que esta reflete no acesso a determinados serviços e benefícios.

Em relação à escolaridade também não foi possível uma análise mais ampla, visto que 70% dos relatórios sociais não apresentavam essa informação, conforme exposto no Gráfico 1. Os relatórios sociais que apresentavam esta informação foram retirados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) com a identificação completa do usuário. Entendendo que a escolaridade pode ser um fator determinante em vários aspectos da vida, incluindo o acesso a serviços, ao mercado de trabalho e à renda, a falta de informação sobre esta pode impactar na análise sobre a realidade desses indivíduos.

Gráfico 1 – Escolaridade dos idosos



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Notou-se que dos 30% dos relatórios sociais que mencionavam a escolaridade, 20% informaram que os idosos possuíam ensino fundamental incompleto e 10% ensino fundamental completo, o que pode estar relacionado à ausência de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Esses dados revelam a realidade de grande parte da população idosa, pois segundo os dados do SESC/SP (2011) e da Fundação Perseu Abramo/SP (2011) cerca de 50% da população idosa no Brasil, com idade acima de 60 anos, concluíram o primeiro grau, ou seja, cursaram o ensino fundamental. Apesar do recorte pequeno para fazer essa análise, é possível mencionar o baixo nível de escolaridade entre a população idosa, o que impacta no

desenvolvimento social, acesso a serviços, compreensão sobre seus direitos, podendo resultar em exclusão e isolamento social.

Quanto à autonomia e dependência nas atividades cotidianas, identificou-se que 80% dos idosos necessitam de algum tipo de auxílio e não apresentam total autonomia de sua vida, resultado das mudanças associadas ao processo de envelhecimento. Essa autonomia por sua vez, está ligada diretamente às questões de saúde, a idade avançada somada a determinadas condições que geram dependência, como doenças físicas e intelectuais, ou acidentes, resultando em idosos com maior necessidade de atenção e cuidado. Fato que está relacionado com os dados sobre deficiência, notou que 30% dos idosos são pessoas com deficiência, entre esses, somente 10% possuíam autonomia para realizar atividades cotidianas.

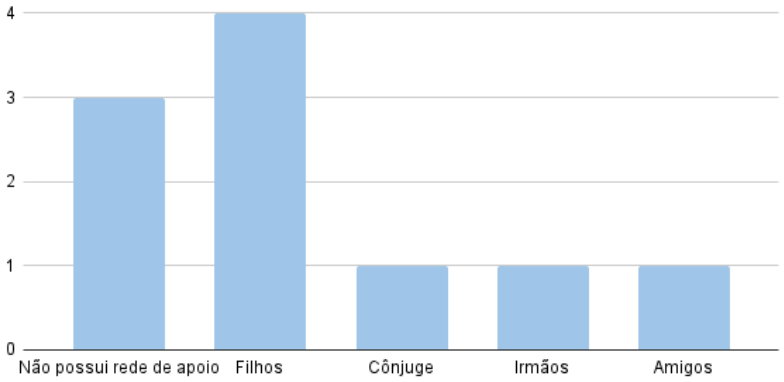
Entende-se por dependência a incapacidade dos indivíduos para realizar atividades básicas da vida, como se vestir, alimentar, realizar cuidados de higiene, ou atividades instrumentais da vida, como ir ao banco, tomar decisões e se comunicar. Essa condição é notável em indivíduos que apresentem uma “combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco” (Caldas, 2003, p. 774).

4.4 INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA NA ÁREA DE SAÚDE E AS RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS ÀS FAMÍLIAS

Tendo em vista que o processo de envelhecimento envolve questões de cuidado e em alguns casos de dependência, é notório que as experiências vivenciadas ao longo da vida podem impactar as relações de cuidado dentro da família e trazer desafios para a proteção dos idosos (Goldani, 2004). Conforme apresentado anteriormente, 80% dos idosos mencionados nos relatórios sociais não apresentavam total autonomia de sua vida, necessitando de auxílio de terceiros, os quais tendem a recorrer a sua rede de apoio, seja na família ou na comunidade.

A composição familiar e rede de apoio dos idosos mencionados nos relatórios sociais encontra-se representada no gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Rede de apoio dos idosos



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A análise se baseou no conceito de rede de apoio como aquele “conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber” (Mota et al., 2010, p. 834). Notou-se que dos dez (10) relatórios sociais, quatro (4) apontavam os filhos como principal rede de apoio, dado que reflete na realidade trazendo alguns desafios, como por exemplo a sobrecarga do trabalho do cuidado, como se observou no Relatório 2 (2023, p. 01) “filho da paciente procura o Serviço Social solicitando auxílio para o pós alta da paciente. Informa que mãe mora com ele e com esposa. Afirma ter mais quatro irmãos mas apenas ele quem cuida da genitora, sendo que os irmãos pouco visitam a mãe.” bem como no Relatório 9 (2023, p. 1): “relata sentir-se sobrecarregada e cansada. Disse que abriu mão da sua vida para cuidar de X. Verbaliza sentimento de culpa pelas vezes que perde a paciência”.

Essa responsabilização do cuidado atribuídos em sua maioria aos filhos, pode ser entendido como resultado do contrato intergeracional:

> Uma interpretação convencional sustenta que o contrato intergeracional entre os membros da família é mantido por um conjunto de fatores, como laços de afeto, sentimentos de reciprocidade sobre a vida, poderosos incentivos econômicos ou sanções negativas, e amplos valores culturais. [...] Recursos limitados e a ausência de filhos são, talvez, as razões mais importantes para explicar por que as pessoas idosas com algum tipo de deficiência podem ser negligenciadas, esquecidas, ou mesmo abandonadas. Então, sob algumas circunstâncias, o contrato pode falhar, como, por exemplo, na ausência de filhos (Goldani, 2004, p. 228).

Nessa perspectiva, a ausência de laços afetivos reflete na ausência de rede de apoio. Observou-se que três (3) dos dez (10) relatórios sociais sobre os idosos mencionados não tinham rede de apoio e precisavam de cuidados. Mesmo que o

número de idosos sem rede de apoio seja inferior aos demais, é necessário ampliar o olhar para o cuidado voltado para estes, visto que podem ter seus direitos violados. O reconhecimento dessas violações de direitos pode impactar sobre a culpabilização das famílias que não fornecem suporte, ignorando todo o contexto para além da realidade apresentada.

Nesse ponto de vista, é necessário compreender que as relações sociais da pessoa idosa podem ser impactadas com o passar dos anos por questões como vínculos rompidos, questões econômicas ou ainda o possível uso de álcool e/ou substâncias psicoativas, sendo possível observar em alguns relatórios sociais como essas questões impactam sobre o momento de responsabilização das famílias pelos cuidados: “os filhos X e Y negaram-se a acolher o genitor. Informaram situações traumáticas e de abandono vivenciadas durante a infância com o pai” (Relatório 3, 2023, p. 1); “relatou que ela e a irmã mantém uma relação distante com o genitor. Afirmou também que a relação com o pai sempre foi permeada por conflitos e abandono” (Relatório 1, 2023, p. 1).

No entanto, as pessoas idosas mesmo com questões de ausência ou rompimento de vínculos, podem apresentar questões de dependência e de necessidade de auxílio, por isso a dependência deve ser pensada como uma questão de saúde pública, visto que a família vai ser a principal fonte de cuidado para os idosos que não possuem mais autonomia. O cuidado atribuído às famílias nesses casos é exposto na Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999), a qual reconhece a relevância da parceria entre profissionais de saúde e as pessoas que assumem o papel de cuidado e responsabiliza as famílias por questões que envolvem o processo de envelhecimento:

> [...] Essa parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento” (Caldas, 2003, p 776).

As questões de dependência podem ser associadas aos dados sobre os idosos residirem sozinhos antes da hospitalização, “em relação à moradia, 63,7% residem com a pessoa de referência, ou seja, a maioria da população idosa reside com filhos ou outros parentes que são provedores da residência” (Silva et. al, 2014, p. 105). Observou-se que 50% dos idosos não residiam sozinhos, o que não significa que os

outros 50% que residiam sozinhos não apresentassem dificuldades de realizar as atividades cotidianas de forma autônoma.

Para Caldas (2003, p. 777) “morar só, para o idoso, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento da morbidade e, até mesmo, indicador de risco de mortalidade”. Conforme os relatórios sociais, alguns dos idosos que antes residiam sozinhos, após o período de hospitalização, vieram a ter necessidade de cuidados: “paciente mora sozinho em uma pensão e nesse momento necessita de cuidados para realização de atividades do cotidiano como ir ao banheiro e auxílio para alimentação” (Relatório 8, 2023, p. 1).

Entende-se a dependência como um processo dinâmico, não sendo um estado permanente (Caldas, 2023), esta pode ser alterada ou minimizada conforme as condições e a assistência adequada, isto é, as necessidades de cuidado provenientes do processo de internação podem ser temporárias, existindo a possibilidade de o idoso retomar a sua autonomia. Nessa perspectiva, é importante pensar na oferta de um local com condições mínimas para o idoso reabilitar sua saúde e recuperar sua autonomia. Notou-se em mais de um relatório social a solicitação de vaga em casas de passagem, para que os idosos sem local e rede de apoio, tivessem seus direitos garantidos em relação a recuperação da saúde.

É notável a necessidade de um atendimento alternativo, como os centro-dia, destinados “à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional” (Brasil, 1996), ou ainda as casas-lares “residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família” (Brasil, 1996), sendo alternativas para o Estado prestar o cuidado necessário para esses sujeitos.

A institucionalização da pessoa idosa apareceu em inúmeros relatórios sociais como uma alternativa para aqueles idosos que não possuem rede de apoio ou aqueles cuja família não apresenta condições de prover os cuidados necessários, conforme previsto no Estatuto do Idoso: “A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família” (Brasil, 2003, p. 27).

As relações sociais da pessoa idosa refletem diretamente no cuidado e nas necessidades apresentadas durante o processo de envelhecimento, resultando em

responsabilização das famílias na maiorias dos casos. No entanto:

> Imputar a essas famílias a responsabilidade pela qualidade de vida na velhice de seus membros, sem considerar a responsabilidade do Estado na oferta de recursos que garantam a proteção social aos que envelhecem, significa o retrocesso próprio de uma sociedade de economia neoliberal, marcada pela exclusão social (Sá, 2010, p. 97).

Logo, é necessário pontuar a não culpabilização das famílias frente a essas questões, entendendo a complexidade que as relações sociais podem ter. O olhar ampliado para as demandas sobre a pessoa idosa se faz necessário nos diferentes espaços de saúde, conforme mencionado no Relatório 1 (2023, p. 1): “quanto a responsabilização das filhas da pessoa em tela, essas subscritoras entendem que determinar a obrigatoriedade das filhas em cuidar do pai, pode acarretar em revitimização e sofrimento psíquico”.

Nessa perspectiva, não é possível impor um limite na responsabilização atribuída às famílias, considerando a complexidade das questões que envolvem o cuidado ao idoso e as legislações que asseguram o papel da família nese cuidado. Porém, compreendendo essa complexidade podem ser pensadas alternativas para superar os desafios postos na realidade e não culpabilização das famílias, sendo estas alternativas implementadas através do Estado, com políticas públicas e serviços específicos para os idosos.

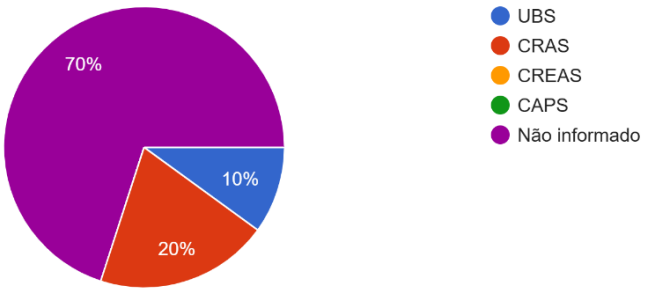
4.5 O PAPEL DO ESTADO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA IDOSA

Os relatórios sociais analisados apresentaram como característica em comum, os encaminhamentos. Os mesmos foram produzidos e encaminhados para a rede socioassistencial, buscando respostas do Estado frente às demandas sobre o cuidado com a pessoa idosa. Em algumas situações, os encaminhamentos foram realizados com o intuito de solicitar que os serviços públicos ofertados pelo Estado, acompanhassem as famílias nesses cuidados ou nos casos com ausência da família, que este o mesmo se responsabilizasse pelos idosos que necessitavam de cuidados.

Compreendendo o papel do Estado na prestação de cuidado buscou-se observar nos relatórios sociais o acesso aos serviços públicos e qual a rede de atendimento

acessada pelos idosos. Observou-se que 70% não mencionou[12] essa informação, sendo que três (3) relatórios sociais pontuaram o acesso a determinados serviços, como exposto no gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Rede de atendimento acessada pelos idosos



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Notou-se que dos três (3) relatórios sociais mencionados, dois (2) informaram ter contrarreferenciado os idosos à Unidade Básica de Saúde (UBS) e um (1) ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), serviços considerados a principal porta de entrada da política de saúde e de assistência social, respectivamente. Em relação à UBS, o acompanhamento da pessoa idosa nas unidades básicas de saúde se revela importante, visto que esse serviço vai possibilitar a identificação de problemas de saúde e oferecer atendimentos relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Considerando a saúde para além das questões biológicas, o acesso adequado a essa política pública possibilita o acompanhamento da pessoa idosa com suas questões relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde, como exposto no Relatório 3 (2023, p. 2): “segundo relato do posto de saúde, apresentou desejo de se tratar do alcoolismo chegando a pedir encaminhamento para internação no IPQ”. A ausência de responsabilidade do Estado frente a essas demandas impacta no agravamento dessas questões quando não solucionadas inicialmente, no caso mencionado no Relatório 3, a ausência da resolutividade na atenção básica resultou em questões mais complexas quando atendido na alta complexidade.

Na análise dos relatórios sociais , destacou-se a falta de vagas em instituições

[12] A ausência de informações nos relatórios sociais impossibilitou a realização de uma leitura mais ampla sobre a rede de atendimento acessada pelos idosos, tendo em vista que através desse acesso é possível problematizar o papel do Estado na prestação de cuidados.

de promoção do cuidado e o longo prazo para acessá-las, o que afeta diretamente na organização dos atendimentos e acesso ao serviço de saúde. Essa perspectiva aparece em alguns relatórios sociais quando os idosos são encaminhados com urgência, justificando a falta de leitos no hospital: “solicito acolhimento em caráter de urgência, pois paciente segue de alta há vários dias sem mais condições desta instituição mantê-lo internado devido à alta demanda por leitos do momento” (Relatório 3, 2023, p. 2).

Foi possível observar que a ausência da rede de apoio impossibilita a alta do paciente, ficando sob responsabilidade do Estado dispor de respostas a essas demandas. O processo de alta hospitalar pode ser marcado por alguns tensionamentos, através da equipe médica ou da própria direção do hospital, em decorrência da superlotação nas unidades de internação. A alta hospitalar ocorre quando o paciente apresenta condições clínicas adequadas para que continue sua recuperação em seu domicílio, desocupando os leitos hospitalares. No entanto, no caso de idosos, esse processo de alta pode ser mais complexo, principalmente quando há necessidade de cuidados de terceiros como exposto anteriomente, na análise observou-se que 80% dos idosos mencionados não apresentavam total autonomia de sua vida, necessitando de auxílio de terceiros.

Sendo assim, mesmo com alta clínica, pode ficar pendente a alta social, esta por sua vez, “é um processo por meio do qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários” (Eibert, 2019, p. 272), evitando reinternação quando as condições de alta social estão bem alinhadas. Tendo em vista os tensionamentos envolvidos no processo de alta hospitalar e as respostas imediatas solicitadas pela instituição, as longas fila de espera para conseguir uma vaga em Instituição de Longa Permanência (ILPI) através do CRAS, refletem em judicialização, como exposto no Relatório 1 (2023, p. 3):

> Solicita-se ao Ministério Público, que cobre do município a garantia de vaga para o Sr. X em Instituição de Longa Permanência para Idosos, local mais adequado para atender não apenas as demandas de saúde e cuidado, como também de lazer, afeto, sociabilidade, vida comunitária, tão importantes como já dito aqui, a um envelhecer que se diga digno e mais ativo possível. Destaca-se ainda, que o Serviço no qual se encontra o referido senhor não é adequado as suas necessidades, devendo ser apenas um lugar temporário, cuja passagem deve ser o mais curta possível.

Nesse contexto, os encaminhamentos para serviços que não são considerados os mais adequados acabam emergindo como alternativa frente à incapacidade do

Estado de garantir serviços adequados. No relatório social citado anteriormente, o idoso que necessitava de cuidados e não tinha rede de apoio foi encaminhado para uma casa de passagem, local destinado ao acolhimento provisório “previsto para pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento” (BRASIL, 2012, 2011, p. 49), não atendendo as necessidades que envolvem o processo de envelhecimento.

Além dessa questão, o tempo de internação sem a devida necessidade pode resultar em diferentes problemas de saúde, surgindo novas demandas que poderiam ser evitadas se o Estado apresentasse alternativas, conforme se observa no Relatório 8 (2023, p. 1):

> Solicito a inclusão do paciente na lista de espera para vagas em abrigos para pessoa idosa e a negativa de vaga, em caso de não disponibilidade imediata, uma vez que paciente necessita sair desse hospital o mais breve possível devido a risco de infecção hospitalar e outros danos decorrentes de internações de longa permanência.

Observou-se que os relatórios sociais foram produzidos com a característica comum de acionar o Estado, seja solicitando acolhimento ou acompanhamento nos serviços, como exposto no Relatório 8 (2023, p. 1): “importante dizer que paciente não possui rede familiar de apoio e necessita do auxílio da política de assistência social devendo ser ele encaminhado para uma ILPI para idosos para que possa recuperar sua saúde adequadamente”. Nessa perspectiva, identificou-se que o Estado vem prestando o cuidado de maneira insuficiente, especialmente em relação à disponibilização de ILPIs e é abordado nos relatórios sociais de forma direta “Infelizmente, sabe-se que esse não é um caso isolado, mas um dos muitos que passam por esse hospital e que se sabe transbordam na sociedade atual, para os quais, as politicas públicas atuais são insuficientes para atender em tempo ágil e oportuno (Relatório 1, 2023, p. 2).

A ausência do Estado, reflete nas respostas fornecidas pelos profissionais de saúde, como exposto no Relatório 1 (2023, p. 1): “A profissional, orientou sobre processo de encaminhamento a ILPI e as dificuldades em se conseguir uma vaga em instituição pública.” Ademais, a necessidade de judicializar a solicitação, expressa a burocratização dos pedidos de vagas, que em muitos casos podem demorar muito tempo para serem atendidos, resultando em idosos em processo de negação de seus direitos.

A insuficiência do Estado em prestar o cuidado necessário aos idosos na área da saúde se transfere na participação das famílias no âmbito dos serviços, em especial nos de saúde:

> Essa participação é requerida quanto mais se verifica deficiência nos serviços e nem sempre vista como deficiência do serviço. Na saúde um exemplo emblemático é o hospital. Um serviço que teoricamente dispensa a responsabilidade do usuário enquanto for necessária a internação. Porém observa-se cada vez mais a requisição do trabalho da família, que seja para assisti-lo à noite, para alimentá-lo, para trocar fraldas, para medicá-lo e, com isso, emergindo a exigência de cuidados cada vez mais sofisticados (Mioto, 2010, p. 131).

Nessa perspectiva, o processo de responsabilização que é atribuído às famílias se materializa através do própria configuração das políticas públicas e organização dos serviços (Mioto, 2010), os quais vem sendo precarizados pela ausência do Estado. Essa precarização vem ao encontro de um projeto político que enfraquece o setor público, através do corte de recursos, deslegimando o papel do Estado na prestação de cuidado, o qual reforça uma narrativa que favore a privatização e transferencia de responsabilidade para o setor privado, como a família.

CONSIDERAÇÕS FINAIS

O presente TCC buscou abordar a questão da proteção social ao idoso, especificamente entendendo o papel da família na prestação de cuidados ao idoso no âmbito da saúde, buscando analisar como ocorre a responsabilização das famílias nos cuidados à pessoa idosa na política de saúde. Foi necessária uma revisão histórica em relação à proteção social, tanto no contexto europeu quanto no cenário brasileiro, para que assim fosse possível visualizar as questões que permeiam este assunto no contexto atual. Sobretudo, em relação às políticas públicas voltadas à pessoa idosa, com destaque para a política de saúde, a qual foi lócus da pesquisa.

A análise ocorreu com base nos relatórios sociais produzidos pelo Serviço Social no Hospital Florianópolis que foram utilizados para dar materialidade à pesquisa, apresentando como característica em comum os encaminhamentos para a rede de serviços. Observou-se que todos foram produzidos como instrumento de encaminhamento do sujeito para os serviços da rede pública e apresentaram demandas e questões pertinentes às necessidades do momento da internação ou alta hospitalar.

Notou-se que a proteção social e a construção das políticas públicas foram marcadas pelo familismo a qual foi evidenciada em diversos relatórios sociais. A atribuição do cuidado à família vem ganhando cada vez mais espaço influenciado pela política neoliberal de enxugamento do Estado. No que se refere ao idoso, evidenciou-se que o envelhecimento com dependência demanda cuidados e que estes vão ser são solicitados à rede de apoio, podendo essas demandas serem modificadas ou reduzidas se houver assistência adequada (Caldas, 2003).

Em relação à caracterização dos idosos atendidos pelo Serviço Social no Hospital Florianópolis, identificou-se que o maior número de idosos são homens com idade entre 60 a 90 anos, os quais em sua maioria residiam sozinhos antes da hospitalização, mas que posteriormente passaram a demandar cuidados de terceiros, recorrendo à sua rede de apoio, seja na família ou na comunidade. Conforme os resultados encontrados, essa rede de apoio, em sua maioria, é composta de filhos, cônjuges ou irmãos, mas também identificou-se que alguns apresentaram insuficiente ou nenhuma rede de apoio, fato que está relacionado com as relações sociais do idoso e como essas influenciam no processo saúde-doença.

Foi notável como as vivências ao longo da vida influenciam na construção de laços sociais e rede de apoio para prestar o cuidado necessário no processo de envelhecimento. No âmbito das políticas públicas essa prestação de cuidados está relacionada à responsabilização das famílias, a qual emerge no cotidiano nos serviços de saúde, em especial no hospital, seja durante o processo de internação ou no processo de alta hospitalar. A “solidariedade entre os membros da família é tida como dada, desconsiderando-se as contradições e conflitos em nível de tensões emocionais e de condições do cotidiano” (Goldani, 2004, p. 221), demandando da família esse cuidado. Como já mencionado anteriormente, as próprias legislações como a CF de 1988, Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, atribuem à família o papel central na garantia da proteção social ao idoso.

Contudo, nos relatórios sociais analisados, foi identificado, que o Serviço Social vem atuando na busca pela não culpabilização das famílias. O/A Assistente Social é o profissional importante e necessário nesse processo de demandar do Estado a efetivação das suas responsabilidades, uma vez que considera o sujeito na sua totalidade e entende as complexidades que giram em torno da vida desses idosos. A família na presente pesquisa foi compreendida no seu conceito ampliado, pensada em uma concepção relacional e que não representa somente os laços consanguíneos, entendendo que “as famílias estão mudando tanto em termos de forma quanto de significado, expandindo-se para além da estrutura das famílias nucleares, de forma a abarcar uma rede de relações de parentesco e de não-parentes” (Goldani, 2004, p. 221).

Apesar de encontrar a questão do familismo nos relatórios sociais, não foi possível estabelecer algumas informações na análise porque estas não foram localizadas, como no caso a rede de atendimento acessada pelos idosos, tendo em vista que através desse acesso é possível problematizar o papel do Estado na prestação de cuidados. Como mencionado anteriormente, foi observado que entre os relatórios sociais somente dois (2) informaram ter contrarreferenciado os idosos à Unidade Básica de Saúde (UBS), dado que pode ser associado à falta de articulação do Estado com a efetivação do seu serviço e à insuficiência de acompanhamento da atenção primária à população idosa.

Nessa perpectiva, o papel do Estado na prestação de cuidados à pessoa idosa foi considerada insuficiênte em relação às demandas da população idosa. O Estado se isenta da responsabilidade, atribuindo para as famílias, o cuidado dentro dos próprios serviços de saúde, como no caso do hospital, com exigência de uma maior participação da família durante a internação e a alta hospitalar. Além do mais, quando o idoso não apresenta rede de apoio e não apresenta condições de garantir seus cuidados de forma autônoma, o Estado também se mostra insuficiente, uma vez não dispõe de muitas vagas em ILPIs e o acesso em sua maioria é um processo lento por meio de judicialização.

Em relação à garantia de vagas em ILPIs para os idosos, não foi abordado no sentido de incentivar a institucionalização, tendo em vista que entende-se a importância da manutenção dos laços sociais, comunitários e familiares sempre que viáveis. Como consta nos Parâmetros de Atuação dos Assistentes sociais na Saúde, uma das principais ações a serem desenvolvidas pelos profissionais é justamente: “fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 44).

No entanto, na ausência de vínculos, o Estado deve ser acionado como responsável por assegurar os direitos dessas pessoas, o qual se mostrou insuficiente, resultando em idosos em processo de negação de seus direitos. Bem como, mesmo com a presença da rede de apoio, é necessário a presença do Estado para assumir a responsabilidade da proteção social sobre os cuidadores e responsáveis por prover o cuidado aos idosos, garantindo que esses cuidadores também tenham seus direitos garantidos.

As questões aqui apresentadas reforçam a importância da continuidade de um trabalho profissional qualificado, mediante a não culpabilização das famílias e a necessidade de demandar do Estado a efetivação das suas responsabilidades. Visto que essa temática é recorrente na área de saúde, pretende-se dar prosseguimento ao debate na formação continuada como assistente social, em especial na Residência Multiprofissional em Serviço Social (RIMS), submetendo-se ao processo seletivo, onde será possível abordar a temática com foco em seu aprofundamento.

REFERÊNCIAS

ABEPSS, **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.** Diretrizes gerais para o curso de serviço social (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). 8 de novembro de 1996. Link: http://www.abepss.org.br/diretrizes-curriculares-da-abepss-10. Acesso em 4 de maio de 2024.

BERTELLI, E.; REGINA, K.; MICHELLY L. W. **Reflexões sobre o dueto família e gênero na política de saúde brasileira**. Libertas, v. 23, n. 1, p. 165–180, 26 jun. 2023.

BEHRING, E. R. **França e Brasil: realidades distintas da proteção social, entrelaçadas no fluxo da história**. Serviço Social & Sociedade, n. 113, p. 7–52, mar. 2013.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. Cap. 2. Capitalismo, liberalismo e origem da política social. P. 47-72

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS DE SERVIÇO SOCIAL. (org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009. p. 323-340.

BOSCHETTI, I**. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. CFESS, ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009. Disponível em: https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/3.7-A pol%C3%ADtica-de-seguridade-social-no-Brasil-%E2%80%93-Ivanete-Salete Boschetti.pdf. Acesso em: 20 abril. 2024.

BOSCHETTI, I.**Tensões e Possibilidades da Política de Assistência Social em contexto de crise do capita**l. 2016. *Argumentum*, *8*(2), 16–29.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BORGES, M. C. **Os Idosos e as políticas públicas no Brasil**. In: SIMON, Olga (Org.). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas – SP: Alínea, 2003. p. 79-104.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social Lei n. 8.842. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: DF, 4 de janeiro de 1994. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/politica_idoso.pdf. Acesso em: 5 agot. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 5 ago. 2024.

BRASIL. **Caderno de Orientações: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília: MDS, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes_paif_1.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. **Orientações Técnicas sobre o PAIF** - O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS, 2012. v. 2. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania**. Violências contra a pessoa idosa: saiba quais são as mais recorrentes e o que fazer nesses casos.** [Brasília]:15, jun. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/violencias-contra-a-pessoa-idosa-saiba-quais-sao-as-mais-recorrentes-e-o-que-fazer-nesses-casos#:~:text=Em%202023%2C%20o%20Disque%20100,%2C%20um%20aumento%20de%20855%25.

BRASIL**. Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Diário Oficial da União

BRASIL. **Decreto n.º 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jul. 1996.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia para o Cadastramento de Pessoas em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_Cadastramento_de_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf. Acesso em: 07 nov. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em 28 jul. 2024.

CALDAS, C.. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família.** ScieELO, p. 773-781, 19 jun. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/X7kHTKz7SSxRwS7sGsmnfgD/?lang=pt. Acesso em: 2 de abril de 2023.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência.** 2011. Argumentum, Vitória (ES), v. 6, n. 1, p. 99-115, jan./jun. 2014.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). **Desigualdades e Envelhecimento: Desafios para o Brasil e o Mundo**. São Paulo: CEBRAP, 2023. Disponível em: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2023/06/desigualdades_envelhecimento_relatorio.pdf. Acesso em: 07 nov. 2024.

COUTINHO, D. C. M. et al. **Proteção social, famílias e os desafios em tempos de crises**. Revista Katálysis, v. 26, n. 2, p. 212–221, ago. 2023.

COBAP**. Escolaridade dos idosos no Brasil é muito baixa**. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos, 2024. Disponível em: https://www.cobap.org.br/noticia/56306/escolaridade-dos-idosos%20-no-brasil-e-muito-baixa#:~:text=Segundo%20dados%20do%20SESC%2FSP,das%20pessoas%20idosas%20conseguiram%20completar. Acesso em: 5 out. 2024.

EIBERT, D.; MANGINI, F. da R. N., & Kocourek, S. (2019). **Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do serviço social.** Barbarói, 1(53), 272-290. https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716

FALEIROS, V. P. **A questão da violência**. In: SOUSA JUNIOR, J. G. et al. (org.). Educando para Direitos Humanos: pautas pedagógicas para a cidadania na universidade. Book Publisher: Porto Alegre, 2014.

GOLDANI, A. M.. **Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil**. In: Camarano, Ana Amélia (orgs.). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?. IPEACC, 2004. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_14_Cap_07.pdf.

GRANEMANN, S**. Previdência social: Da Comuna de Paris aos (falsos) privilégios dos trabalhadores**. In: NAVARRO, Vera; LOURENÇO, Edvânia. (Org.). O avesso do trabalho- III. São Paulo: Outras Expressões, 2013, p. 239-257.

IBGE. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos.** Agência de Notícias IBGE, 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 5 set. 2024.

Lourenço, L. de F. L., & Santos, S. M. A. dos. (2020). **Institucionalização de idosos e cuidado familiar:** perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. Cogitare Enfermagem, 26.

MATOS, M.C. **Comentários sobre registro do trabalho do serviço social na saúde**. Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o registro profissional. Editora Cortex, 2013, cap. 3, p. 111-142.

MENDES, E. V.(ORG.). **Distrito Sanitários:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MENDES, J. M. R., GARGIA, M. L. T., OLIVEIRA, E. F. dos A., & Fernandes, R. M. C. (2011). **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS**. Textos & Contextos (Porto Alegre), 10(2), 331–344.

MIOTO, R. C. T. et al. **O familismo na política social:** aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 2018.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, Hélder Boska de Moraes (Org.). **Serviço Social:** questões contemporâneas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2012. v. 1, p. 125-138.

MOTA, A. E. Crise Contemporânea e as transformações na produção capitalista. **In: Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2010.

NUNES, M. M. C. A.; SILVA, M. J. C. J. DA; TEIXEIRA, S. M. **Família e (des) proteção Social em tempos de pandemia**. Revista de Políticas Públicas, v. 26, p. 454–474, 2022.

IPEA. Boletins: **Políticas Sociais (BPS).** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, [s.d.]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/sites/manualeditorial/publicacoes-do-ipea/boletins/politicas-sociais-bps. Acesso em: 23 nov. 2024.

OLIVEIRA, S.; MONTEFUSCO, C. **“Qualquer semelhança não é mera coincidência”:** a trajetória das políticas sociais, da lei dos pobres à contemporaneidade. Sociedade em Debate. v. 23 n.2, 2017 p. 26-54.

PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem estar. In: SALES, Mione A.; MATOS, Maurício C.; LEAL, Maria C. (orgs.) **Política social, família e juventude:** uma questão de direitos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008

PEREIRA, P. A. P. **A questão social e as transformações das políticas sociais:** respostas do Estado e da sociedade civil. SER Social, Brasília, n. 6, p. 119–132, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i6.12852.

PINTO, E. A. O lugar do negro nas instituições de assistência social. In: _____. **O Serviço Social e a questão racial:** um estudo de sua relação com usuários negros. São Paulo: Terceira Margem, 2003, p. 44-53.

RABELO, D. F.; DO AMPARO SOBRINHO, L. **Fatores familiares associados ao suporte social percebido entre pessoas idosas**. Revista Subjetividades, v. 23, n. 1, 2023.

RUBIN, I. A **Teoria marxista do valor**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

SALVADOR, E. **O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal.** Serviço Social & Sociedade, n. 130, p. 426–446, 1 dez. 2017.

SÁ, M. A. Á. dos S. Política social, cuidados e cuidadores de idosos: Aproximações à realidade do Vale do Paraíba Paulista. In: PIMENTA, CAM., ALVES, CP., (Org). **Políticas públicas & desenvolvimento regional.** Parte 1, p. 85-100, Campina Grande: EDUEPB , 2010.

SÁ, M. A. Á. S. **Política social, cuidados e cuidadores de idosos:** aproximações à realidade do Vale do Paraíba Paulista. Políticas públicas & desenvolvimento regional, Campina Grande, 2010, p. 85-100.

SILVA, C. A. M.; ALMEIDA, A. **A importância da família no cuidado ao idoso**. Seminário Integrado entre Oficinas, Disciplinas e Estágio da Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, v. 5, n.5 p 1-12, 2011.

Silva, A., & Dal Prá, K. R. **Envelhecimento populacional no Brasil:** elementos para pensar o lugar das famílias na proteção dos idosos. Argumentum, 2014, 6(1), 99–115.

SILVA, M. R. F.; YAZBEK, M. C. **Proteção social aos idosos:** concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 102-110, jan./jun. 2014.

SILVA T. G. M. **Proteção social e formação social brasileira:** heranças que afetam a configuração do sistema brasileiro de proteção social e as políticas públicas de seguridade social. Trabalho Alienado, Destruição da Natureza e Crise de Hegemonia: consciência de classe e lutas sociais na superação da barbárie. X JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2021. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_406_406612edc8c1c704.pdf. Acesso em 08 out. 2024.

TEIXEIRA, S. M. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. **Revista Katálysis,** v. 10, p. 154–163, 1 dez. 2007.