Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Faculdade de Serviço Social

Maria Helena de Jesus Bernardo

Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2019

Maria Helena de Jesus Bernardo

Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito para obtenção do título de doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social

Orientadora: Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

B523 Bernardo, Maria Helena de Jesus.
Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro / Maria Helena de Jesus Bernardo. – 2019.
299 f.

Orientadora: Carla Cristina Lima de Almeida.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social.

1. Serviço Social – Teses. 2. Envelhecimento – Teses. 3. Classe trabalhadora – Teses. I. Almeida, Carla Cristina Lima de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 364

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Maria Helena de Jesus Bernardo

Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito para obtenção do título de doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 28 de junho de 2019

Banca examinadora:

Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Profa. Dra. Andréa de Souza Gama
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte
Faculdade de Serviço Social/UFJF e PPGSS/UERJ

Prof. Dr. Daniel Groisman
Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Solange Maria Teixeira
Universidade Federal do Piauí

Rio de Janeiro
2019

DEDICATÓRIA

Dedico à Rosa de Jesus, Zé Augusto, Bernardo, Rosa Caruso e Floquinho (*in memoriam*).

Meus cuidadores e afetos...

AGRADECIMENTOS

À Carla Almeida, orientadora e amiga, sensível, inteligente, cuidadosa. São muitos os atributos que contribuíram para que essa caminhada fosse menos espinhosa. Agradeço do fundo do meu coração. *"Você é linda, mais que demais, você é linda sim!"*

À Nilson, meu companheiro e amor para toda uma vida. Sua poesia acalmou o meu ser e sua música embalou meus sentidos. *"De tudo, ao meu amor serei atento, e com tal zelo, e sempre e tanto"*.

Às irmãs Ceição e Fátima, ao irmão Luiz... próximos e cuidadosos o bastante para me sentir acolhida e confortada. *"Quatro paredes caiadas. Um cheirinho à alecrim. Um cacho de uvas doiradas. Duas rosas num jardim"*.

Às sobrinhas Marta, Juliana, Laura e Lana Rosa. Aos sobrinhos Hugo e Bruno. Aos cunhados Rômulo e Fernando, à cunhada Valéria. "*Uma família, portuguesa, com certeza".*

Aos amigos, em particular, Cesar, Neide, Tania e Dani. Presentes e solidários. *"Eu quero uma casa no campo, onde eu possa compor muitos rocks rurais. E tenha somente a certeza, dos amigos do peito e nada mais"*.

Às alunas Adriana, Ana Beatriz e Carina, pelo suporte na pesquisa. Às demais residentes e alunos (as) do NAI e da FSS. *"A paz invadiu o meu coração, de repente me encheu de paz"*.

À equipe do NAI, diversa, complexa e afetiva. "Q*uando a gente gosta, é claro que a gente cuida"*.

Ao PPGSS\UERJ pelas trocas e aprendizado, e a à FSS\UERJ pelo apoio dispensando. *"A gente quer viver pleno direito, a gente quer viver todo respeito, a gente quer viver uma nação".*

Às cuidadoras, idosos (as) e representantes de movimentos sociais que participaram da pesquisa. Disponibilidade e generosidade nas narrativas tão emocionantes. *"Andar com fé eu vou, que a fé não costuma faiá"*.

Ao professor Marco José, amigo de longa data. Finalmente, nessas andanças da vida, conseguimos nos reencontrar nos "cuidados". *"Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo"*.

À professora Andrea Gama, competente, séria, estudiosa. Obrigada pelo compartilhamento e pelo diálogo sempre amoroso. "*Ah, quanto querer, cabe em meu coração"*.

Ao professor Daniel Groisman, que conheço pouco mas nutro grande respeito e afeição. *"Para que nossa esperança seja sempre um caminho que se deixa de herança"*.

À professora Solange Teixeira, muita admiração e orgulho por contar com você na minha banca. *“Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre. Quem traz na pele essa marca, possui a estranha mania de ter fé na vida”*.

Às professoras e amigas Mônica Assis e Monica Alencar, participantes da banca de qualificação do projeto. Agradeço às preciosas “dicas”. *“Nada do que foi será, de novo do jeito que já foi uma dia...”*

À professora Nívia Valença. Agradeço a disponibilidade. “*Cantar a beleza de ser um eterno aprendiz”*.

Nesse encontros dramáticos a que a humanidade se destina, onde a condição de sobreviver se torna heroica. Só nos resta a luta, mesmo que seja só pelas ideias, mesmo que seja só pelos afetos.

Margareth Castanheiro

RESUMO

BERNARDO, M. H. J. *Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares*: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro. 2019. 299 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho se insere no campo de estudos sobre envelhecimento populacional, cuidados familiares e políticas públicas, tomando como referencial a teoria social marxista. O estudo apoia-se em uma perspectiva crítica do processo de envelhecimento no contexto das desigualdades sociais brasileiras e a centralidade das famílias na legislação, problematizando as condições do idoso da classe trabalhadora em situação de dependência e a necessidade de cuidados, em especial diante das novas regulações sociais e do padrão marcadamente focal das políticas sociais no Brasil. O objetivo geral desta tese é analisar as demandas de cuidados domiciliares, as propostas assistenciais previstas e os mecanismos de articulação dos espaços de controle social. Os eixos teóricos centrais versam sobre as temáticas do envelhecimento, classe trabalhadora, proteção social, família e cuidado. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizado no município do Rio de Janeiro. Os procedimentos metodológicos consistem em revisão teórico-bibliográfica, estudo documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas. A etapa documental examina as políticas dirigidas ao idoso dependente e demais fontes bibliográficas pertinentes. Os sujeitos da pesquisa são cuidadores familiares que acessam a rede socioassistencial do território e representantes/militantes de movimentos sociais da área. Em termos analíticos, a tese orienta-se pelo método histórico-dialético e estrutura-se na interface dos seguintes marcadores: o primeiro ponto aborda o processo de envelhecimento no Brasil, partindo das formulações práticas e discursivas na área, conferindo relevo sobre a dimensão de classe social. O segundo ponto trata das respostas operadas pelo Estado por meio das políticas sociais e verifica o percurso dessas políticas, construindo um breve resgate histórico das normativas internacionais e suas influências no Brasil, em paralelo com os paradigmas baseados nos conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional. No eixo dos cuidados familiares, explora a inclinação familista no sistema de proteção social brasileiro e os cuidados domiciliares na reprodução social. As conclusões apontam que os cuidados domiciliares são tratados no âmbito das políticas como uma questão da esfera privada, não havendo proposições para uma política de cuidados que contemple o debate de gênero, nem do cuidado como direito. A rede socioinstitucional do município do Rio Janeiro encontra-se fragmentada e segue a lógica produtivista, neoliberal, familista e feminilista, com crescente redução de programas e serviços. Os idosos da amostra pertencem ao segmento das classes trabalhadoras mais precarizadas. Os cuidados são realizados por mulheres jovens e idosas e sob circunstâncias muito adversas. As narrativas expressam solidão, desgaste físico e psicológico, desvalorização das atividades, desproteção social e desconhecimento dos direitos. A experiência de acesso aos serviços é marcada por inúmeros impasses, não constituindo o pleno usufruto de bens e serviços. Os espaços de controle social não tem pautado a questão dos cuidados domiciliares e enfrenta desafios de desmobilização na conjuntura atual. O campo geriátrico\gerontológico assume hegemonia na área, exercendo influências nas políticas públicas e programas. O enfoque de classe social tem sido negligenciado, com predomínio de tendências que reforçam a individualização dos cuidados e a naturalização das responsabilidades familiares.

Palavras-chave: Envelhecimento. Classe trabalhadora. Proteção social. Família. Cuidado.

ABSTRACT

BERNARDO, M. H. J. *Ageing of the working class, dependency and family care:* challenges for social protection in the city of Rio de Janeiro. 2019. 299 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Under a Marxist social theory approach and based on a critical perspective of aging processes in the context of Brazilian social inequalities and the centrality of families in the legislation, the present work is inserted in the field of studies of population aging, family care and public policies. It problematizes the conditions of elderly working-class in a situation of dependency and need for care, especially in the face of new social regulations and the focus of social policies in Brazil. The general objective is to analyze the demands of homecare, expected assistance proposals and of mechanisms of articulation of social control spaces. The central theoretical axes focus on the themes of aging, working class, social protection, family and care. This is a qualitative research carried out in the city of Rio de Janeiro. The methodological procedures consist of theoretical-bibliographic review, documentary study, participant observation and semi-structured interviews. The documentary stage examines the policies directed to the elderly dependent and other pertinent bibliographical sources. The subjects of the research are family caregivers who access the social assistance network of the territory and representatives / activists of social movements in the area. In analytical terms, the thesis is oriented by the dialectical historical method and is structured in the interface of the following markers: the first point addresses the aging process in Brazil, starting from the practical and discursive formulations in the area, giving emphasis on the social class dimension. The second point deals with the State's responses through social policies and verifies the course of these policies, constructing a brief historical review of international norms and their influences in Brazil, in parallel with the paradigms based on the concepts of active aging and functional capacity. In the area of family care, it explores the familist inclination in Brazilian social protection system and the domiciliary care in social reproduction. The conclusions indicate that home care is treated as a matter of private policy within the scope of policies, and that there are no proposals for care policies that address neither gender debate, nor care as a right. The socio-institutional network of Rio de Janeiro is fragmented and follows the productivist, neoliberal, familistic and feminilista logic, with an increasing reduction of programs and services. The sample group belongs to the segment of the most precarious working-classes. Care is provided by young and old women and under very adverse circumstances. The narratives express loneliness, physical and psychological exhaustion, devaluation of activities, social deprotection and lack of knowledge of rights. The experience of access to services is marked by countless impasses, not constituting their full enjoyment. The spaces of social control have not addressed the issue of homecare, and they also face challenges of demobilization in the current conjuncture. The geriatric \ gerontological field assumes hegemony in the area, influencing public policies and programs. The focus on social class has been neglected, with predominance of tendencies that reinforce care individualization and the naturalization of family responsibilities.

Key-words: Ageing. Working class. Social Protection. Family. Care.

RESUMEN

BERNARDO, M. H. J. *Envejecimiento de la clase trabajadora, dependencia y cuidados familiares*: retos para la protección social en el municipio de Rio de Janeiro. 2019. 299 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

El presente trabajo se incluye en el campo de los estudios sobre el envejecimiento poblacional, cuidados familiares y políticas públicas según la teoría social marxista. Se configura una perspectiva crítica sobre el proceso de envejecimiento en el contexto de las desigualdades sociales brasileñas y la centralidad de las famílias en la legislación, problematizando las condiciones de los ancianos originarios de la clase trabajadora en situación de dependencia y necesidad de cuidados, en especial frente a los nuevos reglamentos sociales y el estándar marcadamente focal de las políticas sociales de Brasil. El objetivo general de esta tesis es analizar la demanda de cuidados domiciliares, las propuestas asistenciales previstas y los mecanismos de articulación de los espacios de control social. Los ejes teóricos centrales versan sobre las temáticas: envejecimiento, clase trabajadora, protección social, família y cuidado. Es una pesquisa de naturaleza cualitativa realizada en el municipio de Rio de Janeiro. Los procedimientos metodológicos consisten en la revisión teórico-bibliográfica, estudio documental, observación participante y entrevistas semiestructuradas. La etapa documental examina las políticas dirigidas a ancianos dependientes y las fuentes bibliográficas pertinentes. Los sujetos de la pesquisa son cuidadores familiares que acceden a la red socioasistencial del territorio: representantes/militantes de movimentos sociales de la zona. En términos analíticos, la tesis sigue la orientación del método histórico dialéctico y se estructura en la interface de los siguientes marcadores: el primer punto plantea el proceso de envejecimiento en Brasil, según las formulaciones prácticas y discursivas en la zona, subrayando la dimensión de clase social. El segundo punto trata de las respuestas operadas por el Estado en las políticas sociales y averigua el percurso de las mismas, construyendo un breve resgate histórico de las normativas internacionales y sus influjos en Brasil, sin olvidar los conceptos de envejecimiento activo y capacidad funcional. En el eje de los cuidados familiares, explora la inclinación familista en el sistema de protección social brasileño y los cuidados domiciliares en la reproducción social. Las conclusiones señalan que los cuidados domiciliares son tratados en el ámbito de las políticas como una cuestión de la esfera privada, sin proposiciones para una política de cuidado que contemple el debate de género, ni tampoco el cuidado como derecho. La red socioinstitucional del municipio de Rio de Janeiro se encuentra fragmentada y sigue la lógica produtivista, neoliberal, familista y feminilista, con creciente reducción de programas y servicios. Los ancianos de la muestra pertenecen a las clases trabajadoras más precarizadas. Los cuidados son realizados por mujeres jóvenes y ancianas en circunstancias adversas. Las narrativas expresan soledad, desgaste físico y psicológico, desvalorización de las actividades, desprotección social y desconocimiento de sus derechos. La experiencia de acceso a los servicios es marcada por innumerables impasses, que no constituyen el pleno usufructo de los bienes y servicios. Los espacios de control social no pautaron la cuestion de los cuidados domiciliares y enfrenta retos de desmovilización en la conyuntura actual. La suma de esas prácticas naturaliza las responsabilidades familiares.

Palabras-clave: Envejecimiento. Clase trabajadora. Protección social. Familia. Cuidar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos idosos por idade e sexo 132
Quadro 2 – Relação dos(as) idosos(as) segundo escolaridade 134
Quadro 3 – Taxa de analfabetismo desagregado por idade e cor/raça/etnia 135
Quadro 4 – Vínculo com a previdência social por sexo 139
Quadro 5 – Situação de seguridade social e ocupação 142
Quadro 6 – Relação das cuidadoras por idade, vínculo e coabitação 153
Quadro 7 – Relação das cuidadoras segundo escolaridade, cor/raça/etnia, vínculo formal de trabalho e renda 158
Quadro 8 – Características populacionais por área programática 194
Quadro 9 – Discriminação das OS e áreas programáticas 195
Quadro 10 – Relação de serviços ou programas que prestam atendimento especializado na área da saúde do idoso localizados no município do Rio de Janeiro..... 198
Quadro 11 – Equipamentos que compõem a rede municipal (SMASDH) com descrição dos serviços específicos para idosos 212
Quadro 12 – Rede socioinstitucional para a pessoa idosa por área programática..... 214
Quadro 13 – Programa de Transferência de Renda da SUBPBE..... 215
Quadro 14 – Projetos desenvolvidos na SUBPI..... 216

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
AP	Área Programática
ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ABG	Associação Brasileira de Gerontologia
AIG	Associação Internacional de Gerontologia
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
APS	Atenção Primária em Saúde
AVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria
CBCISS	Centro Brasileiro Cooperação Intercâmbio de Serviços Sociais
CDA	Centro de Desenvolvimento de Alzheimer
ILC	Centro Internacional de Longevidade Brasil
CEMASI	Centro Municipal de Atendimento Social Integrado
CMS	Centro Municipal de Saúde
CF	Clínica da Família
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEDEPI	Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Idosa
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COMDEPI	Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CF	Constituição Federal
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das empresas
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CA	Coordenadoria Assistencial
CER	Coordenadoria de Emergência Regional

CIPI	Cuidado Integral à Pessoa Idosa
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EIR	Exército Industrial de Reserva
Fórum	
PNEIRJ	Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Rio de Janeiro
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FESP	Fundação Estatal de Direito Privado
FIA	Fundação para a Infância e Adolescência
FMI	Fundo Monetário Internacional
HEGV	Hospital Getúlio Vargas
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IAP	Instituto de Aposentadoria
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
INTO	Instituto de Traumatologia e Ortopedia
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPP	Instituto Pereira Passos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
Lula	Luiz Inácio Lula da Silva
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MP	Ministério Público
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso

NEAPI	Núcleo Especializado de Atendimento ao Idoso
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento e Econômico
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OS	Organizações Sociais
PT	Partido dos Trabalhadores
PMAS	Plano Municipal de Assistência Social
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNI	Política Nacional do Idoso
PBF	Programa Bolsa Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PSF	Programa de Saúde da Família
PNCI	Programa Nacional de Cuidadores de Idosos
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
RMV	Renda Mensal Vitalícia
RSM	Rio sem Miséria

SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SEMEARC	Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SIS	Síntese de Indicadores Sociais
SIMAS	Sistema Municipal de Assistência Social
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SBG	Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SAB	Subsecretaria de Atenção Básica
SUBDH	Subsecretaria de Direitos Humanos
SUBPG	Subsecretaria de Gestão
SUBIPC	Subsecretaria de Integração e Promoção da Cidadania
SUBPM	Subsecretaria de Políticas Públicas para a Mulher
SUBPI	Subsecretaria de Políticas Públicas para o Idoso
SUBPSBE	Subsecretaria de Proteção Básica e Especial
TCM	Tribunal de Contas do Município
UE	União Europeia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UnATI	Universidade da Terceira Idade
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

INTRODUÇAO 18

1 **O ENVELHECIMENTO DA CLASSE TRABALHADORA E A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO GERIÁTRICO/GERONTOLÓGICO** 31

1.1 **O envelhecimento da classe trabalhadora** 37

1.1.1 Atribuindo relevo à dimensão de classe social 38

1.1.2 Trabalho e sociabilidade 38

1.1.3 A força de trabalho que envelhece na sociedade capitalista 41

1.1.4 Trabalho e envelhecimento na contemporaneidade brasileira 47

1.2 **A constituição do campo geriátrico/gerontológico e a produção de saberes sobre o envelhecimento** 54

1.2.1 A velhice como categoria social 54

1.2.2 Envelhecimento ativo e capacidade funcional 61

1.2.3 A prevenção e promoção da saúde: expressões na área da saúde do idoso 64

2 **PROTEÇÃO SOCIAL, FAMÍLIA E CUIDADOS: SITUANDO HISTORICAMENTE O DEBATE** 73

2.1 **Proteção social** 73

2.1.1 No cenário internacional – a invisibilidade da classe trabalhadora que envelhece 74

2.1.2 O cenário brasileiro – o envelhecimento em contexto de desigualdade social 83

2.1.3 O envelhecimento em tempos de crise capitalista e as contrarreformas 90

2.2 **Família e cuidados: dos cuidados de longa duração à política de cuidados** 104

2.2.1 A centralidade da família na legislação: o familismo 104

2.2.2 Gênero e cuidado 107

2.2.3 A dissociação entre as esferas da produção e reprodução social 109

2.2.4 A perspectiva do *care* – o cuidado como trabalho 113

2.2.5 O panorama dos cuidados na área do envelhecimento 116

2.2.6 Os cuidados de longa duração e os cuidados como direito 117

3 **TRABALHADORES(AS) VELHOS(AS) – DEPENDÊNCIA E NECESSIDADES DE CUIDADOS** 124

3.1 **Procedimentos metodológicos** 124

3.1.1 Os informantes 125

3.1.2 Aspectos éticos que nortearam a pesquisa 127

3.1.3 Pesquisa documental 128

3.1.4 A metodologia de análise e os caminhos percorridos 130
3.2 **Os(as) velhos(as) trabalhadores(as)** 131
3.2.1 Trabalho e previdência social: o direito tardio 132
3.2.2 A continuidade do trabalho após a aposentadoria: opção ou necessidade? 143
3.3 **O trabalho de cuidados: quem realiza, dinâmica, percepção e acesso** 152
3.3.1 Quem são as cuidadoras? 152
3.3.2 As tarefas e o tempo dos cuidados 163
3.3.3 O cuidado na perspectiva das cuidadoras 167
3.3.4 A intensificação do trabalho de cuidados 170
3.3.5 O conhecimento da rede: da abnegação à naturalização dos cuidados 173
3.3.6 Estratégias e acesso aos recursos públicos 177
4 **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENVELHECIMENTO E O CONTROLE SOCIAL: A LÓGICA COMPORTAMENTAL E FAMILISTA EM CENA** .. 181
4.1 **A configuração da rede de proteção social para o idoso no município do Rio de Janeiro** 181
4.1.1 O percurso da coleta de dados e os documentos analisados 181
4.1.2 O Rio de Janeiro 182
4.1.3 A área da saúde: os novos modelos de gestão e as mudanças na atenção básica 187
4.1.4 A área da assistência social 208
4.2 **O controle social e a pauta dos cuidados familiares** 222
4.2.1 O pioneirismo 223
4.2.2 A família cuidadora e os cuidados de longa duração na agenda política dos movimentos sociais 228
4.3 **A lógica comportamental e familista nas políticas para o envelhecimento** 231
4.3.1 A hegemonia da expressão conservadora na saúde: o enfoque comportamental em cena 231
4.3.2 A insuficiência familiar e o familismo 235
4.3.3 Arremates finais: pela visibilidade da classe trabalhadora que envelhece e as cuidadoras familiares – Por uma política de cuidados! 243
CONSIDERAÇÕES FINAIS 248
REFERÊNCIAS 257
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com os cuidadores 289
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os participantes dos movimentos sociais 292

APÊNDICE C - Roteiro da análise documental..... 293
APÊNDICE D - Roteiro de observação participante na unidade de saúde..... 294
APÊNDICE E - Roteiro de observação participante nos movimentos sociais . 295
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 296
ANEXO A – Parecer do comitê de ética..... 297

INTRODUÇAO

A Trajetória

Jaques Delgado (1991, p. 10), no livro *A loucura na sala de jantar*, criticava a hipocrisia da civilização moderna e da ciência no aprisionamento dos loucos, marginais e desviantes. Militante da reforma psiquiátrica, defendia que a "[...] loucura escapava dos gabinetes dos doutores, dos livros grossos e empoeirados, para entrar nos ônibus, nos bares, no comércio [...] A loucura abriu portas, pulou os muros do hospital para, sem pedir licença, sentar confortavelmente na nossa sala de jantar".

Na área do envelhecimento, os relatos de exclusão, segregação e enclausuramento não são raros. Os velhos, da mesma forma, ocuparam um lugar social de pouco prestígio. Decadentes e improdutivos, permaneciam nos asilos e "porões" da sociedade. Para Ariès (1983, p. 2), a velhice associava-se à degradação e à repugnância. "[...] o velho está doente, perde os dentes, cheira mal. É talvez essa imagem a dominante e que persiste por um tempo prolongado [...]". Minayo (2003, p. 15) lamentava: "[...] o que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença, a solidão que a dependência". Essa citação, publicada há 16 anos, pretendia firmar uma contraposição à ideia de velhice como doença ou deterioração.

No decorrer do século XX, pesquisadores, profissionais e militantes da área investiram em teorias, políticas e práticas sociais, com vistas a descontruir tais estereótipos e superar a representação de velhice como fardo e declínio inexorável. A velhice foi de tal maneira positivada que assumiu outro status, inclusive com novas denominações: melhor idade, terceira idade, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo, dentre outras.

Gravitando de problema social para sua valorização e, posteriormente, para problema econômico, o envelhecimento, ao mesmo tempo que se revela como nicho de consumo e fonte de vantagens para o capital, torna-se premissa para justificar medidas de austeridade, corroborando as preocupações sobre a sustentabilidade dos sistemas de proteção social frente a uma sociedade de velhos. O discurso que prepondera anuncia o processo de envelhecimento cada vez mais como resultado de crescente empenho individual e independente das políticas públicas.

O campo vivencia este paradoxo: a velhice como êxito e como desafio. Para além dessa contradição, experimenta-se outra dinâmica. Assim como há ainda uma loucura que se insiste em aprisionar, há igualmente uma velhice que não se busca reconhecer. Como dizia Brito da

Motta (2003), essa velhice ninguém quer estudar. É a "velhice velha", doente, dependente, cara aos cofres públicos. Não está nas praças nem nos encontros para terceira idade.

Estamos falando de trabalhadores e trabalhadoras das frações mais pauperizadas que passaram longo tempo de suas vidas consumindo a energia de sua força de trabalho para sobreviverem e na velhice são acometidos por doenças crônicas e incapacidades. Essa velhice dependente permanece no universo das famílias. Não tem visibilidade, exceto quando se refere aos custos financeiros ou aos novos procedimentos e técnicas de rastreio para postergar, ao máximo, as perdas e, por conseguinte, o consumo de serviços públicos.

Investir no envelhecimento como tempo de realizações supõe admitir as possibilidades que essa etapa de vida pode ofertar, assim como implica compreender as limitações e as doenças, com toda a carga de sofrimento que acarretam, em horizonte sombrio para garantia de direitos. Os velhos e velhas da presente tese (e seus cuidadores familiares), apartados de suas histórias e ignorados em suas dores, são aqui rememorados como sujeitos. Portadores de experiências particulares, expressões diferenciadas de determinações mais amplas e complexas.

Cena 1[1]. Chegamos ao ambulatório, onde encontramos Ângela, 80 anos. Vibrante, magrinha, falante, cuidadora de Antonio (83 anos), que outrora tinha sido um homem muito forte. Agora está quieto, frágil. Ângela cuida dele sozinha e faz o que pode. A equipe desconfia de sua "capacidade" de cuidados. Ângela não. Sabe o que faz e como faz. Afinal, é o seu companheiro de 50 anos! Ela o conhece muito bem. Trabalhou como pedreiro para cuidar da família. Fez casa para todo mundo, menos para si. Algum tempo depois desse contato, Antonio morreu e Ângela foi institucionalizada pelos filhos.

Cena 2. Somos chamadas pela equipe para conversar com Maria (40 anos). Ela teria informado que não cuidaria mais do pai. Era a última vez que ia ao ambulatório. Encontramos Maria chorando e muito desesperada. Dizia-nos para fazer o que quiséssemos. Poderíamos denunciá-la ao Ministério Público. Relatou que estava com câncer de mama e não tinha bom relacionamento com o pai. Fez o possível para cuidar dele. Foi morar perto, largou o trabalho, mas sentiu que abdicou demais de sua vida. Depois desse encontro, nunca mais tivemos contato com Maria nem com seu pai.

Cena 3. Marco nos procura na sala. Ele tem 45 anos. Vivia com a mãe. Ela internou há dois meses. Teve um acidente vascular com danos cognitivos e motores. A equipe médica deu alta e indicou assistência domiciliar. Marco pergunta como vai cuidar dela, visto que trabalha

[1] Os relatos das três cenas narradas foram extraídos dos registros profissionais e não fazem parte do acervo de pesquisa. Os nomes são fictícios e as narrativas reconstruídas, garantindo o sigilo necessário.

o dia inteiro. Já alertaram que ela não pode ficar sozinha e o orientaram a buscar alguma pessoa na família para realizar essa atividade, de preferência, uma mulher.

Essas situações, sempre muito comoventes, resvalavam para os atendimentos que fazíamos. Vivíamos uma certa ambiguidade: por um lado, as dificuldades, os impasses, a doença, a incapacidade. Por outro, a existência, a sutileza da vida, as lembranças... que, apesar de um pouco apagadas nas memórias cansadas dos(as) velhos(as) e cuidadores(as), surgiam como fachos de luz, trajetórias, vivências, saudades e elos.

A conjuntura não era alentadora. As dificuldades enfrentadas por essas pessoas eram inúmeras e se avolumavam frente a outras adversidades. Não somente precisavam enfrentar o processo de adoecimento, como também a interrupção da vida laborativa, a organização dos cuidados domiciliares, a assunção dos encargos por alguém da família, os custos dos cuidados e da sobrevivência e os recursos públicos escassos.

Durante o tempo de exercício profissional e da docência, era demasiadamente perturbador o contato com pelo menos três questões: os dramas familiares (e dos idosos) diante da necessidade de produção dos cuidados, as severas limitações do sistema de proteção social e, paralelamente, uma atitude naturalizada, por parte das equipes, serviços e políticas. Era comum o seguinte raciocínio: quanto mais os cuidadores fossem preparados, capacitados, prevenidos, melhor cuidariam. Os idosos, por sua vez, quanto mais soubessem sobre alimentação, quedas, atividades físicas, lazer etc., melhor envelheceriam.

Diante de afirmativas tão consensuais e orientações tão certeiras, indagações nos movimentavam: por que os cuidados pareciam tão onerosos, difíceis e complexos? Quais eram os impasses para que cuidadores e idosos não conseguissem seguir tão fielmente as prescrições profissionais e “desistissem” do tratamento? Por que os cuidadores eram geralmente mulheres? Quais as consequências para suas vidas? Qual era o impacto da centralidade do trabalho na vida desses idosos? Quais eram as dificuldades para acessar direitos? Intrigava-nos a ausência de reflexão sobre trabalho, gênero, políticas sociais, desigualdades sociais, classe social, etnia/raça, e outros temas. O discurso empolgante de supervalorização do envelhecimento parecia encobrir e homogeneizar outras velhices existentes na realidade de capitalismo periférico brasileiro.

O serviço, no qual mantínhamos vínculo profissional, apresentava suas idiossincrasias e disputas. O predomínio do saber geriátrico\gerontológico, não obstante as resistências, atestava os diferentes vieses que conformavam esse campo, ensejando o desejo de aprofundar tais conteúdos e verificar como interagiam e dialogavam entre si. Essa não era a nossa questão central, mas o ambiente que iluminava os caminhos da pesquisa, posto que as práticas sociais,

assistenciais ou de cuidados relacionam-se à concepções, teorias, visões de mundo e projetam dada direção social, política e ética.

Com efeito, não havia condições de problematizar os cuidados, sem levar em conta as condições de trabalho dos idosos e cuidadores, as políticas públicas para esse segmento e o campo formativo de valores, conceitos e discursos.

Portanto, a proposta de aprofundar as reflexões críticas em torno do envelhecimento populacional e o impacto dos cuidados nas famílias das classes trabalhadoras instigou a problematização dos dispositivos de proteção social dirigidos ao segmento idoso e os enunciados ideopolíticos produzidos no campo. Para enfrentar esse debate, traçou-se como principal interesse de investigação o cuidado domiciliar e o acesso aos recursos socioassistenciais públicos que compõem o sistema de proteção social vis-à-vis as estratégias de controle social no município do Rio de Janeiro/RJ.

Os Argumentos

A aproximação com o problema de pesquisa derivou, como anunciado, da experiência profissional como assistente social e docente, diante dos dilemas demonstrados cotidianamente pelos familiares cuidadores em paralelo com as restrições de seus direitos e das limitações das políticas governamentais no suporte institucional (BERNARDO, 2013; 2016c). Para o Serviço Social, o sentido impresso guarda relação com as preocupações pertinentes ao exercício profissional de evidenciar as expressões da "questão social"[2] nos espaços de trabalho do assistente social como um dos compromissos assinalados no projeto ético-político da profissão (IAMAMOTO, 2010).

No âmbito do Serviço Social, segundo Alves, Paiva e Arruda (2016), embora a categoria profissional tenha sido requisitada no quadro de ampliação das ações públicas para a velhice, tendo, inclusive, assumido certo pioneirismo na militância, a produção de conhecimento sobre o envelhecimento é recente, datando dos anos 2000. As autoras apresentam pesquisa de Kameyama (1998) nos programas de Pós-Graduação de Serviço Social (período de 1975 a 1997), na qual identificam que apenas 2% das teses e dissertações abordavam o assunto. Ao

[2] O uso das aspas no termo pretende demonstrar prudência na utilização da expressão, dado que seu reconhecimento não é isento de polêmicas, e situá-la nos marcos da tradição marxista (NETTO, 2001). Segundo Iamamoto (2010, p. 156), "A questão social condensa o conjunto de desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais [...] integra tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história".

investigarem outras publicações, em revistas de grande circulação, detectam um aumento dessas produções a partir dos anos de 1990.

Alves (2015), por seu turno, ao se dedicar a um período compreendido entre os anos de 2010 e 2012, admite que malgrado a maior difusão temática, os conteúdos gerontológicos são incorporados com reduzida apropriação crítica[3]. Ademais, não discerniu uma filiação clara com os pressupostos do projeto ético-político do Serviço Social e sua interlocução com o pensamento marxista. Distingue as obras de Teixeira (2008) e Paiva (2014) como representativas de uma vertente mais alinhada com a gerontologia social crítica[4], que contesta a generalização das abordagens e a incipiência de análises sobre a velhice na sociedade capitalista.

Prosseguindo no terreno do Serviço Social, a abordagem a respeito do tema cuidados e envelhecimento parece ainda mais embrionária, especialmente se recortarmos a noção de cuidados como trabalho na esfera reprodutiva[5]. Constata-se uma elaboração mais consistente sobre família e proteção social[6] no lastro dos investimentos teóricos no campo das políticas sociais; e nas áreas da infância, juventude, saúde, saúde mental e gênero[7]. Tais estudos referenciam autores clássicos acerca das respectivas temáticas e decerto foram inspirações para as reflexões em curso.

Mantendo a interface entre cuidados e envelhecimento, Hirata (2010) descreve maior volume de pesquisas na Enfermagem, em razão da incorporação da matéria relacionada ao objeto de atuação da profissão, e na Gerontologia, devido ao fenômeno de maior longevidade populacional[8]. Muito embora haja razoável acúmulo sobre o assunto e comporte diversas referências, essas produções tendem a seguir as orientações dominantes no campo geriátrico/gerontológico. Todavia, há pesquisadores que, ao dialogarem com essa área,

---

[3] Cabe fazer a ressalva de autores que realizaram importantes estudos de temas transversais, a saber: Paz (2001), Goldman (2003), Lobato (2004) e Assis (2004), dentre outros. Os autores aqui referidos estão fora do campo de investigação e do período tratado por Alves (2015).

[4] Paiva (2014) indica que o termo é praticamente inexistente na literatura nacional. Fora do Brasil, identificou a utilização da expressão na produção de Jorge G. Hidalgo (Hacia uma gerontologia social crítica, 1993, Universidade de Costa Rica).

[5] Listamos Karsh (1998) e Trindade (2015) que formataram suas pesquisas em outro ângulo interpretativo.

[6] Alencar (2009, 2013), Mioto (2009, 2013, 2015), Pereira (2008, 2009) e Teixeira (2016, 2018).

[7] Almeida (2014, 2016), Cisne (2012), Duarte (2004, 2013), Gama (2012, 2013, 2014), Gouveia (2016), Gurgel (2004), Nogueira (2010), Rosa (2011), dentre outros.

[8] Born (2001), Caldas (2003), Duarte e Diogo (2005), Mendes (1998), Santos e Rifiotis (2006), Silveira (2000), Wanderlei e Blanes (1999) e outros.

expandem as reflexões para outros circuitos teóricos, cuja interlocução foi imprescindível para nossa pesquisa.

Sobre a categoria cuidado, Almeida (2014) observa uma pluralidade de fontes filosóficas na apropriação do conceito. Ao analisar o campo da saúde, por exemplo, constata várias conotações para o termo, acarretando desenhos institucionais diversos.

Um primeiro universo de produção compreende o cuidado institucional e profissional como um dos níveis da integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2004, 2010; AYRES, 2009). Nessa acepção, o cuidado não se reduz a um nível de atenção na saúde, tampouco a um procedimento técnico. A ênfase conferida por Pinheiro e Mattos (2004) é na intersubjetividade do encontro, uma interpretação que avança e rompa com a concepção de intervenção em saúde, que localiza o sujeito como objeto de intervenção e desprovido de singularidade e desejos. A referência para esse desenvolvimento repousa em Martin Heiddeger (2012) e seu importante interlocutor no Brasil, Leonardo Boff (1999). Para Heidegger, o cuidado emerge como dimensão essencialmente humana (ALMEIDA, 2014). Em Boff, temos o cuidado como uma atitude de respeito, participação e responsabilidade com o outro (DUARTE, 2013).

Outra linha de estudos na saúde percorre o pensamento de Michel Foucault (1985, 2007), que analisa os cuidados e seus diferentes significados no campo institucional e nas relações de poder. O autor exerce influência na saúde e na saúde mental. Essa última, além do diálogo com Foucault, também tem produzido vasta reflexão sobre a temática na perspectiva da micropolítica (MEHRY, 1997; CECÍLIO; MERHY, 2003; DUARTE, 2004; 2013). Para Duarte (2004, p. 7), o campo de cuidados na saúde mental vem se configurando num "um conjunto de saberes e práticas que, contemporaneamente, é imbuído de novos sentidos e enunciados, constituindo-se, assim, em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade”.

Uma terceira via de interpretação respalda-se em Georg Lukács (2013) e distingue o cuidado como necessidade ontológica (GOUVEIA, 2016; SOUZA; MENDONÇA, 2017). O conceito é significado como resultado do desenvolvimento humano e como resposta às necessidades primárias do indivíduo, permitindo a sua continuidade e reprodução. O cuidado, apesar de natural e instintivo, integra mediações sociais mais complexas, próprias da sociabilidade crescente e do gradual distanciamento das pulsões espontâneas, fazendo surgir formas diferenciadas de cuidado.

Um quarto conjunto de reflexões, com os quais nos filiamos para compor os argumentos nessa tese, propõe um debate fundamentado na divisão sexual do trabalho. As noções de cuidado como trabalho na perspectiva do *care* e o cuidado como direito situam-se nesse

domínio, envolvendo ainda pesquisas sobre o trabalho produtivo e reprodutivo, gênero, a interdependência dos cuidados, o familismo e as políticas de cuidado (KERGOAT, 2010; 2016; HIRATA, 2010; 2014; 2016; PEREIRA, 2009; BATHYANY, 2017; e outros)

Desse modo, enfatizamos o cuidado como atividade doméstica não remunerada realizada por familiares, destinada às pessoas (idosas) com graus variados de dependência e que necessitam de apoio para seu bem-estar. Examinamos o cuidado domiciliar na lógica do trabalho reprodutivo, logo, traçado por injunções e transformações do mundo do trabalho que impactam diretamente o desenvolvimento dessa atividade pelas famílias, e, no seu interior, pelas mulheres. Tal caminho oferece pistas para situar as proposições políticas em torno da família e o estado da arte da política de cuidados nos termos de Hirata (2010), que considere as necessidades objetivas e subjetivas das famílias cuidadoras.

Perante o exposto, organizamos os elementos analíticos da tese da seguinte forma.

Inicialmente, conferimos realce à velhice da classe trabalhadora (BEAUVOIR, 1990; HADDAD, 2017; TEIXEIRA, 2008), em face da posição que esse segmento ocupa nas relações de produção e reprodução social. A perda do valor de uso para o capital e do valor de troca de sua força de trabalho já desgastada acena para esse trabalhador um lugar de supérfluo, quando não consegue mais renovar suas forças vitais. Tal sociabilidade certamente afeta a constituição dos sujeitos que envelhecem e a produção de discursos sobre a velhice, refletindo, por sua vez, as contradições estruturadoras da sociedade capitalista. Para realizar essa discussão, recorreu-se à crítica da economia política e ao conceito de trabalho em Marx[9], relacionando com as transformações no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea com base em Antunes (1999; 2002; 2005; 2006), Harvey (1993), Iamamoto (2010) e Pochmann (2006), entre outros autores. E, para debater o conceito de hegemonia, buscou-se aporte em Gramsci (1978b).

Localizamos a formação da geriatria e gerontologia, criticando as premissas hegemônicas relativas ao envelhecimento e reconstruindo historicamente esse domínio teórico-prático na organização do Estado moderno enquanto produção de um saber especializado e legitimado socialmente (HAREVEN, 1995; BARBIERI, 2014; DEBERT, 1997; GROISMAN, 2015).

Nesse seguimento, foi indispensável tematizar as respostas do Estado brasileiro (em consonância com os movimentos internacionais) à questão do envelhecimento, porque expressam estratégias de enfrentamento da "questão social", através da setorialização das políticas por grupos específicos. No Brasil, o tripé da seguridade social conquistado na

[9] Com destaque para as seguintes obras: Marx e Engels, *A ideologia Alemã* (1977); Marx, *O capital* (2008 - livro 1, capítulo 1: seção I, II e III; capítulo 23) e o capítulo VI inédito (2004).

Constituição Federal (CF) de 1988 reafirma os direitos sociais e desloca a concepção das políticas sociais do viés assistencialista para a ótica da cidadania.

Não obstante os avanços previstos, os anos de 1990 foram marcados pelo advento do neoliberalismo, redimensionando os direitos já consagrados. As "reformas" neoliberais preconizam, dentre outras ações, a redução dos gastos sociais por parte do Estado na oferta de políticas públicas, redirecionando suas ações para setores vulneráveis. Os direitos previstos na seguridade social passam a ser orientados pela focalização e seletividade, aderindo às recomendações dos organismos internacionais com crescente privatização e apelo à sociedade civil e às famílias. Alguns autores referidos para esse momento do debate foram: Castel (1999), Mandel (1982), Meszáros (2002), Fernandes (2005), Ianni (1984), Behring (2010) e Boschetti (2012).

Situamos a centralidade da família na legislação, traduzindo o formato familista na política social brasileira e contextualizando a crise capitalista nos países de bem estar social, nos idos dos anos de 1970, e seus rebatimentos no Brasil, a partir da década de 1990 (ESPING ANDERSEN, 1991; PEREIRA, 2009).

Nessa trilha, Debert (2014) alerta que o tema dos cuidados ganha proeminência pelo atravessamento de duas mensagens. A primeira é a qualificação da velhice como um problema devido ao seu crescimento demográfico, que pleiteia investimentos em ações públicas e, simultaneamente, corrobora argumentos para as contrarreformas do Estado. A segunda refere-se às dificuldades provenientes das mudanças familiares – quando não conseguem mais absorver tão prontamente a função de cuidados. De acordo com a autora, a legislação propaga um "intrincado paradoxo" (DEBERT, 2014, p. 45): não assegura plenamente os direitos e realça o papel tradicional da família.

A problemática dos cuidados se complexifica, portanto, no cenário contemporâneo de aumento da população idosa com maiores probabilidades de adoecimento crônico e desenvolvimento de dependências, aliado às mudanças socioeconômicas, aos novos arranjos familiares e à situação da classe trabalhadora nessa conjuntura.

Índices epidemiológicos demonstram as alterações expressivas no padrão de doenças que mais acometem os idosos, conhecidas como crônico-degenerativas. Tal perfil requer assistência contínua e prolongada, denominada por Camarano e Melo (2010) de cuidados de longa duração – ações de saúde e de outras políticas sociais destinadas ao idoso com alto grau de dependência e por um período extenso de tempo.

Há diversos documentos e legislações que exploram o impacto das doenças crônicas na vida dos idosos, notadamente, a capacidade de autonomia e a necessidade de cuidados. Como

desdobramento, tem-se uma série de instrumentos rastreadores de déficits e orientadores de condutas profissionais. Os objetivos centram-se na mensuração dos níveis de comprometimento, prevenção das perdas funcionais, seu restabelecimento ou cuidados paliativos. São vários os instrumentos utilizados na área para tais medições. A ideia é abarcar o bloco de capacidades – cognitivas, motoras, funcionais, sociais, psicológicas – e escalonar as perdas.

Nesse contexto, as proposições sobre envelhecimento ativo e de capacidade funcional, em que a saúde não é mais medida pela presença de enfermidade, e sim pela capacidade de exercer suas funções vitais (VERAS, 2009), surgem como candidatos a novos paradigmas no campo, por tentar reverter a antiga associação entre velhice e doença (BARBIERI, 2014).

Ao construirmos interfaces desses conceitos com os movimentos da prevenção e promoção da saúde, encontramos caminhos para contextualizar suas repercussões na área do envelhecimento, inclusive porque tornam-se referências para as políticas públicas. Assim, como a prevenção desponta como uma modalidade que questiona a prática curativa na medicina, e a promoção da saúde, como uma inovação para o campo da saúde, o envelhecimento ativo irrompe no cenário internacional em oposição à velhice como problema social. São tendências que surgem em plena crise capitalista internacional como medidas necessárias para o seu enfrentamento, seja diante do agravamento dos problemas de saúde ou do crescente envelhecimento populacional, e que sofrem refluxos de tendências alinhadas a uma lógica mais conservadora ou progressista (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014; NOGUEIRA, 2009).

Com base em tais considerações, é seminal fomentar o debate sobre o impacto do envelhecimento da classe trabalhadora com dependência no âmbito das famílias cuidadoras e as medidas implementadas pelo Estado, para refletir o alcance de tais políticas no atendimento às necessidades de cuidadores e idosos. Se a velhice da classe trabalhadora é uma expressão da "questão social", os cuidados familiares também se caracterizam como uma problemática da organização do trabalho na sociedade capitalista, que separa a produção da reprodução e rebaixa o trabalho reprodutivo a uma atividade natural, sem valor e a ser realizado pela mulher (HIRATA, 2010; GAMA, 2012). É imprescindível proporcionar nitidez aos cuidados domiciliares bem como às respostas políticas a essa questão, tanto na produção de suas assertivas quanto nas lutas engendradas pelos espaços de controle social.

Assim, a pergunta que dá direção à pesquisa é: Quais as demandas de cuidados domiciliares de idosos dependentes da classe trabalhadora, e as principais dificuldades de organização dessa atividade na dinâmica familiar e no acesso às políticas sociais?

Como indagações subsequentes foram construídas as seguintes questões como linhas norteadoras:

a) Qual a relação entre cuidado e trabalho para o familiar que cuida?
b) Como é a experiência de cuidadores no acesso às políticas públicas no município do Rio de Janeiro/RJ?
c) Quais as propostas previstas pelas políticas públicas para o idoso dependente e seus familiares cuidadores? Os cuidados de longa duração estão previstos? Eles se articulam com a concepção de integralidade na atenção em saúde?
d) De que forma a apropriação da lógica familista e comportamental se expressa nas ações de proteção social na área do envelhecimento? Como se articulam às recentes propostas de contrarreformas do Estado?
e) Quais as estratégias de enfrentamento e articulação dos movimentos sociais da área diante da problemática dos cuidados domiciliares?
f) Quais as concepções de cuidado e família reproduzidas nas políticas, nos movimentos sociais e pelos próprios cuidadores? Incorporam as perspectivas atuais de cuidado como trabalho?

Traçamos como objetivo geral da pesquisa: analisar as necessidades de cuidados a serem realizados no ambiente domiciliar por familiares e as respostas políticas a essa problemática, considerando os seguintes aspectos: a) as experiências de cuidadores atendidos pela rede socioassistencial no município do Rio de Janeiro/RJ, identificando as exigências impostas para a gestão dos cuidados e o acesso às políticas públicas; b) o formato do sistema de proteção social local no que tange aos cuidados para idosos com dependência; c) os mecanismos de articulação dos espaços de controle social.

Como objetivos específicos, temos:

a) examinar o processo de organização dos cuidados na dinâmica familiar, identificando as demandas e dificuldades de cuidados no domicílio;
b) conhecer os significados e concepções atribuídos à atividade de cuidado pelo familiar que cuida;
c) investigar quais as dificuldades ou possibilidades de acesso dos cuidadores aos recursos públicos disponíveis na rede socioassistencial localizada no município do Rio de Janeiro/RJ;
d) verificar quais propostas e ações estão previstas nas políticas e programas locais para o idoso dependente e seus familiares cuidadores;
e) identificar como as lógicas familista e comportamental se materializam no campo.

f) apurar as concepções de cuidado e família reproduzidas nas políticas e nos movimentos sociais;

g) apreender os mecanismos de articulação dos movimentos sociais frente à questão dos cuidados familiares.

A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada no município do Rio de Janeiro/RJ. Os procedimentos metodológicos consistiram em revisão teórico-bibliográfica, pesquisa documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas com cuidadores e representantes/militantes de movimentos sociais. A pesquisa documental verificou as informações oficiais e locais de domínio público e examinou as políticas governamentais dirigidas ao idoso com dependência, reconhecendo seus fundamentos e as proposições institucionais recomendadas. Os sujeitos da pesquisa integraram dois grupos: cuidadores e participantes de movimentos sociais (fóruns, conselhos de direitos e outros). Com o primeiro grupo, foram analisadas as relações de cuidado desenvolvidas no domicílio, concepções e significados de cuidado e família, com ênfase nas questões relativas à trajetória percorrida para o acesso às políticas públicas. Com o segundo grupo, o intuito foi reconhecer como a questão dos cuidados domiciliares tem sido tratada na pauta dos movimentos sociais e as estratégias de mobilização implementadas.

A análise dos dados cumpriu as etapas de identificação, compreensão e intepretação dos resultados encontrados à luz do marco teórico deste estudo e articulados com as categorias centrais, quais sejam: envelhecimento, classe trabalhadora, proteção social, família e cuidado, bem como as categorias que surgiram no transcurso da pesquisa.

Tais eixos configuram um espaço de interseção, para o qual convergem forças sociais contraditórias, que devem ser pensadas dialeticamente e em condições históricas particulares. Essa opção nos coloca diante do desafio de construir mediações entre diferentes categorias analíticas e múltiplas determinações. Semelhante a Gramsci (1978a), perseguiremos os “nexos dialéticos” entre as tantas dimensões da vida social, recusando qualquer dicotomia ou reducionismos.

Com o propósito acima, optamos em construir uma narrativa que não se limitasse à sequência meramente cronológica, cujo conteúdo pudesse ser desenvolvido paulatinamente e por aproximações sucessivas. Alguns tópicos, dada a sua dinamicidade, não se esgotam em determinados capítulos ou seções e retornam em momentos subsequentes, ora para enfatizá-los, discriminando novos elementos, ora para articular ao tempo histórico, ou ainda para propor uma reflexão mais abrangente.

Dois esclarecimentos devem ser feitos. O primeiro é que trataremos os substantivos velho, idoso, trabalhador, cuidador, e outros, no decorrer da tese, de forma genérica, mas contemplando a dimensão de gênero e sem a pretensão de estabelecer uma pseudoneutralidade linguística. Grifaremos esse debate em momentos específicos da pesquisa. O segundo é que, similar a Teixeira (2008), utilizaremos os conceitos de envelhecimento como uma processualidade em movimento no qual interagem diferentes aspectos, dentre eles, biológicos, psicológico, sociais etc.; e velhice, como fase do ciclo vital definida por uma série de características próprias e delimitadas por circunstâncias históricas. Trabalharemos com a ideia de que ambas as noções são expressões de um mesmo fenômeno. Assim, os termos idoso e velho serão comumente encontrados neste estudo como referência às pessoas e aos (às) trabalhadores (as) com mais de 60 anos (conforme normativa nacional). Partimos da compreensão de que o envelhecimento e a velhice constituem dimensões da totalidade social, logo, é crucial a ampliação da perspectiva de análise para além dos aspectos individuais, biológicos ou cronológicos.

A tese se encontra organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo desenvolverá a discussão sobre a força de trabalho que envelhece na sociedade capitalista, enfatizando a dimensão de classe social e as transformações do mundo do trabalho para a atual geração de idosos. Abordaremos ainda nesse capítulo a conformação do campo geriátrico/gerontológico e os conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional, na interface com a prevenção e promoção da saúde.

No capítulo 2, trataremos das configurações históricas assumidas pelos sistemas de proteção social, sublinhando a trajetória brasileira. Examinaremos o impacto das diretrizes neoliberais e das recentes contrarreformas para as políticas dirigidas ao público idoso. Nesse mesmo capítulo, na segunda parte, analisaremos o panorama social, político e econômico que legitima e convoca a família como provedora principal dos cuidados. Discorreremos sobre a centralidade da família na política social, a tendência familista, os cuidados domiciliares na perspectiva do *care* e o destaque do gênero feminino nessa atribuição.

Nos capítulos 3 e 4 serão apresentados os resultados da pesquisa de campo. No capítulo 3, detalhamos os procedimentos metodológicos e trabalharemos dois eixos: a trajetória trabalhista e previdenciária do idoso e a produção de cuidados no domicilio. No capítulo 4, apresentaremos a rede socioinstitucional do município do Rio de Janeiro, as estratégias de controle social e uma análise sobre as expressões familistas e comportamentais nas políticas para o segmento.

Espera-se com esta pesquisa conferir projeção à velhice da classe trabalhadora com dependência, assim como aos complexos desafios enfrentados pelos familiares cuidadores. Estima-se uma aproximação mais qualitativa com a realidade local quanto às suas possibilidades e limites na atenção integral ao idoso e suas famílias.

Reafirma-se que é elementar lançar luz sobre essas questões, contribuindo para que ganhem maior transparência em quadra histórica tão nebulosa, e situar as demandas de cuidados impostas pela velhice com dependência às famílias da classe trabalhadora, como um desafio a ser enfrentado por políticas públicas.

1 O ENVELHECIMENTO DA CLASSE TRABALHADORA E A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO GERIÁTRICO/GERONTOLÓGICO

Para realizar esse percurso analítico, criticamos os discursos hegemônicos no universo da geriatria/gerontologia, cuja tendência tem sido o silenciamento da dimensão de classe social e, por conseguinte, a incipiência do debate em relação às particularidades do envelhecimento da classe trabalhadora na sociedade capitalista.

Partimos da convicção de que não é possível apreender a complexidade da sociedade capitalista sem referenciar às classes fundamentais. Admitimos que tal recurso interpretativo exige mediações com marcadores de outra natureza, uma vez que esse recorte pode se revelar insuficiente diante dos desafios postos para pensar os cuidados familiares e a proteção social em contexto de estrutura de classes altamente complexas (ANTUNES, 2002).

Segundo Iamamoto (2007), o movimento de valorização do capital invisibiliza o trabalho e banaliza o humano. Logo, as contradições entre as classes são exacerbadas, ampliadas e acrescidas das desigualdades de gênero, geração, raça e etnia. Longe de estabelecer as clássicas dicotomias entre sujeito e estrutura, intentamos articular as diferentes nuances que atravessam o envelhecimento, sem com isso turvar os condicionantes entre capital e trabalho, sendo esse o foco central deste capítulo.

Para Mota (2012), a defesa da indiferenciação de classe (própria de nosso tempo) reproduz a ideia de que a crise capitalista atinge indiscriminadamente segmentos e grupos sociais, exigindo sacrifícios e solidariedade entre todos. Na mesma linha, Pereira e Camila Pereira (2013) ressaltam que as formulações sobre desigualdade social, ditadas pelos organismos internacionais, pautam-se na sua naturalização frente ao desenvolvimento econômico e a necessária modernização social. O caráter utilitarista das desigualdades perpetua os interesses da classe dominante por meio de argutos ideológicos como meritocracia, primado das diferenças e da individualidade etc.

Mattos (2007) expõe que o conceito de classe social tal qual o de luta de classes são termos correlatos na corrente marxista[10]. Contudo, o conceito não tem sido priorizado nas pesquisas acadêmicas atuais, havendo diferentes fatores que influenciaram esse refluxo. Situam-se entre questões conjunturais de refração dos movimentos sociais com a derrota das experiências socialistas do leste europeu e a disseminação de um ideário sustentado na inevitabilidade da ordem capitalista, assim como as variações na economia capitalista e no

[10] Para maiores aprofundamentos, Mattos (2007) sugere consultar: Thompson (1987) e Hobsbawm (1987).

mundo do trabalho, até as críticas teóricas ao marxismo, devido aos desvios operados pela linha dogmática stalinista e seus seguidores.

Na tradição marxista[11], o termo surge como o reconhecimento dos trabalhadores de sua condição social, de seus interesses comuns e da relação de polarização com outra(s) classe(s). Para Marx e Engels (1982), classe social constitui segmento coletivo que ocupa uma dada posição e consciência nas relações produtivas. Na sociedade capitalista, tem-se a divisão de duas classes fundamentais: burguesia e classe trabalhadora, o que não significa ocultar outras expressões de classe, como afirmado por Antunes (1999; 2002), denotando a complexidade do termo, seu vigor e a sua relevância para conceber as mudanças no trabalho nas sociedades capitalistas. Por essa razão, trabalharemos aqui com a referência do citado autor sobre a ampliação do conceito de classe trabalhadora para a classe-que-vive-do-trabalho.

> [...] a classe trabalhadora, hoje inclui a totalidade daqueles que vendem a sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos (no sentido dado por Marx, especialmente no capítulo VI, Inédito). Ela não se restringe, portanto, ao trabalho manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado [...] Mas a classe-que-vive-do-trabalho engloba também os trabalhadores improdutivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia. São aqueles em que, segundo Marx, o trabalho é consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca. O trabalho improdutivo abrange um amplo leque de assalariados, desde aqueles inseridos no setor de serviços, bancos, comércio, turismo, serviços públicos, etc., até aqueles que realizam atividades nas fábricas, mas não criam diretamente valor (ANTUNES, 1999, p. 102).

De acordo com Teixeira (2008), a extensão do conceito de classe trabalhadora oportuniza maior aproximação com a problemática do trabalhador que envelhece e com a heterogeneidade desse segmento. Abrange trabalhadores produtivos, improdutivos, precarizados, terceirizados, informais e até desempregados. A cautela em não homogeneizar as diferenças das classes e das suas frações auxilia no exame das condições desiguais de vida e de trabalho em uma mesma classe. Os trabalhadores excedentes do mercado formal e sem as garantias da proteção social equivalem, em última instância, aos idosos das camadas sociais com maior violação de seus direitos.

Com base nesses argumentos, reforçamos que as desigualdades de classe social são elementos centrais para a devida apreciação das condições atuais do velho trabalhador, em uma sociedade que impõe constrangimentos ao exercício da democracia plena, instituindo obstáculos à realização das liberdades humanas.

---

[11] Segundo Mattos (2007), a formulação originária do termo deve-se a Marx e a Engels em 1840, embora haja outras interpretações.

Nesse ponto do debate, consideramos adequado reportar à Gramsci (1976). O autor analisa a política e os mecanismos de dominação, no modo de produção capitalista, associando o conceito de classe social[12] ao de classe subalterna. A noção de subalternidade refere-se à apassivação dos grupos sociais para o enfrentamento dos dispositivos de controle da classe dominante, que ocorre primordialmente pelo aparato coercitivo do Estado, mas também por meio da sociedade civil – arena privilegiada das lutas de classe.

Na tese do Estado ampliado, nos marcos do capitalismo monopolista do século XX (GRAMSCI, 1976), o Estado comportaria duas esferas: a sociedade política – retratada pelo exercício do poder e concretizada pelas instituições repressivas do complexo burocrático/militar – e a sociedade civil – conjunto de relações sociais, instituições e ideologias, representação de projetos societários distintos. Essas instâncias se diferem pelas funções de domínio ou consenso e pela materialidade socioinstitucional. As distinções não são separações estanques, pois agregam no seu interior aspectos contraditórios, incitando forças conservadoras e instituintes.

A sociedade civil é formada por um composto de organizações responsáveis pela elaboração de ideologia, crenças e valores (sistema escolar, religião, partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, meios de comunicação, instituições de políticas sociais, conselhos de direitos etc.). Essas organizações são nomeadas por Gramsci (1978b) de aparelhos privados de hegemonia, ora porque não pertencem diretamente ao espaço formal do Estado, sem atrelamento orgânico, havendo, a princípio, certa autonomia (meios de comunicação, partidos políticos, por exemplo); ora porque se colocam na perspectiva de democratização do espaço político, mesmo existindo vinculação direta como nos casos das instituições públicas. Para Gramsci (1976), as relações estatais e as de mercado estão totalmente intrincadas na sociedade civil[13], abarcando os interesses da classe dominante e dos grupos subalternos.

O conceito de hegemonia é crucial para a reflexão corrente, dado que implica pactuações e projeções mais amplas, indicando processos crescentes de contratualização. Sem embargo, a classe dominante pode criar estratégias de domínio e de subalternidade de outros grupos sociais para adquirir aceitação de determinado projeto. O consenso passivo se materializaria na apropriação acrítica de ideias transmitidas por uma rede de instituições. Em contrapartida, a

---

[12] O conceito de classe social não é explicitado na literatura de Gramsci, em face da censura às suas obras, uma vez que grande parte dos seus escritos foram feitos no cárcere durante o período fascista na Itália (SIMIONATTO,1995).

[13] O termo sociedade civil, na lente neoliberal, é comparado ao terceiro setor, uma instância neutra para além do Estado e do mercado (MONTÃNO, 2002).

superação da subalternidade reside na ultrapassagem do senso comum, pensamento “ocasional e desagregado” por uma “leitura de mundo crítica e coerente” (GRAMSCI, 1978b, p. 340).

Por certo, os processos hegemônicos serão mais ou menos ampliados, com a incorporação, ou não, de interesses coletivos, a partir das forças sociais que atuam sobre as classes e como se relacionam na direção de seus projetos. Supõe uma conquista progressiva de espaços, dilatação das esferas consensuais e redução das faces mais coercitivas. Para Simionatto (1995, p. 83), a hegemonia se assenta na luta concreta “a partir de problemas práticos vividos pela classe trabalhadora”.

A conjuntura atual acena para a crescente fragmentação dos sujeitos coletivos, tanto ao nível material, frente às mudanças operadas no plano do trabalho, quanto no universo político/cultural, que desorganiza os diferentes grupos sociais. Esse cenário se redesenha mediante as estratégias de criminalização e cooptação dos movimentos sociais (PEREIRA, 2008), restauradas no ambiente ultraconservador que se instaurou no Brasil após o golpe parlamentar de 2016.

Recuperar essa discussão na área do envelhecimento propicia a precaução necessária ao tratar de temas tão complexos e conferir merecido destaque ao indicador de classe social na velhice e às lutas sociais travadas diante do acirramento da “questão social”, dimensionando o impacto do envelhecimento do trabalhador na sociedade capitalista. Ademais, o objetivo dessa explanação é adensar a reflexão, construindo novas mediações perante as transformações contemporâneas do mundo do trabalho e das especificidades da formação social brasileira (IAMAMOTO, 2001).

Desse modo, é pertinente a premissa de Teixeira (2008). Consoante a autora, o envelhecimento da classe trabalhadora é uma das expressões da “questão social”, compreendidas como uma série de desigualdades que impactam diferenciadamente as classes sociais e originam-se de determinações econômicas, políticas, sociais e culturais. Para Iamamoto (2010), a “questão social” é indissociável do trabalho “livre” que se mercantiliza e da sujeição das necessidades humanas à autoexpansão do capital. Tal leitura desvenda os mecanismos de subordinação do trabalho que engendram desigualdade, desemprego, entre outras manifestações, e atestam as lutas sociais enquanto capacidade de resistência dos trabalhadores, que explicitam tais contradições e dão visibilidade às estruturas geradoras da “questão social”.

Segundo Netto (2001), a expressão “questão social” encerra conotações diversas e até mesmo antagônicas. Na escola sociológica positivista e seus multiplicadores, é interpretada como um fato ameaçador ao pleno funcionamento da sociedade. Costuma ser identificada como

disfuncional à capacidade integrativa, gerando desequilíbrio nas funções sociais. Na tradição marxista, as reflexões acerca da categoria partem de sua gênese na sociedade capitalista. Lembrando que, conforme Iamamoto (2001), a "questão social" não foi formulada como tal por Marx, tendo sido descrita aproximadamente em 1830. No entanto, os seus processos constitutivos são centrais na análise do autor, singularmente as categorias desenvolvidas no capítulo da Lei Geral de Acumulação (MARX, 2008).

A crítica marxista assevera que a sociedade capitalista se estrutura na exploração do trabalho pelo capital, consequentemente, sempre haverá processos excludentes, em maior ou menor grau (TEIXEIRA, 2008). A "questão social" é própria às relações capitalistas e expressa as desigualdades sociais no contexto do desenvolvimento das forças produtivas.

Para Netto (2001), a desigualdade entre grupos sociais e a oposição entre pobres e ricos não retrata experiência inédita na história da humanidade. Quando se refere ao fenômeno do pauperismo, intensificado nos anos 30 do século XIX, o autor valida que havia algo radicalmente diferente na propagação da pobreza, que aumentava na proporção da produção de riqueza, revelando o caráter contraditório do modo de produção capitalista.

O pauperismo absoluto corresponde ao resultado da expulsão do trabalhador dos meios de produção. Um trabalhador sem emprego é um trabalhador sem salário e, por conseguinte, sem fonte de renda. Há também o processo de pauperização do trabalhador que, submetido à precarização das condições de trabalho, não consegue os meios capazes para sua própria subsistência. Já o pauperismo relativo representa a produção cada vez maior de mais-valia e a apropriação cada vez menor da riqueza socialmente produzida (MARX, 2008).

De acordo com Netto (2001), dois fenômenos devem ser ressaltados a partir dos eventos revolucionários de 1848. O primeiro refere-se à compreensão política sobre a "questão social" alcançada pela classe trabalhadora ao adquirir consciência da exploração do trabalho pelo capital. Entidades organizativas do trabalho, sindicatos e partidos políticos contribuíram significativamente para converter o operariado em sujeito histórico, com potencial revolucionário e mobilizado em torno de interesses de classe. O segundo fenômeno reporta-se à passagem do período progressista da burguesia para seu estabelecimento no poder, abandonando os ideais emancipatórios de sua luta contra o antigo regime.

De fato, a datar de 1860, a "questão social" é apropriada pela lente conservadora. Reformas são propostas sem interferências nos fundamentos da sociedade burguesa, quiçá nas instituições capitalistas. A interpretação dominante era de que a "questão social" seria inerente ao desenvolvimento das sociedades modernas e, para tanto, bastaria ser alvo de ações sociais que amenizassem seus agravantes (NETTO, 2001).

A instauração do Estado de bem-estar social[14] no século XX – na reconstrução social e política experimentada por países da Europa ocidental e alguns países nórdicos – induziu a uma falsa ideia de que a "questão social" havia sido debelada e no máximo ela existiria nas periferias capitalistas como fruto do subdesenvolvimento desses países. Para Netto (2001), somente alguns autores marxistas conseguiram advogar que o conjunto de melhorias não alterava as condições estruturais de exploração. Já no desenrolar dos anos 1970, diante da crise do Estado de bem-estar social, a "questão social", com suas novas refrações, tem sido denominada por alguns autores (CASTEL, 1999; ROSANVALON, 1998) como "nova questão social", cuja programática de intervenção dirige-se a uma administração mais eficaz dos "problemas sociais".

Segundo Behring (2015), as abordagens de Castel (1999) e Rosanvallon (1998) apoiam-se em bases distintas. Castel, mesmo crítico ao capitalismo, não rompe com suas bases medulares e não analisa diretamente as causas da crise instaurada no início da década de 1970. Para o autor, as metamorfoses da "questão social" são marcadas pelas transformações históricas da sociedade pós-industrial, que incidem diretamente no trabalho e na sua precarização. Castel apontaria que a sociedade atual se encontra em uma bifurcação: aceitar uma sociedade inteiramente submetida às exigências do mercado ou construir um novo pacto social e apoiar um Estado capaz de atender a esse novo desafio, ou seja, reconstruir uma sociedade de semelhantes, não de iguais. Por outra via, Rosanvallon é liberal e sua concepção de solidariedade é naturalizada. Para ele, a crise repousa na má gestão do Estado, e por isso o autor aposta na reconstrução social de uma base moral, nas políticas de focalização e ativação para o trabalho.

Netto (2001, p. 48) critica contundentemente tais formulações. Ao seu ver, não resistem ao "exame rigoroso da economia política marxiana". Além disso, do ponto de vista sociológico, retornam às utopias conservadoras do século XIX que preconizavam pactos sociais em nome de uma sociedade imune aos conflitos de classe e sem exploração do trabalho. Isto é, uma sociedade transclassista e solidária.

A "questão social" está imbrincada nessa dupla dimensão econômica e política, pois se gesta nas condições de produção e reprodução da vida material. Entretanto, será na órbita política que assume visibilidade, gravitando da ordem das necessidades individuais para as necessidades coletivas – o que requer organização, mobilização social e sujeitos políticos (PEREIRA, 2008). Para Gramsci (1978b), a organização política resulta da capacidade de

[14] Trataremos dos sistemas de proteção social no capítulo 2.

ultrapassar o nível de consciência individual para uma consciência coletiva, que alça a classe operária de “classe em si” para “classe para si”. Essas expressões remetem à compreensão de Marx e Engels na *Ideologia alemã* (1977) acerca do papel histórico do proletariado na luta pela emancipação do capitalismo e da transformação social por meio da passagem da simples existência material enquanto classe, para a tomada de consciência de classe.

Em suma, peculiarizar a experiência da velhice da classe trabalhadora, discernindo suas modulações e vivências, não presume o apagamento do solo histórico em que se realiza. Ao contrário, aciona a necessária reflexão dos seus condicionantes e particularidades. Pelo exposto, é fundamental indagar: como ressignificar o tempo da velhice em uma sociedade marcada pela desigualdade e pela exploração do trabalho sem limites? Qual o lugar do trabalhador que envelhece nessa sociedade?

O presente capítulo tem como tema central o envelhecimento da classe trabalhadora e a configuração do campo geriátrico/gerontológico. Compõe as bases dos argumentos subsequentes relacionados ao impacto da velhice com dependência e às necessidades de cuidados familiares, no âmbito da produção e reprodução social. O objetivo é atribuir relevo à dimensão de classe social, incitando reflexões a respeito dos desafios postos para a classe trabalhadora que envelhece.

A primeira parte problematizará a deterioração da força de trabalho em uma sociedade regida pelo valor e mercantilização da vida, relacionando com as transformações no mundo do trabalho na sociedade capitalista contemporânea. Realizaremos uma atualização da categoria trabalho para investigar a questão geracional e os impasses vividos em ambiente de restrição de direitos com rebatimentos nas camadas mais velhas e mais jovens da população brasileira.

Nessa linha de reflexão, recuperamos alguns conceitos centrais em Gramsci (1978b), a saber: os conceitos de sociedade civil, classe subalterna e hegemonia, de modo a compor o terreno para as reflexões em torno da produção de discursos sobre a velhice e a estruturação das políticas públicas para esse segmento.

A segunda parte abordará a emergência dos campos da geriatria e gerontologia como parte das estratégias de modernização da medicina e do hospital frente às mudanças socioeconômicas do modo de produção capitalista. Destacaremos as concepções de envelhecimento ativo, funcionalidade, prevenção e promoção da saúde como eixos centrais de abordagem na área.

1.1 **O envelhecimento da classe trabalhadora**

1.1.1 Atribuindo relevo à dimensão de classe social

1.1.2 Trabalho e sociabilidade

A assertiva de que a velhice adquire a sua forma mais trágica na sociedade capitalista com o acirramento das desigualdades sociais, incluindo as geracionais, em que o velho é privado de sua própria existência pela perda da capacidade produtiva (BEAUVOIR, 1990; HADDAD, 2017; TEIXEIRA, 2008), não se equipara à leitura que qualifica positivamente a vivência da velhice nas sociedades pré-industriais, nas quais o idoso seria venerado pela sabedoria e experiência, como o negativo das sociedades modernas.

Considerar criticamente essas transformações é circunscrever na história as suas determinações e desencantar tais discursos. Para isso, convém analisar a obra de Beauvoir (1990) que acentua a sua interpretação nos moldes como a velhice é tratada na sociedade capitalista, sem encobrir os diferentes delineamentos assumidos por esse segmento em outras circunstâncias históricas, por exemplo as experiências e representações positivas de algumas civilizações como os chineses, judeus, gregos e indígenas.

Apesar dessa ressalva, Beauvoir (1990) constata que a velhice foi costumeiramente estigmatizada ou associada à decrepitude de seus corpos, permanecendo invisível durante prolongado período. Ressalta os registros literários do século XIX cujas descrições tratavam dos velhos pertencentes às classes dominantes. Os demais velhos eram esquecidos e abandonados à sua própria sorte. Para a autora, o ocultamento da velhice contribuiu para a sua discriminação. Seria preciso, em vista disso, romper com o pacto do silêncio, extrapolar os estudos biológicos pautados no destino infalível da existência humana e evidenciar as múltiplas velhices[15]. A autora analisou detalhadamente a situação dos velhos em distintas passagens históricas, atribuindo proeminência à sociedade capitalista.

> Tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice; um abismo separa o velho escravo e o velho eupátrida, um antigo operário que vive de pensão miserável e um Onassis. A diferenciação das velhices individuais tem ainda outras causas: saúde, família, etc., Mas são duas categorias de velhos (uma extremamente vasta, e outra reduzida a uma pequena minoria) que a oposição entre exploradores e explorados cria. Qualquer afirmação que pretenda referir-se à velhice em geral deve ser rejeitada porque tende a mascarar este hiato (BEAUVOIR, 1990, p. 17).

[15] Os estudos antropológicos oferecem vasta contribuição sobre diferentes matizes assumidas pela velhice a partir dos sistemas simbólicos de cada cultura (DEBERT, 1999; LINS DE BARROS, 2006, 2007; PEIXOTO, 2007; entre outros).

Problematizar a velhice da classe trabalhadora nos impõe a tarefa de encadear tempos históricos distintos, de modo a produzir os elos, pontes, vínculos entre o passado, o presente e o futuro. Como diz Ianni (2011, p. 399), o "pretérito imediato no longínquo". Remonta à percepção do trabalho e da velhice na sociedade contemporânea, suas origens e os impasses no âmbito dos direitos. Como resultado, compreender a posição do velho trabalhador na ordem do capital contribui para perceber as formas de depreciação replicadas nas demais dimensões da vida (cultural, familiar, educacional etc.), que colocam a velhice no lugar de fardo, abandono, pobreza, doença, desuso e segregação[16]. Sem embargo, reconhecemos a multiplicidade de experiências da velhice e, sobretudo, experiências gratificantes, consciente de que somos da importância do envelhecimento em termos civilizatórios.

Portanto, desenvolver o tema trabalho e envelhecimento supõe, mesmo que sumariamente, recorrer ao significado ontológico do trabalho (e fundante do ser social) para reafirmar as análises críticas em torno de sua forma estranhada nas sociedades capitalistas (MARX, 2011). Esse recurso oportunizará apreender os encadeamentos entre as esferas da produção e reprodução social, sustentando os capítulos posteriores, nos quais analisaremos a proteção social, a família e os cuidados.

> Como todos os seus predecessores, o processo de produção capitalista transcorre sobre determinadas condições materiais, que, no entanto, são, ao mesmo tempo, portadores de relações sociais determinadas nas quais os indivíduos entram no processo de reprodução de sua vida. Aquelas condições, assim como essas relações, são, por um lado, pressupostos e, por outro, resultados e criações do processo de produção capitalista: são para ele produção e reprodução (MARX, 2008, p. 350).

Para Iamamoto (2001, p. 12), é seminal o entendimento de que a produção das condições materiais de vida é inseparável das "formas sociais pelas quais se realiza", sob o risco de reificar as relações sociais subsequentes e ofuscar a compreensão sobre o trabalho e a "questão social" na atualidade.

Lukács (2013, p. 67) reitera: a esfera do trabalho é base para qualquer tipo de sociabilidade. Atravessa outros campos da vida e guarda relação intrínseca com a reprodução social. Segundo o autor, "[...] não há trabalho sem reprodução da vida social".

A categoria ser social designa o homem como ser histórico, que, ao superar os limites postos pela natureza e solucionar os desafios básicos colocados pela realidade, transforma a

[16] Até mesmo as alegações sobre as "reformas" na previdência, reproduzem a ideia da proteção à velhice como um peso para as gerações mais novas (FALEIROS; 2017), como veremos adiante.

natureza e a si próprio[17] (MARX; ENGELS, 1977; MARX, 2008; LUKÁCS, 2013). De acordo com Lessa (2002), a expressão "fundante" não designa anterioridade cronológica, mas sim que o trabalho comporta as determinações essenciais para o salto ontológico de distinção qualitativa do homem diante da natureza (LUKÁCS, 2013). O trabalho, por esse ângulo, "funda" o ser social, caracterizando o que Marx e Engels (1977) chamariam de primeiro fato histórico.

> O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história que se deve, ainda hoje como há milhares de anos, preencher dia a dia, hora a hora, simplesmente para manter os homens com a vida" (MARX; ENGELS, 1977, p. 39).

Segundo Duayer e Araújo (2015), a apreensão ontológica do trabalho enfatiza o papel histórico do sujeito no desenvolvimento da sociabilidade humana, contestando as leituras materialistas mecanicistas que cotejam o movimento das sociedades independentemente da ação dos homens.

O trabalho é condição para a existência humana, o mediador entre o homem e a natureza. "Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza" (MARX, 2008, p. 255). Em diferentes sociedades, homens e mulheres, dotados de consciência, trabalham e concebem teleologicamente[18] o objeto, as técnicas e o resultado dessa ação, implicando na articulação de um plano subjetivo – no qual o homem projeta e faz escolhas – e outro plano – que resulta no produto objetivado de seu trabalho. O trabalho, ao requerer o desenvolvimento de habilidades e o conhecimento do objeto que sofrerá a ação, presume um aprendizado sobre a natureza e a sua reprodução.

No processo de humanização, o homem produz respostas às suas necessidades, e produz, sincronicamente, transformações no universo das relações sociais, e paulatinamente se afasta das determinações naturais. Netto e Braz (2009) exemplificam como as pulsões impostas pela natureza (fome, reprodução biológica, entre outras) são mediatizadas pela crescente sociabilidade. Porém, as sociedades capitalistas contemporâneas são fartas de situações extremas de aviltamento da condição humana pela barbarizarão da vida social.

---

[17] Engels, no seu diálogo com Darwin sobre a evolução humana, expõe como uma espécie natural – um tipo de macaco – "uma raça de macacos antromorfos extraordinariamente muito desenvolvidos" (2013, p. 14), transforma-se através do trabalho, distinguindo-se da natureza, embora fizesse parte dela, mas conferindo características próprias de autodesenvolvimento, dando origem à espécie humana e ao desenvolvimento do ser social (a obra foi escrita por Engels em 1876 e publicada em 1896).

[18] Capacidade humana de projeção, ao nível da consciência, da ação sobre a realidade a ser objetivada. É nesse agir consciente do homem que se estabelece a dimensão ética, envolvendo escolhas e juízos de valor (LUKÁCS, 2013).

Muito embora o trabalho constitua a principal objetivação do ser social, no decorrer histórico, a humanidade constrói outras estruturas intermediárias, conferindo singularidades aos diferentes grupos sociais, como a ciência, religião, cultura, arte, filosofia etc. Isso porque "o desenvolvimento do trabalho corresponde ao desenvolvimento da consciência e do conhecimento humano" criando valores e "modos de agir e pensar" a realidade (IAMAMOTO, 2010, p. 401).

Em Gramsci (1976), na sua concepção de filosofia da práxis[19], há uma preocupação de alargar a ótica economicista encontrada em algumas interpretações da obra de Marx (e criticar o marxismo vulgar) para imprimir realce nas formas, pelas quais homens e mulheres se organizam e participam da reprodução das relações sociais.

Posto isso, considerar o trabalho do ponto de vista ontológico viabiliza capturar as múltiplas necessidades derivadas da sua complexificação e alienação. Interessa-nos relacionar o debate que considera trabalho e reprodução social como elos intrínsecos para pensar tais dimensões na atualidade. Destarte, é imperativo requalificar a categoria classe trabalhadora que envelhece. Quais os principais rebatimentos do desgaste da força de trabalho na sociedade capitalista do sujeito que envelhece? Em quais condições essa classe trabalhadora envelheceu? Quais os desafios para a velhice da classe trabalhadora que cursa com dependência?

1.1.3 A força de trabalho que envelhece na sociedade capitalista

Teixeira (2008) salienta que as mudanças ocorridas a datar da Revolução Industrial e do modo de produção capitalista redimensionam as formas de sociabilidade, dada a centralidade do trabalho na vida humana. As circunstâncias inerentes à sociedade capitalista, singularmente a sociedade de capitalismo periférico, exacerbam as condições de segregação para o trabalhador que envelhece. Não há pleno desenvolvimento das subjetividades humanas em sociedades grifadas *a priori* pela desigualdade e exploração do trabalho. Para Netto e Braz (2009, p. 47), somente em sociedades em que "[...] todos os homens disponham das mesmas condições de sociabilização (uma sociedade sem exploração e sem alienação)" é que as diferenças e personalidades distintas podem ser livremente desenvolvidas.

[19] Para Marx e Engels (1977, p. 77), práxis representa a "indissociabilidade entre agir e pensar", em uma perspectiva revolucionária de transformação da realidade e do homem. Em Gramsci (1976), a filosofia da práxis remete à construção de um novo bloco histórico com a hegemonia das classes subalternas, que, ao superarem os limites do senso comum, se mobilizam por uma reforma ética e política.

Nesse modo de organização social, o produto do trabalho não pertence mais ao trabalhador e o trabalho perde sua vertente criativa, deslocando-se da função original de humanização, "condição de existência do homem – independente de todas as formas de sociedade – eterna necessidade de mediação do metabolismo entre homem e natureza, portanto da vida humana" (MARX, 2008, p. 740), para ser incorporado à produção de valor.

A força de trabalho "livre", ao tomar a forma de mercadoria, apresenta duplo caráter: ter valor de uso e valor de troca. Enquanto valor de uso é dispêndio de energia humana dirigida a um fim ou a uma utilidade (trabalho concreto). Ao se transfigurar em quantidade de trabalho necessário à produção (trabalho abstrato), cria valor de troca exteriorizado no intercâmbio entre as mercadorias. Nas relações sociais capitalistas, é a apropriação do trabalho excedente, através da mais-valia, que garante a acumulação.

Considerando que o trabalhador serve ao capital por ser possuidor de uma dada mercadoria – a força de trabalho[20] –, a deterioração dessa energia humana, diante do gasto de sua capacidade produtiva, impõe peculiaridades ao trabalhador mais velho. Nesses termos, aprofundar a análise sobre o desgaste da força de trabalho é primordial para captar as condições desiguais da longevidade humana, uma vez que os efeitos deletérios do trabalho como o estresse, adoecimento, esgotamento profissional, sofrimento mental e outros aspectos costumam ser banalizados ou encobertos diante dos ditames da produtividade.

O envelhecimento tem sido apontado como uma conquista da humanidade, justamente porque representa maior expectativa de vida. Demograficamente falando, vive-se mais tempo em virtude da redução das taxas de fecundidade e mortalidade (VERAS, 2009).

Oliveira (1976, p. 15), ancorado no conceito de população em Marx (1983), amplia a abordagem demográfica e critica a abstração dos estudos que tomam a população como um todo, separada das relações sociais. Em que pese a "sofisticação instrumental" e a tentativa de "correlacionar fatos sociais" com as variáveis populacionais, a demografia permanece com seus dados genéricos. "[...] a população é uma abstração se [...] desprezarmos, por exemplo, as classes que a compõe. Por seu lado, essas classes são uma palavra vazia de sentidos, se ignorarmos os elementos em que repousam, por exemplo: o trabalho assalariado, o capital, etc." (MARX, 1983, p. 44).

De acordo com Oliveira (1976, p. 10), apesar de a reprodução humana ser estudada com respaldo nesses conceitos centrais (inclusive para pesquisar outras espécies animais e vegetais), a análise a partir da teoria do valor vai indicar o que o autor chama de "especificidade humana".

[20] "Conjunto das faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie" (MARX, 2008, p. 120).

Para ele, a mortalidade é um gasto de trabalho expresso pelo dispêndio físico da energia vital, que precisa se renovar para a continuidade da produção, mas, ao mesmo tempo, deteriora-se em níveis irrecuperáveis, variando com a intensidade da exploração. Sabemos que processos de trabalhos diferenciados podem gerar maior ou menor desgaste humano. Trabalhadores mais brutalmente explorados demonstram o esgotamento do vigor físico e psicológico. O autor avulta que o elemento biológico definidor da mortalidade humana[21] comparece diferenciadamente entre as classes trabalhadoras e não trabalhadoras pela razão direta entre o "consumo e não consumo das forças de trabalho" (OLIVEIRA, 1976, p. 10). E acrescenta: "Até historicamente, pode-se comprovar que a longevidade tem sido um atributo das classes dominantes, em todas as latitudes" (OLIVEIRA, 1976, p. 12).

Berlinger (1978, p. 58), em seus estudos sobre a longevidade humana, apresenta um denso material de pesquisas e estatísticas (algumas discutíveis, na sua opinião) que demonstram maior tempo de vida entre ricos do que entre pobres. Para ele, essa diferença sempre existiu, "desde o início da sociedade de classes", que se acentua entre os trabalhadores da indústria e nas sociedades contemporâneas precarizadas. Alerta que essa relação se encontra atenuada na atualidade, não pela redução ou ausência de exploração no trabalho e condições insalubres, e sim pelos avanços da ciência médica e sanitária, que conseguiram driblar alguns agravos à saúde, interferindo nas taxas de mortalidade e na demografia. Não obstante essas conquistas, "infelizmente, a diferença existe ainda, em sua profunda iniquidade" (BERLINGER, 1978, p. 68). No âmbito do trabalho, o autor demonstra estudos realizados nos anos de 1960 e 1970 em alguns países da Europa, no qual vários indicadores como tipo de ocupação, gênero, idade, região de moradia demarcam uma "tendência à queda da duração da vida" (BERLINGER, 1978, p. 60), sugerindo redução dos anos vividos daqueles indivíduos diretamente envolvidos no processo de produção capitalista. Retoma a seguinte passagem em Marx (2008, p. 61):

> O capital não somente ultrapassa os limites máximos morais do trabalho, mas também os limites puramente físicos. Usurpa o tempo necessário para o crescimento, o desenvolvimento e a sã consciência do corpo. Rouba o tempo necessário para consumir ar livre e luz solar. Reduz o sono a tantas horas de torpor, quantas se tornem indispensáveis para reanimar um organismo absolutamente esgotado [...] o capital explora o trabalho, encurtando a duração de sua vida, como um agricultor ganancioso obtém frutos maiores do solo, roubando a sua fertilidade".

[21] Nesse raciocínio, Oliveira (1976, p. 15) argui que, se a mortalidade é o consumo da energia vital, a fertilidade é a sua antítese, pois corresponde a capacidade de reprodução da população e supostamente de mais força de trabalho a ser empregada na produção – "uma das reservas da força de trabalho, talvez a mais remota", que se altera mais em conformidade com os ciclos de acumulação do capital do que pelos movimentos demográficos.

De modo semelhante, mas percorrendo outros caminhos teóricos, Beauvoir (1990) é contundente:

> Já vimos: a idade em que começa a decadência senil sempre dependeu da classe à qual pertence. Hoje em dia, um mineiro é, aos 50 anos, um homem acabado, ao passo que, entre os privilegiados, muitos carregam alegremente seus 80 anos. Iniciado mais cedo, o declínio do trabalhador será também muito mais rápido. Perante seus anos de sobrevivência, seu corpo deteriorado será vítima das doenças e das deficiências. [...]. Ao envelhecer, os explorados são condenados, senão à miséria, pelo menos a uma grande pobreza, a moradias desconfortáveis e à solidão. O que acarreta neles um sentimento de decadência e uma ansiedade generalizada. Mergulham numa bestificação que repercute no organismo; mesmo as doenças mentais que os afetam são em grande parte produto do sistema (BEAUVOIR, 1990, p. 662).

É válido evocar que a força de trabalho, em condições tais, é exaurida até o limite máximo de sua potencialidade de gerar valor[22] e, quando não materializa mais a grandeza necessária ao capital, é descartada e substituída por força de trabalho mais revigorada. Segundo Marx (2008), a força de trabalho, na forma valor, condiz com a quantidade de trabalho necessário para a produção e a reprodução das condições básicas para reposição da energia vital, que, por ser finita, é danificada no decorrer do tempo trabalhado. Para o trabalhador que envelhece, essa deterioração é exteriorizada em anos de vida. A sua força de trabalho torna-se obsoleta e o velho trabalhador – em certa medida – dispensável.

No processo de acumulação capitalista, não há como eliminar o trabalho vivo, já que ele é fonte de valor, contudo é possível sua redução com o aumento do trabalho morto (maquinarias e equipamentos) e a intensificação das "[...] formas de extração da mais-valia em tempo cada vez mais reduzido" (ANTUNES, 2002, p. 10). O incremento dos meios de produção e o emprego das tecnologias criam cada vez mais trabalho objetivado e, com isso, a redução do tempo de trabalho socialmente necessário. Ao diminuir relativamente o capital variável, destinado à compra da força de trabalho, aumenta, na sequência, a produtividade.

> [...] O jovem teme essa máquina que vai tragá-lo e tenta, por vezes, defender-se com pedradas; o velho, rejeitado por ela, esgotado, nu, não tem mais do que os olhos para chorar. Entre os dois a máquina gira, esmagando homens que se deixam esmagar porque nem sequer imaginam que podem escapar. Quando compreendemos o que é a condição dos velhos, não podemos contentar-nos em reivindicar uma política da

[22] "Enquanto valor, a força de trabalho representa apenas determinada quantidade de trabalho social médio nela corporificado. Não é mais que a aptidão do indivíduo vivo. A produção dela supõe a existência deste. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua manutenção ou reprodução. Para manter-se, precisa o indivíduo de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho reduz-se, portanto, ao tempo de trabalho necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção de seu possuidor. A força de trabalho só se torna realidade com seu exercício, só se põe em ação no trabalho. Através da sua ação, o trabalho, despende-se determinada quantidade de músculos, de nervos, de cérebro etc., que se tem de renovar. Ao aumentar esse dispêndio, torna-se necessário aumentar a remuneração. Depois de ter trabalhado hoje, é mister que o proprietário da força de trabalho possa repetir amanhã a mesma atividade, sob as mesmas condições de força e saúde" (MARX, 2013, p. 123).

> velhice mais generosa, uma elevação das pensões, habitações sadias, lazeres organizados. É todo o sistema que está em jogo, e a reivindicação só pode ser radical: mudar a vida (BEAUVOIR, 1990, p. 665).

Haja vista que os trabalhadores são constantemente repelidos e atraídos segundo as necessidades de expansão do capital, a acumulação capitalista tende a produzir uma população excedente, denominada por Marx (2008), à época da Revolução Industrial inglesa, como exército industrial de reserva (EIR) ou superpopulação relativa. Se manifesta de quatro formas: a) flutuante ou sazonal – trabalhadores que ora são repelidos ora atraídos do sistema produtivo; b) latentes – expulsão dos trabalhadores do campo para as zonas industriais e que não são absorvidos totalmente; c) estagnada – trabalhadores no setor informal e precarizados; d) pauperismo – desempregados ou incapazes para o trabalho. Além das funções econômicas e políticas de oferta de material humano, assim como a regulação dos salários e direitos trabalhistas, essa "população relativamente supérflua" (IAMAMOTO, 2001, p. 13) exerce igualmente função ideológica ao manter os trabalhadores temerosos e imobilizados ao completo despotismo do capital.

Como Marx (2011) descreveu, a sociedade capitalista transfigura as relações sociais transformando-as em relações entre coisas, alienando o trabalhador de si próprio e de sua produção. As necessidades humanas no capitalismo são atendidas no mínimo da subsistência, intermediadas pelo valor atribuído à força de trabalho. O trabalho vivo é subsumido pelo trabalho morto e a força de trabalho convertida em mera mercadoria, ensejando a externalidade do trabalhador. Os indivíduos tornam-se mutuamente indiferentes, uma espécie de estranhamento dos indivíduos entre si, do resultado do seu trabalho e da sociedade. O elo mediador passa a ser a produção de valor[23].

A coisificação do trabalhador envelhecido pode remeter à ideia de insignificância daquilo que é ultrapassado, da mercadoria que não serve mais, dos equipamentos e maquinarias defasadas (mas em condições de uso) e, portanto, da força de trabalho velha que pode ser descartada em uma contínua reposição. Sobrinho (2007 p. 24) assinala os discursos produzidos pelo mercado e sua associação com a ideia do velho como algo que deve ser desprezado. As mensagens são: "quanto mais novo, melhor. É preciso jogar fora o que é velho e consumir o novo", ou, "quanto mais consumir, mais jovem se tornará".

---

[23] Marx, em os *Grundrisse* (2011), chama de dependência recíproca essa relação entre produtores, criando uma permanente necessidade de troca mediada pelo valor e na subordinação as relações mercantis, que existem independente da vontade dos trabalhadores. "A dissolução de todos os produtos e atividades em valores de troca pressupõe a dissolução de todas as relações fixas (históricas) de dependência pessoal na produção, bem como a dependência multilateral dos produtores entre si" (MARX, 2011, p. 104). Ao mesmo tempo que há dependência recíproca há também a indiferenciação, porque o que conecta os homens é a relação de troca sob o fetiche da coisa.

Na contemporaneidade, podemos inferir que os trabalhadores idosos não se restringem ao pauperismo[24], quando julgados inaptos para o trabalho. Contraditoriamente, circulam pelas outras formas de superpopulação relativa, tendo em conta que precisam retornar para a esfera produtiva, geralmente em trabalhos informais e precarizados. Ocorre aqui um duplo movimento. A perda do valor de uso para o capital e do valor de troca de sua força de trabalho já corroída submete o trabalhador mais velho a variados feitios de exploração. O capital se apodera da força de trabalho velha, garantindo o rebaixamento dos salários frente à sua desvalorização e, simultaneamente, revigora a face humanitária do discurso da "inclusão social".

Outro aspecto a ser observado é que o capital, ao expulsar a força de trabalho envelhecida da produção, do mesmo modo, apropria-se desse trabalhador no circuito do consumo, incrementando o potencial de compra de bens e serviços ao criar desejos e necessidades passíveis de serem mercantilizadas[25]. "[...] a mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia" (MARX, 2008, p. 113). Marx (2008) já apontava que a rotação do capital e a renovação dos ciclos produtivos dependem da formação do mais valor, mas só podem se realizar na circulação e no consumo das mercadorias.

No tocante à aposentadoria, é acertado elucidar que esse momento, em tese, delimita o tempo máximo para o trabalho, seja por adoecimento, seja pela contagem progressiva dos anos empregados à produção. Para Teixeira (2008), o cômputo desse quantitativo torna-se intangível, visto que o tempo de trabalho "útil" se converte em tempo morto e vazio, porque carece de sentido para a vida do trabalhador. A aposentadoria, nessa concepção, apesar de equivaler a um direito conquistado, tende a ser ressignificada ante as difíceis condições de vida da maioria dos idosos brasileiros, que se intensificam caso haja algum processo de adoecimento. Longe de ser o usufruto do tempo "livre", revela-se em momento de grandes incertezas e alheamento da vida social, sobretudo para as frações da classe trabalhadora mais precarizada.

---

[24] "Essa camada social abarca três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho [...]. Segundo, os órfãos e filhos de indigentes. [...]. Terceiro, os degradados, desmoralizados, incapazes de trabalhar. São, notadamente, os indivíduos que sucumbem em virtude de sua capacidade de adaptação, decorrente da divisão do trabalho; **os que ultrapassam a idade normal de um trabalhador**; e as vítimas da indústria, os mutilados, enfermos, viúvas, etc." (MARX, 2008, p. 719, grifos nossos).

[25] "Ironicamente, nesse caso, o desenvolvimento daquele que é de longe o mais dinâmico sistema produtivo da história culmina por proporcionar um número cada vez maior de seres humanos supérfluos para o seu mecanismo de produção, embora, de acordo com o caráter incorrigivelmente e contraditório do sistema – estejam longe de ser supérfluos como consumidores" (MESZÁROS, 2006, p. 32).

Concordamos com Teixeira (2008) quando sublinha que é indispensável desvelar as desigualdades da velhice no Brasil, para desconstruir os estereótipos da velhice "positiva", organizados em campos de saberes institucionalizados e reproduzidos nas políticas e programas governamentais.

1.1.4 Trabalho e envelhecimento na contemporaneidade brasileira

Ao traçarmos uma linha do tempo e analisarmos mais de perto as questões relativas ao trabalho da geração envelhecida de hoje, considerando sua diversidade e heterogeneidade, constatamos que parte dessa geração é nascida entre os anos 20 e 55 do século XX e viveram sua fase laborativa entre os anos de 1940 e 2000. Experienciaram, dessa maneira, o processo de acumulação industrial, que, conforme Antunes (2006), abrange três momentos de ondas industrializantes no país: após os anos 1930, com a transição na economia agroexportadora do café, em meados dos anos 1950, com o modelo desenvolvimentista, e após 1964, com impulso na industrialização, internacionalização do país e altas taxas de acumulação de capital.

Durante as décadas de 1940 e 1970, segundo Pochmann (2006a), verificou-se uma expansão do emprego formal e do assalariamento do trabalhador brasileiro[26] e, consequentemente, de mecanismos de regulação do trabalho. Dentre algumas características do período, destacam-se: distinção entre os trabalhadores inseridos no mercado formal e informal – com consequente discriminação quanto aos direitos trabalhistas – e a degradação dos salários para ambos os segmentos. Um elemento que marca a década de 1940 em diante é que, embora a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o estabelecimento do salário mínimo tenham permitido manter as relações de produção em conformidade com as exigências do desenvolvimento econômico, seus principais objetivos eram preservar a classe trabalhadora de uma pauperização drástica, à medida que o nível dos salários permanecia abaixo do custo de vida.

Para Antunes (2006, p. 17), a dinâmica industrial se estruturava pela "superexploração da força de trabalho" e uma combinação orgânica entre baixos salários, prolongamento da jornada e aumento do ritmo de trabalho. Outro traço verificado na tipificação da classe trabalhadora do período foi o intenso processo migratório das regiões rurais do país e a formação de mão de obra excedente (POCHMANN, 2006b).

---

[26] Em contraste com o desemprego em massa e a informalização do trabalho dos anos 1990, "a cada 10 postos de trabalho gerados (entre 40 e 70) oito eram de empregados assalariados, sendo 7 de carteira assinada [...]. Nos anos 90, a cada 10 empregos criados, somente 4 foram assalariados" (POCHMANN, 2006a, p. 61).

De acordo com Tavares (1998), a associação do capital nacional e internacional, após 1964, fomentou a implantação de uma base industrial dos setores da mecânica, metalúrgica, transporte e de materiais elétricos, configurando alterações significativas no mercado de trabalho e no crescimento da classe operária.

Entretanto, tais modificações não foram acompanhadas por medidas efetivas de estabilidade do emprego. Segundo Braga (2012), o fordismo periférico associa a mecanização da produção e acumulação de capital com crescimento do mercado de bens e consumo duráveis. A dinâmica econômica concentrava-se na melhoria do poder aquisitivo dos segmentos médios sincronicamente à deterioração salarial dos trabalhadores com declínio da capacidade de consumo. O "fordismo à brasileira", diferente do que ocorria nos países de capitalismo central, que viviam o (quase) pleno emprego e a ampliação das políticas sociais (BOSCHETTI, 2012), estruturava-se em bases que erigiam a flexibilidade das relações trabalhistas e a precariedade das condições de trabalho. Características essas que, a despeito de já fazerem parte da conformação da classe trabalhadora brasileira, se intensificarão nos anos 1990.

A restruturação produtiva caracteriza-se por uma série de mudanças na produção, assumindo um formato mais flexível em relação ao padrão fordista/taylorista, com alterações substantivas na desregulamentação e organização do trabalho e dos trabalhadores. Iniciada no Brasil em fins dos anos 1980, teve seu ápice nos anos 1990, anunciando o desemprego como característica dominante na fase atual do capitalismo (MESZÁROS, 2006). Nesse contexto de acumulação flexível, requisita-se um trabalhador polivalente, com a substituição do trabalhador com vínculos mais estáveis e duradouros pelo trabalhador temporário e informal[27].

Segundo Pochmann (2006a), a contemporaneidade deflagra um montante expressivo de desempregados com variações substanciais na sua composição. Houve uma mudança no perfil que atingia, há pouco tempo, o segmento de jovens, mulheres, negros, pessoas de mais idade ou sem qualificação, com falta de experiência profissional e baixa escolaridade. O perfil prevalente nos anos 2000 aponta para uma população desempregada complexa e heterogênea, abarcando outros grupos como pessoas com maior escolaridade, alta qualificação e experiência profissional. Contudo, as desigualdades continuam expressando inserções diferenciadas por indicadores como gênero, rendimento, escolaridade, raça/etnia e idade.

O desemprego estrutural que atinge o conjunto de trabalhadores impõe não apenas a insegurança frente à própria sobrevivência, como também reduz a capacidade de resistência do trabalhador às condições de trabalho. O processo de competição e disputa pelas parcas ofertas

[27] Esse conteúdo será retomado no capítulo dois com o aprofundamento da proteção social. Situamos apenas à título de contextualização das condições de trabalho para os idosos dessa geração.

de emprego aumenta as dificuldades para ingresso no trabalho daqueles segmentos com menor qualificação, empurrando-os para se somarem aos trabalhadores informais, subempregados ou desempregados da superpopulação relativa (LARA; CANOAS, 2010).

Antunes (2006, p. 24) denomina essas mutações no mundo do trabalho como "processualidade contraditória", assinalando algumas características: a redução da classe operária industrial e, paralelamente, uma extraordinária expansão do trabalho assalariado pela ampliação do setor de serviços, o ingresso maciço do contingente feminino no trabalho formal e o crescimento do trabalho parcial e temporário. De um lado, o desemprego estrutural, e de outro, a subproletarização que "[...] incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os **mais velhos**" (2006, p. 50, grifos nossos). De características diversas, o setor de serviços inclui desde trabalhadores com pouca ou nenhuma qualificação até profissionais de nível superior. As atividades são heterogêneas e tendem a ser mercantilizadas em um grande leque de opções ofertados pelo mercado, dentre os quais a educação, a cultura, a saúde, o lazer, até os cuidados com idosos e dependentes (ANTUNES, 1999).

Telles (2009, p. 45) alerta que, dada às exigências de elevada produtividade no mercado de trabalho, o fator etário permanece como um dos critérios determinantes na seleção para vagas de emprego. "[...] percebe-se uma grande quantidade de trabalhadores velhos qualificados, porém, desempregados [...] a ênfase se dá pela busca por profissionais mais jovens, em condições de se submeter a elevadas jornadas e intenso ritmo de trabalho".

Destaca-se a incorporação do trabalho feminino em face das mudanças que essa entrada no mercado de trabalho formal provocou no universo da produção e reprodução social. A presença feminina foi absorvida nos ramos do setor têxtil, na indústria microeletrônica e nos serviços, realizando sobretudo atividade doméstica remunerada e terceirizada (HIRATA, 2001). Esse dado deve ser ressaltado, haja vista o atravessamento entre os marcadores de classe e gênero exigindo a compreensão crítica da exploração nas relações mais gerais entre capital e trabalho e também das relações de opressão entre homens e mulheres (HIRATA, 2001). Voltaremos ao tema no capítulo três.

De acordo com Antunes (2006), a ampliação do setor de serviços não confirmou a tese de que estamos na era das sociedades pós-industriais ou pós-capitalistas. O autor corrobora a relação de dependência desse setor com a acumulação industrial, logo da capacidade de extração da mais-valia. Apesar de seu caráter improdutivo, os serviços relacionam-se indiretamente à produção em geral. Reforçamos os debates no campo marxista que refutam as

proposições sobre o fim do trabalho[28]. Conforme Antunes (1999), ainda que haja a redução do trabalho vivo e aumento do trabalho morto, pelo fomento tecnológico, não há produção que prescinda do trabalho humano.

Esse argumento é absolutamente pertinente para examinarmos as condições do trabalhador que envelhece. Após crescente processo de intensificação do trabalho, as transições tecnológicas, de gestão, representação política, divisão do trabalho e na legislação, incidem profundamente nas condições de trabalho, em especial para os trabalhadores que já acumularam algum tempo de vida. A adaptação às novas formas produtivas, o incremento dos serviços, o advento da microeletrônica, a instabilidade do emprego, as exigências da polivalência e qualificação, dentre outros aspectos, sobrecarregam e pressionam o trabalhador mais velho. Para Sobrinho (2007), essa questão é recorrente mesmo em trabalhos mais intelectualizados ou qualificados. Como desdobramento, verificam-se as seguintes situações: demissão "voluntária"[29], aposentadoria compulsória, afastamento por motivos de agravos à saúde no espaço de trabalho, ou reinserção em trabalhos informais e precarizados.

Procede notificar, perante esse painel, o quanto as mudanças no trabalho, congruentes a outros fatores, interferem nas relações intergeracionais ao imporem dificuldades na realização das atividades concernentes à reprodução da vida. Se a restruturação produtiva atinge o segmento de trabalhadores mais velhos, o segmento mais jovem vai ser impactado diretamente com tais metamorfoses interferindo na capacidade de garantir sua própria subsistência ou na provisão de cuidados para segmentos específicos (crianças, dependentes e idosos com dependência). Atesta-se o tamanho dos rebatimentos da crise estrutural na construção das identidades sociais e no universo das famílias.

Para Antunes (2005; 2006), a classe trabalhadora é atingida duplamente: na sua materialidade, ou seja, nas condições objetivas de vida, e na sua subjetividade, representada pela importância atribuída ao trabalho.

Não é fortuita a recorrência entre os idosos, principalmente os homens aposentados, da queixa de perda de sentido para a vida. A continuidade do trabalho, após a aposentadoria,

---

[28] Cabe fazer um parêntese sobre as críticas construídas no decorrer dos anos 1980 e 1990 em torno da categoria trabalho como central na produção de valor na sociedade capitalista (GORZ, 1987). Antunes (2002), mobilizado por essas questões, defendeu na sua obra *Adeus ao Trabalho* e nos seus escritos seguintes que o trabalho, de fato, sofre modificações com as novas modalidades de produção e que a classe trabalhadora se diversifica, o que não significa a perda da centralidade do trabalhador na sociedade capitalista, muito menos de seu lugar histórico e revolucionário.

[29] Segundo Antunes (2006, p. 34), desde a década de 1980 observa-se a "[...] retração ou redução de custos com redução da força de trabalho", particularmente nos setores automobilísticos, de autopeças, têxtil e bancário.

costuma representar a necessidade objetiva de sobrevivência, bem como a assunção de um lugar reconhecido socialmente. O fato é que o trabalho assume tanta centralidade que a sua ausência gera lacunas na vida social como um todo. É tamanha a absorção do tempo que a vida se reduz ao trabalho (HADDAD, 2017). Se partirmos da ideia de que "[...] o modo de produção capitalista corresponde ao modo capitalista de pensar" (TEIXEIRA, 2017, p. 41), a tônica do trabalho como dignificação humana e lugar privilegiado do homem provedor é internalizado e reproduzido pelo próprio homem através dos equipamentos ideológicos que reiteram essas normativas (GRAMSCI, 1978b).

Simões (1994) enfatiza que a aposentadoria, na qualidade de um direito conquistado, é percebida por idosos militantes no movimento de aposentados e pensionistas, como um triunfo depois de anos de trabalho. Colocam-se como responsáveis de suas famílias e com muitas obrigações ainda para o amparo delas. Merecem respeito e consideração pelo seu passado de trabalhadores.

> [...] a ênfase na condição de ex-trabalhadores que ainda são arrimos de família pode ser vista como um esforço de conservar as prerrogativas da ética masculina do provedor, características das classes trabalhadoras urbanas, a fim de assegurar o respeito e a consideração para com os aposentados e os idosos em suas famílias e na sociedade em geral (SIMÕES, 1994, p. 18).

O tempo de trabalho se redimensiona ante outras marcações temporais e prioridades para a vida. Sentir-se bem e útil parece ser bastante significativo para esse segmento. No entanto, as preocupações com as variações econômicas se intensificam com a fragilidade das políticas públicas, o que exige ainda mais a organização pela garantia dos direitos conquistados literalmente com o suor do corpo. Simões (1994, p. 18) sinaliza que, em função do fato de terem idades mais avançadas, "[...] moralmente, esses idosos não poderiam estar ainda preocupados com o próprio sustento". O apreço e a deferência que esperam é pela história que construíram por toda uma vida de dedicação ao trabalho. "Estão vivos, lúcidos, capazes e dispostos para a luta" (SIMÕES, 1994, p. 25).

Considerando a definição ampliada de classe trabalhadora em Antunes (2002), recorremos ao estudo de Sobrinho (2007) acerca das condições e representações sociais de dois grupos de idosos trabalhadores: institucionalizados[30] e frequentadores do SESC de Alagoas[31], quanto às suas impressões sobre a velhice, o trabalho e a aposentadoria.

---

[30] Idosos com baixa renda, baixa escolaridade, aposentadoria de um salário mínimo e trabalhos na área rural ou no subemprego.

[31] Idosos aposentados ou pensionistas, renda de um a dois salários mínimos, trabalhadores de empresas públicas ou privadas, maior tempo de escolaridade e vivem com as famílias

Apesar de constatar diferentes vivências, os dois grupos concebem o momento em que vivem como uma negação da própria velhice. Para uns, o momento sombrio de espera da morte e, para outros, o renascimento para uma nova etapa da vida. Ambos os discursos, segundo o autor, traduzem os antagonismos da sociedade capitalista. De um lado, a segregação, sob o signo do abandono (familiar[32], institucional e social) e da doença. Os idosos asilados parecem aguardar o desfecho de suas vidas. Não "servem" para ser "comercializados" e, por serem de baixa renda, também não "servem" para consumir (SOBRINHO, 2007, p. 94). E de outro lado, a cooptação pelo consumo quando o idoso, frequentador do SESC, é interpelado a ser ativo, consumidor e "jovem".

No que concerne à relação com o trabalho (nesse mesmo estudo), os idosos asilados expressam a sua exaustão e intensidade, "[...] trabalharam até morrer! muito embora o trabalho fosse para sobreviver" (SOBRINHO, 2007, p. 103). Já no segmento de idosos no SESC, o trabalho, de igual maneira, comparece relacionado à fadiga extenuante e à aposentadoria como o momento de descanso. O discurso do tempo livre surge como oposição ao tempo controlado pelo trabalho, e como disponibilidade para realizar mais trabalho (filantrópico, voluntário) e manterem-se úteis. Cabe aqui uma distinção dessa geração em que a divisão de papéis e funções entre os gêneros era mais acentuada. Segundo o autor, os homens referiam liberdade das amarras do trabalho e das funções laborativas, enquanto as mulheres destacavam descanso do trabalho doméstico (cuidado com filhos e por vezes do marido já falecido).

Em pesquisa realizada por Coutrim (2006) com trabalhadores idosos informais de baixa renda no município de Belo Horizonte (Minas Gerais), a autora identificou que, além do significado econômico do trabalho, os idosos revelaram uma certa condição de orgulho e poder familiar, mesmo trabalhando e vivendo em extrema precariedade. Há referência do valor do trabalho como base estruturadora da identidade do trabalhador (SARTI, 1996). Para Sarti, o apelo moral é recorrente nas famílias pobres. Como uma espécie de obrigação, o trabalho assume a noção de esforço, sacrifício e a honestidade, em contraste à ideia do não trabalho como falta de empenho, vagabundagem ou fraqueza (ZALUAR, 1994).

Esse significado concedido ao trabalho, segundo Sarti (1996) e Zaluar (1994), é percebido mais entre os homens, para os quais o trabalho é fortemente marcado pela obrigação

---

[32] Para Sobrinho (2007, p. 114), o discurso fenomênico de que os idosos asilados são abandonados pelas famílias precisa ser ultrapassado, embora tenhamos que levar em conta as mediações afetivas. "É importante ressaltar que na maioria das famílias trabalhadoras de baixa renda não há condição para a manutenção dos 'velhos'. Não há como cuidá-los. Na verdade, o asilo é a continuação da precarização da vida do trabalhador. É um fardo para a família que tem pouco e precisa vender mais sua força de trabalho para sobreviver, assim a família acaba sendo acusada de abandono do velho".

da provisão familiar[33]. Paradoxalmente, são trabalhadores idosos que assistem suas famílias e, malgrado apontarem o aspecto moral, realizam trabalhos em extensas jornadas (8 a 12 horas diárias) em seis dias da semana, totalizando cerca de 48 a 72 horas semanais (COUTRIM, 2006)[34].

No tocante à aposentadoria, no estudo de Sobrinho (2007, p. 48), os relatos de idosos aposentados enunciam que a vida antes da aposentadoria foi "só de trabalho", sem tempo para outras atividades, um trabalho estranhado e desumanizante. A aposentadoria surge como um mérito para desfrutar da liberdade não usufruída no tempo de trabalho.

Esse dado exibe outra característica registrada por Coutrim (2006): a precarização e o desemprego das gerações mais novas imputa maiores responsabilidades de provisão à geração de velhos. Já vimos essa questão, mas vale ser salientado novamente, posto que o fenômeno da coabitação entre as famílias mais pobres desponta como estratégia de sobrevivência e apoio às gerações mais novas[35].

Nessa conjuntura, o discurso produzido sobre a velhice é no mínimo ambíguo. Veicula-se a ideia de uma velhice digna de respeito, com novas possibilidades e comportamentos, ao passo em que as vivências da velhice – asilada, pobre, trabalhadora, aposentada, dependente – são repletas de experiências trágicas, dramáticas e de inutilidade. Como nos lembra Teixeira (2008, p. 67), a problemática da velhice não é para qualquer um, "[...] é a classe trabalhadora a protagonista da 'tragédia' no envelhecimento".

> Várias teorias ou reflexões tratam da qualidade de vida na velhice, umas com ênfase no estilo de vida pessoal, nas relações interindividuais, valorizando decisões pessoais como deixar o tabagismo e o sedentarismo, com atividades físicas regulares e uma nutrição adequada. O que não deixa de ser importante, mas apenas uma minoria tem condições de fazer dieta mediterrânea, tomar um copo de vinho tinto por dia, ir a academias, fazer cruzeiros marítimos, cuidar da estética, participar de corais [...], na trilha da política neoliberal do governo Temer de exigir 49 anos de contribuição para a previdência, recomenda que se trabalhe até a morte, citando como ícone o Mick Jagger, além de empresários e profissionais. A reportagem pode ser vista como um deboche da situação dos velhos e velhas brasileiros (FALEIROS, 2017, p. 7).

---

[33] Evidentemente que é preciso fazer uma marcação geracional para esses valores diferenciados entre os gêneros.

[34] Os dados do IBGE (2015) certificam que a média de horas trabalhadas por pessoas acima de 60 anos (aposentadas ou não) é de 33,9 horas semanais, variando conforme escolaridade, renda, ocupação etc.

[35] Vale ressaltar outro fenômeno: crescem o número de famílias unipessoais. Em 2004, era de 10,0%, e 2014, de 14,4% (IBGE, 2015). Em 2013, identificaram-se 14,8% de idosos morando sozinhos e 25,7% de casais de idosos, ou seja, 40,3% de idosos sozinhos; e 59,7% de idosos que moram com filhos, parentes e outros. Em 2015, esse número caiu para 48,2% (IBGE,2016). No tocante aos desafios para os idosos que vivem sozinhos, ver Almeida (2016).

Posto isso, de qual velhice estamos falando? Mesmo desejando que a velhice tenha potencial para tornar-se uma etapa de ressignificados e sentidos positivos, talvez, esse seja o desejo de todos nós! Estamos aqui tratando de uma dimensão pouco aludida – do trabalhador que envelhece em determinadas condições da saúde e em uma sociedade de capitalismo periférico – cujo sistema de proteção social comporta uma trajetória descontínua, culminando em um quadro de profunda corrosão dos direitos. Poderíamos, então, cogitar que tais enunciados não evocam ambiguidades, e, sim contradições, porque são parte de uma mesma totalidade. Os esforços engendrados para escamotear as desigualdades na velhice não encobrem os conflitos de classe da formação social capitalista, muito menos o lugar do Estado na gestão das políticas públicas. Retomando Teixeira (2008, p. 24), "Não é para todas as classes que o envelhecimento promove efeito imediatos de isolamento, exclusão das relações sociais, do espaço público, do mundo produtivo, político, artístico, dentre outras expressões fenomênicas dos processos produtores de desigualdades sociais".

O plano das ideias, como debatido em Gramsci (1978), não se configura pelo seu desenvolvimento esporádico ou espontâneo. Ao contrário, remete às estruturas materiais de produção. Os conceitos e formas de tratamento à velhice não são meras formulações abstratas ou autogeridas. Eles estão imersos nas relações sociais. A materialização desses referenciais nos processos de trabalho não se reduz às práticas profissionais destituídas de intencionalidade, "neutras" ou exclusivamente técnicas. Diversamente, expressam concepções, comportam ideologias e sinalizam para projetos sociais com dada direção ética e política. Por isso, é indispensável inscrevermos em quais terrenos históricos são produzidos, na expectativa de descortiná-los e discernir posições.

1.2 **A constituição do campo geriátrico/gerontológico e a produção de saberes sobre o envelhecimento**

1.2.1 A velhice como categoria social

A definição da velhice como um dos estágios do ciclo vital remete ao processo de ordenamento social das sociedades ocidentais modernas. Segundo Hareven (1995), as sociedades pré-industriais não concediam atenção especial, muito menos categorização às demarcações etárias construídas no decorrer do século XIX. Transformações sociais, econômicas e políticas confluíram em expressivas mudanças na reorganização do mundo do trabalho, na distinção entre o público e o privado, nos arranjos familiares e na formulação de

saberes especialistas[36]. O estudo de Ariès (1978) é emblemático ao ilustrar o surgimento da categoria infância, nomeada com base nos atributos que lhe conferem um estatuto próprio. Essa obra é considerada paradigmática e inspiradora para os estudos sobre a velhice em uma perspectiva histórica (SILVA, 2008).

Para Groisman (2015) e Lopes (2000), a elaboração da velhice como categoria social, assim como a emergência de disciplinas específicas para o trato desse objeto, resultou do investimento da modernidade na classificação da vida humana em fases cronológicas. Sinalizam que esse será o momento de maior empenho da medicina no estudo sobre o envelhecimento, demonstrando haver, até então, um desinteresse generalizado entre os médicos sobre a temática. A velhice era interpretada como um fato natural do curso de vida equivalendo a uma etapa de preparação e espera da morte. Debert (1997) confirma que os primeiros ensaios caracterizavam a velhice como um momento de perdas físicas e sociais. Os velhos eram tidos como minorias e desprivilegiados. "As propostas de terapias capazes de combater o envelhecimento eram tidas como miragens de rigor científico e a tal ponto desprestigiadas que um médico de respeito não se interessaria nem mesmo por pesquisas nesse domínio" (DEBERT, 2014, p. 196).

Essa desatenção não era casual. Para Donnangelo e Pereira (1976), apesar da difusão da prática médica na sociedade capitalista como uma das estratégias para a reprodução da força de trabalho, os grupos sociais eram diferenciados conforme o significado econômico e político. Outrossim, era imprescindível garantir a força de trabalho reserva mediante as oscilações do mercado e outros eventos. Assim, a extensão da assistência médica dirigia-se para aqueles que já estavam no processo produtivo ou com potencial de ingresso, como as mulheres e as crianças.

No trânsito do século XIX para o século XX, três fatos devem ser observados: o progressivo aumento do segmento populacional de velhos, em face dos avanços científicos nas áreas da biologia, farmacologia e medicina (VERAS, 2009), as lutas sociais em torno dos direitos para o trabalho (TEIXEIRA, 2008) e a crescente expansão do território discursivo e prático da medicina (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Donnangelo e Pereira (1976) e Bravo (1998) registram que, com o capitalismo industrial, prevalece uma nova ordenação na saúde. A ênfase no combate às doenças infecciosas, prevalentes nos séculos XVIII e XIX, redimensiona-se no século XX com as descobertas bacteriológicas e impulso das ciências naturais. Cabe assinalar que o termo "medicina social", forjado pela primeira vez em 1848 por Jules Guerin, indicava a emergência

[36] Donzelot (1986) denomina esse conjunto de conhecimentos, áreas profissionais e instituições como "polícias da família" para designar o caráter disciplinador sobre a vida social.

do pensamento progressista na saúde, que perderia força posteriormente com a hegemonia político-burguesa e, na sequência, da medicina bacteriológica (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). As ações, de caráter mais coletivo sobre as cidades, se individualizam por meio da normatização dos corpos e da sociedade[37].

A essa dilatação da prática médica à sociedade e aos corpos em geral, Donnangelo e Pereira (1976) chamam de medicalização social. Comportará variações nas diferentes formações sociais capitalistas, frente aos determinantes sociais, econômicos e políticos da nova estrutura de produção que se consolidava. Segundo os autores, a medicalização social deita suas raízes entre os séculos XVII e XVIII, através da extensão institucionalizada, não exatamente de cuidados médicos, e sim do campo normativo da medicina.

Mediante as altas taxas de mortalidade e morbidade por doenças transmissíveis e as condições urbanas de trabalho, foram adotadas medidas sanitárias e de higiene para maior controle e vigilância sobre as condições de saúde da população. Iniciavam-se formulações e movimentos que associavam as condições de saúde ao contexto social, que, a despeito de suas fundamentações políticas (mais disciplinadoras como o movimento da Higiene ou mais progressistas, como a medicina social), apoiavam-se na leitura multifatorial das doenças e no reconhecimento da necessária intervenção médica no "social". Possuía duas vertentes: ampliação quantitativa dos serviços com inserção paulatina da população sob a atenção médica e prolongamento da ação interventiva/reguladora da medicina.

Os termos geriatria e gerontologia surgiram, pois, no século XX, em meio ao crescimento das especialidades médicas e modernização do hospital. O começo da geriatria é atribuído ao médico austríaco Ignatz Nascher (1863-1944), radicado nos EUA, que cunhou o vocábulo pela primeira vez em 1909[38]. Nascher defendia uma visão contrária a preponderante na medicina naquela ocasião – de que a velhice seria consequência inelutável de degeneração das condições físicas e mentais. De maneira oposta a essa concepção, para o autor, era preciso separar a velhice – acontecimento natural ou normal da existência humana – da doença – evento patológico e anormal.

Já a origem da gerontologia é atribuída a Élie Metchnikoff, sociólogo e biólogo russo, que, em 1903, sugeriu o vocábulo como alusão ao grego *geron* (velho) e *logia* (estudo). Defendia uma velhice fisiológica isenta de doenças e intencionava erigir bases mais científicas

---

[37] Os contornos pelos quais a sociedade concebe seus corpos e atribui significados (culturais, econômicos, políticos, sociais etc.) determinam e podem explicar as formas assumidas pelas práticas médicas na geração de seus objetos de tratamento e dos efeitos sociais esperados (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

[38] Dos radicais gregos: *geron* – velho e *atrikos* – tratamento médico.

à atuação médica (GROISMAN, 2015; HAREVEN, 1995). Para ele, era possível descobrir as causas para a senilidade e atingir um nível "ideal" de envelhecimento (BEAUVOIR, 1990).

Conforme Barbieri (2014, p. 40, grifos nossos), Nascher e Metchnikoff herdam as reflexões de Jean Martin Charcot[39] (1825-1893) do final do século XIX, ao referirem "[...] a dificuldade em separar cientificamente as doenças **da** velhice de doenças **na** velhice". Ambos tornar-se-iam referências nos estudos sobre a velhice e as enfermidades acometidas nessa fase da vida, seguindo a lógica biologicista do período.

A partir de 1920, afirma-se o modelo flexneriano[40] na área da saúde, que, apoiado na medicina científica e na leitura unifatorial sobre a etiologia das doenças, influencia a lógica assistencial e a formação médica. A atenção à saúde, nesse modelo, acompanhava uma racionalidade biomédica de caráter instrumental, curativa e individual com incisivo incremento tecnológico. A prática médica fragmenta-se, intervindo sobre a parte do corpo afetada pela doença, e torna-se marcadamente hospitalar, diferenciando-se dos estabelecimentos gerais do período anterior ao se transformar em lugar de tratamento e ensino médico (BRAVO, 1998).

Assim, como nesses primórdios os termos geriatria e gerontologia não se dissociariam tão facilmente, a diferenciação entre velhice e patologia, do mesmo modo, seria de difícil mensuração, convertendo-se em um dos desafios ostentados pelo campo (BARBIERI, 2014; GROISMAN, 2015). De modo geral, pode-se dizer que a geriatria se aproximaria mais da descrição de uma especialidade da medicina voltada para o estudo e tratamento das doenças próprias do envelhecimento, e a gerontologia, um campo interdisciplinar que propõe estudar o envelhecimento humano em suas múltiplas dimensões. De acordo com Groisman (2015), a tarefa colocada por essas disciplinas não seria combater a velhice, e sim as patologias da velhice. Diante disso, era forçosa a fixação de parâmetros ou normas que estabelecessem níveis comparativos entre estágios distintos.

Segundo Donnangelo e Pereira (1976), a intervenção da medicina, ao tomar o corpo humano como objeto sobre o qual se dirige o ato terapêutico, não se esgotaria no desvendamento das regularidades anatômicas ou biológicas do organismo, mas, sobretudo, no estabelecimento de valores e medidas de normalidade acerca de suas funções. Para Canguilhem

---

[39] Segundo Neri (2006), Charcot foi o fundador do primeiro estabelecimento geriátrico em Paris, o Salpétrière, abrigando entre dois a três mil velhos.

[40] Baseia-se no relatório Flexner elaborado nos EUA em 1910. Segundo Teixeira (1989), esse modelo predominará na assistência e no ensino em saúde até o início dos movimentos críticos no campo sanitário nos anos de 1960, em âmbito internacional, e nos anos de 1970, no Brasil. Vincula-se aos interesses de acumulação capitalista no setor saúde por intermédio da ampliação do setor privado, da indústria farmacológica e de equipamentos hospitalares.

(1971), o conceito de norma, determinado por métodos científicos pautados exclusivamente nos mecanismos anátomo/fisiológicos do corpo, culmina por destituí-lo de outras dimensões. Ora, assim como o corpo não se reduz à sua anatomia, pois é no conjunto das relações sociais que assume materialidade e significados para os sujeitos, da mesma forma, o normal não diz respeito ao fato científico em si, mas algo em construção, relativo às situações e experiências próprias da vida humana em sociedade.

> Sustentamos que a vida de um ser vivo [...] somente reconhece as categorias de saúde e enfermidade no plano da experiência, que é antes de tudo uma prova no sentido efetivo do termo e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula (CANGUILHEM, 1971, p. 150-151).

Consoante Barbieri (2014), em virtude dessa dificuldade no estabelecimento da cura na velhice e na elucidação do que é ou não enfermidade, a geriatria e a gerontologia investirão em instrumentais com abordagem preventiva (ou de promoção da saúde), almejando criar padrões mais próximos a um "bom" envelhecimento. Os discursos sobre envelhecimento ativo e capacidade funcional sustentarão uma nova forma de pensar e intervir sobre a velhice, não mais associada à doença, e sim à habilidade de executar atividades do cotidiano.

Esse movimento de revisão ocorre após a Segunda Guerra Mundial, quando a velhice é considerada uma nova fase da vida e o vocábulo idoso substitui a expressão velho, de conotação mais negativa e associada à imagem da pobreza e decadência (PEIXOTO, 2006). Minayo (2003) corrobora essa análise. Para a autora, a ideologia produtivista das sociedades capitalistas abastece o discurso depreciativo do velho. A incapacidade para o trabalho, somada à ausência de renda, revelam-se em atributos de servidão. Brito da Motta (2003, p. 37) ressalta a vinculação da velhice à improdutividade, qualificada como "resíduos da natureza, objeto de necessário descarte". Os velhos não produziriam mais bens materiais, não produziriam trabalho e também não se reproduziriam.

É essencial frisar que a década de 1940, na América e na Europa, indica mudanças demográficas significativas com o envelhecimento populacional, em razão da grande mortalidade de população jovem na segunda grande guerra (FERNANDES, 2010).

Para Bravo (1998), consolida-se nesse período uma concepção mais abrangente de saúde, originária da Teoria de Bem-Estar, ampliando e institucionalizando serviços na área. Em 1948, após a primeira assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Genebra, adota-

se o conceito de “completo bem-estar físico, mental e social” e não unicamente ausência de doença[41].

No desenrolar dos anos de 1960, o termo velho tornar-se-á cada vez mais em desuso para ser substituído por idoso, referindo-se aos indivíduos com mais de 60 anos ou 65 anos. Refletirá também ambiguidades ao valorizar uma etapa do ciclo vital pela sua própria rejeição. A noção de terceira idade reportará a idade do jovem idoso aposentado que tem a oportunidade de montar novos projetos de vida e de consumo, incluindo sua participação em atividades culturais, lazer, de convivência e a utilização das novas tecnologias para retardar o envelhecimento e as doenças associadas (PEIXOTO, 2006). Além da terceira idade, outras classificações eclodirão, tais como a quarta idade para nomear os idosos entre 75 e 85 anos, e de quinta idade, para aqueles acima de 85 anos. Todavia, esses, mais doentes e dependentes, segundo Brito da Motta (2003, p. 38), serão diferenciados dos alegres e dinâmicos idosos da terceira idade “e quase ninguém quer estudar ou conhecer”.

O marcador cronológico, como parâmetro das sociedades modernas para delimitação das fases do ciclo vital, passa a configurar como um indicador das políticas públicas. Os dados demográficos exibem números, projetam estimativas, anunciam probabilidades, porém precisam ser ressignificados à luz de marcadores não exclusivamente etários. Como nos alerta Barbieri (2014, p.47), a literatura predominante tende a explorar os dados estatísticos como fato “autoexplicativo, que prescinde de interpretações”, com propensão a generalizações. Em outras palavras, o envelhecimento não indica apenas alterações na pirâmide etária, e sim contundentes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais.

No Brasil, o reconhecimento da geriatria ocorre em 1961 com a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) (HADDAD, 2017). Segundo Lopes (2000), tal fato se deu após intensas discussões de um grupo de médicos sobre o crescente aumento de internações de idosos em unidades hospitalares localizadas no município do Rio de Janeiro, exigindo formação específica na área.

Em 1968, há uma dissidência com a criação da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG), que passa a incluir profissionais de diferentes categorias. Em 1969, após o I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia, a SBG é denominada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) com a introdução de profissionais não médicos. Essa integração deveu-

[41] Esse conceito será adotado pelo campo geriátrico/gerontológico sem questionamentos à sua idealização e ao contexto em que se afirma. Outra constatação é a reduzida incorporação do sentido de saúde relacionado aos processos de determinação social, construído pelo movimento sanitário brasileiro nos anos de 1980.

se, em grande parte, à interlocução com os movimentos internacionais da área, ao crescente debate sobre a interdisciplinaridade e à disputa política desse campo (LOPES, 2000).

Para Neri (2013), a gerontologia no Brasil surge com denominação de gerontologia social, sob o protagonismo de assistentes sociais que atuavam na área – "se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste processo" (BARBIERI, 2014, p. 68). Como exposto por Haddad (2017), a gerontologia social indicava uma ampliação da abordagem biomédica. Entretanto, apoiava-se em princípios que reproduziam uma lógica descontextualizada, na qual o social era interpretado a partir das relações de convívio e não como manifestação de um modo de organização capitalista.

> A gerontologia e a geriatria apresentam-se como as principais instâncias produtoras da ideologia da velhice. [...] O produto do trabalho dos teóricos da velhice – as 'ideias autonomizadas'– buscam nos fazer acreditar que a realidade vivida pelo homem no final de sua vida poderá ser alterada com a ação da ciência, das instituições sociais, do Estado e do próprio idoso. [...] a produção dos teóricos da velhice não passa de uma produção ideológica da ciência burguesa e, enquanto tal, de um instrumento de dominação (HADDAD, 2017, p. 33).

Em 1985, é criada a Associação Nacional de Gerontologia (ANG) em substituição à ABG "[...] devido ao descontentamento de parte dos gerontólogos sociais com a pouca autonomia na SBGG" (HADDAD, 2017, p. 51) e pela abordagem prioritariamente médica.

Outras dessemelhanças são observadas até hoje entre as duas instituições. A SBGG concentra seus investimentos na formação e no caráter científico de suas produções, inclusive seus congressos são majoritariamente frequentados por profissionais e estudantes. A ANG reporta-se mais à articulação com os movimentos sociais e com a discussão sobre as políticas públicas. Há uma forte relação de apoio da ANG aos movimentos de aposentados e pensionistas (BARBIERI, 2014).

A distinção entre geriatria e gerontologia social reconfigura-se nos anos 1990 com o surgimento de outros locais de ensino[42], não mais restritos às sociedades e associações, como cursos de especialização, residências e espaços de trabalho como as Universidades da Terceira Idade (UnATI), centros de convivência etc. Um novo cenário é desenhado com a multiplicação do discurso geriátrico/gerontológico com foco na saúde (BARBIERI, 2014).

[42] Em 1997, foi criada a pós-graduação nível mestrado na UNICAMP, em 1998, na PUC-SP e, em 2000, na PUC-RS nível doutorado (FERNANDES, 2010).

1.2.2 Envelhecimento ativo e capacidade funcional

Diversos autores da geriatria/gerontologia (KALASHE, 1987; VERAS, 2009; entre outros) têm acentuado preocupações em torno do impacto social frente ao futuro de uma sociedade de velhos. Asseguram que, se envelhecer é uma conquista do século XX, é inevitável um planejamento amplo que garanta o exercício da longevidade em condições dignas.

Desponta, a partir desses autores e apoiada pelos movimentos internacionais, uma profusão de referências que orientarão as políticas dirigidas ao segmento idoso. Realçamos os conceitos de envelhecimento ativo e de capacidade funcional, assim como a associação aos discursos da prevenção e promoção da saúde.

O conceito de envelhecimento ativo foi lançado formalmente como diretriz para as políticas públicas na segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento em 2002 na cidade de Madri (Espanha) em substituição à noção de saudável, da primeira assembleia em 1988 na cidade de Viena, na Áustria. Esse último restringia o envelhecimento às condições físicas e mentais de saúde, enquanto o envelhecimento ativo englobaria outros fatores que interferem no modo como os indivíduos envelhecem.

O termo ativo visava ainda expandir a proposta de envelhecimento bem-sucedido, originário da década de 1960, que pretendia, na ocasião, desvincular o envelhecimento da condição de inatividade ou adoecimento (ALBUQUERQUE, 2005). Segundo a autora, apoiada em Rowe e Kahn (1987), o envelhecimento bem-sucedido deveria englobar baixa probabilidade de doenças, capacidade funcional preservada e participação ativa na comunidade.

A distinção dos termos acompanha uma preocupação de seus idealizadores a fim de indicar a importância de uma vida ativa na preservação da saúde nas suas variadas dimensões. Na qualidade de oposição ao discurso da velhice como problema social, o conceito emerge como uma alternativa diante dos alarmes sobre o peso econômico dos idosos, seja na condição de aposentado, seja na condição de usuários de programas de saúde ou assistenciais.

Paulatinamente, o termo ativo foi assumindo centralidade na área, designando, como dissemos, maior abrangência em relação aos termos precedentes, declarando o compromisso com o engajamento na vida social, independente de condições físicas, mentais ou sociais, ainda que tais aspectos sejam considerados elementos determinantes para o envelhecimento ativo.

No Brasil, houve a publicação de dois documentos sugerindo a adoção do envelhecimento ativo como parâmetro para as políticas na área. O primeiro documento, intitulado por “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde”, foi lançado em 2005. Consiste em tradução do documento original da OMS de 2002, produzido como contribuição à Segunda

Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. O segundo documento, denominado por "Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade", constitui uma atualização do documento da OMS e foi publicado em 2015, sob a coordenação de Alexandre Kalache e do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC)[43].

Em ambos os documentos, o envelhecimento ativo (EA) é definido como um "[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam velhas" (OMS, 2005, p. 13). O documento reforça a descrição da Organização das Nações Unidas (ONU), por ocasião da comemoração do ano internacional do idoso em 1999, que minuciou o EA como potencialização das "[...] oportunidades de bem-estar físico, mental e social através do curso de vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice" (ALBUQUERQUE, 2005, p. 14).

A OMS alarga a concepção original da ONU introduzindo princípios de independência, participação, dignidade, cuidado e alto desempenho, além de apresentar os fatores determinantes do EA, a saber: acesso a serviços sociais e de saúde, aspectos pessoais, biológicos, atitudinais, sociais e econômicos.

Pesquisa de Jose e Teixeira (2014) que analisa documentos sobre EA na Europa elaborados por organizações multilaterais[44] e pela OMS, identifica tendências diversas. O documento da OMS vislumbra ações de caráter mais coletivo, tais como políticas públicas e direitos da pessoa idosa, ensejando uma visão "[...] humanista, solidária, multidimensional e sensível aos contextos de vida" (JOSE; TEIXEIRA, 2014, p. 44), contrastando com os demais documentos considerados mais individualistas e tendencialmente economicistas. Os autores reconhecem a convergência de dois vetores centrais e que nos interessa ressaltar: a ênfase na assunção individual de medidas para o envelhecimento ativo e o caráter econômico ao indicar a continuidade da produtividade dos indivíduos que envelhecem.

No Brasil, detectamos vieses interpretativos em relação ao conceito. Por exemplo, a expressão se confunde com exercício corporal[45], o que vem estimulando a crescente propagação de atividades físicas e de lazer para idoso como o suficiente para ter uma vida ativa. A aglutinação do termo a uma acepção econômica é observada desde o final dos anos de 1990. A

---

[43] O ILC-Brasil é membro da Aliança global de centros internacionais de longevidade, um consórcio internacional de status consultivo junto à ONU com representação de vários países.

[44] Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e União Europeia (EU).

[45] A capa do documento mostra uma pessoa realizando atividade de corrida, o que corroborou para uma associação direta da locução à atividade física.

sua adoção pela OMS, como anunciado por Jose e Teixeira (2014), apesar de sugerir abordagem mais dilatada, reportando à saúde e à efetiva contribuição dos idosos na sociedade, reitera sua função econômica “[...] quanto mais ativos, mas eles contribuem para a sociedade, reduzindo os custos e mantendo-se no trabalho " (OMS, 2005, p. 138).

Portanto, no interior das discussões sobre o envelhecimento ativo, identificamos matizes de significados que transitam por perspectivas mais comportamentais, até abordagens que consideram o envelhecimento e as desigualdades sociais no capitalismo, sem, contudo, inferir sobre seu caráter fundante na produção das desigualdades. Preconizam ações nitidamente importantes como participação e engajamento, dentre outras, que, no entanto, parecem assumir conotação imprecisa quando permanecem no nível das idealizações ou no reforço às modificações nos estilos de vida dos indivíduos, sem levar em conta a produção material da vida e da velhice.

O conceito de capacidade funcional é transversal a esse debate. Caracteriza a capacidade do idoso em executar as atividades necessárias para a sobrevivência e interação social, as quais podem ser classificadas em tarefas básicas relativas ao autocuidado ou tarefas mais complexas que exigiriam mais habilidades do idoso. Nesse universo, aprimoram-se outros conceitos, dentre eles os de autonomia e independência que se tornam indicadores de avaliação das condições de saúde e vida (GROISMAN, 2015).

Autonomia, segundo a OMS, é descrita como a “[...] habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (2005, p. 14). Já a independência diz respeito à “[...] habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros”.

Para Groisman (2015), a capacidade funcional passa a ser um norte para as práticas de saúde e previstas na legislação (BRASIL, 2006d), cujo mote central seria a criação de mecanismos que posterguem ao máximo a necessidade de os idosos demandarem cuidados, ou seja, que venham a perder a capacidade de gestão sobre suas próprias vidas. Desse modo, se o objetivo é detectar o mais precocemente possível tais perdas, atrela-se outra ideia central: de que com maior dependência funcional, maior dependência econômica. A mensagem subliminar, ao que consta, é a preocupação com os gastos públicos em políticas sociais.

Como dito em outra passagem desta tese, por não haver a possibilidade de cura, posto que as patologias na velhice tendem a cronicidade, sobreleva-se a prevenção e o autocuidado, articulados à promoção, como as principais estratégias de atenção à saúde.

1.2.3 A prevenção e promoção da saúde: expressões na área da saúde do idoso

A década de 1970 demarca a emergência da crise estrutural capitalista e um conjunto de medidas de contenção de despesas na saúde. Movimentos sociais de críticas ao capitalismo adensavam seus questionamentos sobre as iniquidades em saúde, a ineficácia do modelo biomédico e seu atrelamento aos interesses de acumulação do complexo médico-industrial. Sobressaem as mudanças no perfil epidemiológico com prevalência de doenças crônicas e mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias. Estende-se a medicalização social através do incremento tecnológico (indústria farmacêutica, equipamentos médicos e outros) e crescente especialização da prática médica com realce para prática hospitalocêntrica e curativa. É nesse cenário de redução de custos x alterações na lógica de atenção à saúde que são sistematizadas proposições em torno da medicina preventiva e da promoção da saúde.

Segundo Arouca (2003), a medicina preventiva se desenvolve inicialmente nos EUA, na primeira metade do século XX, expandindo-se na América Latina nos anos 1960 e 1970 por intermédio da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No contexto dos movimentos de reformulação do ensino médico[46], a medicina preventiva contrapunha-se à racionalidade da medicina curativa e especializada, visando à reorganização do conhecimento médico com consequentes mudanças assistenciais.

Para o autor, a composição do discurso da prevenção tem suas origens nas discussões sobre a Higiene, no século XVIII, como uma das primeiras iniciativas da medicina perante as novas determinações de ordem econômica, conforme indicamos anteriormente. O projeto da Higiene caracterizava-se por providências de cunho disciplinador e manejo sanitário. Promovia ações de caráter público e privado, intermediadas pelo médico, com vias ao controle de doenças transmissíveis. A intensificação de problemas oriundos das condições de trabalho urbano, à época, e as lutas operárias resultantes desse processo, culminaram em medidas de intervenção sobre as cidades e indivíduos, de forma a interferir nas condições de saúde da população e atender às necessidades de reprodução da força de trabalho, postas pelas profundas transformações decorrentes da Revolução Industrial. A medicina preventiva comparece,

---

[46] Foram três principais tendências: a) Medicina Integral – propôs uma alteração na recomposição da prática médica, destinando-se a interceder na individualização do ato médico através de uma visão mais ampla dos níveis de atenção em saúde; b) Medicina Preventiva – surge logo após a Medicina Integral e projetava interferir na formação médica e na assistência estatal; c) Medicina Comunitária – manifesta-se no contexto das propostas de superação da pobreza nos países periféricos, através do Programa de Aliança para o Progresso e nas formulações mais conservadoras do Desenvolvimento de Comunidade, de modo a "[...] atenuar as contradições dos países periféricos e eliminar ameaças a estabilidade dos EUA" (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 45).

portanto, como um dos desdobramentos dessas ações sanitárias. “O projeto da Higiene, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez com que, na prática, a Higiene fosse dissolvida e, no ensino, fosse substituída pela Medicina Preventiva” (AROUCA, 2003, p. 94).

O debate se reacende após a Segunda Guerra Mundial, comportando os seguintes elementos: a) a reapropriação dos conhecimentos médicos sobre a história natural das doenças (baseado em Leavel e Clark), na qual, a doença não é uma condição estática, e sim um processo que segue uma sequência determinada pela natureza. É multicausal, por isso apresenta parâmetros de normalidade e patologização dos eventos; b) a combinação de subsídios epidemiológicos e clínicos com instrumentais estatísticos para a elaboração de um sistema classificatório de probabilidades; c) a articulação com objetos de outras áreas de conhecimento sob a dominância da abordagem biomédica.

Diferente do ponto de vista biológico, a medicina preventiva adotava uma concepção ecológica sobre o adoecimento, que passa a ser apreendido pela relação de causalidade entre o agente etiológico, o ambiente e o indivíduo, nomeada por “tríade ecológica” (CORREIA; MEDEIROS, 2014, p. 111). A saúde não é somente ausência de doença, razão pela qual os hábitos e costumes também precisavam ser investigados. Adotava duas principais premissas: que a prática preventiva deveria abarcar o cotidiano assistencial dos médicos, independente da especialidade, e o foco central se dirigiria para o indivíduo e a família, que deveriam empregar esforços para melhorar os níveis individuais de saúde.

A expressão promoção da saúde foi cunhada no início do século XX por Wislow (1920) para definir ações de saúde pública que melhorassem as condições gerais da população. Nos anos de 1940, Sigesrist associa o termo a uma das ações médicas em conjunto com atividades de prevenção, recuperação e reabilitação (BUSS, 2009). Nos idos dos anos 1960, a promoção é compreendida como um dos níveis da medicina preventiva de Leavell e Clark (1977). Para os autores, haveria três níveis de prevenção: o nível primário (que se confundiria com a promoção da saúde ao propor ações em circunstâncias nas quais não há doenças instaladas, em geral, abordagens informativas e profiláticas), o nível secundário (que promoveria ações, por meio do diagnóstico precoce e tratamento imediato, destinadas às situações de adoecimento instalado para evitar sequelas) e o nível terciário (que envolveria a reabilitação) (CORREIA; MEDEIROS, 2014). Nesse prisma, a promoção da saúde seguiria a mesma lógica da medicina preventiva, já que fazia parte dela, predominando o nivelamento dos fatores de risco.

No decorrer dos anos de 1970 e especificamente nos anos de 1980, após conferências internacionais e locais organizadas pela OMS, a promoção da saúde assume status de

movimento internacional incorporando diferentes configurações conceituais. Sua trajetória se inicia no Canadá com o Relatório Lalonde que define o conceito de "campo da saúde" englobando a biologia humana, meio ambiente e planejamento sanitário. Seriam campos de atenção da política pública com vias ao controle de recursos financeiros na assistência médica (ASSIS, 2005).

Um encontro significativo na mesma década e julgado como mais abrangente que o relatório Lalonde foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1978, organizada pela OMS em Alma Ata no Cazaquistão. Segundo Vasconcellos e Schmaller (2014, p. 69), coexistiram, nessa conferência, tanto propostas convergentes ao discurso neoliberal quanto propostas que concebiam a "[...] saúde como direito humano, que consideravam as condições degradantes de saúde dos países periféricos como inaceitáveis". A Atenção Primária em Saúde (APS) adota a promoção como uma das ações prioritárias em saúde.

Outro registro digno de nota foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, organizada pela OMS em Otawa no Canadá. Nessa conferência, apontada como um marco conceitual e político, a promoção da saúde é considerada estratégia fundamental de intervenção no âmbito político para a melhoria das condições de saúde no planeta. Associada à ideia de qualidade de vida, a promoção da saúde encerraria uma abordagem mais amplificada do que aquelas tradicionalmente ligadas às ações curativas ou preventivas de cunho individual (ASSIS, 2005).

Após essa conferência, várias outras de caráter internacional e regional[47] foram realizadas, divulgando os princípios da promoção da saúde, a saber: concepção holística de saúde, equidade, intersetorialidade, empoderamento, participação social, ações multiestratégicas e sustentabilidade. Percebe-se nítida influência das "[...] agências multilaterais fora da saúde, como o Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização Mundial do Comércio (OMC)", após a conferência de Jacarta na Indonésia, em 1997, quando há explicitação de parcerias entre sociedade civil e o setor privado na oferta de serviços públicos de saúde (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014, p. 87).

De modo geral, a promoção da saúde, enquanto movimento institucionalizado, surge "[...] como crítica à racionalidade hegemônica de atenção à saúde, conhecida como médico-assistencial privatista ou biomédica" (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014, p. 49). Em

[47] Adelaide, na Austrália, em 1988, e Sundsvall, na Suécia, em 1991. Conferências específicas de Promoção da Saúde em Jacarta – Indonésia, em 1997, no México, em 2000, e Bancock, na Tailândia, em 2005 (VASCONCELLOS; SCHMALLER, 2014).

uma interface com a medicina preventiva, emerge, ora como referência ao momento de medicalização social do século XIX, ora como um dos momentos da prática preventiva.

Arouca (2003) reitera que a medicina preventiva redunda no que chama de dilema preventivista ao salientar as mudanças nos estilos de vida e a normatização da vida social. Sinaliza a contradição presente nos discursos e práticas sociais, uma vez que a eficácia pretendida pelas medidas preventivas se confrontava com as condições estruturais do modo de produção capitalista. O autor negrita: a não combinação de um discurso teórico à prática política (que fomentasse a discussão sobre as reais determinações econômicas da crise na saúde e a mobilização conjunta com politização e consciência sanitária) reduz a medicina preventiva em um sistema conservador e reificador da estrutura de dominação.

De caráter utópico e desprovido de reflexões sobre as condições de produção da saúde, o preventivismo reforça os padrões ideais de saúde em relação à noção de riscos. Afina-se à concepção de saúde da OMS, que, muito embora alargue o conceito de saúde em relação à visão mais biologicista, mostra-se idealizada e desprovida de uma articulação com as condições reais de vida e de trabalho, que, por seu turno, determinam os processos de saúde e doença da população. Os sujeitos do discurso preventivista se organizam em diferentes níveis, cujo objetivo central é a combinação do estatuto ideológico com o científico. São intelectuais, experts, técnicos e profissionais, “profetas e guerreiros do vir a ser” (AROUCA, 2003, p. 10), que assessoram as demais instâncias de legitimação, reproduzindo e multiplicando essa lógica de controle. Para o autor, a medicina preventiva é mais do que um discurso, porque é “prescritiva por excelência” (2003, p. 21).

Mantendo a crítica aos limites do preventivismo, Buss (2009) destaca que a promoção da saúde se distinguirá da prevenção (em particular, após a conferência de Otawa), justamente porque envolve ações mais coletivas, relativas às políticas públicas e organização dos serviços, realçando os macrodeterminantes do processo saúde-doença e também ações individuais, agregando atividades educativas em saúde. Para o autor, é comum nas práticas em saúde que tais dimensões (curativas, preventivas e de promoção da saúde), por serem complementares entre si, estejam imbrincadas.

Seguindo essa linha reflexiva, Assis (2005) reafirma que o enfoque comportamental criticado na medicina preventiva também tem sido ponto controverso na promoção da saúde. A tensão apontada pela autora decorre, fundamentalmente, da filiação originária da promoção da saúde com a matriz tradicional da educação para a saúde, que se pautava na transmissão vertical de informações, desconectada das reais condições de vida da população. Para a autora, com base em Kickbush (1996a), atualmente esse alinhamento é questionado por concepções mais

críticas que não dissociam a dimensão individual da coletiva, articulando ações integradas entre os diferentes níveis de atenção em saúde e estimulando a participação da população na construção do conhecimento.

Afora essas controvérsias, Assis (2005) registra outros pontos de inquietação, tais como: a confluência ideológica aos interesses econômicos do projeto neoliberal, a expansão do consumo com abertura de mercado, a noção imprecisa dos riscos e o neo-higienismo. A autora sinaliza para o detalhamento dessas questões e defende uma direção para o campo que "[...] passe pelo compromisso com uma prática libertadora" (ASSIS, 2005, p. 34), com equidade e justiça social. Sugere a admissão da educação popular, inspirada em Paulo Freire, como orientação para as práticas de educação e saúde (VASCONCELOS, 2001).

Para Vasconcellos e Schmaller (2014), certamente a promoção da saúde demarca críticas ao modelo sanitário biomédico vigente. Contudo, abriga, em seu interior, contradições teóricas que merecem ser reveladas. As autoras distinguem gradações nesse debate, que percorrerem abordagens centradas nos estilos de vida, funcionais ao discurso contemporâneo de individualização dos cuidados e restrição do Estado nas políticas sociais, e perspectivas que questionam a produção social de saúde no capitalismo. Logo, a promoção da saúde está longe de constituir um debate uníssono como também não está imune às forças políticas que atuam na direção da focalização das políticas sociais e privilegiamento do setor privado.

No Brasil, a promoção da saúde assume vieses parcialmente articulados ao movimento sanitário brasileiro dos anos de 1980, que propunha ampla articulação social em prol de mudanças no modelo de atenção à saúde. Destaca-se o processo de correlação de forças na constituinte, as conquistas da seguridade social como direito e a concepção de saúde na Lei Orgânica da Saúde (LOS) que amplia o ângulo da OMS, acentuando as condições objetivas para produzir saúde – "no processo saúde-doença, os níveis de saúde da população são expressão da organização social e econômica do país" (BRASIL, 1990).

Aproximações e distanciamentos são detectadas entre as proposições da promoção da saúde e do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) que se evidenciarão, no decurso da década de 1990, com o paulatino afastamento do movimento sanitário da tradição marxista e a atenuação das críticas formuladas no interior da promoção da saúde. A promoção da saúde é incorporada na agenda das políticas em âmbito nacional como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários (PACS), o arcabouço teórico da Vigilância em Saúde e das práticas de educação em saúde. A partir de 2006, verifica-se sua inserção mais explícita no Pacto pela Vida, no Pacto em defesa do SUS e de gestão (BRASIL, 2006b),

culminado na promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006c) (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

Segundo Albuquerque (2005), a promoção da saúde, tal qual definida pela PNPS, compõe um conjunto de estratégias em saúde, desde aquelas relacionadas às políticas públicas e organização de serviços até a participação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Passa a ser diretriz para as áreas da saúde e do envelhecimento expandindo o foco de atenção para além do controle de doenças.

Porto e Pivetta (2009) destacam que as estratégias de promoção da saúde remetem às condições gerais de vida da população, apesar de reforçarem, nas ações prioritárias, as dimensões individuais. Não obstante anunciar as desigualdades em saúde como objeto das políticas sociais, a promoção da saúde não recorre aos fundamentos ideopolíticos do MRS brasileiro, havendo, em vista disso, maior aproximação conceitual com o movimento internacional e com a OMS (CORREIA; MEDEIROS, 2014, NOGUEIRA, 2009).

É bom lembrar que o próprio movimento de defesa do SUS, originalmente proveniente do movimento sanitário brasileiro, vem passando por embates entre projetos antagônicos. Para Correia e Medeiros (2014), a promoção da saúde, se articulada às premissas originais do MRS que defendia ações no âmbito da macropolítica sem negligenciar ações no cotidiano dos serviços, poderia contribuir para o fortalecimento do SUS. A promoção da saúde, apoiada na determinação social da saúde e na integralidade, seria transversal aos diferentes níveis de atenção em saúde e demais setores correspondentes, podendo se contrapor mais firmemente às investidas neoliberais.

Para Correia e Medeiros (2014), o tema sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) abordado nas conferências de promoção da saúde representa tacitamente a heterogeneidade conceitual que marca esse campo. Por um lado, há a ampliação da ótica recorrente na saúde curativa, para aspectos mais gerais da sociedade como as desigualdades sociais, imprimindo maiores responsabilidades públicas aos estados. Por outro, a adoção do conceito pela sua matriz positivista, conecta-se à tendência de contenção de gastos sociais. Deriva dessas apropriações divergentes que vários autores da saúde pública apontarão duas perspectivas na política de saúde: uma primeira, progressista, que considera os fatores de risco, mas defende maior abrangência no escopo de ação para os processos de determinação social e a intersetorialidade. E a segunda, que delega as responsabilidades pela saúde ao controle dos fatores de risco (CZERESNIA, 2009).

A partir dos anos 2000, com a criação da Comissão Mundial de DSS, houve maior publicização do debate sobre a relação da saúde com as condições sociais, sob influência da

Epidemiologia. Todavia, cabe discernir os termos determinantes (DSS) de determinação social da saúde, pois traduzem sentidos diversos.

Enquanto os DSS são largamente utilizados como referencial pela Epidemiologia e OMS, “numa abordagem por vezes funcionalista” (NOGUEIRA, 2009, p. 102), porque infere relações hierárquicas de causalidade, a determinação social “abrange a noção de causalidade, sem se restringir a ela” (NOGUEIRA, 2009, p. 102). A crítica repousa no fato de os DSS não considerarem a “[...] primazia da determinação social a partir da conformação capitalista de organização social” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 227).

Nogueira (2009) assevera que a concepção de determinantes na OMS está em consonância com o modelo das ciências naturais e da epidemiologia tradicional, esvaziando o caráter crítico da determinação social produzida nos anos 1970 e 1980 com apoio do pensamento marxista. A lógica de causalidade social dos problemas de saúde, que orienta a noção de DSS, reitera o entendimento da doença como um evento clínico-biológico, cujos precedentes constituem fatores sociais isolados, omitindo as raízes políticas das iniquidades sociais e exaurindo sua dimensão sócio-histórica.

O autor sugere “o abandono” da expressão (determinantes sociais) e a retomada da concepção de determinação social, que compreende a saúde como um “fenômeno eminentemente humano” e que escapa aos esquemas meramente sequenciais (NOGUEIRA, 2009, p. 8). A determinação, para o *Dicionário Houaiss*, significa descrição das características. Na lente marxista, determinar um fenômeno social exige o recurso à perspectiva de totalidade, de modo a capturar as múltiplas determinações nas suas manifestações universais e particulares.

O apelo da OMS ao pronunciar as desigualdades sociais na saúde (e na maior longevidade da população) como retrato da injustiça social decerto tem teor ético e progressista como refere Nogueira (2009). Entretanto, a recorrência às desigualdades e iniquidades em saúde sem reportar aos seus fundamentos persevera num nível genérico, remetendo às injustiças sociais, como próprias da natureza humana e das sociedades, e não orgânicas a determinados modos de produção. Segundo o autor, o princípio de iniquidade, para além da dimensão ética, tem vetor econômico. Refere-se à “[...] impossibilidade de certos grupos sociais participarem do novo mercado integrado que está emergindo. É o mercado de bens e serviços de saúde, cada vez mais relevante para a acumulação capitalista, absorvendo proporções crescentes do PIB de cada país” (NOGUEIRA, 2009, p. 5).

Em que pesem as diferentes concepções de promoção da saúde e sua crítica aos limites do preventivismo, ao que consta, há um campo de disputas na saúde. Nogueira (2009) assegura que atualmente há a hegemonia de sua expressão mais conservadora, que atualiza o dilema

preventivista no dilema promocionista. A ênfase na adoção de hábitos saudáveis sem propostas concretas de interferência sobre a determinação social redunda numa reconfiguração preventivista, citado por Arouca (2003), de medicalização da existência humana, repousando sobre o sujeito as responsabilidades por adoecer, envelhecer e morrer. Não rompe com a contradição fundamental da medicina e seu atrelamento com o modo de produção capitalista, seja na reprodução da força de trabalho, seja na produção de bens de consumo.

Como refere Arouca (2003, p. 209), a medicina preventiva consistiria em uma adjetivação da própria medicina "constituindo um outro, que lhe é simultaneamente igual e diferente". A geriatria, poderíamos conjecturar, também comportaria essa qualidade, ao se estabelecer como especialidade médica, distinguindo-se das abordagens tradicionais, no esforço de pressupor uma velhice ideal? Se concluímos que a lógica preventiva e de promoção da saúde, com acento nas condutas de risco, tem se revelado hegemônica nas políticas públicas brasileiras, como se articulam às concepções preconizadas de envelhecimento ativo e capacidade funcional?

Mesmo reconhecendo a importância do campo geriátrico/gerontológico no sentido de conferir maior visibilidade à questão do envelhecimento na sociedade, em conjunto com outros eventos, tais como a transição demográfica e as lutas sociais, assumimos que, em nome dessa "positivação" do envelhecimento, há um verdadeiro "caleidoscópio" de ideias e conceitos que produzem consensos, dissensos e contradições relacionadas a distintos interesses ideopolíticos.

Frisamos até esse momento duas questões centrais: a velhice da classe trabalhadora como uma discussão negligenciada e carecendo de aprofundamentos, e a ordenação de um campo de saberes e práticas que confere direção às políticas e programas de formação/pesquisa e assistenciais. As críticas que intentamos desenvolver buscaram os fundamentos de seus conceitos, visando problematizar as possibilidades de superação de alguns construtos ou ampliação de pontos de vista mais reducionistas.

O campo geriátrico/gerontológico integra organização da sociedade civil e comporta contradições no seu interior. Pensar a produção de cuidados, a partir de suas tendências e experiências concretas, é adentrar nesse espaço de embates entre forças sociais. A hegemonia está aqui sendo delineada como uma direção intelectual e ética quando predominam os interesses de determinados grupos. Em sociedade com altos graus de participação política, a crise da hegemonia é justamente a crise política e os indícios de transformações significativas. Quanto mais espaços democráticos, coletivos e de participação, mais lutas por processos hegemônicos e contra hegemônicos.

Desse modo, é prudente interrogar e aprofundar um pouco mais como essas lógicas se expressam nas políticas, programas e movimentos sociais da área e como se articulam com as propostas de contrarreformas do Estado. A ênfase comportamental que vem disputando hegemonia na saúde encontra terreno fértil na área do envelhecimento? Quais processos de resistência e contrarresistência reconhecemos no campo? Tais questionamentos sugerem as problematizações seguintes sobre a proteção social como espaço privilegiado de confronto entre as esferas da política e da sociedade civil, o que inclui as famílias e os cuidados.

2 PROTEÇÃO SOCIAL, FAMÍLIA E CUIDADOS: SITUANDO HISTORICAMENTE O DEBATE

Neste capítulo, apresentaremos a proteção social e seus diferentes formatos no cenário internacional e brasileiro, analisando a conjuntura que intima a família como arcabouço central na prestação de cuidados.

Encontra-se organizado em duas partes. Na primeira parte, trataremos das configurações históricas assumidas pelos sistemas de proteção social, enfatizando a trajetória brasileira e examinando o impacto das diretrizes neoliberais nas políticas dirigidas ao público idoso. A principal intenção é explorar as respostas dadas pelo Estado às questões da velhice no contexto de expansão e reprodução do capital, demonstrando o desenho atual do sistema de proteção dirigido a esse grupo etário. Nosso maior empenho interpretativo repousará sobre o reconhecimento dos processos econômicos, políticos e sociais nos quais se gestaram as bases de nossas políticas públicas, sem desconsiderar as contradições que marcam a formação social e econômica do Brasil na sua relação com o desenvolvimento capitalista internacional, iluminando aspectos presentes no Brasil contemporâneo.

A segunda parte discutirá a responsabilização familiar na provisão social e a lógica da naturalização dos cuidados, pela desvalorização da esfera da reprodução. Discorreremos sobre a inclinação familista na política social voltada ao segmento idoso, os cuidados domiciliares na divisão sexual do trabalho, a perspectiva do *care*, os cuidados como direito e um painel acerca das proposições na área.

2.1 Proteção social

Os sistemas de proteção social, de acordo com Boschetti (2012), variam de uma nação para outra e constituem meios institucionalizados, mais ou menos abrangentes, de proteção dos seus membros. Via de regra, tais sistemas incluem a seguridade social como núcleo central composto pelos setores da previdência, saúde e assistência social. A autora realça que as políticas sociais não equivalem isoladamente ao sistema de proteção social, dado que este implica um arranjo planejado de políticas e programas que garantam a proteção nas mais diferentes áreas da vida social, tais como: o emprego, saúde, previdência, habitação, assistência e educação. Ou seja, o padrão das políticas sociais e os formatos de proteção social representam delineamentos históricos de respostas às expressões da “questão social”, comumente

parcializadas e fragmentadas. Tais respostas exprimem um conjunto de forças sociais originárias nas relações de domínio e exploração do capital sobre o trabalho.

Em tempos de regressão dos direitos e de postulados dissonantes, consideramos esse panorama fundamental para compreender a conjuntura, o momento vigente e suas novas feições. Assumir o ponto de vista da totalidade, nos termos de Marx (2008), implica na compreensão da realidade em suas íntimas conexões, articulando aspectos gerais e específicos da dinâmica social. Pensar a proteção social nessa perspectiva é considerá-la como um campo de interseção, no qual convergem forças sociais contraditórias, que devem ser pensadas dialeticamente e em condições históricas particulares. Faremos um esforço de localizar a proteção social, em seu sentido mais amplo, como respostas às lutas sociais, atribuindo proeminência às questões do envelhecimento.

2.1.1 No cenário internacional – a invisibilidade da classe trabalhadora que envelhece

Castel (1999, p. 44), ao examinar as origens da assistência pública no contexto das grandes transformações sociais e políticas no decorrer do século XVII até o século XX, nomeia a fase do capitalismo concorrencial como o período da "política social sem Estado", tipificado pela intervenção esporádica, policialesca e repressora do Estado, com foco no combate à pobreza absoluta, bem como no controle da "vagabundagem". A velhice associava-se à pobreza e à incapacidade para o trabalho, e a assistência para esse segmento centrava-se nas ações filantrópicas e de institucionalização (TEIXEIRA, 2008).

A pobreza era compreendida como um fenômeno natural, moral e produto das diferenças pessoais, sendo necessário o reforço às características pródigas do indivíduo. Para a concepção moral da pobreza, haveria aqueles que seriam preguiçosos e não gostavam de trabalhar, e outros que não podiam trabalhar por alguma adversidade, como nos casos da doença e da velhice. Assim, caberia ao Estado exercer as tarefas de segurança pública e algum tipo de assistência para proteção interna das injustiças sociais dirigidas aos infortunados e sem família. Diferente da concepção medieval, a pobreza deixa de ter caráter sagrado para adquirir conotação pejorativa relacionada à ética do trabalho (CASTEL, 1999; SIQUEIRA, 2012).

Segundo Behring e Boschetti (2011), identificam-se, nesse momento, as protoformas das políticas sociais, figuradas basicamente em medidas pontuais para garantir a ordem social. Dentre as leis mais citadas desse período, têm-se as leis inglesas precedentes à Revolução Industrial, com destaque para a Lei dos Pobres de 1601. Outras leis foram regulamentadas, como a Lei do Domicílio de 1662 e de *Speenhamland Act* de 1795. Apesar de suas distinções,

mantinham o caráter disciplinador de organização do trabalho. A nova Lei dos Pobres, regulamentada em 1834, diferente das leis anteriores, articulava-se aos preceitos da sociedade de mercado, liberando mão de obra e restringindo os mecanismos assistenciais aos pobres e demais pessoas incapacitadas. Os principais fundamentos dessas ações eram o controle da eventual ociosidade daqueles que não queriam trabalhar e forçar ao trabalho os capazes para tal. Os velhos, tido como inaptos, eram recolhidos em asilos e hospitais (CASTEL, 1999; POLANY, 2000; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Conforme a Revolução Industrial avança, mudam as concepções de trabalho que absorvem os preceitos liberais da venda da força de trabalho, que gera valor e passa a assumir a forma mercadoria, como vimos no primeiro capítulo. “O que caracteriza a época capitalista é adquirir a força de trabalho, para o trabalhador, a forma de mercadoria que lhe pertence [...]. Além disso, só a partir desse momento se generaliza a forma mercadoria dos produtos do trabalho” (MARX, 2008, p. 245).

A subsunção do trabalho ao capital e o surgimento do pauperismo (MARX, 2008) inauguram outras mediações na relação entre Estado e sociedade, operacionalizadas na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista. O trabalho “livre”, como produtor de valor de troca, torna-se um imperativo na lógica do capital, fazendo como que até mesmo as práticas assistenciais pré-capitalistas fossem menos restritivas, “[...] deixando a própria sorte uma população de pobres e miseráveis sujeitos a exploração sem lei do capitalismo nascente” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 50).

O tempo do trabalho como fonte de valor para o capital converte-se em terreno de disputas entre os detentores dos meios de produção e os trabalhadores, que buscam reagir frente à exploração da mais-valia absoluta, refletida tanto pela extensão do tempo de trabalho quanto pela exploração de mulheres, crianças e idosos. É nesse contexto que despontam as lutas de classes, protagonizadas pelas classes fundamentais, e a “questão social” eclode como resultado dessas forças emergentes.

A intervenção do Estado, ainda que restrita, conjugava ações repressoras e as primeiras normatizações da jornada de trabalho. O período transcorrido até pelo menos os anos 40 do século XX combinou processos constantes de confrontos dos trabalhadores pela ampliação de direitos, e da burguesia, que, alicerçada pelo liberalismo, preconizava a livre regulação do trabalho pelo mercado.

Sob o imperialismo clássico[48], a centralização do poder econômico e político propagou-se em escala nacional e internacional, ganhando enorme importância ao lado da exportação de capitais, seja de empréstimos através de concessão de créditos e/ou implantação de indústrias. Por intermédio de uma espécie de "partilha econômica do mundo" (NETTO; BRAZ, 2009, p. 120), as grandes potências dividiam entre si os territórios livres para expansão internacional. Contudo, a partir de 1914, a extensão territorial não se deu mais em condições pacíficas, culminando nas duas grandes guerras mundiais, expressão dos conflitos entre potências imperialistas, acionando a indústria bélica como importante componente na economia capitalista (NETTO; BRAZ, 2009).

Não é possível, nos limites deste estudo, nos embrenharmos pela conjuntura histórica que antecede e precipita a Segunda Guerra, envolvendo o nazifascismo, a revolução soviética, os resultados do pós-guerra e o advento da Guerra Fria, dentre outros elementos. É fundamental precisar, para não incorrer em visão reducionista, que particularidades históricas determinaram os rumos da relação entre Estado e sociedade, e, sobretudo, frisar esse contexto como o principiador de novos dispositivos do capital (e do Estado) na necessária ampliação do mercado.

Não podemos deixar de assinalar que a expansão do capital em sua fase monopolista – caracterizada pela centralização da produção industrial, concentração do capital, dilatação do domínio para outros territórios e fusão com o capital bancário – possibilitou mecanismos de evasão de riquezas, garantindo o crescimento econômico nos "trinta anos gloriosos" (MANDEL, 1982).

De fato, o intervalo situado entre o fim da Segunda Guerra Mundial e o final dos anos 1960 delineia o período do capitalismo monopolista descrito pela crescente intervenção do Estado na concentração do capital e no livre mercado. Por esse prisma, mesmo que as políticas sociais constituíssem importante ação estatal, o intervencionismo ansiava fundamentalmente alavancar a economia. Para Mandel (1982), esse período também pode ser denominado por capitalismo tardio, que entraria em fase de estagnação no final dos anos 1960, irrompendo outra crise estrutural do capitalismo.

> [...] o capitalismo tardio caracteriza-se pela combinação simultânea da função diretamente econômica do Estado burguês, do esforço para despolitizar a classe operária e do mito de uma economia onipotente, tecnologicamente determinada, que pode supostamente superar os antagonismos de classe, assegurar um crescimento ininterrupto, um aumento constante do consumo e, assim, produzir uma sociedade 'pluralista' (MANDEL, 1982, p. 341).

[48] O estágio imperialista apresenta três fases: clássica (1890 – 1940), anos dourados ou tardio (1945 – 1970) e capitalismo contemporâneo (de 1970 aos tempos atuais) (MANDEL, 1982; NETTO; BRAZ, 2009).

A defesa de um Estado como agente externo para a regulação social pautava-se nas ideias keynesianas[49] de justificativa da ação estatal como estratégia de reativação da produção e elevação da economia. Há aqui a admissão dos direitos sem confrontar fundamentalmente o capitalismo. Isto é, um Estado que "[...] abranda seus princípios liberais para incorporar as orientações socialdemocratas, em um novo contexto socioeconômico e da luta de classes" (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 63).

Esse programa apresentava dois fundamentos centrais: o pleno emprego e a redução de níveis de desigualdade social por meio de políticas sociais dirigidas aos trabalhadores e aos considerados incapazes (idosos, deficientes e crianças). Outro fundamento importante consistiu nas alterações no mundo do trabalho através do fordismo/taylorismo. Os processos de trabalho foram reorganizados com vias à maior inovação tecnológica (automação), produtividade (segmentação das etapas de trabalho) e regulação das leis trabalhistas.

O taylorismo apoiava-se nas ideias de gerência científica de Frederick Taylor (1856-1915) com a intensificação do ritmo e do trabalho sem alteração da jornada. O fordismo baseava-se em Henry Ford (1863-1947). Previa organização serial da produção – massificada e homogênea –, trabalho parcelado, fragmentado e controle rígido do tempo[50].

A respeito desse debate, é importantíssima a análise de Gramsci (1978b) sobre o americanismo e o fordismo. Se o fordismo foi uma nova modalidade de organização da produção associada à teoria taylorista, o americanismo estabeleceu uma ideologia própria ao incorporar elementos da produção no "modo de ser americano". Mais do que uma mudança produtiva, denotava uma filosofia do capital em nova fase de acumulação e hegemonia do EUA na divisão internacional do trabalho. A ideologia fordista interviria no sistema de valores e nas instituições sociais, em especial a família, por intermédio do adestramento do trabalhador e das funções familiares na moralização de hábitos e costumes.

Portanto, para Mandel (1982), o papel do Estado nesse modelo de proteção social era essencialmente de "administrador das crises", pois intentava minimizar, por meio das políticas

---

[49] John Maynard Keynes alegava, em sua teoria econômica, que duas condições eram necessárias para a retomada do crescimento da economia capitalista, suscetível desde a crise de 1929. A primeira condição era interna a cada país, cuja principal ação seria adotar medidas de pleno emprego, de modo a possibilitar aumentos reais nos salários proporcionalmente à produtividade – que deveria continuar crescendo em termos absolutos. A segunda condição referia-se à liderança de uma ordem internacional para o desenvolvimento do livre comércio (que viria a ser o EUA) (PEREIRA, 2016). A crise de 1929, dada a sua magnitude, revelou que modalidades interventivas do Estado eram necessárias para garantir as condições gerais de produção e acumulação. Esse contexto contava ainda com dois eventos articulados: a mobilização quantitativa e qualitativa dos setores operários com a criação da Internacional Comunista e a revolução soviética em 1917 (NETTO; BRAZ, 2009).

[50] Para maiores detalhes, ver Harvey (1993) e Antunes (1999; 2002).

governamentais, as quedas nas taxas de lucros e garantir uma base ideológica e política, interferindo na organização dos trabalhadores. O discurso imperante era o de trabalhador consumidor e integrado ao sistema.

Há várias denominações para expressar os padrões de proteção social instaurados após a Segunda Guerra: Estado Providência, Estado de bem-estar social e Estado Social, dentre outros. Sem incorrer em descrições vagas, seguiremos caminho semelhante a Pereira (2016), que utiliza o termo Estado de bem-estar social como vocábulo "genérico", para qualificar as diferentes formas de regulação do capital através das políticas sociais geridas pelo Estado. Como reforço a esse argumento, enfatizamos a reflexão de Boschetti (2012). Segundo a autora, a instauração do Estado de bem-estar social sofre variações e não convém atribuir generalizações a esses diferentes tipos de sistemas de proteção social que se distinguem de um regime mais liberal, corporativo ao socialdemocrata.

Behring e Boschetti (2011) alertam que há uma gama de tipologias e "modelos" de proteção social que não expressam as reais e complexas determinações desses processos. Todavia, apresentam a tipologia de Esping Andersen (1991) para demonstração da profusão de estudos nessa perspectiva. As autoras reafirmam que não utilizam tais análises em suas reflexões para não reproduzir concepções unilaterais. Julgamos adequado situar o referido estudo, uma vez que designa formatos diferenciados de proteção social, que, por sua vez, consistem em políticas com maior ou menor participação das famílias na provisão social, temática que abordaremos na próxima seção.

Segundo Esping Andersen (1991) – que acompanha a classificação de Richard Titmus nos anos 1960 –, o primeiro tipo é nomeado como liberal. Inclui os EUA, Canadá e Austrália e seria caraterizado por políticas mais focalizadas e regimes diferenciados por classes sociais. Reproduz, de certa maneira, a estratificação social e não interfere qualitativamente nos indicadores sociais de pobreza. O segundo tipo seria corporativista ou conservador, seguindo mais a lógica do seguro social do modelo bismarkiano (modelo de seguro contributivo e não universalista). Predomina nos países da Áustria, França, Alemanha e Itália. Esse modelo baseia-se na relação de subsidiaridade com as famílias, reiterando sua importância na proteção social. E o terceiro tipo, definido por social democrata, envolve os países da Suécia, Dinamarca e Escandinávia. Esse modelo se aproxima da ideia de seguridade social, dadas as características de políticas mais universais e abrangentes. Mendonça (2015), apoiada em Moreno (2012), menciona ainda o tipo mediterrâneo, presente nos países da Espanha e Portugal, e que apresentaria um formato mais híbrido, incorporando elementos dos outros tipos de proteção social com tendência conservadora.

Verifica-se que esses países alcançaram um patamar civilizatório condizente com a ampliação do emprego (masculino) e acesso à seguridade social, salvo as particularidades históricas e contextuais. No entanto, corroboramos com as análises marxistas de "[...] que as conquistas civilizatórias não foram capazes de emancipar a humanidade dos sistemas capitalistas, mas instituíram sistema de direitos e deveres que alteraram o padrão de desigualdade entre classes sociais ao longo do século XX" (BOSCHETTI, 2012, p. 19). Ademais, as famílias, e no seu interior as mulheres, foram as principais responsáveis pela reprodução social, com severo impacto na vida social e produtiva do segmento feminino[51].

> [...] um exame mais detalhado da estrutura interna de poder até mesmo dos países capitalistas mais avançados revelou que – apesar dos relativos privilégios de seus trabalhadores em relação às condições de incontáveis milhões nos antigos territórios coloniais – eles preservaram essencialmente inalteradas as relações exploradoras de classe características do sistema do capital alienador (MÉSZÁROS, 2002, p. 44).

Para Teixeira (2008), é justamente nessa conjuntura que o envelhecimento do trabalhador ocupa um lugar político e público. No bojo das preocupações de atendimento às demandas dos trabalhadores, incluem-se aquelas pertinentes às situações de "risco", como: a maternidade, o desemprego, a invalidez e a velhice. O período registra elevadas taxas de crescimento demográfico com o envelhecimento populacional, guardadas as devidas proporções frente às diferenças entre os países, e, com isso, altos gastos com pensões e aposentadorias, além do clássico hiato entre população ativa e inativa.

De modo geral, as políticas dirigidas aos idosos visavam atender às demandas de reprodução social, ou melhor, suprir as necessidades de subsistência dos trabalhadores velhos. Contudo, como afirma Beauvoir (1990), ao averiguar a situação dos idosos na França na década de 1960, a relação entre velhice e pobreza era quase uma redundância. O tratamento dado pela legislação à velhice do trabalhador ou ao velho não trabalhador e pobre diferenciava-se em relação aos demais segmentos, demonstrando haver uma discriminação etária quanto aos direitos sociais. Os benefícios previdenciários eram mais restritos, os programas de renda mínima não proviam as necessidades básicas e as instituições de abrigamento eram insuficientes.

Por outra via, as pesquisas gerontológicas e geriátricas demonstravam que a generalização das políticas sociais nos países de capitalismo central proporcionou maior distribuição de renda e redução dos índices de desigualdade social. No caso dos idosos, houve

[51] Veremos esse debate, pela lente da crítica feminista, no item 2 deste capítulo.

melhoria nos indicadores de pobreza, embora permanecessem lacunas quanto à condição dos idosos asilados e trabalhadores de certas categorias profissionais.

Na intenção de construir outra identidade para a velhice, a gerontologia dedicou-se a enfatizar a dimensão sociocultural do idoso, supervalorizando essa nova etapa do ciclo vital. Não por coincidência, várias estratégias de socialização são pensadas como políticas de incentivo para a participação em clubes, universidades temáticas e centros de convivência para a terceira idade[52].

Portanto, ao localizarmos o período do Estado de bem-estar social como uma etapa de maior significação e visibilidade da velhice, constatamos que a crise capitalista, deflagrada nos anos de 1970, introduziria elementos conjunturais de grande relevância para o trato do envelhecimento populacional.

Conforme Mota (1995), a reação burguesa à crise ocorreu, marcadamente, pela restruturação produtiva, envolvendo os constantes ataques contra o trabalhador e seus direitos. De um lado, as exigências de força de trabalho qualificada e polivalente e, de outro, trabalho precarizado, cuja força de trabalho possa ser imediatamente reposta. Tem-se a combinação e, posteriormente, a substituição dos modelos de produção rígidos e repetitivos (taylorismo e fordismo) para modelos mais flexíveis (toyotismo), que previa aumento da produtividade pela continuidade da intensificação do trabalho, flexibilização da produção e desregulamentação dos direitos trabalhistas (ANTUNES, 1999; HARVEY, 1993). Além da incorporação da microeletrônica e da informática (na base tecnológica da produção), considerada por Navarro (1997) como a terceira revolução industrial.

A crise expressou-se também pelas novas táticas de regulação do Estado através de políticas focalistas e pelo aparato ideopolítico neoliberal. Vale rememorar que o neoliberalismo remonta às ideias originais de Friedrich Hayek (1899-1992), no final da Segunda Guerra Mundial, à época como oposição ao estado intervencionista, que se atualiza como resposta à crise do capital, sustentando as novas relações entre o Estado, a sociedade e o mercado.

Segundo Netto e Braz (2009), a profundidade da crise foi tamanha que gerou uma sucessão de mudanças sociais, econômicas políticas, éticas e culturais, alterando significativamente a cena mundial. Estabeleceu-se a mundialização do capital (CHESNAIS, 1996) e a consolidação do estágio capitalista com predomínio do capital financeiro e rentista (HARVEY, 1993). O uso do conceito mundialização reside na crítica ao termo globalização pelo seu caráter ideológico que reproduz a ideia de superação de fronteiras em uma pretensa

[52] Termo cunhado por essa geração de estudos quando é criada a primeira universidade aberta da terceira idade em Toulouse – na França – como uma proposta de educação permanente (DEBERT, 2006; TEIXEIRA, 2008).

conciliação das “diferenças e desigualdades econômicas e geopolíticas” (IAMAMMOTO, 2010, p. 51). Encobre a lógica da exploração de classes e de território, aprofundando ainda mais as desigualdades entre os países.

Nas palavras de Meszáros (2006), nessa quadra histórica, acentua-se a desigualdade, a pobreza, o desemprego, o subemprego, além da criminalização dos movimentos sociais e a agudização da violência. Concomitantemente ao aprofundamento da cisão entre o atendimento às necessidades humanas e a autorreprodução do capital, exacerba-se o seu caráter devastador com consequências, tanto em termos humanos (pela depreciação da força de trabalho) quanto ambientais (pela destruição dos recursos naturais). Para o autor, a assertiva ideológica de restringir a crise do capital a um desequilíbrio financeiro é estratagema para encobrir os reais fundamentos da acumulação capitalista. Reitera que essa crise difere das demais, dado o seu caráter mais profundo e dilacerador de diretos.

Compartilhamos da ideia defendida por autores marxistas (HARVEY, 1993; MESZÁROS, 2002; MANDEL, 1990) e, no Brasil, por autores como Ianni (1984), Behring (2010), Boschetti (2012), Mota (2012) e Netto (2012), entre outros, de que não se trata de uma crise nova. Mandel (1990) pronuncia que historicamente o capitalismo passa por períodos regressivos e de expansão – “ondas longas e curtas”. As medidas para enfrentamento da crise ambicionam, acima de tudo, eliminar os impasses nesse movimento de produção e circulação de mercadorias, criando as condições necessárias para uma nova ampliação e superar a tendência à queda da taxa de lucros.

Para Meszáros (2002, p. 659), uma das estratégias anticrise tem sido a “dissipação de riquezas” – “tendência dos bens, serviços, maquinaria e força de trabalho se tornarem supérfluas em proporções crescentes”. As mudanças na produção, de grandes quantidades e poucos produtos, para pequenas quantidades com múltiplas características, gera a pouca durabilidade deles e a sua reposição em tempo menor. O recurso à taxa de utilização decrescente do valor de uso das mercadorias reduz seu tempo de vida útil e acelera o ciclo entre a produção e o consumo. As mercadorias tornam-se mais “vendáveis” e rapidamente descartadas e substituídas.

O imperativo do novo e do descartável presente na sociabilidade burguesa atinge severamente as vivências da velhice (MUCIDA, 2004). A descartabilidade impõe a interpretação de que envelhecer também deve ser evitado, e o trabalho do velho depreciado e posto para fora do ciclo produtivo. O lugar do velho, pelo suposto saber e experiência, é substituído pela incansável luta contra a velhice através das fórmulas e receitas para o “bom envelhecer”.

No campo do envelhecimento, a tônica que se inicia é de reatualização do voluntarismo social, das atribuições da família e das ações de sociabilidade restritas ao universo subjetivo do "aprender a ser idoso". A tendência difundida pela gerontologia internacional e influenciada pela crise do Estado de bem-estar social foi a homogeneização da velhice destituída das determinações de classe social.

Se houve mudanças no trato à velhice no Estado de bem-estar social, assimilando as demandas dos trabalhadores velhos na seguridade social, a reorganização do capital recoloca a sua necessária dilatação para outros setores, a saber, os serviços e o capital financeirizado. A velhice dos segmentos médios, especialmente as jovens idosas, é ainda mais valorizada como nicho de consumo, seja das atividades de lazer e culturais, seja da previdência privada e dos fundos de pensão (TEIXEIRA, 2008). Observa-se, segundo Teixeira (2008, p. 42), maior visibilidade da velhice "como consumidores manipulados de mercadorias e serviços regidos pela lógica do capital". Conforme Simões (1997, p. 4), "[...] o papel de consumidor ganhou preponderância sobre o de trabalhador [...] e o de cidadão pelo de cliente".

Adiciona-se outro elemento para análise: a despeito dos ganhos em termos de ampliação de direitos para os idosos no Estado de bem-estar social, o seu desmantelamento e a restruturação produtiva impõem o desemprego e a precarização dos trabalhadores, sobrecarregando ainda mais os idosos que desempenham por mais tempo a provisão de suas famílias.

A tendência do ideário neoliberal pauta-se na crescente imposição à família pelos cuidados, em um modelo misto de proteção social como o pluralismo de bem-estar social (ABRAHAMSOM, 2004; MISRHA, 1995; PEREIRA, 2009). Boschetti (2012) distingue essa nova tendência de fazer política. O Estado cumpre o papel de normatizador, estabelecendo um "*mix*" entre o público e o privado, no qual se reatualizam as relações entre diferentes esferas da sociedade e se aceita que o Estado assuma função subsidiária na proteção social.

Nesse ínterim, organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Internacional de Gerontologia (AIG), encarregam-se da liderança na definição das políticas para os idosos, realçando o esmaecimento da condição de classe em nome de uma "heterogeneidade abstrata"[53]

[53] A pulverização da condição de classe remete a uma perspectiva dominante na medicina de um discurso "neutro" e para além das classes sociais ou suas frações. Donnangelo e Pereira (1976) demonstram que tal artifício pretende posicionar a medicina como uma profissão acima e indiferente aos conflitos de classe pela sua inserção histórica anterior à sociedade capitalista. Os autores esclarecem, por intermédio do conceito de intelectual em Gramsci (1982), que é necessário romper com essa pseudoneutralidade e a utopia na qual é creditada a visão de autonomia e independência dos intelectuais tradicionais.

(TEIXEIRA, 2008). Em conformidade com outras instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), exercem poder sobre os estados capitalistas dependentes, impondo orientações macroeconômicas, acentuando as hierarquias internacionais assim como a polarização entre países capitalistas com economias mais robustas e países periféricos (IANNI, 1984).

2.1.2 O cenário brasileiro – o envelhecimento em contexto de desigualdade social

Florestan Fernandes (2005), fugindo de análises mecanicistas acerca do processo de revolução burguesa no Brasil, chama a atenção para as particularidades históricas em nosso país. Com suas elites, traços escravistas e coloniais, o Brasil foi fortemente influenciado pela economia mundial, estabelecendo relações hierárquicas com a divisão internacional do trabalho.

Para Netto (1996), o processo de modernização capitalista no Brasil ocorreu sem a superação de condições estruturais anteriores (como nas formações europeias e ocidentais), preservando aspectos da organização social brasileira que se refuncionalizaram. Um exemplo dessa conjugação foi a dominância do modelo agroexportador, conferindo baixo custo à produção, envolvendo o valor da força de trabalho e alta lucratividade para os países importadores. Essa ordenação do setor agrário proporcionou um contorno à produção nacional e, mesmo perdendo força, retardou o crescimento industrial e tecnológico desenvolvido nos anos 1930 e incrementado somente nos anos 1950 (POCHMAN, 2006b).

A revolução burguesa tardia, nesse caso, significa a "constituição retardatária do capitalismo industrial" (FERNANDES, 2005, p. 45). Nas palavras de Ianni (1984), um capitalismo desenvolvido de modo "desigual e combinado"[54]. Um modelo que agrega estruturas modernas e arcaicas incluindo heterogeneidade na produção, instabilidade econômica e diversos dispositivos de extração da mais-valia, tanto pela via da extensão de jornada de trabalho quanto pelo aumento da produtividade.

A heterogeneidade produtiva, para Florestan Fernandes (2005, p. 120), resulta em uma composição da classe trabalhadora diversa e fracionada, influenciando na sua capacidade organizativa e combativa, como também "[...] tem profunda implicação sobre a formação da burguesia – fragmentada e conservadora, exigindo do Estado uma intervenção política de unificação da classe".

[54] Conforme Iamamoto (2007), esse conceito está presente em outras formulações e tem suas raízes em Marx na Lei Geral de Acumulação (MARX,1985; 2008).

Para nos aproximarmos das primeiras formulações de políticas públicas, é importante recuperar a análise de Pochmann (2006a). Segundo o autor, as economias centrais fundaram suas bases de proteção social na difusão do trabalho assalariado. Porém, no Brasil, último país a abolir a escravatura, a transição do trabalho escravo para o trabalho "livre" ocorreu de forma extremamente conservadora e ambígua. Traços da mão de obra servil da aristocracia agrária (como se o trabalho livre fosse um prolongamento do trabalho escravo), o incentivo à importação de mão de obra excedente da Europa (considerada mais "qualificada" para o Brasil) e a exclusão da população negra do assalariamento (que passa a incorporar o exército industrial de reserva), estabelecem, como diz Fernandes (2005), efeitos na composição do movimento trabalhista no país e na configuração das classes sociais.

Apesar das mudanças históricas da relação do Brasil com o mercado capitalista mundial, seja no período colonial, monárquico ou na república, as características de heteronomia e dependência, assim como o paternalismo, patrimonialismo e mandonismo, mantiveram-se como resquícios profundos na formação brasileira (FERNANDES, 2005).

> [...] as impossibilidades históricas formam uma cadeia, uma espécie de círculo vicioso, que tende a repetir-se em quadros estruturais subsequentes. Como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra o seu preço, embora sejam muito variáveis os artifícios da conciliação (FERNANDES, 2005, p. 238).

O período da República Velha (1889-1930) delimitou um contexto de crescente urbanização, industrialização e a emergência do proletariado. As primeiras décadas do século XX foram marcadas pela intensificação do comércio externo alavancada pela produção cafeeira e a eclosão de diferentes segmentos sociais com o crescimento da classe assalariada. Tem-se o início da organização sindical com forte influência dos migrantes europeus e suas experiências das lutas operárias de inspiração anarquista. Em paralelo, registra-se o desenvolvimento das cidades e grandes conglomerados urbanos. A "questão social" é tratada com repressão e autoritarismo por parte das forças policiais (SANTOS NETO, 2015). Na saúde, predominavam as doenças transmissíveis, com ocorrências de epidemias interferindo no modelo econômico agroexportador. A atenção à saúde limitava-se às ações de cunho sanitário e higienista para controle das doenças infectocontagiosas (PAIM, 2003).

Do ponto de vista da proteção social, as respostas do Estado brasileiro às questões da velhice remontam historicamente às lutas das classes operárias nos anos 1930 por melhores condições de trabalho e o direito à aposentadoria. As reivindicações possibilitaram a emergência dessas questões para a cena pública e a exigência de enfrentamento por parte do Estado através de políticas sociais.

Seguem-se as políticas de regulação dos acidentes de trabalho, as aposentadorias, pensões e outros direitos relativos ao afastamento das atividades produtivas, desenhando um modelo de "proteção social" que geria os direitos restritos aqueles indivíduos formalmente ligados à produção, padrão nomeado por Santos (1979) como "cidadania regulada". A concepção cunhada por Santos (1979) demonstra o sistema de estratificação ocupacional de caráter meritocrático e particularista predominante no Brasil até 1966 (com a unificação da previdência) e em 1988 (com a seguridade social). A política previdenciária do período fixava uma distribuição desigual e compensatória dos benefícios, apoiada na compreensão de que os indivíduos deviam arcar com suas próprias necessidades.

Na previdência, o período assinala o surgimento das Caixas de Aposentadorias (CAPs) pela Lei Elói Chaves de 1923 e depois dos Institutos de Aposentadorias (IAPs), que se destinavam a cobertura de riscos alusivos à capacidade para o trabalho, tais como velhice, morte, invalidez ou doença, e dirigidos a determinados grupos profissionais, considerados estratégicos para a produção, a saber, os ferroviários e marítimos.

Paiva (2014) analisa a trajetória dos direitos sociais e da saúde nos textos constitucionais e apura uma mudança significativa na primeira constituição republicana em 1891 com a de 1934. A primeira, de inspiração positivista, demonstra explícita preocupação com a segurança nacional e apresenta características assistencialistas no "trato das necessidades da população indigente" (2014, p. 46). Em relação à aposentadoria, previa apenas para funcionários públicos, embora os decretos 9912/1888 565/1890 já indicassem aposentadoria para os empregados dos correios e trabalhadores ferroviários do setor público nacional. A constituição de 1934, de cunho mais liberal, contemplava reivindicações dos trabalhadores relativas à previdência para idosos, inválidos, gestantes e acidentados do trabalho.

No tocante ao envelhecimento, merece ser registrado que essas primeiras normativas, ao serem encaminhadas exclusivamente para o universo do trabalho, não admitiam ainda a velhice com um segmento social demandante de ação estatal, e sim a necessidade de amparo aos trabalhadores que viessem a envelhecer. Segundo Groisman (2015, p. 27), as teorias médicas do período[55] ressaltavam a ideia de que a invalidez para o trabalho era uma condição inevitável da velhice, considerada como um momento do ciclo vital de "irreversível declínio físico e mental". Essa lógica, alterada somente no final da década de 1970, no Brasil, preconizava uma visão de velhice relacionada à degeneração natural, reproduzindo a discriminação entre aqueles que trabalhavam e mereciam direitos, e os que não trabalhavam

[55] Ver Simões (2000) e Cauduro (1928), conforme revisão de literatura realizada por Groisman (2015).

(pobres e indigentes), similar às práticas assistenciais pré-capitalistas da Europa. Essas políticas amparavam apenas alguns segmentos de trabalhadores e com cobertura limitada à perda da capacidade laborativa.

Em 1937, é promulgada outra constituição brasileira que previa aposentadoria para funcionários públicos civis e militares. Segundo Paiva (2014, p. 59), essa constituição mantém os direitos sociais já conquistados, incrementando um enunciado mais conservador e preocupado com a "infiltração comunista".

A assistência social era designada aos indivíduos fora do espaço produtivo e sem reconhecimento social. A criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, é emblemática para a definição da "política da assistência" desse ciclo histórico, pois combinava a simbiose entre a iniciativa privada e a pública, bem como o reforço do clientelismo em detrimento à concepção do direito. Outras instituições foram criadas nessa época, tais como: SESC[56], SENAI, SENAC e SESI. Inclusive, essas instituições seriam as pioneiras junto ao trabalho com idosos nos anos 1960 (TEIXEIRA, 2008).

Na saúde, predominava a distinção entre saúde pública e a medicina previdenciária, e na previdência, a separação entre os institutos, cuja unificação somente ocorreria nos anos 1960 pela lei orgânica da previdência social. A uniformização dos direitos de todos os trabalhadores ampliou os benefícios, mantendo, porém, a exclusão dos trabalhadores rurais, autônomos e domésticos.

Para Behring e Boschetti (2011), com a queda de Getúlio Vargas em 1945, o Brasil entrou em um período de confronto entre projetos societários, à medida que o país intensificava seu processo de industrialização e, consequentemente, maior organização dos trabalhadores e demais movimentos sociais. Para as autoras, no momento posterior, entre 1945 e 1964, confrontaram-se tendências nos campos econômico e político com as diferentes facetas da burguesia brasileira, desde aquela representada pela burguesia industrial e financeira, mais afeita ao mercado internacional, até setores mais conservadores ligados ao ramo agroexportador. No ambiente político, verificou-se um crescimento dos movimentos sociais, tanto dos trabalhadores urbanos e rurais quanto de estudantes.

---

[56] Haddad (2017) aprecia em seu livro – *A Ideologia da Velhice* (primeira edição em 1986) – o discurso científico em relação à velhice e à proposta de educação permanente do SESC. A despeito da importância histórica do trabalho pioneiro dessa instituição junto aos idosos, a perspectiva educativa incorporada nesse projeto coadunava-se com uma vertente de promoção do autoconhecimento com ênfase na aprendizagem individual. Para a autora, o SESC replicava uma estrutura disciplinar de tutela e adestramento dos idosos em prol de uma velhice mais positiva. Teixeira (2008, p. 251) relaciona essa visão educativa com a proposta veiculada pelas Universidades da Terceira Idade, nos anos 1990, que tendem a focar suas ações em uma "reforma moral e intelectual" do velho.

Constatou-se então em 1964 uma disputa entre os projetos nacional-desenvolvimentista com reformas de base e o projeto de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Esse dilema foi “resolvido” com a violência da ditadura, expressando uma aliança entre as forças militares, a burguesia estatal, o empresariado nacional e internacional, e setores da classe média. Florestan Fernandes chama o período de autocracia burguesa.

> Quanto mais se aprofundam a transformação capitalista, mais as nações capitalistas centrais e hegemônicas necessitam de 'parceiros sólidos’ na periferia dependente e subdesenvolvida – não só de uma burguesia articulada internamente em bases nacionais, mas de uma burguesia bastante forte para saturar todas as funções políticas autodefensivas e repressivas da dominação burguesa (FERNANDES, 2005, p. 294).

Segundo Behring e Boschetti (2011), numa aparente dissintonia com os processos internacionais de reação burguesa à crise do capital, o Brasil articulava-se com o projeto de ampliação do mercado para a economia internacional. Paradoxalmente, esse foi o período de alargamento do sistema de proteção social brasileiro, ainda que de forma tecnificada, centralizada e não participativa. Estrategicamente, antecipavam-se as demandas sociais, de modo a conter a sua erupção em cena pública e manter a legitimidade do regime de exceção.

A previdência social ampliou suas ações no decorrer dos anos 1970, incluindo trabalhadores rurais, autônomos e domésticos, e operou a separação dos trabalhadores da gestão da previdência. Os idosos foram inseridos através da Renda Mensal Vitalícia (RMV) de 1974 (substituída posteriormente pelo Benefício de Prestação Continuada -BPC), que concederia meio salário mínimo a idosos “carentes” com mais de 70 anos e inválidos. A assistência transcorreu mantendo o formato clientelista do período anterior e dirigida aos grupos de “risco” que, incoerentemente, não se constituíam em grupos residuais, e sim na maior parte da população, na qual se encontravam os idosos pobres (TEIXEIRA, 2008). Na área da saúde, observou-se crescente privatização, incremento das tecnologias e medicalização, com predominância da atenção curativa e hospitalar.

Os anos de 1970 foram marcados pelo acirramento das condições antidemocráticas no Brasil, mas, contraditoriamente, foi o período das primeiras ações para definição de uma política para o segmento idoso, apesar de dispersas e pontuais (TEIXEIRA, 2017). No final dessa década, intensificavam-se os debates e movimentos em torno da questão do envelhecimento, visando positivar essa experiência, em grande parte, creditada ao movimento internacional e a bandeira levantada pela SBGG.

Segundo Rauth e Py (2016), com todas as adversidades do período, foram realizados três seminários regionais e um nacional por iniciativa da Secretaria de Assistência Social e sob

coordenação de militantes da área, resultando no primeiro documento sobre a Política do Idoso no Brasil. A discussão centrava-se nas recomendações internacionais, já preocupadas como o envelhecimento populacional, e em contexto de crise capitalista mundial, reproduzindo orientações para reformar os sistemas de proteção social.

Os anos 1980 deflagram o fortalecimento das forças democráticas sociais, impulsionando movimentos em vários campos da sociedade[57]. Ressaltam-se as disputas na Constituição Federal (CF/88) nas áreas da saúde, assistência, educação e saúde mental, entre outras. Por outro lado, é a década de aprofundamento da crise econômica. Pode-se apontar que o jogo político encerraria avanços e perdas relevantes.

As conquistas presentes nessa década incluem a redução da idade para aposentadoria[58] e reajuste da pensão vitalícia para o valor de um salário mínimo. Evidencia-se o envelhecimento como uma questão pública incorporada na qualidade de direito na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e nas legislações posteriores[59]. A partir da CF/88, houve o surgimento de outras instâncias representativas dos idosos, tais como conselhos de direitos e fóruns, e a proliferação de espaços culturais e de lazer, mais conhecidos como espaços de convivência, como as atividades desenvolvidas pelo sistema SESC e as universidades abertas da terceira idade. A influência dos movimentos internacionais organizados pela ONU já se faziam sentir, sobretudo a primeira assembleia mundial sobre envelhecimento em Viena em 1982, culminando na incorporação do tema na carta constitucional de 1988 (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2016).

Retomando os movimentos sociais da área, temos o movimento de aposentados e pensionistas como paradigmático. Conforme Simões (1994), o referido movimento assumiu maior visibilidade nos anos de 1991 e 1992 pela mobilização conhecida como “147%”. Afora ampla repercussão popular, expressou a revolta dos idosos pela forma como eram tratados no país e representou igualmente a força política do segmento de aposentados, considerados desorganizados e silenciosos na arena social.

---

[57] Campanha das Diretas Já, organização das centrais sindicais e fundação de outros partidos políticos, inclusive o Partido dos Trabalhadores (ANTUNES, 1999 e 2002). Na área do envelhecimento, destacam-se: Associação cearense pró-idosos (ACEPI), Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COPAB) e Associação Nacional de Gerontologia (ANG) (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2016).

[58] Na área urbana, 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres. Na área rural, 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres.

[59] Política Nacional do Idoso (PNI) e o decreto que o regulamenta (BRASIL, 1994;1996a); Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999b), revisada em 2006 pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006d); e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

O autor esclarece que esse não seria o primeiro evento de engajamento dos aposentados na cena política, que de fato representou uma unidade em prol de reinvindicações mais coletivas, diferente dos períodos anteriores, nos quais havia maior dispersão dos segmentos organizados por categorias profissionais e por suas respectivas lideranças sindicais.

Teixeira (2008), apoiada nos estudos de Haddad (1991), lembra que, decerto, a conjuntura dos anos 1980 favoreceu o surgimento de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento de aposentados e pensionistas. Um dos limites do movimento foi não ter conseguido estabelecer articulações mais consistentes com os trabalhadores da ativa e suas representações sindicais, favorecendo um processo de setorização das lutas dos trabalhadores. Simões (1994) também admite que o movimento anunciou suas ambiguidades: ao passo que inaugurou uma organização expressiva, construiu sua identidade em reinvindicações pontuais.

Para Simões (1994), as mudanças ocorridas no cenário brasileiro e as novas formas de controle dos sindicatos interferiram na organização e participação política, introduzindo conflitos entre gerações de trabalhadores. O autor recupera que o processo de unificação do sistema previdenciário e o período ditatorial criaram um "relativo silêncio político em torno das questões referentes à aposentadoria" (SIMÕES, 1994, p. 4). Somente no decorrer dos anos 1980 houve a retomada mais eloquente dessas lutas com a criação de associações de aposentados e a revitalização dos departamentos sindicais. Não por acaso, tiveram importante participação no processo da constituinte, integrando grupos de trabalho para a restruturação da previdência social, além da organização política com crescimento de associações e filiações de novos aposentados.

Simões (1994) destaca que a vitória alcançada pelo segmento no evento "147%" eclodia para a sociedade não apenas como um benefício concedido, mas em particular mostrou a capacidade de luta dos aposentados – até então considerados velhos e inúteis – e publicizou, dentre outros episódios, o desvelamento do lugar dos velhos na sociedade, frequentemente relacionado à doença e inutilidade.

> [...] a morte de um aposentado na fila do banco, o relato de um superintendente do INSS 'a culpa é dos próprios aposentados, que querem ir todos ao mesmo tempo ver a cor do dinheiro, são velhos, doentes e estressados', e a cena (registrada pela TV) de uma agressão pela PM a um idoso de 70 anos que participava de um protesto, foram fatos que contribuíram para a vitória do movimento (SIMÕES, 1994, p.7).

Sugerimos, para aprofundamento da trajetória de lutas dos movimentos sociais da área, três grandes teses que versam a respeito do assunto (HADDAD, 1991; SIMÕES, 2000; PAZ, 2001). A despeito das particularidades do movimento de aposentados e pensionistas, sendo desnecessário lembrar que essas associações não eram uniformes e as vinculações com as

empresas privadas, públicas e semiestatais conferiam legislações e direitos diferenciados, por conseguinte, imprimiam formas de lutas diversificadas. Reforçamos que a relevância desse movimento repousa na sua importância para a politização e organização das lutas sociais (TEIXEIRA, 2008).

2.1.3 O envelhecimento em tempos de crise capitalista e as contrarreformas

A década de 1990, configurada pelo advento do neoliberalismo, marca o que Behring (2002) chama de "redirecionamento das conquistas sociais de 88". Esse período é denominado pela autora como de contrarreforma[60] do Estado, pois o mote da "reforma" no aparelho estatal era propagado como uma das causas centrais da crise econômica. Dentre as ações previstas, tinha-se o enxugamento do Estado, no sentido do desinvestimento em áreas não prioritárias e a privatização de setores rentáveis para o capital.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), defendia o princípio de que caberiam ao Estado as funções de financiador e coordenador das políticas sociais, sendo sua execução transferida para o setor público não estatal. O plano propunha a divisão do Estado em quatro setores: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não exclusivos e o setor de produção de bens e serviços para o mercado. As políticas sociais foram inseridas no setor de serviços não exclusivos, podendo, portanto, serem geridas em parcerias público-privadas (BEHRING, 2008).

A contrarreforma do Estado assumiu maior consistência no governo de FHC e do Ministro Carlos Bresser Pereira, continuada nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) de Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) e Dilma Rousseff, e aprofundada nas gestões de Michel Temer e Jair Bolsonaro, como veremos mais à frente.

Reitera-se que esse processo de contrarreforma do Estado alinha-se aos interesses do grande capital, atendendo aos organismos internacionais e alimentando o processo de financeirização. Identificam-se a persistência de dificuldades no plano da garantia de direitos e a continuidade dos programas de ajuste macroeconômico estruturados no subfinanciamento da seguridade social e no redimensionamento das políticas sociais (MOTA, 2012).

A primazia do capital financeiro interfere diretamente na capacidade do Estado em gerir o orçamento do fundo público, que assumirá papel relevante na reprodução ampliada do capital

---

[60] O termo reforma, dos anos 1980, perde sua concepção original referente às lutas sociais por ampliação de direitos. O que se observa, a partir desse período, é que o uso da expressão se destina a supressão de direitos, logo caminha mais na direção das contrarreformas (NETTO; BRAZ, 2009).

ao viabilizar a socialização dos custos para a reprodução da força de trabalho e o consumo de serviços sociais. O fundo público é composto por recursos arrecadados pelo Estado, através de impostos e contribuições, para o cumprimento de suas despesas. Tem sido objeto de crescente disputa política, mediada pelo Estado, entre classes e frações de classe. A noção de disputa envolve a compreensão de que a análise sobre a gestão não se reduz a uma questão técnica. Para além disso, traduz embates políticos diante das decisões relacionadas às formas de arrecadação e seus respectivos destinos. Nessa direção, o fundo público assume centralidade no capitalismo contemporâneo em razão do lugar que ocupa na dinâmica de acumulação da sociedade capitalista (SALVADOR, 2012).

Desde 2000, tem havido perda gradativa dos recursos da seguridade social por intermédio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que desvincula 20% do orçamento para o pagamento da dívida pública. Conforme Salvador (2012), no período de 2000 a 2009, o fundo público transferiu o equivalente a 45% do PIB produzido em 2009 para o capital financeiro. Com base nos dados do Instituto de Estudos Socioeconômicos de 2010, o autor demonstra que, com esses recursos, seria possível custear o Programa Bolsa Família (PBF) durante 108 anos ou subsidiar a educação durante 40 anos, se mantido o mesmo valor gasto em 2009.

Em 2016, a majoração de incidência da DRU foi alterada para 30% por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 31/2016, que prorroga até 2023 a permissão para que a União utilize livremente parte de sua arrecadação e praticamente dobre os recursos subtraídos dos setores da previdência social, saúde, assistência social e seguro desemprego (RODRIGUES, 2016; FAGNANI, 2019).

Para Fagnani (2019), o período de 2016 a 2018 consolida a radicalização do projeto neoliberal, acentuando as reformas em curso. Ainda no governo Temer, distinguem-se os seguintes atos da política de austeridade:

a) a ampliação da desvinculação constitucional de recursos das políticas sociais através da DRU, como visto no parágrafo anterior;
b) o novo regime fiscal implantando pela PEC 95 aprovada pelo Senado Federal em 12 /12/2016, que limita os gastos públicos por 20 anos com saúde, educação, previdência, assistência, cultura etc. O principal objetivo dessa PEC é reduzir a despesa primária do governo federal, de cerca de 20% para 12% do PIB entre 2017 e 2036;

c) o fim da vinculação de recursos para a área social, interferindo, em particular, na Política de Assistência Social e, como consequência, nos programas de transferência de renda para a população em condição de pobreza ou indigência;
d) retrocesso nos direitos trabalhistas e sindicais. A "reforma" trabalhista foi sancionada em 25/03/2017, com a aprovação das terceirizações sem limites, regredindo os direitos trabalhistas e sindicais ao estágio em que estavam antes da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) de 1943. Dentre as várias mudanças fixadas, têm-se o aumento da jornada de trabalho, o trabalho intermitente, a redução do tempo de horário de almoço, o impedimento de reclamação trabalhista e a livre negociação;
e) "reforma" previdenciária. A proposta do Governo Temer foi suspensa em fevereiro de 2018, devido a intervenção federal na segurança pública do estado do Rio de Janeiro, que perdurou até 31 de dezembro de 2018 (BETIM, 2018). No Governo de Bolsonaro, a projeto de contrarreforma foi retomado pela PEC 06/2019[61].

Abordaremos a seguir, em face da correspondência com o nosso objeto de estudo, as principais alterações no âmbito da Previdência Social e das Políticas de Assistência Social e Saúde, assim como o impacto na área do envelhecimento.

2.1.3.1 Previdência social

Em relação à "reforma" da previdência, as propostas são devastadoras para os trabalhadores ao propor mudanças substanciais de contenção de direitos, principalmente aquelas relacionadas às aposentadorias e pensões. Desvinculam os reajustes das pensões e do BPC do salário mínimo, propõem aumento da idade e tempo de contribuição para aposentadoria, dentre outras sugestões, agudizando as desigualdades sociais, raciais e de gênero.

É bom lembrar que a CF/88 introduziu o conceito de seguridade social que consiste em uma série de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinada a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social. Do ponto de vista orçamentário, previu o financiamento oriundo de diversas fontes: contribuições sobre os salários, lucros das loterias, Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

[61] Até o momento de defesa dessa tese, a PEC 06\2019 encontrava-se em trâmite no Senado Federal.

(COFINS), os lucros das empresas (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das empresas (CSLL)) e as receitas da União.

A previdência social tem caráter contributivo e filiação obrigatória. Há dois regimes jurídicos de previdência social: Regime Geral de Previdência Social (RGPS) para trabalhadores do setor privado (assalariados e autônomos) vinculados ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) para servidores públicos, regulamentados e organizados pela União, estados e municípios.

A primeira emenda constitucional (EC/20) de reforma previdenciária ocorreu em 1998 durante o governo de FHC. Para os servidores públicos, essa emenda estabeleceu idade mínima para aposentadoria de 60 anos para homens e 55 para mulheres e eliminou a aposentadoria especial para os professores universitários. Para o RGPS, a principal mudança consistiu na substituição de tempo de trabalho pela contagem das aposentadorias por tempo de contribuição. Essa emenda impediu que os trabalhadores informais se aposentassem mesmo com comprovação de tempo de trabalho e o tempo de contribuição para o direito à aposentadoria passou a ser de 30 anos para as mulheres e 35 anos para os homens.

Em 1999, com a Lei 9876, houve a criação do fator previdenciário, cujo objetivo era desestimular as aposentadorias de pessoas mais jovens, o que em realidade penalizava os trabalhadores que começavam a contribuir mais cedo. Mediante um cálculo complexo, estima-se o tempo de sobrevida do beneficiário com base nos indicadores de expectativa de vida, reduzindo o valor da aposentadoria para os segurados com idade menor.

A segunda emenda constitucional de 2003 (EC 41/2003) ocorreu no governo Lula e atingiu mais diretamente os servidores públicos. Extinguiu a integralidade dos proventos na aposentadoria e instituiu o regime de previdência complementar. No caminho aberto para a capitalização da previdência social, a Lei 12618/12, promulgada no governo de Dilma Rousseff, regulamentou a previdência complementar do servidor público federal e autorizou a criação de fundos próprios de pensão para estados e municípios.

Em 2015, foram aprovadas alterações nas regras de pensão por morte, que, até então, não se exigia um tempo mínimo de contribuição do segurado, nem duração da união e idade mínima para os cônjuges. O benefício era vitalício para cônjuges e filhos incapazes, e o seu valor era equivalente ao benefício do segurado. Foram várias as mudanças. Destacamos as principais: introdução de uma carência de dezoito meses de contribuição, duração mínima de casamento ou união estável para acessar o direito, duração do benefício de pensão em função da idade do(a) pensionista (quanto menor a idade, menor a duração do benefício).

Ainda em 2015, outra mudança foi introduzida na legislação previdenciária através da fórmula 85/95, com progressão contínua até atingir o fator 90 para mulheres e 100 para homens em 2026. Em 2019, essa fórmula passou para 86/96. Os números representam a soma da idade mais o tempo de contribuição.

Os argumentos do governo, respaldados pela grande mídia e segmentos da elite brasileira, de que há uma crise financeira e fiscal a exigir o reordenamento do orçamento público, vêm sendo questionados por pesquisadores da área e associações não governamentais, tais como a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2011), Boschetti e Salvador (2006), Granemann (2016), Assis (2016), dentre outros. Tendo como referência a Previdência Social, relatórios da ANFIP (2011) comprovam não haver déficit nas contas públicas. Ao contrário, os dados atestam haver superávit, ou seja, montante de arrecadação maior do que as despesas.

Segundo Assis (2016), para reequilibrar as contas da Previdência Social, é vital, primeiramente, o direito ao trabalho. Na sequência, é preciso viabilizar outras possibilidades de arrecadação para além da contribuição direta dos trabalhadores, tais como o término das isenções fiscais e a taxação do agronegócio e das grandes empresas.

As contrarreformas neoliberais investem no discurso consensuador de redução dos gastos públicos, procurando substituir o regime de repartição da previdência, regulado pelo princípio da solidariedade intergeracional e entre as classes trabalhadoras – "[...] aqueles inseridos no mercado de trabalho contribuem diretamente para a proteção social dos que perderam temporariamente ou permanentemente a sua capacidade laborativa" (ASSIS, 2016, p.24) – para o regime de capitalização, no qual a aposentadoria seria variável conforme os fundos aplicados por acionistas individuais ao longo da vida. Opera-se uma rotação do pacto coletivo, que incorpora o fundo público gerido pelo Estado, para o de responsabilidade individual direta imposta pela financeirização das políticas sociais, invocando a desconfiança entre gerações e fomentando a oposição entre classes, grupos, gêneros, idades, segmentos urbanos e rurais (FRATORELI, 2015).

Em artigo produzido há cerca de vinte anos atrás, Simões (1997, p. 1) recuperava um relatório do Banco Mundial (1994)[62], que já alertava para o crescente envelhecimento populacional e a sustentabilidade dos sistemas de proteção social. O documento sugeria como saída para a "crise da velhice", aumento nas contribuições individuais e maior participação do setor financeiro privado.

---

[62] "Evitando a crise da velhice: políticas para proteger os idoso e promover o crescimento."

Simões (1997) enfatiza que os argumentos eram (e parecem continuar no mesmo tom ou pior) tão ameaçadores e as perspectivas tão soturnas que não restava outra saída para os países (quer de economias mais estáveis ou não), senão instituir medidas de reformas previdenciárias, em um discurso retórico convertido em uma espécie de "crônica de uma crise anunciada" (SIMÕES, 1997, p. 4).

Nessa lógica, o autor considera pertinente recorrer brevemente à história da institucionalização do direito à aposentadoria. Para os objetivos de nosso estudo, esse recurso é importante para compreendermos melhor os interesses em jogo na cena contemporânea.

De acordo com o autor, a aposentadoria, desde suas origens, no sistema de seguro social da Alemanha de Bismarck, dirigia-se especialmente para os trabalhadores incapacitados por motivos de doença ou invalidez, e não para os idosos ou trabalhadores que tivessem atingido uma dada faixa etária definidora da velhice cronológica. A "velhice" costumava ser demarcada a partir das situações de adoecimento ou incapacidades mais definitivas, que impunham limites à capacidade física (e mental) da força de trabalho. O autor alerta que a maior parte das aposentadorias era destinada aos "doentes e inválidos, não para os velhos" (1997, p. 7). O trabalhador, mesmo com idade avançada e que tinha preservada sua força física, permanecia trabalhando até seu total esgotamento.

Contudo, nas primeiras décadas do século XX, com a incorporação de novas tecnologias na produção e maximização da produtividade, os trabalhadores mais velhos passaram a ser discriminados por serem mais lentos e menos produtivos, gerando maior custo em face dos salários mais altos e a inadaptação às novas condições de trabalho. Em que pese a importância das lutas sociais na pressão pelos direitos ao trabalho, a aposentadoria, nesse cenário, também se tornaria uma saída econômica mais vantajosa do que manter esses trabalhadores nas empresas. Para Simões (1997, p. 8), "[...] houve assim uma estreita vinculação entre as preocupações públicas com a aposentadoria e as formas de discriminação dos trabalhadores idosos".

As formulações dos sistemas de aposentadorias estabelecidas após a Segunda Guerra, de inspiração beveredgiana, diferenciariam-se substancialmente dessas primeiras experiências, ao estabelecer o direito universal à aposentadoria, inaugurando a ideia de solidariedade entre gerações e ampliando a esfera de enfrentamento dos riscos sociais para o âmbito coletivo.

As contrarreformas atuais visam responder de modo matemático e objetivamente contábil a uma questão política e pautada nas suas origens no pacto de solidariedade intergeracional, rompendo com as bases universais da proteção pública para afirmar a solidariedade familiar e privada. As estimativas futuristas que anunciam a falência dos sistemas

de proteção social repousam em análises demográficas probabilísticas. Temos acordo com Simões (1997): projeções dessa natureza não são capazes de contemplar as variações sociais, políticas, econômicas, culturais e éticas. Assim como não é possível comparar os idosos de hoje com os idosos de quarenta anos atrás, também não é factível pensar os velhos do futuro com base na experiência atual.

De acordo com Santos Neto (2013, p. 217), os cálculos demográficos que comprovam o aumento da população de velhos e as projeções alarmantes para os anos futuros, "[...] tornaram-se armas fundamentais para dobrar os movimentos sociais resistentes às contrarreformas indispensáveis ao novo padrão da acumulação flexível".

Inferimos que há outros interesses por trás dos argumentos de maior sustentabilidade do sistema. Além disso, as alegações de aumento da expectativa de vida realizando comparações com os países de capitalismo central em uma "[...] hegemônica afirmação ideológica da necessidade de contrarreformas substanciais no sistema previdenciário" (SANTOS NETO, 2013, p. 217) cumprem com o propósito de nivelar e escamotear as profundas diferenças existentes nas condições de vida e contextos históricos entre essas nações e o Brasil. O que não se discute propositadamente são as desigualdades brasileiras que balizam expectativas de vida diferenciadas por classe social, regiões, gênero, raça/etnia e outros marcadores, resultantes de uma sociedade com extenso passado escravista, industrialização tardia e políticas sociais compensatórias. Soma-se a esses elementos a narrativa que dissimula interesses de escoamento dos recursos da seguridade social para o mercado de capitais (SALVADOR, 2012).

2.1.3.2 Assistência social

A contrarreforma do Estado que atinge as políticas públicas brasileiras incide de forma contundente na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004), promovendo retrocessos históricos na concepção de direitos.

A assistência social é reconhecida como direito não contributivo e política pública garantida pelo Estado. Foi afirmada legalmente pela CF/88, no tripé da seguridade social, regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993 (BRASIL, 1993) - atualizada pela lei 12436 – (BRASIL, 2011b), e pela PNAS (BRASIL, 2004) que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A política de assistência social e sua materialização em forma de proteção básica e especial compõe articuladamente as demais políticas sociais, o sistema de proteção social brasileiro.

Segundo Raichellis e Yazbek (2018), as ações desempenhadas na atenção básica, de média e alta complexidade, devem contemplar a apreensão crítica das desigualdades sociais, compreendendo-as como expressão de determinações sociais mais amplas. Para as autoras, apesar do desmonte das políticas públicas e significativa restrição orçamentária, a política de assistência social obteve avanços que merecem ser notabilizados, especialmente após a aprovação da PNAS e do SUAS, que impulsionou o reordenamento das ações socioassistenciais e, principalmente, o acesso dos segmentos da classe trabalhadora mais pauperizada.

Silva (2018) afirma que há dois ciclos de desenvolvimento do SUAS que devem ser registrados: de 2005 a 2011 e de 2012 a 2016. No primeiro ciclo, que inclui a instituição do SUAS e da reformulação da LOAS, são montadas as bases legais de orientação da PNAS, através das normas operacionais básicas e a tipificação dos serviços socioassistenciais. É o período de legitimação da política de assistência social na história brasileira. O segundo ciclo delimita o período de consolidação do SUAS com reformulação de conceitos norteadores, investimentos na qualificação e educação permanente de gestores e profissionais do sistema, além do maior protagonismo dos usuários nas conferências.

Conforme os dados do Censo SUAS (BRASIL, 2016c), os equipamentos socioassistenciais estão localizados em 94% dos municípios do país com mais de 50 mil habitantes, alcançando trinta milhões de famílias referenciadas. Em 2016, 4,5 milhões de brasileiros recebiam BPC[63], dentre os quais 1,9 milhões de idosos, e 13,5 milhões recebiam o benefício de bolsa família[64]. Não são números desprezíveis, muito menos alentadores. Corroboram o quão é relevante a questão da pobreza em nosso país.

Esse panorama é revelador da centralidade dos programas de geração de renda na proteção social, dado o maior investimento governamental, não só no Brasil, como na maioria dos países capitalistas (BOSCHETTI, 2012). O debate crítico tem sido categórico quanto ao alcance limitado deles, pela focalização e não interferência nas determinações fundantes da pobreza e da desigualdade social. Apesar do caráter compensatório assumido por essa política, os esforços por uma seguridade social ampliada e universal se dirigem para a maior abrangência dessa. Ademais, não há como, em circunstâncias de crescente empobrecimento da população, prescindir de políticas dessa natureza.

---

[63] O BPC (Benefício de Prestação Continuada), regido pela LOAS (BRASIL,1993), é um dos principais programas de transferência de renda do país. Destina-se a idosos acima de 65 anos e pessoas com deficiência e incapacitadas para o trabalho, com renda familiar per capita inferior a ¼ do salário mínimo.

[64] O Benefício de Bolsa Família é dirigido para famílias em situação de pobreza (renda mensal entre R$ 89,01 e R$ 178,00 por pessoa) ou extrema pobreza (renda mensal de até R$ 89,00 por pessoa). Valores de 2019.

A partir de 2016, constata-se um período de desconstrução do SUAS e a montagem de um projeto de "[...] assistência social orientada pelo liberalismo radical, ortodoxo e conservador" (SILVA, 2018, p. 2). Dentre alguns dos desafios anunciados no processo de formulação da política e acirrados na conjuntura atual, têm-se: a) a ideia liberal de manejo da situação de risco, seguindo orientações dos organismos internacionais; b) a precarização no mundo do trabalho, em paralelo com as perdas progressivas no âmbito da proteção, gerando ampliação de demandas por serviços assistenciais, historicamente focalizados para as condições de extrema pobreza; c) o aprofundamento da programática neoliberal e o ultraconservadorismo.

A restrição orçamentária é profunda. Segundo Silva (2018), o BPC para idosos perdeu 410 milhões de reais e houve a redução de 495 milhões para o BPC de pessoas com deficiência. Contenção de 56% do orçamento indicados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) para a proteção básica e redução de 44% para a proteção especial de média complexidade. Para a autora, a conjuntura atual evidencia uma concepção de assistência social pautada no mérito, fisiologismo e no enfrentamento da pobreza com base em ações pontuais.

Não obstante a mobilização do campo que resultou na promulgação da LOAS e do SUAS, a PNAS segue por constantes ataques à concepção da assistência como política pública, reavivando antigas fórmulas clientelistas e ativando conceitos como os de vulnerabilidade e riscos sociais. Não cabe, no escopo deste estudo, apontar o debate crítico sobre o uso desses termos. No entanto, seu emprego sem a devida qualificação pode incorrer em generalizações ou despolitização das expressões da "questão social" na sociedade capitalista. A materialidade da "questão social" no cotidiano de vida da população não se configura como atributo individual, tampouco em demarcação de regiões fronteiriças entre uma condição e outra. Ao contrário, é resultante de uma dinâmica estrutural de exploração do trabalho e suas manifestações que geram profundas desigualdades entre as classes e frações de classe. Esses conceitos são carregados de intencionalidades, nas quais se imputa a qualidade de vulnerável ou de risco como uma condição pessoal e desvinculada do movimento de produção e reprodução das desigualdades inerentes ao sistema capitalista (RAICHELIS; YAZBEK, 2018).

Observa-se o influxo significativo na proposta concebida ao longo de mais de uma década, referenciada na proteção social universal e de direito, e um cenário preocupante em termos de indicadores sociais. De acordo com dados do IBGE (2017), houve aumento do número de pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza de aproximadamente 50% em apenas dois anos. Em 2016, havia 24,8 milhões de pessoas vivendo com menos de um quarto de salário mínimo (12,1% da população). No início de 2017, 13,34 milhões de pessoas viviam

em pobreza extrema. Ao final do ano, esse quantitativo ampliou para 14,83 milhões, equivalendo a 7,2% da população.

Ignorando ou subestimando essa realidade, a PEC 06/19 encaminha a proposta de redução do valor do BPC para R$ 400,00 para idosos entre 60 e 69 anos, com integralização para um salário mínimo apenas após 70 anos, restringindo ainda mais o acesso da população idosa em situação de pobreza aos mínimos sociais.

2.1.3.3 Saúde

Se o acesso universal e integral aos serviços de saúde é um direito preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990a), configura-se concomitantemente como um dos mais complexos desafios na quadra histórica em que estamos.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante resgatar o transcurso histórico do Movimento de Reforma Sanitária e da construção de um sistema pautado em princípios como: universalização, humanização, atenção integral, descentralização e participação popular. Afora as leis que o regulamenta - 8080/1990 (BRASIL, 1990a) e 8142/1990 (BRASIL, 1990b), diversas outras portarias, decretos, normas operacionais, foram criadas com fins de sua complementação em aspectos específicos.

A área da saúde convive, desde muito tempo, com disputas que pleiteiam sentidos antagônicos para a saúde: ora com um bem inestimável para a vida e um direito humano, ora com um bem passível de ser mercantilizado. Paim (2003), esmiuçando os rumos da Política de Saúde nas décadas de 1990 e 2000, advertia, assim como Bravo e Menezes (2013), que de fato havia projetos de saúde distintos. Para o autor, era possível reconhecer três formatos: o SUS democrático – defendido pelo movimento da reforma sanitária –, o SUS formal – amparado pela legislação – e o SUS real – submisso às sentenças da área econômica e focalizado nas populações pobres. Bravo e Menezes (2013) nomeavam esses projetos como antagônicos (reforma sanitária e privatista) e alertavam para um quarto projeto, que apostava na flexibilização de certos princípios e propunha um SUS renovado.

Como vimos, o processo de contrarreforma na saúde não é novo. Presenciamos os ataques ao SUS e seus princípios, desde a década de 1990, com abertura para o capital por meio de incentivos para o mercado privado na saúde e desqualificação do caráter público e universal do sistema, reproduzindo um discurso de inviabilização do SUS. Os ataques, mesmo incisivos, não explicitavam um movimento aberto contra o SUS, e sim um conjunto de ações que minavam o sistema por dentro dele, refuncionalizando seus princípios (SOARES, 2018).

Durante os governos petistas, observou-se a intensificação de conflitos entre projetos na saúde, mas ainda a existência de propostas governamentais com base na reforma sanitária flexibilizada. No Governo Temer e no atual, constata-se uma completa derruição do SUS, pelo incremento do projeto privatista. Com a PEC 95/2016, segundo o IPEA (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), a restrição do orçamento pode chegar a uma cifra de 640 bilhões, o que subverte sobremaneira a universalidade do acesso.

Enumeramos outros desafios, como os novos modelos de gestão, que trataremos no capítulo 4, e a regulamentação dos planos de saúde populares que institucionaliza a saúde como um bem privado. Segundo Casemiro (2018), assente nos dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), houve entre 2015 e 2017 queda de 3,1 milhões de usuários dos planos privados de saúde, impulsionando a proposta de arranjos para absorver parte da população que não conseguia pagar os convênios mais caros, evidentemente com cobertura reduzida. Outro dado pertinente para entendermos a magnitude da pressão dos capitalistas da saúde é que, apesar dessa queda, em 2016, houve o aumento da receita em 12% e lucro líquido de 66%, certificando como esse empreendimento transformou-se em negócio altamente lucrativo (CASEMIRO; CAVALCANTI, 2017).

Alterações significativas e retrógadas são constatadas nas políticas setoriais de saúde. Na saúde mental, houve recentemente grande mobilização em face da divulgação da nota técnica 11/19 do Ministério da Saúde (MS), retirada posteriormente de circulação, após pressão social e repúdio do movimento organizado da área. As orientações explícitas no documento e em algumas portarias e resoluções emitidas desde 2017 caminham na contramão da Reforma Psiquiátrica, com a tentativa de fortalecer o aparato manicomial (duramente enfrentado no decorrer de três décadas), representado pelos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, argumentos técnicos para a utilização da eletroconvulsoterapia (eletrochoque), no uso indevido de psicofármacos e outros mecanismos de controle e segregação (ABRASCO, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), similarmente, passou por reformulações importantes. Daremos rápido destaque a essa política porque a rede de atenção em saúde do idoso é organizada a partir da atenção básica, logo, alterações conceituais e de financiamento impactam diretamente esse universo.

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado por Estratégia de Saúde da Família (ESF), configurado como uma das principais estratégias da atenção básica. Em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), também criado na década de 1990, montou as bases para a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB), sancionada em 2011 (BRASIL, 2011c) e revista, apressadamente, em 2017 (BRASIL, 2017a), com impactos no orçamento previsto e na proposta assistencial.

Essa reformulação, segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), foi sancionada de forma autoritária e sem a participação dos segmentos profissionais e de usuários da saúde. O controle social foi totalmente ignorado por essa gestão do MS. As mudanças propostas redimensionam a atenção básica que se descompromete com a integralidade na saúde para estratificar a população usuária. Conceitualmente, a nova política desconsidera a produção científica acumulada e as matrizes referenciais do SUS e do movimento de reforma sanitária. Prevê redução de financiamento com mudanças na organização das equipes, retirando a obrigatoriedade de composição com agentes comunitários e profissionais de saúde bucal, interferindo diretamente na capacidade de cobertura territorial, na construção dos vínculos e na garantia do cuidado integral. Diante disso, a área da saúde do idoso, igualmente, sofrerá rebatimentos, pois não será atendida na sua totalidade, contrariando as perspectivas apontadas pela legislação específica. Vejamos.

Verificamos um crescente debate sobre as redes de atenção em saúde (RAS) como potencializadoras de uma assistência integral e mais sensível às múltiplas e complexas necessidades dos idosos. Em relação à dimensão epidemiológica, apura-se que a mudança do perfil de morbidade da população demonstra alterações no padrão das doenças que mais acometem os idosos, conhecidas como crônico-degenerativas, que requisita ao sistema de saúde uma atenção sistemática, prolongada e em diferentes pontos da rede socioinstitucional (BERNARDO; ASSIS, 2014). O Brasil vive uma dupla transição epidemiológica, já que não resolveu problemas sanitários críticos, indicando um elevado índice de doenças infectocontagiosas em paralelo com as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), apresentando um delineamento complexo e heterogêneo (PAIM, 2003).

No que concerne à ideia de rede como premissa para sistemas igualitários e universais de saúde, verifica-se sua previsão na CF/88 e posteriormente nas normas operacionais de assistência à saúde (NOAS) (BRASIL, 2001; 2002a). Em 2006, com a aprovação do Pacto pela Saúde, que incluía o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto pelo SUS, propõe-se maior flexibilidade no sistema e aperfeiçoamento das redes (BRASIL, 2006b). A saúde do idoso é definida como uma das seis prioridades do Pacto pela Vida, e a construção de redes permanece como indicativo do Pacto de Gestão. Nesse mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006c), que, como vimos no capítulo 1, passa a ser referência para os diferentes níveis em saúde e para a área do envelhecimento. A PNPS, como política transversal, articula-se à PNAB na rede de atenção básica.

Em 2010, a RAS foi regulamentada pela portaria 4279 (BRASIL, 2010) e ratificada pelo decreto 7508 (BRASIL, 2011a), estabelecendo as diretrizes para sua organização no SUS, cuja finalidade precípua seria integrar serviços e ações em saúde, garantindo acesso e atenção continuada à população adscrita em dado território. Segundo Albuquerque e Viana (2015), a racionalidade que orienta a RAS não se distancia das contrarreformas e reforça uma lógica economicista de priorização de recursos pelos níveis de atenção.

Estritamente na saúde do idoso, a promulgação da portaria 702 (BRASIL, 2002b), anterior à portaria do SUS, já apontava "[...] a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso". Explicita a relevância e urgência da criação desses sistemas integrados com hospitais gerais do SUS, em condições técnicas para a assistência ao idoso no nível ambulatorial e de internação hospitalar. Os centros de referências seriam polos de atenção integral, compreendendo diversos níveis: acompanhamento especializado ambulatorial, internação em leitos geriátricos, hospital dia e atenção domiciliar. Segundo Veras, Caldas e Motta (2014), tais redes não chegaram a ser estabelecidas por ausência de requisitos previstos na própria portaria. Por outro lado, o MS, ao promulgar a portaria em 2010, priorizou outras áreas, a saber: atenção em obstetrícia e neonatal, doenças crônicas, atenção psicossocial, urgência e emergência.

Em 2006, com a PNSPI (BRASIL, 2006d), foram previstos serviços especializados em geriatria em nível secundário. A política destaca o idoso em condição de fragilidade e recomenda ações de reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, intermediadas pelas unidades de saúde e sustentadas pela intersetorialidade. Enfatiza a atenção domiciliar como uma das intervenções em saúde preferenciais e prioritárias ao idoso em tais condições.

A PNSPI também anuncia o enfrentamento de questões como a escassez de serviços de atendimento domiciliar, previstos anteriormente na Política Nacional do Idoso de 1994 e no Estatuto do Idoso de 2003. Reitera a necessidade de ofertar um suporte qualificado e constante de cuidados, tendo como principal via o incremento da atenção básica. No mesmo ano, é lançado um caderno de orientação aos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2006e) sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, reafirmando a perspectiva de porta de entrada do sistema por esse nível de atenção e traçando diretrizes necessárias ao atendimento e manejo das situações de saúde apresentadas pela população idosa.

Em 2014 e 2019, foram publicados dois documentos pelo Ministério da Saúde com diretrizes e orientações para uma linha de cuidados para os idosos no âmbito do SUS (BRASIL, 2014; 2019). Retomam os indicativos da PNSPI, assim como as referências norteadoras, e reforçam os desafios ressaltados em 2006, que em nossa percepção, se avolumam no contexto

atual. Trataremos mais detalhadamente dessa rede no capítulo 4. No momento, é oportuno sintetizar essa seção.

As contrarreformas do Estado, com forte impacto na seguridade, como elencamos nos parágrafos anteriores, são desdobramentos de uma política econômica mantida pelo Estado na acumulação e valorização do capital com efeitos deletérios sobre a população. É oportuno asseverar, sem receio de cometer exageros, que a crise se recobre de contornos ainda mais preocupantes na velhice, dado que a restrição da proteção social interfere diretamente nas condições de vida, com crescente dissolução e violação dos direitos. Segundo Capucha (2005, p. 340), o envelhecimento é um "bem de inestimável valor", e, a despeito dos novos desafios que surjam, é necessário enfrentá-los sem custos humanos adicionais e sem retrocessos nas conquistas sociais.

Em que pese o desmonte da proteção social no capitalismo contemporâneo, os direitos sociais alcançados ao longo do século XX, é mister salientar, decorrem da organização coletiva. Não obstante as projeções demográficas alertarem para o colapso da proteção social frente ao crescimento populacional de idosos, procede sustentar que não existiria a atual longevidade, não fossem as conquistas sociais que garantiram o acesso a determinados direitos (FALEIROS, 2017). As políticas sociais no Estado capitalista expõem as contradições entre a reprodução da força de trabalho no nível de sua reposição como força produtiva, ao mesmo tempo que atendem, mesmo parcialmente, as necessidades humanas sociais coletivas. "Nessa disputa de poder, de dispositivos, de estratégias de pressão, há avanços e retrocessos para os direitos sociais" (FALEIROS, 2017, p. 17). Imprimir peso nas lutas pela dilatação dos direitos nos marcos da sociedade capitalista é legítimo e necessário. Reconhecer seus limites para a emancipação humana também é fundamental.

Reforçamos que as políticas sociais constituem produtos de forças sociais antagônicas. A política para o envelhecimento não estaria isenta das determinações macrossocietárias, em particular das estratégias fomentadas pelo capital para retomada das taxas de lucros e garantia de sua acumulação. Por conseguinte, não é possível apreender os rumos das políticas em geral, sem a assimilação dos processos sócio-históricos que tecem suas tramas.

Em síntese, o reordenamento do capital e a assunção das responsabilidades sociais por parte dos indivíduos, com o deslocamento do Estado da proteção social, estabelece um modelo de regulação social com favorecimento dos setores financeiros e restrição das ações estatais junto à reprodução social, transferindo tais funções para o mercado, a sociedade e a família. Veremos na próxima seção como a família é acionada para assumir a provisão social e os cuidados.

2.2 **Família e cuidados: dos cuidados de longa duração à política de cuidados**

2.2.1 A centralidade da família na legislação: o familismo

O panorama da legislação direcionada aos idosos propõe ações intersetoriais e em diferentes níveis de atenção. Especialmente após a promulgação da Política Nacional do Idoso, constatam-se avanços em termos assistenciais com maior notabilidade para a questão do idoso na sociedade (BRASIL, 1994;1996a). A ideia de uma proteção especial para a velhice é outra característica presente nas regulamentações seguintes, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006d).

Em que pese a relevância da atenção da sociedade às necessidades dos mais velhos, a crítica que aqui se impõe, além do ocultamento das contradições da velhice do trabalhador, é quanto à ênfase na responsabilidade familiar, em contexto de significativa debilidade das políticas públicas e de mudanças estruturais nas condições de vida e de trabalho da população brasileira.

A legislação atual da área do envelhecimento, seguindo o texto da própria carta constitucional em seus artigos 229 e 230 (BRASIL, 1988), atribui proeminência à família, acionando-a como primeira instância para salvaguardar os direitos básicos do idoso. Podemos inferir que se evidencia, nesse caso, uma estratégia de privilegiar os espaços familiares e comunitários, em oposição à institucionalização tão predominante e criticada na assistência para os idosos no Brasil. Outrossim, diversos estudos atestam a importância dos laços familiares e vínculos afetivos para a saúde em seu sentido mais amplo. Ao priorizar o meio comunitário, busca-se preservar relações, histórias e, obviamente, promover saúde e prevenir riscos de hospitalização, asilamento e outros tipos de isolamento social.

Não devemos, entretanto, desconsiderar os interesses políticos e econômicos que permeiam tais discussões, muito menos as ambiguidades presentes na legislação. Se, por um lado, a defesa da convivência familiar indica a tentativa de fortalecimento das redes protetivas primárias, por outro, impõe uma armadilha às famílias diante das lacunas institucionais das políticas brasileiras e das diferentes composições familiares. Em concordância com Alencar (2009, p. 64), a família tem potencial para a proteção de seus membros, pois reiteradamente assumiu esse lugar de “anteparo social”. Todavia, não é pertinente tratá-la como uma órbita exclusivamente privada, despolitizando o quadro das determinações macrossocietárias.

Segundo Pereira (2009), a chamada centralidade familiar remonta à crise do Estado de bem-estar social no final nos anos 1970 nos países capitalistas centrais, e, no Brasil, com início

nos anos 1990. Como exposto na seção anterior, a crise capitalista é caracterizada pelo arrefecimento do crescimento econômico, desequilíbrio fiscal e perda da legitimidade das políticas sociais, com drásticas repercussões nas forças produtivas e na relação do Estado com a sociedade. Ou seja, com o recuo do Estado como principal protagonista na proteção social, novos atores ganharam notoriedade, tais como: o mercado, alçado à condição de regulador da vida social, econômica e política, e a família, convocada para o provimento de bens e serviços. Passa a prevalecer o dever familiar para atender às situações de insuficiência individual; as ações solidárias pelas redes comunitárias, filantrópicas e religiosas; o mercado para quem pode pagar; e o Estado como intermediador nas condições extremas. Nesse formato, os setores participariam de formas corresponsáveis pelas novas demandas sociais, dentre as quais o envelhecimento populacional e o fenômeno migratório, formando uma rede articulada e sem hierarquias, cujos recursos específicos atenderiam às necessidades humanas e sociais emergentes desse novo contexto mundializado.

Pereira (2009, p. 27), ao analisar diferentes experiências de políticas sociais nos países centrais, não localizou nenhum desenho de proteção social que pudesse denominar como uma "política de família", em sentido estrito e na direção de "[...] um conjunto de ações deliberadas, coerentes e confiáveis com dever de cidadania para produzirem efeitos sobre os recursos e a estrutura da família". Para Saraceno e Naldini (2003), esse termo é vago e indefinido na maior parte dos países europeus, visto que, em tese, qualquer política social influenciaria a vida familiar. Por essa razão, também definem como política de família aquela que explicitamente organiza um amplo leque de ações destinadas ao bem-estar do grupo familiar e não dos membros individualmente. Localizam que países como França, Bélgica e os países escandinavos esboçaram políticas mais abrangentes dirigidas às famílias por meio de transferências monetárias e rede de serviços públicos. Nos países de língua alemã, o Estado tem função subsidiária às famílias e, nos países anglo-saxões, a intervenção estatal é centrada nas famílias pobres. Os países do sul da Europa, com forte tradição religiosa católica e longa experiência com governos ditatoriais, reforçam uma cultura familiar autoritária e tradicional. As políticas nesses países são fragmentadas, com poucos serviços e exíguos recursos financeiros.

Sem divergir com as tipologias apresentadas por Esping Andersen (1991), Pereira (2009) sintetiza essa descrição e depreende que nos países centrais há grande diversidade nas propostas e polarização em torno de projetos com maior cobertura ou restritos a segmentos específicos. As políticas variam de ações mais ampliadas a transitórias, com predominância de políticas pontuais. Nos países periféricos e dependentes com trajetórias pouco lineares no

âmbito da proteção social, as políticas são setoriais e contemplam as famílias como provedoras e não como alvos preferenciais das ações protetivas. Mesmo nas políticas de provisão de renda ou assistenciais, as famílias são fracionadas por grupos sociais e assumem maior encargo de ações.

A expressão familismo ou grau de familiarização designa a organização da política pública com participação ampla da família na provisão das necessidades sociais em contrapartida à redução do papel do Estado (ESPING ANDERSEN, 1991). No Brasil, a participação da família na proteção social sempre foi tensionada por princípios altruístas e voluntaristas. De forma mais ou menos acentuada, o Estado continuadamente exigiu das famílias recursos de autoproteção, intensificado nos anos de 1990, cujo cenário oferecia contornos ainda mais restritivos à concepção de seguridade social (MIOTO, 2009; PEREIRA, 2009).

Soma-se a esse panorama a análise de Boschetti (2012) acerca do caráter híbrido da seguridade social brasileira, que combina as lógicas bismarkiana de seguro social na previdência e beveredgiana na assistência e na saúde, conferindo certa dualidade em nossas políticas públicas. Para os segmentos pobres, os recursos são de baixa qualidade acrescida da ausência de direitos trabalhistas e previdenciários pela maior informalização do trabalho e, para os setores de classe média e alta, a privatização dos serviços e acesso a alguns direitos trabalhistas e previdenciários.

Na contemporaneidade, Santos (2017, p. 13) assevera que o familismo não se revela apenas como uma propensão, mas como fundamento das políticas sociais no Estado capitalista. O autor nomeia esse padrão como “circuito familista”, no qual há uma complexa relação entre o Estado e a família na delegação de obrigações sociais, transitando por três níveis: transferência (delegação de responsabilidades), compartilhamento (ações pontuais) e omissão (ausência total de ações). Tais variantes se sobrepõem e se metamorfoseiam nos discursos e práticas, convertendo-se em manobras operadas pelo Estado na gestão das políticas.

Para Santos (2017), o traço familista na política social brasileira já estava incluso na constituição, apesar de suas conquistas e esforços de setores da sociedade no sentido de fortalecer a lógica da seguridade social e da desfamiliarização. A CF/88 inspiraria a maior parte das legislações seguintes, em particular a PNAS, o Estatuto do Idoso e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Exemplificando como esses níveis do circuito familista operam nas políticas, Santos (2007) demonstra que o compartilhamento é identificado na PNAS, através da política de transferência de renda (BPC e Bolsa Família); o familismo por transferência é percebido no Estatuto do idoso, ECA e na saúde (nas estratégias de desospitalização e no

programa melhor em casa); e o familismo por omissão é perceptível nas ações de dependência de longa duração, dado que não há ações dessa natureza previstas nas políticas públicas.

Conforme Pereira (2009), o formato familista presente na política social exaure o sentido de direito propagado pelas lutas sociais, flexibilizando as fronteiras entre o público e o privado. E revigora valores como predisposição feminina para os cuidados, sacrifícios, engajamento altruísta etc., ofuscando as variações familiares e esvaziando-as de contradições. Mioto (2009) corrobora que a centralidade da família nas políticas anula a pluralidade de experiências familiares, acirrando as desigualdades culturais e de gênero.

2.2.2 Gênero e cuidado

Os estudos sobre relações de gênero, em especial a partir das pesquisas a respeito da divisão sexual do trabalho (HIRATA; KERGOAT, 2007), configuram fontes preciosas para as análises em curso. O lugar preponderante da mulher na assunção de cuidados domiciliares e a problematização das esferas da produção e reprodução social requisitam mediações com esse universo analítico. Por tratar-se de um extenso campo de debates com perspectivas teóricas, filosóficas e políticas variadas (ALMEIDA; LOLE, 2014), e considerando o nosso objeto de estudo, adotaremos como referência, o lastro produzido por Safiotti (2011) e os estudos do materialismo histórico (FALQUET, 2013, 2016; KERGOAT, 2010, 2016).

Para Safiotti (2011), as discussões da categoria gênero remontam aos estudos pioneiros do campo feminista nos anos de 1960 e 1970, mas assumiram proeminência nos espaços acadêmicos e de militância a partir das primeiras formulações de Joan Scott (1991).

Embora nos seus primórdios a categoria tenha se firmado excessivamente genérica, a sua aplicação para analisar as construções sociais em torno de sistemas desiguais entre homens e mulheres exigiu articular as diferentes dimensões simbólicas e materiais que atravessam a vida humana, sem perder de vista a perspectiva crítica dos conflitos e das opressões estruturais entre os gêneros, as classe sociais e os marcadores de etnia e raça. Desse modo, analisar o lugar da família nas políticas sociais – e, no seu interior, a mulher – remete à compreensão dos processos históricos constituintes dos papéis sociais imputados aos gêneros e o cuidado como uma atribuição generificada, ou seja, imanente ao ser feminino.

Segundo Hirata (2016), há atualmente diversas tendências no campo de estudos feministas acerca da interdependência entre as relações de raça/etnia, gênero e classe. Destacamos a interseccionalidade (CRENSHAW, 1989; 2002) e a consubstancialidade (KERGOAT, 2010; 2016).

O conceito de interseccionalidade foi desenvolvido na França e nos EUA, principalmente por Kimberlé Crenshaw (1989), como teoria das opressões sobre o racismo e sexismo: "[...] com a categoria da interseccionalidade, Crenshaw (1994) focaliza sobretudo as intersecções da raça e do gênero, abordando parcial ou perifericamente classe ou sexualidade" (HIRATA, 2016, p. 2). Para Sharon Smith (2017), o conceito de interseccionalidade tem suas origens nos estudos das feministas negras nos anos 1980, sendo mais tarde incorporado pelos teóricos do pós-modernismo, que, ao se apropriaram desse conceito, distanciaram-se das discussões relativas à classe social. Smith (2017) critica esse deslocamento. Segundo ela, a interseccionalidade visa demonstrar os processos históricos de opressão às mulheres negras, mas não secundariza a questão de classe. Na sua leitura, o conceito assume dimensão ampliada ao se articular com o contexto de exploração capitalista das mulheres trabalhadoras negras e considera que problematizar a opressão e a exploração conjuntamente é vital para as lutas emancipatórias.

Já os estudos sobre consubstancialidade destacam tais atravessamentos e a impossibilidade de analisarmos os processos sociais sem recorrer a "imbricação das relações sociais" (KERGOAT, 2016, p.18). A autora enfatiza a interseção entre os marcadores de classe, sexo e raça, sem graduar as múltiplas formas de opressão, haja vista que as relações sociais têm propriedades comuns e distintas, e não podem ser pensadas separadamente. Logo, não basta adicionar diferentes dimensões, em uma espécie de somatório de variáveis, mas pensá-las articuladamente, ou nos termos de Safiotti (2011), enoveladas.

De acordo com Hirata (2016), as controvérsias relacionadas a essas abordagens não se esgotam, visto que delimitam distinções teóricas e políticas. Conforme Kergoat (2016, p. 22), "não há sobreposição nem competição entre esses conceitos, embora haja proximidade na atitude crítica e distância nas formas de pensar essa atitude crítica". Trata-se de um debate controverso e sem dúvida indica aprofundamentos em estudos futuros.

Para compreendermos o cuidado na perspectiva de totalidade, tomaremos as reflexões de Kergoat (2016) que analisa o conceito na sua relação intrínseca com as demais dimensões da vida. Os provedores de cuidado situam-se na confluência dessas relações e em formas híbridas de exploração. Como dito, não basta reconhecer a existência de tais entrelaçamentos, mas aprofundar as bases, em torno da quais, as desigualdades e opressões são reiteradas e reproduzidas.

Nessa linha reflexiva, consideramos oportuno refletir sobre o lugar da família (e no interior dela, a mulher) na execução dos cuidados, situando-a na relação produção e reprodução social.

2.2.3 A dissociação entre as esferas da produção e reprodução social

Diversos autores, ao examinarem a associação trabalho e vida familiar, partem da hipótese de que há um conflito entre tais domínios, que se manifesta, sobretudo, pela divisão social e sexual do trabalho, que separa esses campos e ratifica as diferenças de gênero (HIRATA, 2001; GAMA, 2012). Para desenvolvermos essa reflexão, retomamos o sentido ontológico do trabalho, debatido no capítulo 1.

Partimos da concepção de trabalho como eixo estruturador da sociabilidade humana (MARX, 2008), na qual o homem, como ser social, gera modificações na natureza e em si próprio. Em processo contínuo de busca pela satisfação de suas necessidades, o homem efetua, ao mesmo tempo, transformações no universo da cultura, das subjetividades e das relações sociais. Essa produção por ser determinada socialmente não é objetivada por indivíduos isolados. Diversamente, realiza-se em constante interação, consigo e com os outros.

Para Iamamoto (2010), a produção das condições materiais de vida, que garante a sobrevivência humana, entrelaça-se com as variadas formas de relações sociais. Consequentemente, a reprodução não se reduz à dimensão material, muito menos à simples renovação da energia vital, mas, essencialmente, às formas ideológicas de consciência social e determinados modos de vida. A autora observa a necessidade de "considerar o processo de reprodução no seu vir a ser" (IAMAMOTO, 2010, p. 49), uma dinâmica complexa e densa de contradições. A reprodução não consiste na repetição automática de um dado sistema produtivo, e sim na ampliação, modificação, continuidades e rupturas de práticas sociais, envolvendo tanto a produção quanto as relações sociais instituídas. "O processo de produção, quaisquer que sejam as suas características históricas, é um processo que se reinicia permanentemente, já que a sociedade não pode prescindir da produção e do consumo" (IAMAMOTO, 1988, p. 46).

A reflexão proposta sobre o trabalho humano não dissocia as esferas da produção e reprodução, à medida que essas instâncias, embora distintas, estão conectadas mutuamente. Desse modo, restringir a produção ao "chão de fábrica" e a reprodução ao consumo, como estabelecido nas sociedades capitalistas, não somente fragmenta esses níveis, como esvazia de historicidade e limita a análise do trabalho à sua face concreta, sem atentar para o seu caráter abstrato e para a formação do valor. Destarte, a produção individual (trabalho concreto) é cada vez mais diluída e dependente da produção social ou do trabalho abstrato. Como aponta Iamamoto (2010, p. 50), ancorada em Lefebvre (1973), o "[...] desafio [...] é romper com a naturalização da noção de reprodução [...] e tomar como ponto de partida a reprodução das relações sociais como um problema a ser elucidado".

Vimos que o capitalismo comporta variações no feitio como o trabalho é apropriado e provoca, concomitantemente, mudanças nos padrões de reprodução social e biológica. Na produção, o trabalho é mediado pelo valor expresso na forma mercantil e permeado por interesses de classes. Na reprodução, há rebatimentos diretos na divisão sexual do trabalho, na "invisibilidade" do trabalho feminino e na própria "função/natureza" das famílias (HIRATA; KERGOAT, 2007).

A divisão sexual do trabalho é, pois, a organização social das relações entre os sexos, em que as dimensões do trabalho são hierarquizadas e diferenciadas por meio de funções consideradas masculinas e femininas. O processo pelo qual as atividades de produção e reprodução se distinguem de acordo com o sexo legitima a ideia de estratificação dessas instâncias, desqualificando o campo da reprodução, reportando-a ao universo da família e da mulher.

> A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 5).

As famílias passam a funcionar não mais como unidades de produção, para se tornarem unidades de consumo. Tal tendência, delineada no bojo do desenvolvimento capitalista nos séculos XVIII e XIX, estabelece uma nova organização de família (nuclear burguesa), que assume a incumbência pela reprodução social, incorporando claramente função econômica. Sem embargo, esse modelo, largamente difundido no Estado de bem-estar social, entra em declínio com as flutuações cíclicas na economia capitalista e a entrada maciça da mulher no circuito da produção (NOGUEIRA, 2010).

A alienação do trabalho coisifica as relações, contraindo aparência a-histórica, e a divisão do trabalho parece ganhar ares de naturalidade. Essa distinção, datada historicamente entre a família e o trabalho, fornece pistas para a compreensão da depreciação do trabalho familiar e doméstico, bem como da divisão do trabalho entre homens e mulheres. Para Hirata e Kergoat (2007), esse raciocínio atende a dois princípios organizativos: o da separação, no qual se veicula a concepção de que o trabalho masculino é diferente do trabalho feminino, e o da hierarquização, que atribui valores diferentes aos respectivos trabalhos. "[...] os princípios (de separação e hierárquico) encontram-se em todas as sociedades conhecidas e são legitimados pela ideologia naturalista, isto não significa, no entanto, que a divisão sexual do trabalho seja um dado imutável" (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 10).

É pertinente asseverar que, no Estado de bem-estar social, a proteção social se dava por duas vias: a) pela participação masculina no mercado de trabalho, com inserção no sistema de direitos trabalhistas e previdenciários; b) pela participação feminina nas tarefas de cuidados e de atividades domésticas (PEREIRA, 2009; PATERMAN, 2007).

A crítica feminista certifica que o Estado estruturou a provisão de bem-estar por meio da invisibilidade do trabalho feminino. Não foi redistributivo, não eliminou a pobreza e era opressivo em relação às mulheres. De acordo com Paterman (2007), o debate acerca da divisão sexual do trabalho não apenas foi secundarizado na agenda política do Estado de bem-estar social, como silenciado em parcela significativa do pensamento crítico.

Para Nogueira (2010), a divisão sexual do trabalho se metamorfoseia de acordo com os tempos históricos e as configurações sociais. Porém, até os dias de hoje, persiste a lógica patriarcal com desvalorização do trabalho doméstico e relações desiguais entre os gêneros, "[...] seja pela exploração da relação capital/trabalho, seja pela dominação masculina sobre a feminina" (NOGUEIRA, 2010, p. 59).

É oportuno dizer que a trajetória do assalariamento feminino é marcada por contradições. Ao passo que o ingresso das mulheres no mundo produtivo poderia gerar a emancipação feminina, revelou-se por desigualdades entre os trabalhos feminino e masculino (ANTUNES, 2006). Ademais, não houve trânsito de maior participação masculina no ambiente doméstico, tampouco do Estado na oferta de bens e serviços (BRUSCHINI, 2011; SORJ, 2008).

Com a reestruturação produtiva e o aumento dos recursos de terceirização das atividades domésticas, flexibilização e precarização do trabalho, surgem propostas de conciliação entre a vida familiar e o trabalho, pautadas nas obrigações femininas (GAMA, 2012). Essa orientação vem se tornando uma política na Europa (após a cúpula de Luxemburgo em 1997), qualificada por Hirata e Kergoat (2007, p. 603) como uma política sexuada, consagrando "o *status quo* segundo o qual os homens e mulheres não são iguais perante o trabalho". Entretanto, essa não é a única tendência certificada em termos de recomendações políticas. Há ainda a perspectiva mais tradicional, que apoia funções e papéis distintos entre o homem e a mulher, e o modelo de delegação, que terceiriza tais atividades para outras mulheres em um ciclo consecutivo.

Por certo, é impreterível que a análise a respeito do trabalho avance das suas dimensões constitutivas para o aprofundamento das implicações sociais e as determinações históricas do trabalho doméstico e dos cuidados na sociedade capitalista. Posto isso, podemos definir genericamente o trabalho familiar como o conjunto de atividades fora da produção, mas necessárias à reprodução social do trabalho, a saber, alimentação, vestuário, higiene etc. (SARACENO; NALDINI, 2003). Para as autoras, o trabalho familiar é atividade localizada no

espaço da vida doméstica, desempenhada, em geral, pelas mulheres gratuitamente, englobando tanto as atividades rotineiras de uma casa como os cuidados diretamente voltados às pessoas.

Nogueira (2010) reforça esse debate, uma vez que a exploração do trabalho feminino no espaço reprodutivo garante a manutenção das condições necessárias para o trabalhador permanecer inserido no mercado de trabalho assalariado, como também a reprodução futura de força de trabalho disponível para o capital.

Pensando na lógica do processo de trabalho, a atividade doméstica ou de cuidados requer atuação sobre determinado objeto e aprimoramento de habilidades e conhecimentos específicos. A atividade não remunerada cria valor de uso, todavia não se insere na órbita do mercado, em razão de não haver produção de valores de troca. Participa do circuito de valor ao localizar-se na reprodução da força de trabalho e, por conseguinte, da produtividade, mascarando despesas sociais não absorvidas pelo capital e pelo Estado. Como lembrado por Alencar (2009), a família e a mulher cumprem esse papel, arcando com os custos privados de reprodução.

Kergoat (2016) reitera que o trabalho reprodutivo, enquanto trabalho socialmente necessário, inclui o trabalho doméstico feminino não remunerado. Nesse caso, a noção de exploração da mais-valia se amplia para a noção de apropriação, conforme Falquet (2016) e Guillaumin (2005). Não há produção direta de valor, mas uma infinidade de serviços sem a devida mensuração como carga de trabalho realizado. A apropriação se expressa tanto no tempo dispendido quanto no uso do corpo como máquina de trabalho.

Por essa razão, Nogueira (2010, p. 6) reafirma, ancorada em Meszáros (2002), que a luta por uma sociedade mais justa passa pela conquista de direitos iguais nas relações sociais de gênero, sugerindo que a interseção entre gênero e classe social, incluindo ainda a dimensão de raça e etnia, consiste em um “nó ontológico”, conforme Safiotti (1997), no qual reside relações de exploração e opressão presentes no imbricamento entre diferentes esferas da vida social e pautadas em mecanismos estruturais de subordinação da mulher.

À medida que o debate sobre os cuidados se acirra em torno da percepção dessa atividade como trabalho, ativam-se os questionamentos acerca do seu traço voluntário, gratuito e a circunscrição ao universo feminino (HIRATA; KERGOAT, 2007). Na próxima seção, será problematizado o cuidado domiciliar sem remuneração, na perspectiva do *care*, efetivado no interior das famílias e destinado às pessoas idosas com graus variados de dependência.

2.2.4 A perspectiva do *care* – o cuidado como trabalho

Segundo Hirata (2010, p. 56), *care* é um termo polissêmico e de difícil tradução. Aproxima-se, em linhas gerais, da ideia de "[...] cuidado, solicitude, preocupação com outro, atenção às necessidades". Para Fontes (2012, p. 103), *care* pode ser definido como "o trabalho de cuidar das necessidades físicas, psicológicas, emocionais e de desenvolvimento de uma ou várias pessoas".

Consoante Hirata (2010), não cabe recorrer a uma definição agregadora de todos os sentidos empregados ao termo. Além da diversidade teórica, comporta dimensões distintas, requisitando cautela no emprego da noção para não dispersá-la nas diferentes expressões nem encarcerá-la em um conceito generalista. Diante disso, esclarecemos que usamos a expressão cuidado associando-o ao significado de *care* atribuído pela autora. Hirata (2010), semelhante a Saraceno e Naldini (2003), utiliza a definição de trabalho doméstico e de cuidados para designar as atividades cotidianas exercidas na casa ou fora dela, abrangendo uma dinâmica de cuidados com segmentos populacionais (criança, idoso, pessoa dependente etc.). Retrata uma das faces do trabalho precário e mal remunerado.

Inicialmente, as produções e pesquisas exploravam a temática de cuidados com as crianças e adolescentes e, mais recentemente, com pessoas idosas, dada a maior expectativa de vida populacional. Por esse motivo, as discussões se avolumaram nos campos da geriatria/gerontologia, enfermagem, saúde pública e, somente no final do século passado, nas ciências sociais e nas ciências sociais aplicadas. As teorias do *care* se expandiram na Inglaterra e nos EUA desde os anos 1980, na França, no decorrer dos anos 1990 e, no Brasil e na América Latina, nos anos 2000.

Em revisão de literatura sobre o tema, Hirata (2010) enumera vários estudos de língua inglesa e francesa. Dentre tais produções, ressalta os estudos da psicóloga Carol Gilligan (2008), que analisa o tema enfatizando as características femininas nesse tipo de atividade. Essa autora foi criticada pelo essencialismo de sua abordagem. Outro grupo de pesquisadoras francesas (MOLINIER; PAPERMAN, 2015) também é arrolado pela autora. Nessas produções, o conceito é tematizado sob o viés da vulnerabilidade "[...] todos são vulneráveis em algum momento da vida" (HIRATA, 2010, p.34). Assim, o cuidado perpassaria várias dimensões da vida em sociedade, não se restringindo àqueles segmentos definidos como dependentes.

A importância desse debate é incrementada quando os organismos internacionais, especialmente a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), passam a desenvolver estudos e orientações para as políticas sociais acerca do tema. Tem como marco a

XI Conferência Regional sobre a Mulher na América Latina e Caribe em Brasília no ano de 2010. Esse debate é contextualizado com os processos de migrações internacionais e internas frente à demanda de mão de obra (HIRATA, 2010, p. 36).

Para Küchemann (2012), o cuidado é uma questão central na vida humana. Implica dedicação, zelo e compromisso, significando uma relação de si com o outro, disponibilidade e desejo. Por ter se complexificado em virtude dos quadros de dependência no envelhecimento, o cuidado requer habilidades específicas e não pode ser movido unicamente por questões humanitárias. Por outra via interpretativa, Tronto (1997) frisa as questões éticas do cuidado, visto que o ato de cuidar não se resume ao fardo ou à sobrecarga, dada a importância subjetiva para quem o realiza. Outro aspecto a ser observado é que o cuidado presume confiança e comprometimento com o outro, o qual nem sempre tem condições de assumir autonomamente as decisões. Isto é, o cuidado também revela relações assimétricas, de autoridade e poder (GROISMAN, 2015).

Compreendemos o cuidado como uma experiência relativa à produção de serviços e pode (ou não) pressupor a existência de sentimentos e laços de afeição. Há, em vista disso, uma natureza dual no conceito: expressa relações pessoais e subjetivas, assim como relações de trabalho.

Nesse ponto, há um debate sobre a dilatação do conceito de cuidar. Hirata (2016) interroga: o cuidado só é pertinente se vinculado às relações interpessoais? Pode ser aplicado aos animais? O trabalho de cuidados se refere apenas às pessoas com dependência ou também às pessoas autônomas? A extensão dos cuidados pode inserir outros profissionais como acompanhantes e profissionais da beleza? São questões que, em conformidade com a autora, precisam ser pormenorizadas.

Outro aspecto que demanda maior investimento é a distinção entre os campos da emoção e cognição. Hirata (2016) defende que não há como fazer essa cisão no âmbito dos cuidados. É nesse caminho que nos parece apropriada retomar a leitura de Tronto (1993), que identifica quatro fases no cuidado: a) a consciência de que há necessidades de cuidados por parte de outra pessoa; b) a assunção da responsabilidade e realização das ações para responder às necessidades de cuidado; c) o desgaste de energia pelo trabalho físico, estabelecimento de rotinas e um aprendizado da experiência; d) a expectativa pela colaboração do destinatário.

Portanto, o cuidado é relacional, interdependente e aciona campos afetivos e técnicos, assim como abrange uma vasta gama de atividades que visam o bem-estar, incluindo a vida pessoal, coletiva e ambiental. Tronto (1993) interroga se o cuidado seria uma ação especificamente dirigida para segmentos mais dependentes ou uma necessidade humana. Nesse

sentido, o cuidado não deveria ser tomado como uma atividade solitária das famílias e das mulheres, mas um preceito coletivo e ético das relações sociais, logo, objeto de políticas públicas: um direito social para quem recebe e reconhecimento legal de quem fornece

Hirata (2010), assente na reflexão acima, chama a atenção para o necessário aprofundamento sobre o trabalho doméstico e de cuidados com remuneração, pelas suas particularidades no que tange à regulamentação, às atividades desenvolvidas e ao reconhecimento social. Refere que há fluidez nas fronteiras entre uma atividade e outra, obscurecendo as diferentes formas de trabalho assumidas.

Em estudo comparativo entre o Brasil e a França realizado nos anos de 2010 e 2011 – com cuidadores remunerados que trabalham em domicílio e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) –, Hirata e colaboradores (2011) distinguiram as seguintes características. A primeira é que, na França, as trabalhadoras do *care* são predominantemente migrantes de outros países e há um número relevante de trabalhadoras informais, com marcadores de desigualdades raciais e étnicas. No Brasil, têm-se as marcas do passado escravista e migração interna proveniente da região Nordeste do país. Os dados oficiais são subestimados em função da grande informalidade desse tipo de atividade no país (que devem ser alterados com a regulamentação da PEC das domésticas de 2015). Em ambas as situações, são profissionais em situação de vulnerabilidade (termo utilizado pela autora), do gênero feminino, com idades que variam dos 36 aos 49 anos, baixa escolaridade, sem proteção formal e sem reconhecimento profissional.

Hirata (2014b) recupera a reflexão de Arlie Hochchild et al. (2008) sobre a globalização dos cuidados, situação constatada, em especial na Europa, com crescente expansão do trabalho remunerado que sofre grande influência dos fluxos migratórios intensificados nos anos 2000. Hochchild e colaboradoras expõem o processo de migração das mulheres pobres para realizar os cuidados das famílias ricas e brancas, gerando desigualdades para quem provém e recebe os cuidados; "[...] a relação entre cuidados e desigualdades sociais (sexo, raça, classe, nacionalidade) remete à ideia de que alguns (com mais recursos) são mais beneficiados de cuidados que outros" (HIRATA, 2014b, p. 46).

Embora não seja nosso foco de estudo[65], citamos as conclusões da autora sobre a citada pesquisa. Concordamos que o reconhecimento da atividade de cuidados como profissão suscita a sua valorização como trabalho familiar. Melhor dizendo, a certificação dessa atividade como

[65] Para mais detalhes sobre a formação do cuidador, ver pesquisa de Groisman (2015).

trabalho impulsiona argumentos a favor da regulamentação dos direitos nos diferentes desdobramentos do trabalho reprodutivo.

2.2.5 O panorama dos cuidados na área do envelhecimento

Em um investimento para compor o panorama dos cuidados na área do envelhecimento, Groisman (2015) realiza revisão bibliográfica sobre as produções acerca da temática, localizando a passagem do século XX para o século XXI como o período em que o cuidado se torna objeto de estudos e tentativas de regulação. O autor identifica que, em um primeiro momento, há a preocupação com a capacitação de cuidadores, com influência da PNI (BRASIL, 1994;1996a) que previa qualificação para a área. Ocorre a criação de experiências pioneiras de cursos voltados para esse segmento no decorrer da década de 1990, tais como os cursos ministrados pela SBGG, ANG e Fundação Real Grandeza da empresa de Furnas Centrais Elétricas S/A.

A referida década é grifada por outros acontecimentos, como a denúncia sobre a condição degradante dos idosos internados na Clínica Santa Genoveva, culminando na alta mortandade de idosos e no seu fechamento em 1996, e uma série de publicações com certa apropriação eclética de referências estrangeiras (KARSH, 1998; MENDES, 1998; NERI, 2013; PERRACINI, 1994). De acordo com Groisman (2015), esse contexto concebeu a primeira geração de estudos sobre o desgaste e estresse do cuidador. O período marca também o início das produções na área da saúde com influxos do movimento da reforma sanitária e outras correntes como a área da enfermagem. A segunda geração de estudo introduz a preocupação em compor o debate na agenda pública (WANDERLEY; BLANES, 1999), produzindo documentos e textos embasados nos conteúdos da geriatria e gerontologia para instrução, orientação e educação dos cuidadores (CALDAS, 1998; RODRIGUES; DIOGO, 1996).

O paradigma da funcionalidade passa a ser referência para o campo e exerce influência sobre a primeira política de saúde para o idoso e no Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (PNCI) (BRASIL, 1999a). Em ambos os documentos, a questão da dependência surge como uma preocupação a ser evitada e correlata à doença, demandando atenção especializada. O cuidador é concebido nessa política como um ser altruísta e solidário. Nos anos 2000, tem-se uma quantidade de manuais, guias e programas, revertendo em projetos de lei que passaram por diversos trâmites e polêmicas. Em 2019 foi aprovado no senado federal o projeto de lei (PLC 11\2016) que regulamenta a profissão de cuidador. Esse projeto foi vetado posteriormente pelo

presidente de república, gerando mobilização e organização dos segmentos envolvidos para sua revogação, retornando à pauta no senado federal.

Afora as controvérsias sobre o reconhecimento da profissão de cuidador, que está longe de se esgotar, há ainda os impasses experienciados pelas famílias ao não poderem arcar com os custos da contratação de um profissional. Apesar dos cuidados com idosos estarem cada vez mais mercantilizados, no Brasil, essa realidade é acessível a poucos, e não às classes trabalhadoras em geral. Como já descrito, a maior parte dessa atividade é realizada pela mulher na forma de trabalho não remunerado. Quando tratamos da questão dos cuidados no envelhecimento, estamos falando de um circuito em que predomina o gênero feminino como demandante de cuidados, sejam idosas (LIMA COSTA, 2003), sejam cuidadoras (MENDES, 1995; KARSH, 1998).

O enfrentamento dessa questão, portanto, não é simples. Exige mudanças radicais na divisão social e sexual do trabalho, de valorização da esfera reprodutiva e do reconhecimento dessa atividade como trabalho.

2.2.6 Os cuidados de longa duração e os cuidados como direito

Nesse momento do debate, parece-nos apropriado localizar as reflexões sobre os cuidados de longa duração projetados para o envelhecimento com dependência, articulando com a conformação da rede de cuidados institucionais para o idoso, de sorte a encaminhar algumas indagações a serem respondidas nos capítulos 3 e 4.

Como visto no capítulo 1, o conceito de capacidade funcional adquire centralidade nas abordagens em saúde do idoso, as quais encontram respaldo nos indicadores epidemiológicos ao destacarem a maior prevalência de doenças crônicas e maiores probabilidades de perda da funcionalidade nesse segmento etário (CALDAS, 2003). A funcionalidade é avaliada através de instrumentos próprios da geriatria e pretende verificar a capacidade do idoso em executar atividades do cotidiano relativas ao autocuidado (alimentar-se, vestir-se, banhar-se, locomover-se, entre outros) definidas por atividades básicas da vida diária (AVD), ou mais complexas (fazer compras, fazer contas, administrar suas medicações etc.) definidas como atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (CALDAS, 2003).

Dados do IBGE (2015) mostram que 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentavam restrições para realizar suas atividades de vida diária. Identificou-se que as dificuldades tendem a crescer com o aumento da idade, sofrendo uma variação de 2,8%, para idosos de 60 a 64 anos, a 15,6%, para aqueles da faixa etária de 75 anos ou mais de idade. Os

dados legitimam que há maior instabilidade entre as mulheres. Na região urbana, detectou-se que 7,3% das mulheres de 60 anos ou mais de idade possuíam algum comprometimento para realizar AVDs e para os homens o indicador foi de 6,1%. Já na área rural, esse diferencial foi ainda maior: de 8,8% para as mulheres e 5,5% para os homens.

Camarano, Kanso e Mello (2004) complementam a reflexão e advertem que a dependência de uma pessoa se relaciona com a necessidade, ou não, de auxílio de terceiros. Para a OMS (2005), o sujeito considerado independente é aquele que consegue realizar as atividades básicas sem ajuda de outros, enquanto o sujeito autônomo é aquele que gere sua própria vida e é capaz de tomar suas próprias decisões (BATISTA et al., 2008).

O IBGE (2015) demonstra que, em relação à ajuda de terceiros, 84% dos idosos com perda funcional declararam precisar de auxílio para realizar as atividades da vida diária. Ao delimitar os tipos de cuidados, constatou-se que 78,8% recebiam cuidados de familiares, 17,8% recebiam cuidados remunerados e 10,9% não recebiam ajuda para realizar as atividades da vida diária.

Segundo Caldas (2003, p. 43), a dependência relaciona-se ao conceito de fragilidade, definido como "[...] a vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente", e acentua que a dependência de terceiros define os tipos de cuidados necessários, mas, igualmente, pode se modificar e até ser prevenida. Como resultado, tem-se uma profusão de instrumentos rastreadores de déficits, o planejamento de ações promocionais, preventivas e reabilitadoras visando à redução, assim como a gerência e o monitoramento de riscos.

Para Batista et al. (2008) e Camarano e Kanso (2010), além da amplitude do tema, não há pesquisas suficientes que demonstrem o fenômeno da velhice dependente no Brasil, sobretudo na perspectiva de totalidade que estamos aqui defendendo. Desse modo, é adequado avançar na definição de parâmetros nacionais que aprofundem e qualifiquem quais são as modalidades de dependência hoje vividas pelos idosos e quais os tipos de equipamentos e cuidados necessários, envolvendo a análise do sistema de proteção social brasileiro.

Parayba (2004) e Lima-Costa (2003), ao aferirem dados do IBGE sobre funcionalidade, comprovam que o fator socioeconômico é uma condição para a redução das limitações em idosos, certamente pelo maior acesso a recursos e terapêuticas adequados. Confirmam que um dos maiores desafios para as políticas brasileiras é a redução das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde.

> A dependência é um problema complexo e multifacetado. Ela não pode [...] ser reduzida apenas aos seus aspectos biológicos ou entendida somente como uma questão restrita ao âmbito individual. Na velhice, a dependência demanda uma compreensão abrangente e o seu enfrentamento envolve o estabelecimento de

> políticas que favoreçam a inclusão social e, mais do que isso, que instituam mecanismos de seguridade social para que o custo do cuidado não recaia integralmente sobre o indivíduo e a família (GROISMAN, 2010, p. 118).

Groisman (2015) discorre que, no tocante à dependência na velhice, os sistemas de proteção social têm seguido três direções: substituição das políticas institucionais pela cooperação familiar e comunitária, designando um formato mais liberal; percepção da dependência como direito e cobertura garantida por políticas sociais, delineando um modelo mais próximo à socialdemocracia; e um sistema que admite o cuidado como trabalho e prevê incentivos na formação e de apoio financeiro aos cuidadores.

Considerando a ressalva feita na seção anterior sobre as tipologias de proteção social, é importante ratificar que esses modelos não são tipos puros, haja vista as variações conceituais, de formatos e formas de financiamentos. Refletem estruturas normativas diversas entre si e até conflitantes, que expressam concepções divergentes. Nosso intento, nesse mapeamento, é assinalar justamente essas alternâncias e reconhecer qual a tônica prevalente em relação aos cuidados institucionais ofertados aos idosos. Esse levantamento serve, para nosso estudo, como uma referência para compreendermos os rumos das políticas sociais brasileiras, entre avanços e retrocessos em termos de políticas públicas para a população idosa da classe trabalhadora.

No que tange ao suporte ao cuidador, variados programas internacionais vêm investindo na capacitação, através de cursos, manuais etc. No Brasil, temos algumas experiências análogas (GROISMAN, 2015). Advertimos para a incompletude dessa ação, caso caminhem sem programas de suporte concreto às condições dos cuidadores e às necessidades dos idosos. Seguindo esse fio condutor, apuramos que alguns programas internacionais preveem benefícios monetários aos cuidadores ou à sua inserção no sistema previdenciário, preservando direitos da seguridade social.

Em estudo realizado por Batista et al. (2008), constatou-se uma tendência internacional de substituição da atenção institucional pela domiciliar. Outra propensão observada é que a dependência tem sido tratada na qualidade de “risco social”, como incumbência das famílias e das políticas sociais, que, a depender do padrão de sistema de proteção social, podem ser mais ampliadas e prever ações sem a contrapartida de contribuições, ações pautadas no modelo dos seguros sociais ou incentivos pelas ações assistenciais de cunho filantrópico. Em pesquisa de Camarano e Mello (2010), observou-se crescente aumento dos gastos para os cuidados domiciliares, com formas de financiamento variando entre os seguros sociais e impostos gerais. A recomendação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento e Econômico (OCDE) é que os países estabeleçam fontes mistas de financiamento, incluindo o setor privado (através

de seguros e planos de saúde) e o desembolso direto pelas famílias em condições de renda.

Parayba (2004) e Lima-Costa (2003) destacam os serviços ofertados pela saúde, assistência e previdência nos diferentes sistemas de proteção social internacionais. Camarano e Mello (2010) definem os cuidados para idosos dependentes como mais complexos e específicos do que os serviços já oferecidos pela seguridade social e deveriam compor uma política transversal, integrada com diferentes políticas sociais (e de diferentes naturezas) por um período longo de tempo.

Segundo os autores, convencionou-se chamar de cuidados de longa duração as ações dirigidas à população idosa (mesmo aquelas também destinadas às outras faixas etárias) e se origina da expressão inglesa *long term care*. São cuidados que incluem o apoio para a realização das atividades cotidianas, em caráter prolongado, desde as mais simples até ações mais complexas. "[...] reabilitação, serviços médicos básicos, abrigamento/residência e outros serviços, como transporte e alimentação" (CAMARANO; MELLO, 2010, p. 48). Envolvem ações consideradas "não especializadas" praticadas por familiares, como aquelas que exigem algum tipo de formação, realizadas por profissionais, seja no âmbito privado, público ou filantrópico.

De modo geral, incluem os seguintes serviços: a) na saúde: atenção domiciliar multiprofissional, serviços de retaguarda assistencial para internações curtas, centros dia-noite, instituições de longa permanência para idosos com comprometimento de saúde e fornecimento de equipamentos e insumos de saúde (cadeira de rodas, camas hospitalares, medicamentos e outros); b) na previdência: benefícios monetários (contributivos ou não) ao idoso, aos cuidadores ou destinados à cobertura de serviços não realizados pelas unidades públicas; c) na assistência: casas abrigos em substituição à moradia para idosos sem famílias, serviços comunitários, ajuda doméstica e familiar, grupos de apoio e capacitação para cuidadores.

Rummery e Fine (2012) ressaltam que o debate em torno dos cuidados de longa duração nos modelos de proteção social constitui um dos temas mais polêmicos. Há carência de pesquisas aprofundadas sobre os tipos de proteção social ou regimes políticos de cuidados, diante de tantas variações conceituais e formações sociais e políticas. Para os autores, comparativamente, não cabe elaborar muitas conclusões, embora seja acertado afirmar que alguns regimes de cuidados garantem mais direitos e proteção aos cuidadores do que outros. E alguns regimes são mais equitativos quanto ao gênero (como os escandinavos), enquanto outros ofertam mais serviços estatais e acesso a diferentes benefícios.

Nesse sentido, é útil discernir criticamente os fundamentos teóricos desses programas, para não confundir com perspectivas que legitimam a parceria público/privado com crescente

afastamento do Estado e as corresponsabilidades com ênfase na família, reeditando as desigualdades sociais e de gênero (HIRATA, 2010; GAMA, 2012).

A despeito das diferenças existentes nos sistemas de proteção social e a maior ou menor incidência de envolvimento estatal, há indícios de movimentos em países da Europa e América Central em prol de políticas mais abrangentes, nas quais diversas tendências têm sido pensadas na tentativa de combinar trabalho e responsabilidade familiar. Ou seja, é possível vislumbrar experiências de políticas de cuidados que levem em conta relações de gênero, ainda que sejam mais remotas. Nos países com forte tradição da social democracia, tais como a Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia, há preocupações na socialização dos custos das famílias antes do esgotamento de suas capacidades. Nesses países, segundo Saraceno e Naldini (2003), parece haver maior inquietação no que concerne às adequações possíveis entre cuidados e trabalho feminino.

Bathyany (2017) reforça o aspecto da equidade entre os gêneros, uma vez que as políticas implementadas tendem a recair sobre formas de conciliação do trabalho familiar, mantendo a estrutura desigual. O discurso tem sido de oposição entre direitos: o direito de quem precisa de cuidados em detrimento aos direitos das mulheres, potenciais prestadoras de cuidados. Para a autora, essa dicotomia é falaciosa e reitera os conteúdos distintos entre os gêneros na organização social dos cuidados.

Na América Latina, a experiência da política de cuidados no Uruguai revela um investimento de incorporar, efetivamente, a equidade de gênero na agenda pública e a desnaturalização da responsabilização familiar. Trata-se de uma particularidade desse país, impulsionado pelos movimentos sociais, principalmente do campo feminista e pelos estudos sobre as desigualdades de gênero, associados à decisão e pactuação política de reorganizar o sistema de proteção social uruguaio.

Intermediado por um amplo debate com a sociedade desde 2009, o Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) foi criado em 2015 e regulamentado pela Lei 19353, como um novo pilar no sistema de proteção social (WIESE; DAL PRÁ, 2019). O SNIC prevê ações para as áreas da saúde, assistência social e educação. Pauta-se em mudanças no âmbito da divisão sexual do trabalho, no marco das políticas familistas, provocando um pacto coletivo e solidário entre os gêneros e setores da sociedade: Estado, famílias, mercado e comunidade. Em uma lógica integral e universal, o sistema visa prestar apoio às pessoas dependentes, crianças até 12 anos e para os cuidadores. Os tipos de serviços prestados são centros de atendimento, licença trabalhista para pais e mães e formação de profissionais. Na área do envelhecimento, têm-se os programas de atendimento domiciliar com assistência pessoal, teleassistência, Centro-Dia e

instituições de longa permanência, sendo essas últimas conveniadas com o setor privado, e a capacitação de profissionais e cuidadores (WIESE; DAL PRÁ, 2019).

Para Bathyany (2015), o direito ao cuidado alcança aparato formal e o debate sobre a desigualdade de gênero assume pauta pública com real interesse, por parte do Estado e das composições políticas e sociais do período, para seu enfrentamento. As pesquisas sobre o tempo de trabalho reprodutivo foram fundamentais para visibilizar as disparidades entre os gêneros e requerer políticas mais igualitárias de cuidado. Para a autora, esse foi um elemento-chave que possibilitou mostrar, em números, o tempo e os custos do trabalho de cuidado não remunerados.

A medida do tempo de cuidados tem sido objeto de estudos de pesquisadores da área da economia feminista como uma estratégia de cálculo cronológico da quantidade de horas-tempo utilizadas nas tarefas. O uso do tempo como dimensão de análise permite reconhecer práticas sociais, na maior parte das vezes ocultas, mas essenciais para a produção e reprodução da vida social. O trabalho familiar consiste em uma dessas atividades não computadas, nem valorizadas (IPEA, 2011).

Estudos internacionais têm investido em pesquisas dessa natureza, desde a década de 1960, demonstrando o tempo dedicado às atividades reprodutivas e avaliando as condições desiguais de vida entre grupos etários, gênero, classes e raças/etnias (CAVALCANTI; PAULO; HANY, 2010). Na América Latina e Brasil, observa-se a intensificação de estudos a partir dos anos 1990 e 2000. O Brasil, em relação aos países como Uruguai, México e Venezuela, apresenta ainda limitada produção que viabilize indicadores e subsídios mais precisos para a formulação de políticas públicas de cuidados (FONTOURA, 2010).

Nesse sentido, o objetivo da política de cuidados seria “equilibrar” as reponsabilidades entre os setores que compõem a proteção social e não reproduzir as políticas familistas. Para tanto, a mensuração do tempo é um recurso tático para conferir merecido destaque a essa questão.

Lamentavelmente, apesar do reconhecimento legal do cuidado como direito e trabalho, o que já é considerado um avanço, as ações, serviços e programas do SNIC ainda não se encontram suficientemente estruturados no país. Segundo a primeira aproximação de avaliação do sistema uruguaio (BATHYANY; GENTA; SCAVINO, 2017), verificou-se leve aumento de serviços para crianças, alcançando uma das metas principais do sistema. Contudo, apurou-se que a provisão de cuidados permanece sobre a responsabilidade das famílias e das mulheres, e a intervenção estatal continua focalizada. Ou seja, para os pesquisadores uruguaios, o tempo é curto para avaliações mais consolidadas.

No Brasil, o regime de proteção social é residual e familista, como demonstrado

anteriormente. Segundo Gama (2014; 2017), o conflito entre trabalho e a vida familiar e as desigualdades subsequentes não são reconhecidos pelo Estado, sequer enfrentados por políticas públicas. Quando muito, a questão é tratada de forma compartimentalizada nas diferentes expressões em que se manifesta, não resultando em ações e programas mais abrangentes. Disso resulta a crescente mercantilização de serviços de cuidado domiciliar e institucional, como no caso da área do envelhecimento, aumento do percentual de instituições privadas com fins de atenção de longa permanência e os cuidados domiciliares como um nicho de mercado de trabalho, havendo disputas de diferentes ordens.

Alencar (2009) problematiza que a questão dos cuidados familiares deve ser desprivatizada e tomar a cena pública como foco concreto das políticas sociais, nitidamente aquelas relativas à seguridade social. Discorre que a ausência de políticas públicas que garantam condições de subsistência para as famílias mais pobres traduz o que denomina como "dramas de famílias". A tradição histórica verificada no Brasil de constituir a família como medida moral e a base sustentadora da sociedade trata as necessidades sociais como questões da vida íntima "[...] de forma despolitizada, quando na verdade se trata de questões de ordem pública afetas à sociedade e em particular ao Estado" (ALENCAR, 2009, p. 136).

Para Groisman (2015, p. 14), dentre as demandas do processo de envelhecimento populacional, tem-se a problemática dos cuidados, exigindo políticas efetivamente públicas, de modo a "[...] garantir condições dignas de vida e bem-estar para as pessoas que necessitam de auxílios no seu cotidiano, bem como para seus cuidadores". Ressalta que o cenário atual aponta para uma "crise dos cuidados", tanto institucional quanto familiar. Uma crise que emerge em uma conjuntura de profundas contradições das políticas públicas brasileiras, cujo enfrentamento exige retomar pontos essenciais na agenda de mobilização social dos diferentes setores da sociedade, dentre eles o lugar do Estado na provisão do bem-estar.

É preciso, cada vez mais, produzir pesquisas e estudos dessa natureza, fomentando a desconstrução da naturalização dos cuidados, inserindo-o na dialética produção e reprodução social, e exigindo compromissos do poder público frente aos dilemas vivenciados cotidianamente por familiares cuidadores, cuja atividade, discutimos aqui, trata-se de trabalho, precarizado e travestido pela obrigação moral do cuidar. É crucial o aprofundamento das condições em que são realizados os cuidados na área do envelhecimento, que, em nossa concepção, denota um duplo movimento: a abstração da condição de trabalhador velho desfigura as reais condições de vida desse segmento na sociedade capitalista, e o obscurecimento das relações entre trabalho e família impõe a responsabilidade solitária na provisão social e dos cuidados, garantindo a reprodução do capital. É o que veremos a seguir.

3 TRABALHADORES(AS) VELHOS(AS) – DEPENDÊNCIA E NECESSIDADES DE CUIDADOS

Este capítulo, assim como o capítulo 4, demonstrará os resultados da pesquisa de campo. Organizamos a exposição em dois momentos para conferir sentido às reflexões. Serão apresentados, a seguir, os procedimentos metodológicos com detalhamento das etapas e técnicas de pesquisa. Posteriormente, o material analítico será desenvolvido com base na estrutura montada durante a dinâmica de ordenação e classificação dos dados. Enfatizaremos neste capítulo as questões relativas ao trabalho e aos cuidados familiares.

3.1 **Procedimentos metodológicos**

O estudo foi orientado pelo método histórico-dialético, no qual buscamos exercitar a percepção do movimento histórico da realidade, remetendo-nos não apenas a uma compreensão crítica das verdades aparentes, como, sobretudo, reconhecer camadas mais profundas do problema de pesquisa. Superar a aparência fenomênica é captar os processos constitutivos de dado objeto, depreendendo a sua dinamicidade e estrutura (MARX, 1983; NETTO, 2011).

A adoção da perspectiva de totalidade evidencia a necessária reconstrução dos dados hoje consagrados no campo do envelhecimento, visando estabelecer articulações com um quadro teórico-crítico que contemple a heterogeneidade e os múltiplos determinantes do objeto pesquisado. As reflexões empregadas sobre as contradições do envelhecimento da classe trabalhadora na sociedade capitalista requisitam construir outras mediações, agregando novos elementos que possam decifrar o panorama atual, em especial as demandas de cuidados domiciliares e a organização da proteção social diante dessa problemática.

A revisão bibliográfica deu continuidade ao aprofundamento dos eixos teóricos centrais do estudo, a saber: envelhecimento, classe trabalhadora, proteção social, família e cuidados, debruçando-se também no estudo de temáticas ou categorias transversais à pesquisa surgidas no decorrer do processo investigativo, de que trataremos nas próximas seções.

A pesquisa, de natureza qualitativa (MINAYO, 1994), foi realizada no município do Rio de Janeiro e aprovada por comitê de ética (Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ – CEP/UERJ). Analisou a produção de cuidados familiares na área do envelhecimento, com base nos seguintes aspectos: quem são os velhos e velhas trabalhadoras; a organização dos cuidados familiares, demandas, percepções de cuidado e o acesso; as respostas políticas a essas questões e o controle social.

Os procedimentos metodológicos consistiram em entrevistas semiestruturadas com cuidadores e representantes/militantes de movimentos sociais, pesquisa documental e observação participante.

3.1.1 Os informantes

Os sujeitos da pesquisa foram compostos por dois grupos: familiares/cuidadores e representantes/militantes de conselhos de direitos, fóruns e outros. As entrevistas contaram com um roteiro semiestruturado, cujas questões norteadoras estão discriminadas nos apêndices A e B.

Com o primeiro grupo, examinamos as relações de cuidado desenvolvidas no domicílio, concepções de cuidado e família, com ênfase nas questões relativas à trajetória percorrida para o acesso às políticas públicas. Os cuidadores foram "captados" por intermédio da equipe multiprofissional de um serviço especializado no atendimento ao idoso com dependência, com o qual temos vínculo profissional. A unidade integra o conjunto de serviços de referência no nível secundário de atenção à saúde e localiza-se em bairro da zona norte do município do Rio de Janeiro/RJ. Criado em 1990, o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UERJ) insere-se na rede de atenção especializada à saúde do idoso, tendo como objetivo a formação de recursos humanos, o desenvolvimento de políticas e novas metodologias no trabalho em saúde com a população idosa. O núcleo é composto por uma equipe de profissionais de diferentes categorias e sua proposta assistencial é sustentada pelos princípios do cuidado integral, de base interdisciplinar e interprofissional, realizando ações nos níveis de promoção, prevenção, cuidados paliativos, reabilitação e recuperação da saúde.

A escolha por captar os cuidadores por meio dessa unidade não visou realizar estudos sobre o estabelecimento em si, muito menos estipular parâmetros nem qualquer tipo de avaliação dos serviços ali prestados. Nosso interesse principal foi investigar as demandas de cuidados e a trajetória pela rede, independentemente do acompanhamento regular nessa unidade específica, reconhecendo as dificuldades para o acesso e, ao mesmo tempo, analisando as estratégias utilizadas pelos cuidadores para o usufruto dos recursos para os quais eram encaminhados.

A pesquisa foi apresentada à equipe e apreciada pelo colegiado da unidade. Na sequência, elencamos dias e horários para realização das entrevistas em acordo com a disponibilidade dos cuidadores.

Com o segundo grupo, representantes e militantes dos espaços de controle social, o

intuito foi reconhecer como a questão dos cuidados domiciliares tem sido pautada nos movimentos sociais, as estratégias de mobilização implementadas, bem como as concepções de cuidado e família existentes nesses espaços. Para acesso aos informantes, adotamos a estratégia de pesquisa denominada *snowball* ("bola de neve"), conforme sistematizado por Mangabeira (1993), que consiste no convite a "informantes-chave". Os contatos foram feitos com aqueles que integravam estes movimentos sociais e/ou demais fóruns, iniciando-se pelos representantes que já mantinham relações com a instituição campo de pesquisa e nosso local de trabalho. A esses "informantes-chave" se solicitava a indicação de outros nomes, de forma a configurar a rede de entrevistados desse segundo grupo de pesquisa.

A observação participante no NAI ocorreu nos diferentes espaços possíveis, tanto assistenciais quanto de reuniões da equipe, durante o período definido para coleta de dados (janeiro a junho de 2018), e tendo por foco os temas discriminados no apêndice D[66]. Nas instâncias de representação política, a observação seguiu o roteiro do apêndice E[67], e transcorreu em reuniões e eventos públicos durante o período supracitado. Em ambos os espaços, as informações foram registradas em diário de campo, acrescidas de reflexões da experiência profissional amadurecidas no contexto da pesquisa.

Definimos os seguintes critérios de inclusão: cuidadores familiares que utilizavam as redes SUS, SUAS e demais instâncias públicas do município. Nos espaços de controle social, os informantes foram representantes e/ou militantes que integravam e participavam, efetivamente, de movimentos sociais, organizações como associações e/ou demais fóruns. E, como critérios de exclusão, fixamos os seguintes parâmetros: cuidadores familiares que não acessavam recursos públicos, geralmente por contarem com seguros privados de saúde e condições financeiras capazes de realizar os demais custos privadamente. E, para o segundo grupo da pesquisa, não foram convidadas pessoas que participavam desses movimentos com inserção recente e/ou esporádica.

Sobre a amostra na pesquisa qualitativa, Minayo (1994) descreve que a mesma não é delineada por critérios numéricos e sim pelo conjunto de informações significativas para o conhecimento do objeto de estudo. Foi informado, no ambiente da Plataforma Brasil, o número estimado de vinte entrevistas. Porém, a pesquisa seguiu a técnica de saturação para uma amostra

---

[66] Principais necessidades de cuidados no domicílio detectadas pelas equipes e as principais questões relativas ao acesso às políticas públicas.

[67] Os cuidados domiciliares: se e como integram a agenda de debates. Principais estratégias implementadas e questões relativas ao acesso às políticas públicas para o idoso com dependência e seus familiares. Concepções de cuidado e família.

não probabilística, como é próprio à pesquisa qualitativa, cuja finalidade não é produzir generalizações, mas pontos de partida que permitam sinalizar análises mais abrangentes. O momento de corte decorreu da saturação das respostas, à medida que as informações respondiam às questões de pesquisa. Participaram da pesquisa dez cuidadores de idosos em acompanhamento regular no NAI e oito representantes de movimentos sociais.

3.1.2 Aspectos éticos que nortearam a pesquisa

O referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/RJ (CEP/UERJ), em conformidade com as Resoluções 196/1996, 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS) (BRASIL, 1996b; 2012; 2016), aprovado em 22 de janeiro de 2018 mediante parecer 2.471.349.

Acrescentamos que o sigilo profissional, assegurado pelo Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 2012) foi respeitado, garantindo a não identificação dos participantes voluntários entrevistados. Os participantes tiveram acesso às informações pertinentes à realização da pesquisa por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice F), que foi lido e explicado a cada um dos entrevistados, atendendo possíveis perguntas e questões que, porventura, apresentassem. O processo de entrevista foi realizado em local e horário mais adequado aos informantes, e as questões indagadas realizadas em um ambiente de confiança.

As entrevistas foram gravadas com o pleno aceite dos entrevistados e posteriormente transcritas. Contamos com a participação de duas alunas auxiliares de pesquisa nas tarefas de mapeamento dos cuidadores, marcações das entrevistas e levantamento de dados em prontuários.

Os riscos e benefícios da pesquisa foram devidamente esclarecidos. Consideramos que se trata de uma pesquisa de “baixo risco”, visto que os dados obtidos foram trabalhados com sigilo e rigor ético. As questões abordadas com os cuidadores, por tratarem de situações familiares, processo de adoecimento etc., poderiam suscitar algum tipo de desconforto. Por esse motivo, optamos em realizar as entrevistas em contexto de segurança e com o máximo de tranquilidade possível. Foi garantido o espaço de privacidade e as entrevistas poderiam ser interrompidas diante de algum incômodo por parte dos participantes, o que não foi necessário.

Em relação aos representantes/militantes dos espaços de controle social, os assuntos discorridos não remetiam às experiências pessoais e costumeiramente são discutidos em espaços coletivos. De todo modo, as temáticas debatidas foram tratadas cuidadosamente em

espaço dialógico e privativo. Estávamos preparadas para acolher qualquer sinal de constrangimento e prosseguir ou não com a entrevista, de acordo com as escolhas e/ou decisões dos informantes.

Sobre os benefícios da pesquisa, esclarecemos que não haveria nenhum benefício imediato aos entrevistados, mas, ao participar deste estudo, o informante contribuiria para uma maior aproximação ao tema, especialmente para o conhecimento das demandas de cuidados domiciliares, colaborando para conferir maior projeção a elas. A produção de conhecimento gerada pela pesquisa permitiria conhecer melhor a realidade local no município do Rio de Janeiro/RJ quanto aos serviços prestados, suas propostas e limites no âmbito da atenção integral ao idoso e suas famílias. De forma indireta, contribuiria com o conhecimento que subsidie a estruturação dos serviços e políticas afeitas à questão do envelhecimento e do cuidado junto a trabalhadores(as) idosos(as). Para os espaços de controle social, a pesquisa tem potencial para motivar reflexões sobre questões pouco amadurecidas e/ou secundarizadas.

3.1.3 Pesquisa documental

A pesquisa documental examinou as políticas governamentais dirigidas ao idoso com dependência e seus cuidadores. O objetivo central foi mapear essas políticas incluindo as ações descritas como cuidados de longa duração, sem perder de vista as concepções que subjazem tais propostas. Analisamos, em âmbito nacional, as legislações, portarias, decretos e demais documentos que apresentavam as diretrizes gerais de atenção ao segmento. Recorremos às fontes demográficas de períodos distintos[68] para atualizar dados concernentes ao segmento idoso e produzir reflexões aproximativas entre a realidade brasileira e a amostra da pesquisa.

No universo circunscrito ao município do Rio de Janeiro, verificamos os dados oficiais disponíveis publicamente, dedicando especial atenção a fontes que ofereciam informações sobre a organização da rede socioinstitucional no território em questão, fossem elas fontes documentais *stricto sensu* (portarias, normas operacionais, cadernos de orientação, etc.) ou de cunho bibliográfico, como artigos, coletâneas, livros, teses e dissertação, dentre outros documentos.

Exploramos as legislações reguladas no campo da política brasileira, no período posterior aos anos de 1990, tais como a Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994;1996a), Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

[68] A saber: Pesquisas por Amostra de Domicílio Contínua (PNADs Contínua) e as Sínteses de indicadores Sociais (SIS) do IBGE, que realizam estudos anuais com atualização e aprofundamento de indicadores.

(PNSPI) (BRASIL, 2006d) e outras correlatas; as normatizações do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), benefícios previdenciários relativos ao envelhecimento e dependência; e regulamentações de programas específicos, a exemplo: atenção domiciliar, instituições de longa permanência para idosos (ILPI), rede de serviços de referência em assistência à saúde do idoso, e outros.

As questões norteadoras discriminadas no apêndice C foram: Quais as propostas previstas pelas políticas públicas para esse segmento – idoso dependente e seus familiares cuidadores –, incluindo os cuidados de longa duração? De que forma a apropriação da lógica familista e comportamental se expressa nas ações de proteção social na área do envelhecimento? Como se articula com as recentes propostas de contrarreformas do Estado? Quais as concepções de cuidado e família reproduzidas nas políticas e planos governamentais? Incorporam as perspectivas atuais acerca do cuidado como trabalho?

A localização do município do Rio de Janeiro buscou, a princípio, seguir critério regional e não de gerência das políticas públicas. Todavia, diante do volume do material, delimitamos a pesquisa ao município, sem deixar de contextualizar aspectos inerentes ao universo estadual e federal. Não se trata de um estudo de caso, pois não há pretensão de aprofundamento deste território, apenas situar o cenário social e político, no qual a rede socioinstitucional está instalada. Analisamos, a partir dos relatos de cuidadores, o acesso aos equipamentos de proteção social nos níveis federal, estadual, municipal ou de parceria público-privada, estabelecidos na cidade do Rio de Janeiro, com ênfase na gestão municipal.

A opção metodológica pelo estudo documental das políticas decerto teve seus limites, uma vez que as regulamentações e políticas podiam incorrer em propostas intangíveis, nem sempre operacionalizadas em serviços concretos. Entretanto, reconhecemos que a triangulação dos métodos, com a combinação de entrevistas e observação participante, ampliou o campo analítico. As reflexões se apoiaram no mapeamento do que está sendo previsto e programado, em paralelo com a realidade expressa por cuidadores, confrontando o proposto e o real, e investigando junto aos participantes dos movimentos sociais os principais desafios para o controle social. Seguramente, um estudo mais apurado sobre os serviços, formas de funcionamento, fluxos, gestão etc., se mantém como um problema a ser investigado posteriormente.

3.1.4 A metodologia de análise e os caminhos percorridos

A análise dos dados ocorreu no período de março a novembro de 2018. Teve por objetivo a identificação, compreensão e intepretação dos resultados encontrados, à luz do marco teórico deste estudo e articulados com as categorias centrais. O material empírico foi inicialmente organizado com base nos pontos descritos nos respectivos roteiros de entrevista, da análise documental e da observação participante.

O exame do material qualitativo seguiu as seguintes etapas. Primeiramente, o material foi organizado através de uma leitura flutuante e minuciosa dos registros, esquematizando e definindo os eixos temáticos que estruturariam as etapas seguintes. O segundo momento inferiu a leitura detalhada de cada resposta para a ordenação por unidades relevantes, reconhecendo as ocorrências, particularidades e generalidades (GIL, 2002). O terceiro momento, após as sucessivas leituras, construiu e analisou o elenco de categorias interpretativas, com vias a responder às questões levantadas na pesquisa.

As narrativas/experiências tratadas neste material foram analisadas como elementos particulares de histórias de vida e, ao mesmo tempo, situadas no contexto das determinações societárias mais amplas, haja vista revelarem expressões da realidade social vivida pelos cuidadores.

Algumas citações estão expostas tal como narradas pelos entrevistados e outras foram sintetizadas e reconstruídas para demonstrar as biografias no momento em que foram contadas ou colhidas documentalmente.

Como explicitamos na introdução, para efeito de organização textual utilizaremos a noção de trabalhadores, cuidadores e idosos no masculino, no sentido genérico. Contudo, em algumas passagens específicas, por motivos teóricos, faremos menção aos trabalhadores e trabalhadoras, idosos e idosas, cuidadores e cuidadoras, com base nas relações de gênero, demarcando mais claramente certas diferenças e desigualdades.

Organizamos os eixos temáticos da seguinte maneira: o item trabalho e cuidado será tratado neste capítulo, subdividido em duas seções que desenvolverão aspectos relativos às condições de trabalho e previdência social dos idosos e a qualificação do trabalho de cuidados, com a caracterização dos provedores e como são realizadas as atividades no domicílio. A apresentação da rede socioinstitucional, o controle social e as políticas públicas serão objeto do capítulo 4.

3.2 **Os(as) velhos(as) trabalhadores(as)**

A questão sobre a trajetória de trabalho do idoso, apesar de oportuna às reflexões em curso, não estava prevista originalmente entre os eixos da pesquisa de campo. No entanto, no decorrer das entrevistas e da observação participante, tornou-se assunto costumeiramente levantado nas reuniões de equipe ou pelos próprios cuidadores. Nos espaços interprofissionais, as histórias sobre a vivência trabalhista ampliavam as reflexões acerca do processo de adoecimento e do projeto de cuidados. Junto aos cuidadores, a temática surgia espontaneamente ao tratar de elementos relativos à vida familiar. Assim, fomos dedicando maior atenção para esse conteúdo, ao passo que percebíamos a sua pertinência e a possibilidade de agregar essa informação aos nossos resultados.

Para tanto, além dos registros realizados no diário de campo e das entrevistas com os cuidadores, complementamos as informações por meio de consulta ao instrumento, incluso no prontuário, denominado por "avaliação social"[69]. Colhemos dados sobre idade, escolaridade, situação previdenciária, trabalhista e níveis de dependência. Não foi possível reunir os dados sobre condição habitacional nem sobre cor/etnia/raça, pois essas informações não estavam suficientemente documentadas[70].

Temos nessa amostra idosos nascidos entre os anos de 1925 e 1953 com um intervalo de 28 anos. As décadas mencionadas balizam mudanças relevantes na formação social brasileira, tanto na composição populacional, no desenvolvimento das forças produtivas do país quanto no desenho da proteção social. As distintas inserções no mundo do trabalho, na vida econômica, social e cultural, as diferentes itinerários objetivos e subjetivos de vida, conferem diversidade e complexidade para esse grupo populacional. Como ressaltam Camarano, Kanso e Fernandes (2016), a tamanha heterogeneidade que marca o segmento extrapola a composição etária, o que nos alerta acerca da necessidade de conhecer mais amiúde as diferenças e semelhanças que caracterizam o grupo pesquisado.

---

[69] Trata-se de um instrumento semiestruturado aplicado pela equipe de assistentes sociais do NAI, cujo objetivo inicial é identificar as condições gerais de vida e de trabalho do idoso.

[70] A ausência de registros sobre o indicador cor/etnia/raça demonstra as dificuldades de os profissionais coletarem esse dado e as implicações disso para a compreensão de aspectos importantes dos modos de vida de segmentos populacionais, sobretudo da população negra, historicamente invisibilizada nos espaços institucionais de saúde. Sobre isso, ver a política nacional de atenção integral a população negra (BRASIL, 2017). Normalmente, quando não há registros, eles estão insatisfatoriamente descritos, como no nosso levantamento.

3.2.1 Trabalho e previdência social: o direito tardio

Os(as) idosos(as) demandantes de cuidados fazem acompanhamento sistemático no ambulatório NAI e somam 12 pessoas (duas cuidadoras cuidavam de ambos os genitores). São cinco mulheres e sete homens em condição de dependência funcional completa ou parcial e que necessitam de cuidados sistemáticos de terceiros para a realização das atividades cotidianas. A idade variou de 66 a 69 anos (2), 70 a 79 (5), entre 80 e 89 (4) e acima de 90 (1).

Quadro 1 – Relação dos idosos por idade e sexo

		Idade	**Sexo**
1	Joana	70	F
2	Nádia	66	F
3	Marina	89	F
4	Antonio	89	M
5	Mario	73	M
6	Silvio	70	M
7	Edgar	77	M
8	Walter	69	M
9	Renata	94	F
10	Lucio	88	M
11	Sergio	78	M
12	Lucia	83	F

Fonte: Elaborado pela autora.

Verificamos que são idosos com idades mais avançadas, segmento prioritário para o atendimento especializado e multiprofissional, em face de maior probabilidade de déficits funcionais e cognitivos a partir dos 75 anos, como previsto pela PNSPI (BRASIL, 2006d). Para a legislação, trata-se de idosos em situação de fragilidade, cuja abordagem envolve a articulação de um conjunto de fatores, desde o acometimento de doenças, a idade, até certas condições sociais, como a institucionalização e a violência.

> Por critério etário, a literatura estabelece que é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Considera-se, também, idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica (BRASIL, 2006d, p. 12).

A literatura geriátrica e gerontológica amplia esse marcador etário para 80 anos, pela suscetibilidade ao agravamento de doenças crônicas e às incapacidades (MORAES, 2012).

Constatamos na pesquisa um número representativo de idosos (sete) em situação de dependência com idade inferior aos 80 anos, demonstrando a variabilidade biológica que marca o ser humano. O aumento da incidência e da prevalência de doenças crônicas e a dilatação da expectativa de vida colocam para a saúde pública a emergência de pensar o atendimento ao idoso sob a ótica da integralidade e de práticas que vão ao encontro do conceito ampliado de saúde, o que implica a compreensão dos processos de determinação social das doenças (BERNARDO; ASSIS, 2016). Para o idoso em processo de declínio biológico, a determinação social interfere diretamente nessa dinâmica, impondo uma injusta relação entre condições de vida e maiores probabilidades de adoecimento. Como enfatizado por Paim (2003), as desigualdades nas condições de vida e de trabalho definem as formas de adoecer e morrer. Destarte, o fenômeno saúde não constitui um mero somatório de variáveis, em geral, insuficientes para externar toda a sua complexidade. Determinações mais amplas precisam ser apreciadas, notadamente as formas de organização social e as interseções com as questões do trabalho.

Não houve predomínio quantitativo de mulheres, embora as idosas apresentem idades mais elevadas. Esse dado confirma pesquisas sobre a longevidade feminina em razão da morbidade e mortalidade diferencial por sexo, com ampliação nos grupos etários mais avançados (CAMARANO; KANSO, 2010). Dados do IBGE (2018) mostram que 56% dos idosos são mulheres e 46%, homens.

Uma distinção pertinente é feita por Yannoulas (2011) entre os termos feminilização e feminização. A feminilização teria conotação quantitativa para designar o aumento de mulheres em dadas configurações. Na composição demográfica, por exemplo, as interpretações costumam repousar nos determinantes biológicos e contextuais que informam especificidades entre homens e mulheres. A feminização, por seu turno, adquire acepção qualitativa. Expressa mudanças vinculadas à concepção de gênero e os sentidos produzidos socialmente, requerendo tratamento analítico mais sofisticado.

O uso indiscriminado dos termos impede o reconhecimento dos conteúdos significantes sobre a maior expectativa de vida entre as mulheres e obscurece diferenças substanciais, criando uma associação precipitada entre longevidade e igualdade, com consequências políticas desastrosas. Não por acaso, a proposta de contrarreforma previdenciária, em tramitação, preconiza ajustamento nos direitos concedidos à mulher, buscando igualar aos homens, tomando como premissa os dados demográficos na sua imediaticidade.

Problematizar a feminização do envelhecimento permite desconstruir determinismos em torno das relações entre os sexos. Fatores como a proteção hormonal e o autocuidado ou os riscos de exposição à acidentes automobilísticos e à violência urbana (VERAS, 2003) não podem ser tratados rigorosamente como dados *a priori* ou intrínsecos ao universo feminino ou masculino. Ampliar o debate para além das diferenças biológicas e das mudanças quantitativas propicia discernir os papéis e funções designados aos sexos como construções sociais e históricas, cuja base material repousa sobre as dimensões do trabalho e da reprodução social (NOGUEIRA, 2010).

Outrossim, a despeito da maior expectativa de vida entre as mulheres, as iniquidades de acesso à escolaridade dessa geração, ao trabalho formal e a proteção social expressam desigualdades de gênero, posto que as mulheres acumulam desvantagens durante a vida, que se acentuam na velhice (BERZINS, 2003; DEBERT, 2006, 1999).

Sobre a escolaridade, identificamos a predominância do ensino fundamental (completo ou incompleto), de 1 a 4 anos de estudo. Apenas uma idosa, a mais nova da amostra, concluiu o 2º grau, equivalendo ao ensino médio, segundo o sistema educacional em vigor[71].

Quadro 2 – Relação dos(as) idosos(as) segundo escolaridade

		Escolaridade
1	Joana	Ensino fundamental incompleto
2	Nádia	Ensino médio completo
3	Marina	Ensino fundamental incompleto
4	Antonio	Ensino fundamental incompleto
5	Mario	Ensino fundamental incompleto
6	Silvio	Ensino fundamental incompleto
7	Edgar	Ensino fundamental incompleto
7	Walter	Ensino fundamental incompleto
9	Renata	Ensino fundamental incompleto
10	Lucio	Ensino fundamental completo
11	Sergio	Ensino fundamental incompleto
12	Lucia	Ensino fundamental completo

Fonte: Elaborado pela autora.

Dados do IBGE (PNAD, 2014) mostram que a escolaridade da população idosa, medida pelos anos de estudo, tende a ser baixa, em virtude do pouco acesso à educação formal na idade

[71] "O sistema de ensino regular atualmente em vigor compreende: o ensino fundamental, o médio e o superior de graduação. O sistema de ensino regular anterior compreendia: o 1o grau, o 2o grau e o 3o grau ou superior. O sistema de ensino regular anterior a estes dois compreendia: o elementar, o médio 1o ciclo, o médio 2o ciclo e o superior" (IBGE, 2018, p. 21).

apropriada. Em 1980, os homens idosos tinham em média 2,4 anos de estudo, enquanto as mulheres, 1,9 anos. Esse índice subiu em 2014 para 5,1 entre os homens e 4,9 entre as mulheres. Todavia, o número de analfabetos entre as pessoas idosas ainda é significativo, pois o indicador, mesmo em queda nas demais faixas etárias, permanece alta para as idades mais avançadas com diferenças entre os gêneros e o quesito cor[72].

Em 2017, 11,5 milhões de pessoas acima de 15 anos eram analfabetas, equivalendo a 7% da população total. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, a taxa foi de 19,3%. Se considerarmos as desigualdades regionais, esse indicador revela que as regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas de analfabetismo de 8% e 14,5%, respectivamente. Entre idosos, constatou-se na região Nordeste o percentual de 38,6% de pessoas que não sabiam ler nem escrever, diferente da região Sudeste, que apresentou taxa de 10,6%. Quanto ao quesito cor, a taxa de analfabetismo foi de 4% entre os brancos e 9,3% entre pretos e pardos. O número de anos de estudo também apresentou diferença. Entre brancos, a média foi de 10,1 anos de estudos e entre pretos e pardos, a média foi de 8,3 anos de estudos. Em relação às pessoas com mais de 60 anos, verificou-se que 10,8% de analfabetos eram brancos e 28,9% eram pretos ou pardos. Um dado relevante é que as mulheres idosas apresentaram taxas maiores dos que os homens quanto ao analfabetismo, variando também no quesito cor, conforme tabela a seguir (IBGE, 2018).

Quadro 3 – Taxa de analfabetismo desagregado por idade e cor/raça/etnia

Homens acima de 60 anos		**Mulheres acima de 60 anos**	
brancos	pretos e pardos	Brancas	pretas e pardas
9,4%	27,8%	11,8%	29,7%

Fonte: IBGE – PNAD Contínua educação, 2018.

Se levarmos em conta o analfabetismo funcional, que engloba as pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de quatro anos completos de estudo, ou seja, que não concluíram o 4º ano do ensino fundamental, o percentual total é de 17,6%, com propensão à maior incidência nas idades mais avançadas, entre mulheres idosas, nas regiões rurais e entre pretos e pardos, como tivemos a oportunidade de reconhecer nos dados anteriores. Deve-se lembrar que o nível

[72] Seguiremos, para fins de mapeamento desse dado, a metodologia empregada pelo IBGE, IPEA e outros institutos de pesquisas demográficas, ao considerar a população negra o somatório de pessoas que se autodeclaram pardas ou pretas. Não obstante, concordamos com Oliveira (2004) que há limitações na abordagem demográfica quanto a essa categorização do quesito "cor" para designar a origem étnico/racial da população brasileira. "Identidade racial\étnica é o sentimento de pertencimento a um grupo racial ou étnico, decorrente de construção social, cultural e política. Ou seja, tem a ver com a história de vida (socialização/educação) e a consciência adquirida diante das prescrições sociais raciais ou étnicas, racistas ou não, de uma dada cultura" (OLIVEIRA, 2004, p. 57).

de escolaridade feminino vem aumentando nas últimas décadas, superando a média masculina em todas as faixas etárias, exceto acima de 60 anos (IBGE, 2018).

Faleiros (2015) atenta para o fato de que, além das diferenças regionais, geracionais e entre os marcadores de gênero, cor-raça-etnia, é mister problematizar a forma excludente e parcial com que se desenhou o direito à educação para essa geração de idosos. Os limites de acesso ao ensino formal e as possibilidades de apropriação de bens culturais impuseram poucas escolhas às famílias das classes trabalhadoras, cujo destino traduziu-se em escassas opções e à busca da subsistência através do trabalho.

> Edgar é um senhor negro de poucas palavras. Era o mais velhos dos irmãos. Aprendeu a ler e a escrever na escola, onde permaneceu por apenas 2 anos. Tinha 10 anos quando começou a trabalhar. Era grande e forte o suficiente para a ajudar a família. Nunca mais voltou à escola e trabalhou por toda a vida até seu adoecimento aos 65 anos de idade (Diário de campo).

O nível de escolaridade é um indicador extremamente útil para compreendermos a estrutura social brasileira e a política educacional, mas, sobretudo, a diferenciação da qualidade dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho no Brasil.

Segundo o DIEESE (ANFIP, 2017), a vida de trabalho para os idosos iniciou prematuramente, ainda na adolescência e em ocupações informais, seja como empregado sem carteira assinada, trabalhadoras domésticas, em negócios da família ou em trabalhos autônomos. Entre os idosos ocupados em 2015, 24,5% começaram a trabalhar com menos de 9 anos e 43% entre 10 e 14 anos de idade, totalizando 67,7% de idosos que ingressaram precocemente no trabalho, havendo, em vista disso, efeitos diretos sobre a escolaridade e a trajetória laboral. De acordo com o IBGE (2016), dos idosos inseridos no mercado de trabalho em 2015, 65% tinham apenas o ensino fundamental incompleto, o que indica limitações concretas para alocação em postos de trabalhos mais qualificados.

No meio rural, esse dado é mais contundente. Muitas crianças e adolescentes participam das atividades produtivas junto com familiares – na agricultura ou criação de animais – ou em trabalhos assalariados na lavoura. Em 2014, 78,2% dos trabalhadores rurais já trabalhavam antes dos 14 anos e sem o acesso adequado ao ensino formal (IBGE, 2016).

> Walter começou a trabalhar ainda criança na Paraíba. De família numerosa, todos tinham que contribuir no sustento familiar. E assim foi. Quase não estudou, aprendeu o básico. Trabalhou em tudo que se possa imaginar, mas foi se especializando como motorista de carreta. O trabalho era muito puxado. Passava horas sem dormir ou se alimentar. Aos 60 anos já estava doente e sem condições de continuar trabalhando (Diário de campo).

Os idosos da pesquisa se inseriram no mundo do trabalho no final de 1940 e início de 1950, vivenciando o impulso do crescimento urbano e industrial do período. Recuperando o conteúdo do 1º capítulo, situamos que, conforme Pochmann (2006a), a passagem da economia cafeeira agroexportadora, pautada na mão de obra de imigrantes europeus, para a industrialização do modelo desenvolvimentista, desencadeou a ampliação da oferta de trabalho assalariado no espaço urbano, sem melhorias nas condições gerais de vida e sem o pleno acesso aos direitos trabalhistas, visto que esses eram estratificados por ocupações e restritos a alguns setores.

O período circunscrito entre 1940 e 1980[73] caracterizava-se pelo estabelecimento da indústria e efetivação de um projeto nacional de desenvolvimento econômico, com a institucionalização das relações e condições de trabalho dos segmentos organizados. Segundo Mattoso e Pochmann (1998), o crescimento econômico experimentado pelo Brasil, após a Segunda Guerra Mundial, de fato viabilizou maior geração de emprego, sem resultar, contudo, em avanços na distribuição de renda. Os elevados índices de informalidade e os baixos salários configuraram uma profunda heterogeneidade do trabalho no Brasil. A urbanização e a migração interna se intensificaram nesse período. A política agrária, em contraste com a reforma agrária[74], tecnificou o trabalho no campo e concentrou a posse da terra, imprimindo mudanças produtivas e expulsando seus trabalhadores e pequenos agricultores para as cidades (POCHMAN, 2006a).

Nove idosos de nossa amostra são naturais de outros estados do Brasil, provenientes das regiões Norte e Nordeste. Sete são homens. Esse dado reflete o fenômeno migratório ocorrido no período, gerando o êxodo rural e a procura pelas cidades como forma de conseguir trabalho. No ano de 1950, dos 10,8 milhões de migrantes brasileiros, 47,6% eram originários do Nordeste. Tais fluxos, provenientes das regiões rurais em direção às regiões urbanas do Sudeste, indicavam um movimento contínuo e crescente de famílias inteiras ou homens jovens solteiros, no intento em alcançar oportunidades de emprego em outras localidades (CAMARANO; ABRAMOVAY, 1997). A migração, nesses termos, implica em mudanças identitárias e

[73] Para Pochmann (2006a), em termos gerais e sem encobrir particularidades históricas, é possível distinguir dois períodos na configuração do mercado de trabalho no Brasil. O primeiro de 1940 a 1980, e o segundo, na década de 1990.

[74] Segundo Stédile (2011), reporta-se à questão agrária e à forma pela qual as sociedades se organizam no uso e na posse da terra, incitando transformações nas relações de produção. No Brasil, há marcas históricas, no processo de formação social, em que foram estabelecidos impedimentos para o pleno acesso à terra pelos habitantes originários (índios), pelos negros e demais frações das classes trabalhadoras.

culturais profundas. Não tivemos a oportunidade de conhecer mais de perto tais vivências, mas presumimos seus desdobramentos.

> Marina e Antonio são de Recife. Se casaram e vieram para o RJ tentar a vida. Ela, costureira, vaidosa. Fazia suas próprias roupas em casa. Ele, ourives. Sempre presenteava os sobrinhos com anelzinho, gargantilha. A família dela ficou no nordeste. Os irmãos falecerem, e Marina desconhece o fato até hoje. Perderam totalmente o contato. Já Antonio ajudava a família do único irmão que vivia no RJ. Ele não reclamava de nada, mas parecia sofrer com a distância de sua terra natal. Afinal, fazia tanto esforço para sobreviver, que, por vezes, pensava se havia valido a pena. Conseguiu pelo menos ajudar os familiares (Diário de campo).

Nas décadas de 1960 e 1970, o movimento migratório manteve ritmo progressivo sofrendo oscilações entre os estados. Apesar da complexa estrutura industrial desenvolvida à época, os anos de 1970 anunciavam taxas elevadas de desemprego e pobreza absoluta. No transcorrer dos anos de 1980, com as mudanças sociais, econômicas e políticas do país, operam-se alterações no fluxo migratório com redução da movimentação entre as regiões e a feminilização da dinâmica demográfica, perante a incorporação da mão de obra feminina em contexto de reestruturação produtiva.

Seja por ditames econômicos de desenvolvimento, que delimita regiões mais produtivas, seja por desigualdades regionais de condições de vida, trabalho e acesso a serviços públicos, o fenômeno migratório é complexo, diversificado e determinado por questões de ordem macroeconômica que atingem diferenciadamente os grupos populacionais[75].

Compreender a migração sob a lógica do deslocamento populacional forçado é importante para precisarmos as formas de inserção do trabalho dessa mão de obra expulsa de suas origens socioculturais. Conforme Singer (1998), a baixa escolaridade e, por conseguinte, a pouca qualificação, da maioria dos migrantes, associados à incapacidade de o mercado de trabalho absorver esse volume de mão de obra disponível, formatou um cenário de desemprego ou subemprego para essa população, por vezes em piores condições daquelas em que viviam nas suas regiões.

Apartados de suas raízes, a construção de laços e redes de solidariedade costuma ser uma forma de apoio encontrada pelos migrantes para ambientação à nova realidade. Para Singer (1998), é comum o suporte mútuo entre migrantes, de modo a compensar eventuais dificuldades de adaptação.

---

[75] Os processos migratórios em suas distintas modalidades são um fenômeno com múltiplas expressões espaciais, temporais e matizes analíticos. Trata-se de um fenômeno social de redistribuição da população pelos territórios que varia segundo regiões, períodos, contextos socioeconômicos e culturais. Para maiores aprofundamentos sobre o fenômeno migratório no Brasil, consultar: Singer (1998) e Gaudemar (1977).

> Sergio se fixou no RJ após passagens por outras cidades. Operário da construção civil, trabalhava no que podia e era ofertado. Não casou, mas assim que chegou na cidade se instalou, organizou trabalho, montou a casa e, logo que foi possível, acolheu um irmão e uma sobrinha grávida que estavam no norte. Passaram a morar juntos. Criava essa sobrinha como se fosse sua própria filha. Posteriormente, veio a neta. Assim permaneceram até o falecimento do irmão, da sobrinha, e dois anos depois do próprio Sergio (Diário de campo).

Sendo o excedente de mão de obra um elemento basilar que configura a economia e o campo de trabalho no Brasil, podemos dizer que a entrada antecipada no mercado de trabalho, a baixa escolaridade, a migração e a precarização decorrem, dentre outros aspectos, de uma economia capitalista periférica dependente que não gera empregos formais em quantidade suficiente, sobretudo no período histórico da inserção desses idosos no trabalho.

Para os analistas do DIEESE (ANFIP, 2017), o desenvolvimento capitalista tardio no Brasil deixou como legado um mercado de trabalho desigual e uma estrutura produtiva pouco uniforme, tanto em termos da regulação trabalhista quanto pela inserção ocupacional. O caráter heterogêneo do mercado de trabalho, com destaque para o desemprego crônico, a informalidade e a rotatividade, tem como resultado imediato assimetrias na capacidade de contribuição previdenciária e dificuldades para o acesso aos benefícios na velhice. As interrupções no percurso laboral e a não equivalência entre o tempo de trabalho com a quantidade de contribuições formais convertem-se em consequências diretas no consumo da força de trabalho, bem como nos direitos trabalhistas e da seguridade social.

Detalhando os dados gerais de beneficiários acima de 60 anos da Previdência Social no ano de 2015 (IBGE, 2016), identificamos que 59,1% são aposentados, 9,1% pensionistas, 7,4% aposentados e pensionistas, 6,2% contribuintes não beneficiários e 18,3% não beneficiários. Chama a atenção que 24,5% de pessoas idosas não contam com proteção previdenciária. Parte dessa população pode ser beneficiária assistencial do BPC/LOAS, a depender da renda familiar e da idade, e parte possivelmente permanece em atividades laborativas, particularmente os contribuintes não beneficiários, que, por algum motivo, prosseguem contribuindo e não usufruem dos recursos previdenciários relativos às aposentadorias e pensões.

Em nossa amostra, do total de 12 idosos, quatro foram aposentados por tempo de contribuição, quatro por idade, dois por invalidez e dois eram pensionistas.

Quadro 4 – Vínculo com a previdência social por sexo

Sexo	**Aposentadoria por tempo de contribuição**	**Aposentadoria por idade**	**Aposentadoria por invalidez**	**Pensão por morte**
F	1	1	1	2
M	3	3	1	0

Fonte: Elaborado pela autora.

Todos os homens idosos tiveram inserção no setor de serviços, nas ocupações de marceneiro, pedreiro, cozinheiro, estofador, vendedor ambulante, motorista, bancário e ourives. As mulheres, exceto Nádia e Lucia, realizaram atividades domésticas sem remuneração. Uma parcela dessas idosas inseriu-se brevemente no mercado formal quando solteiras, interrompendo o circuito de trabalho formal por ocasião do casamento. As principais ocupações eram costureira, merendeira, técnico em contabilidade e auxiliar administrativo.

O IBGE (2016) demonstra essa desproporcionalidade de gênero: a fração de mulheres aposentadas (48,6%) é menor que a de homens (72,3%), consequência do tardio ou não ingresso delas no mercado formal de trabalho.

> Destaca-se a história de Nádia, idosa mais jovem e a única dessa amostra com maior escolaridade (2º grau completo). Assim como Lucia, Nádia conseguiu vincular-se formalmente no mercado de trabalho. Morava sozinha e era independente. Trabalhava como auxiliar de contabilidade em escritório particular e pretendia fazer curso superior. Parecia ter orgulho de sua profissão e do nível de estudo que atingiu, apesar de sua família ter poucos recursos financeiros. Com aproximadamente 57 anos, aparecerem os primeiros sinais do processo de adoecimento. Foi diagnosticada com demência de Alzheimer. Aposentou-se por invalidez e passou a ser cuidada pela irmã mais nova, com quem tem idade aproximada e fortes vínculos. As perdas funcionais e cognitivas foram severas e rapidamente Nádia não se lembrava mais das pessoas. Entretanto, curiosamente, interagia afetivamente com todos. Carinhosa, sorridente e alegre, parecia viver em um mundo particular. Há um ano aproximadamente que sua irmã não consegue mais levá-la às consultas. Mora em outro município e tem oferecido resistências para sair de casa. A irmã cuidadora prefere respeitar o ritmo de Nádia e evita circunstâncias que a pressionem (Diário de campo).

Segundo Bruschini (1998), a participação feminina no mercado de trabalho é afetada por um conjunto complexo de aspectos: estado conjugal, número de filhos, idade, escolaridade, organização familiar e ciclo de vida. Identificamos na pesquisa que as mulheres casadas com filhos ou as solteiras e responsáveis por cuidado de dependentes tiveram uma trajetória reduzida no trabalho formal. De acordo com a autora citada, a existência de filhos e pessoas dependentes reduz a presença feminina no mercado de trabalho, e isso é piorado com o aumento do número de filhos e/ou dependentes. Por outro lado, as mulheres com maior nível de instrução, como foi o caso de Nádia, apresentaram alguma estabilidade e continuidade no trabalho, ao contrário das mulheres com menor instrução, que se inseriram em trabalhos com vínculos mais instáveis.

> Lucia é do Ceará. Estudou pouco. Foi merendeira. Casou-se cedo e teve dois filhos. Sempre foi independente, ativa e gostava de passear. Depois de trabalhar durante muito tempo na informalidade, tentando adequar o trabalho fora de casa com o doméstico, conseguiu um emprego público, no qual permaneceu até a aposentadoria. Hoje, vive com o marido Lucio de 88 anos. Ele não apresenta déficit cognitivo, mas certa confusão para resolver problemas mais complexos, tem história de alcoolismo crônico e vários problemas de saúde. Lucia foi diagnosticada com demência de Alzheimer. É cuidada pela filha de 55 anos que tem hemiplegia e a cunhada de 80 anos (Diário de campo).

Para Felix (2016), nem as leis trabalhistas, nem a legislação da área do envelhecimento foram capazes de interferir e proporcionar maior igualdade entre os gêneros, no que concerne ao trabalho especificamente. Consoante Hirata (2002, p. 254), essa desigualdade configura-se num “ciclo laboral totalmente díspar entre a mulher e o homem”. A hierarquização e separação das dimensões de produção e reprodução social repercutem na inserção das mulheres no assalariamento, gerando desigualdades e inferioridade nas relações de trabalho.

> As demais mulheres da amostra são mais idosas e não apresentam itinerário regular de vinculação formal de trabalho. Joana é solteira, sempre morou com a mãe e quando esta adoeceu, passou a exercer exclusivamente as atividades de cuidados até seu falecimento. Apresenta perda cognitiva e dependência moderada. Renata, Marina e Lucia casaram-se jovens e assumiram as atividades concernentes à reprodução da família. Tiveram filhos rapidamente. Renata é viúva e diagnosticada com demência de Alzheimer há 23 anos. Está totalmente acamada e dependente. Marina vive com o marido, mas sua capacidade de autonomia está comprometida com quadro demencial a investigar. Sempre foi uma mulher ativa e vaidosa nos cuidados com a família e atualmente está dependente para praticamente todas as atividades em casa. Lucia permanece casada e tem demência de Alzheimer em fase moderada. Seu marido Lucio é mais velho e foi inserido na unidade para ser acompanhado por equipe especializada em função dos problemas de saúde (Diário de campo).

Em relação aos homens idosos, esses eram segurados por meio do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) do setor privado e se aposentaram em diferentes situações. Verificamos que três se aposentaram por tempo de serviço e conseguiram contribuir por 35 anos. Três se aposentaram por idade (65 anos), um tipo de aposentadoria baseada na invalidez presumida pela idade avançada, combinado com um tempo mínimo de 15 anos de contribuição. O idoso aposentado por invalidez tinha 70 anos e se aposentou com 65 anos aproximadamente.

Considerando o histórico de precariedade do trabalho no Brasil, observa-se que a baixa remuneração, semelhantemente, torna-se impeditivo ou limitador para a contribuição previdenciária (FALEIROS, 2015). Inclusive, percentual relevante de beneficiário do BPC para idosos (19,8% em 2012), foram pessoas que tiveram algum vínculo com a previdência social e não conseguiram dar continuidade às contribuições (SILVA, 2012). Segundo dados do DIEESE, “Em 2014, 43,1% dos trabalhadores sem filiação previdenciária possuíam rendimentos inferiores ao valor do salário mínimo e, portanto, dificilmente teriam condições para contribuir para a previdência social” (ANFIP, 2017, p. 29).

Quadro 5 – Situação de seguridade social e ocupação

		Seguridade social	**Ocupação**
1	Joana	pensionista do pai	trabalho doméstico não remunerado
2	Nádia	aposentada por invalidez	técnico de contabilidade
3	Marina	aposentada por idade	costureira
4	Antonio	aposentado por tempo de contribuição	ourives
5	Mario	aposentado idade	cozinheiro
6	Silvio	aposentado por invalidez	marceneiro
7	Edgar	aposentado por tempo de contribuição	estofador
7	Walter	aposentado por idade	motorista de carreta
9	Renata	pensionista do marido	trabalho doméstico não remunerado
10	Lucio	aposentado por tempo de contribuição	bancário
11	Sergio	aposentado por idade	construção civil
12	Lucia	aposentada por tempo de contribuição – servidora pública	merendeira

Fonte: Elaborado pela autora.

Os idosos aposentados por tempo de serviço estavam com 77, 89 e 88 anos de idade. Exceto Edgar, falecido, Antonio e Lucio são os homens mais velhos, estão em melhores condições de saúde e apresentam escolaridade maior, comparativamente aos demais.

Os idosos aposentados por idade estavam por ocasião da pesquisa com 77, 75 e 73 anos. Os três eram acometidos por doenças crônicas que evoluíram para quadro de dependência moderada a completa entre 3 e 5 anos, e faleceram durante esse estudo. O idoso aposentado por invalidez, aos 65 anos, recebeu o diagnóstico há 5 anos, resultando em imediato afastamento do trabalho. Reforçamos esse aspecto para demonstrar que o tempo após a aposentadoria foi curto e grifado pelo adoecimento.

> Silvio é marceneiro. Trabalhou a maior parte do tempo por conta própria. “Preferia” assim porque tinha seu próprio ritmo. Aposentou-se por invalidez aproximadamente em 2014, quando recebeu o diagnóstico de demência de Alzheimer. Desde então, faz acompanhamento na unidade. Ainda é independente para as atividades de autocuidado, porém não consegue realizar atividades mais complexas, permanecendo a maior parte do tempo em casa sob os cuidados de sua esposa (Diário de campo).

Os processos de adoecimento e envelhecimento são complexos e multidimensionais. Por essa razão, não temos o propósito de explorar nexos laborais entre o trabalho e o agravamento das perdas funcionais e cognitivas nos idosos estudados. Não temos como afirmar em que medida a situação de saúde foi ou não afetada pela insegurança e condições do trabalho,

nem estabelecer hierarquias entre os condicionantes sociais. Entretanto, procede admitir, com base nas reflexões construídas até o momento, que condições precárias de trabalho são nocivas à saúde, em particular na velhice, na qual as reservas funcionais já estão desgastadas.

Enfatizamos a seguinte assertiva. Para uma geração que trabalhou exaustivamente no âmbito da produção e reprodução social, com rígida divisão de papéis entre os gêneros, migrante, baixa escolaridade e pauperizada, sem dúvida, esses aspectos consistem em determinações que atingem as demais dimensões da vida, incluindo a saúde. O receio de adoecer e não conseguir prover ou cuidar da família, ou ainda não corresponder às exigências sociais, associados a um sistema de proteção débil, abastece o cenário de incertezas e inquietações, consequentemente, de morbidades. "A insegurança e a desproteção, vivenciados **por todos e por cada** trabalhador/a, produzem reações e desdobramentos de diferentes tipos – inclusive transtornos psíquicos" (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 5, grifos nossos).

3.2.2 A continuidade do trabalho após a aposentadoria: opção ou necessidade?

As ocupações mencionadas foram descritas como os ofícios desenvolvidos por maior tempo na trajetória trabalhista. Os vínculos trabalhistas não foram investigados, todavia, dada a entrada precoce no mercado de trabalho e o período tardio das aposentadorias (por idade e invalidez), concluímos que os idosos tiveram vínculos intermitentes de trabalho.

As ocupações foram realizadas diferenciadamente durante os períodos anteriores e posteriores à aposentadoria. No período da "ativa", os vínculos empregatícios foram efetivados por meio de contratos com pequenos empregadores, complementados por atividades como "autônomo", ou nos termos mais populares "bico", combinando trabalho regular com o ocasional. Na fase após a aposentadoria, predominaram as atividades informais.

A forma de trabalho recorrente entre os idosos é o chamado pela literatura de "por conta própria". Segundo o IBGE (2016), das pessoas idosas ocupadas em 2015, 56% trabalhavam nessa condição. Para Felix (2016, p. 251), "[...] na prática, 'por conta própria' é por conta 'própria mesmo". Ou seja, o trabalhador idoso assume os custos e os riscos do trabalho na velhice sem qualquer proteção do Estado. Fato que está longe de se equiparar as vantagens do "empreendorismo", tônica discursiva atual do trabalhador como pessoa jurídica.

Novas semânticas sobre o trabalho são anunciadas e mascaram a realidade, atenuando os sentidos fundamentais em que estão alicerçados. Simultaneamente a tais afirmativas "que não são inocentes nem inconsequentes" (TAVARES; SOARES, 2007, p. 3), novos dispositivos

de exploração do trabalho são acionados juntamente com inovações tecnológicas para aumento de produtividade. Tanto o trabalho informal quanto o autônomo (empreendorismo) assumem importância na restruturação produtiva, intermediados pela noção do trabalho individual e independente. É nesse ambiente que os idosos são incentivados a continuarem trabalhando como voluntários ou "por conta própria".

A alegação de que o trabalho "por conta própria" pode gerar algum nível de satisfação, tendo em vista um provável maior controle sobre o tempo de trabalho e a produção, é uma retórica porque escamoteia a subordinação e a dependência ao mercado. O trabalho, nessa modalidade, continua fazendo parte de uma engrenagem de pouca ou nenhuma liberdade criativa, configurando-se uma das facetas da precarização.

O termo precariedade designa uma série de perdas no âmbito dos direitos trabalhistas, envolvendo as condições de trabalho, reduzidos salários, instabilidade e descontinuidade dos vínculos (ALVES; SELEGRIN, 2011). A precarização esteve presente nas diferentes configurações assumidas pelo trabalho no capitalismo, como constatado na trajetória dos idosos pesquisados. Não obstante, no capitalismo contemporâneo, vem adquirindo novos contornos, com dissolução ampliada dos direitos e uma complexificação da classe trabalhadora.

A PNAD contínua de 2019 (IBGE), com base no último trimestre de 2018, demonstra que, das 92,9 milhões de pessoas ocupadas, 41,2% (32,2 milhões de pessoas) eram trabalhadores informais. Desses, 49,7% trabalhavam por conta própria, 30,4% eram empregados do setor privado sem carteira assinada e 11,6% eram trabalhadores domésticos sem regulamentação (os demais situavam-se em outras condições). Trata-se de um indicador crescente nos últimos 4 anos.

No universo dos trabalhadores informais, temos, segundo Antunes (2005), os "menos instáveis", que possuem alguma qualificação e meios de trabalho, e desenvolvem suas atividades através da prestação de serviços.

> Edgar era estofador, tido como um profissional de muita qualidade. Já havia trabalhado em várias ocupações para sobreviver. Foi ambulante, auxiliar de serviços gerais e até lutador de boxe, atividade essa que fazia na juventude. Após seu adoecimento (demência mista), há aproximadamente 15 anos, não conseguiu mais trabalhar. Mesmo aposentado, continuou prestando serviços por encomenda. Também não era fácil. Tinha "calote" e não conseguia cobrar pelo que efetivamente trabalhou. Era um homem negro com estatura alta e muito sorridente. Chegava às consultas com seu boné e, segundo um profissional da equipe, parecia um músico de blues. Edgar faleceu no decorrer da pesquisa de campo (Diário de campo).

Em outra ponta, há os "mais instáveis", que realizam trabalhos eventuais, menos qualificados, que exigem força física e cuja remuneração costuma ser por serviço realizado.

> Sergio não conseguiu mais trabalhar no mercado formal, após aposentar-se aos 65 anos. Ninguém mais queria empregá-lo. Alegavam que ele não daria mais conta da empreitada. Começou a fazer pequenos bicos. Não tinha mais força física e tudo ficava muito difícil. Não recebia nenhum direito. Era um homem simpático e cortes (Diário de campo).

Desconhecemos como foi o processo de formação profissional para o desempenho dessas atividades. Apesar da baixa escolaridade, inferimos que as habilidades específicas foram aperfeiçoadas no decurso de suas vidas, com os recursos possíveis acessados por cada um dos idosos de nosso estudo.

> Mário era cozinheiro de mão cheia. Começou a trabalhar muito cedo e em atividades informais. Fez de tudo um pouco. Foi aprendendo o ofício de cozinhar observando outros trabalhadores e paulatinamente desenvolveu seu próprio jeito. Segundo consta, não era muito disciplinado, fazia muitos empréstimos e teve vários trabalhos sem carteira assinada. Continuou fazendo pequenos trabalhos informais e precários até se aposentar por idade. Tinha uma relação distanciada dos filhos e ao final de sua vida foi cuidado pela ex-nora, que se compadeceu de sua situação. Mário estava com câncer em estágio final e uma das consequências desse quadro foi a impossibilidade de se alimentar por via oral. Ao que parece, esse foi um dos maiores sofrimentos de Mário, que gostava de cozinhar e saborear a comida que fazia. Faleceu há 6 meses (Diário de campo).

Os trabalhadores homens de nossa amostra empenharam-se em permanecer no mercado de trabalho após a aposentadoria, como forma de complementação da renda. Projeto interrompido mediante o adoecimento, ocorrido, em sua maioria, há pelo menos cinco anos, quando ingressaram na unidade[76]. Em seguida à aposentadoria, apresentaram declínio contínuo da funcionalidade, impedindo-os de exercer atividades laborativas, findando na condição grave do estado de saúde e posterior óbito de quatro deles. À medida que o processo de adoecimento foi evoluindo, tais atividades foram rareando até o idoso não mais conseguir trabalhar. As famílias relatam acúmulo de dificuldades financeiras nesse momento, requerendo apoio financeiro mais sistemático dos filhos ou outros familiares.

Para Camarano, Kanso e Mello (2004), o retorno do idoso para o mercado de trabalho tem vetor econômico. Alguns empregadores recorrem à força de trabalho mais velha visando obter vantagens, como a não obrigatoriedade de pagamento dos direitos trabalhistas em virtude da desregulamentação do mercado e pela liberação de alguns direitos, os quais os idosos já tenham acesso. Consoante Antunes (2006), a racionalidade instrumental capitalista cria e recria novas formas de trabalho, flexibilizando regras e direitos. Nesse panorama, a aposentadoria não garante ao aposentado, mesmo doente, parar de trabalhar. Ele é tensionado a aceitar condições

[76] Trata-se de uma média, pois temos idosos na amostra em acompanhamento há mais de sete anos e outros que estão conosco há menos de cinco anos.

desfavoráveis e voltar a vender sua força de trabalho, dando sequência ao processo de esgotamento físico e mental decorrente de longos anos de trabalho.

São duas as principais condições de inserção do idoso aposentado no mercado de trabalho: permanece em atividade com vínculo formal, na maior parte dos casos, em atividades que exigem menor qualificação e com salários rebaixados, ou fica na total informalidade no desempenho das atividades laborativas sem a retaguarda dos direitos trabalhistas.

> Sergio trabalhava na Construção Civil. Ficou nessa empresa por muitos anos. Foi transferido para vários estados até se fixar no Rio de Janeiro. Após a aposentadoria, se manteve trabalhando porque era o principal provedor da família e não podia parar. Tinha vários problemas crônicos de saúde e acompanhamento bastante irregular até ingressar no NAI. Passou a viver sozinho com o apoio de uma sobrinha neta que morava no exterior. Há 4 anos, essa sobrinha retornou para o Brasil só para cuidar do tio, de quem tinha muito afeto e gratidão. Era um homem trabalhador e muito ativo. Sua deterioração foi intensa nos últimos 2 anos, com gradativa perda cognitiva. Faleceu há 7 meses (Diário de campo).

Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2016 (IBGE), sobre dados comparativos de 2005 e 2015, houve a diminuição proporcional de idosos aposentados e ocupados, de 62,7% para 53,8%, e aumento da participação de pessoas com 60 a 64 anos entre os idosos ocupados, de 47,6% para 52,3%. Ou seja, houve redução no percentual daqueles que procuravam trabalho após a aposentadoria e diminuição do número de idosos aposentados. Esse último dado, possivelmente, traduz o impacto das reformas previdenciárias ocorridas nas décadas de 1990 e 2000[77], que postergam a concessão da aposentadoria, reduzem os valores dos benefícios e forçam pelo prolongamento do tempo de trabalho.

Quanto ao primeiro dado, segundo os próprios analistas do IBGE, a redução de idosos aposentados ocupados não se deve à melhor condição de renda do aposentado. Pelo contrário, esse fato caracteriza-se pela maior restrição do mercado de trabalho para a contratação de pessoas idosas, retrato do desemprego persistente de nosso país. Não é demasiado retomar esses números. Segundo a PNAD (IBGE, 2019), a taxa de desemprego em 2018 foi de 12% da população, totalizando 12,7 milhões de pessoas. Em 2015, esse percentual era de 6,9%, havendo, desse modo, aumento de 6 milhões de pessoas sem ocupação em três anos.

As análises sobre a relação trabalho e envelhecimento assente na inadequação das políticas de incentivo para permanência do trabalhador mais velho no trabalho, seja com a postergação da aposentadoria estendendo o limite de idade, seja por meio de fomento à

[77] Alguns exemplos estão no art. 142 da Lei 8.213/1991, na Emenda Constitucional n. 20\1998, na Lei n. 9.876/1999 e na Emenda Constitucional n. 41/2003. De acordo com Camarano (2015), essas emendas provocaram maior impacto sobre a população idosa atual do que as emendas aprovadas posteriormente, que, por sua vez, provocarão rebatimentos mais expressivos nas gerações mais jovens e futuras de idosos.

manutenção da empregabilidade, restringem-se aos problemas de fiscalização do Estado ou descompromisso das empresas com políticas dessa natureza.

Seguindo essa lógica, haveria, então, dois fenômenos articulados: como os empregadores lidam com os trabalhadores mais velhos, ao não ensejarem medidas de requalificação ou programas de preparação para a aposentadoria; e como os trabalhadores mais velhos relacionam-se com a aposentadoria, como se a decisão por se manter no trabalho ou renunciar à vida laboral fosse algo apenas da ordem dos desejos. Como explora Druck, (2013, p. 45), "[...] seria alentador abordar o trabalho como meio de vida e de conquista da dignidade humana". O mundo real do trabalho estampa nitidamente o crescente vácuo entre a utilização da força de trabalho e o resultado subsequente na forma de satisfação ou acesso aos direitos sociais. É a lógica de acumulação do capital que determina e limita, "[...] ou mesmo extingue, as possibilidades do trabalho se constituir um meio de desenvolver a dignidade, a solidariedade e as potencialidades do ser humano" (DRUCK, 2013, p. 46).

Por outro lado, investir na produtividade dos idosos, como proclamam alguns documentos importantes da área, constitui uma falácia em um sistema que impõe um "ciclo de vida produtiva" (TEIXEIRA, 2008, p. 186) e expulsa os trabalhadores mais velhos do mundo do trabalho, aumentando a população excedente. Diante do desemprego estrutural que vem atingindo toda a classe trabalhadora e em todos os cantos do mundo (ANTUNES, 2006), o enunciado de maior tempo de produtividade para idosos soa como um argumento paradoxal: ora para mantê-los mais tempo disponível para o trabalho e sem o direito à aposentadoria, ora para submetê-los a maior precarização do trabalho ou ao voluntarismo, reduzindo os custos da seguridade social.

Faz-se iminente ponderar duas questões importantes no que concerne à relação envelhecimento e trabalho. A primeira é que, além do mercado de trabalho não absorver a população mais velha, ainda a segrega, pelos motivos discriminados. A segunda questão, já mencionada e reiterada nesse momento, é que os idosos, impedidos de produzirem, irão compor a população subempregada, em especial aqueles com menor escolaridade e qualificação.

Em relação às mulheres idosas, precisamos fazer um desdobramento. As mulheres de nossa pesquisa, que desenvolveram atividades laborativas no mercado formal, fizeram em concomitância com as atividades domésticas. As demais (maioria) realizaram trabalho doméstico não remunerado, mantendo-se nessa atividade até a condição de dependência funcional ou cognitiva. Algumas tentaram manter sua autonomia preservada executando tais ocupações, buscando realizar as atividades que sempre fizeram por toda a vida: cozinhar, cuidar

da casa e dos netos. Usualmente, por receio de acidentes domésticos, os cuidadores cerceiam tais investidas.

A taxa de ocupação mais baixa entre mulheres idosas e aposentadas não retrata somente as desigualdades de inserção no trabalho entre os gêneros, como também revela uma informação subestimada. Esse dado não consegue esclarecer fidedignamente se as mulheres mais velhas estão ou não engajadas em atividades ocupacionais, visto que frequentemente elas estão envolvidas em atividade informais, sazonais ou domésticas. Não é demais realçar que a divisão sexual do trabalho que atinge as mulheres no decurso de suas vidas fragiliza ainda mais as mulheres idosas, impondo empecilhos de diferentes naturezas, caso precisem (ou anseiem) realizar atividades laborativas formais.

Apesar da maior escolaridade feminina nas faixas etárias abaixo dos 60 anos e do aumento da inserção ocupacional, persistem desigualdades no mercado de trabalho entre homens e mulheres. A taxa de ocupação em 2017 foi de 52,7% para as mulheres e 72,5% para os homens, independentemente da escolaridade (IBGE, 2018).

A invisibilidade desse debate – sobre as condições de trabalho para a mulher e para a mulher idosa – redunda por desembocar em análise simplistas ao associarem a menor participação das mulheres idosas no mercado de trabalho ao fato de se beneficiarem pelo direito ao acúmulo da pensão com a aposentadoria. Além de esse direito ser extensivo aos homens desde 1991, por meio da Lei 8213, a proporção de mulheres aposentadas é inferior aos homens, como visto anteriormente. A taxa de ocupação das mulheres aposentadas equivale em média a 1/3 dos homens. De acordo com Felix (2016, p. 254), com base na PNAD (2010), “[...] o emprego formal para as mulheres começa a decair a partir dos 25 anos. Depois dos 55 essa taxa estaciona em menos de 20%. Depois dos 60 anos, menos de 20% empregam-se em regime de CLT”.

Segundo o IBGE (2016), referente ao ano de 2015, as mulheres idosas pensionistas computavam o total de 15,2% para 1,3% dos homens. As idosas que acumulavam aposentadoria com pensão perfazem o percentual de 11,1% para 2,7% entre os homens. Em contrapartida, há 21,7% de mulheres acima de 60 anos não beneficiárias da previdência, cerca de 8% a mais do que os homens.

Consoante Felix (2016), a única taxa de emprego ascendente para as mulheres é da informalidade e o trabalho por conta própria, seguindo as estratégias criadas pelas próprias mulheres de conciliação com a vida familiar, sob o custo da precariedade e desproteção social, que marca a história do trabalho feminino (BRUSCHINI, 1998).

O que esses dados nos mostram? Que o tempo de trabalho é extensivo e assume grande parte da vida desse(a) trabalhador(a), que, na maioria das vezes, interrompe a atividade laborativa diante do processo de adoecimento. Em nosso caso, adoecimento crônico com repercussão direta na funcionalidade e na gestão de sua autonomia e independência.

Todos os idosos apresentavam renda individual entre um e dois salários mínimos. Esse dado não se distingue dos dados mais gerais da população brasileira. Segundo a PNAD contínua (IBGE, 2012), 66,3% dos brasileiros com mais de sessenta anos apresentavam uma renda até dois salários mínimos (40,8% recebiam até um salário mínimo e 23,5% recebiam entre um e dois salários mínimos). Trata-se de um percentual alto considerando o valor do salário. A falta de correspondência entre o aumento do benefício e os elevados gastos na velhice impõem a conclusão de que há um rebaixamento do valor da força de trabalho dos velhos trabalhadores aposentados, tirando-lhes as condições mínimas de sobrevivência.

Diante desse quadro, mais um dado sintomático deve ser salientado: o rendimento proveniente das aposentadorias e pensões consiste na renda principal de oito famílias de nossa amostra, em algumas situações complementadas por familiares, comprovando que idosos com dependência funcional ou cognitiva também são provedores das famílias e arcam com todos os custos para sua subsistência e manutenção da estrutura de cuidados.

Em estudo de Camarano, Kanso e Mello (2004), constatou-se que as famílias **de** idosos possuem renda *per capita* maior que as famílias **com** idosos (grifos nossos). Subentende-se que, nas famílias em que o idoso é a pessoa de referência, ele possui autonomia (econômica, física e mental), sendo capaz de gerir sua própria vida, de prover e cuidar dos demais membros familiares. Já as famílias com idosos são aquelas em que os idosos se agregam às famílias e não constituem pessoas de referência. São comumente idosos que demandam cuidados dos familiares.

Com base nesses dados dos autores, reconhecemos que a realidade dos idosos de nossa pesquisa é diferenciada. Não identificamos nenhuma situação na qual o idoso com dependência funcional ou cognitiva era também dependente economicamente da família. Todos, sem exceção, ou eram os principais provedores (oito) ou complementavam a renda familiar com seus proventos (quatro).

Os possíveis ganhos na velhice e na aposentadoria – experiência, possibilidade de descanso, maior tempo de vida, construção de novos projetos e vínculos, dentre outros almejados – tendem a ser restringidos diante das “fragilidades” de nosso sistema de proteção social, no qual se incluem a previdência social e as aposentadorias.

Obviamente que os significados da aposentadoria variam entre os idosos. Constatamos isso no 1º capítulo. Para uns pode sugerir uma conquista ou libertação da opressão do trabalho, para outros pode representar a perda de sentido e de identidade. Isso é matizado quanto ao gênero, estado de saúde e outros marcadores. Embora não tenhamos tratado dessa questão na pesquisa de campo, verificamos, nos relatos dos profissionais e na nossa experiência profissional, que a aposentadoria constitui de fato uma grande vitória, quase um troféu ou prêmio, pela trajetória de trabalho. Entretanto, para esse segmento da classe trabalhadora, que recebe rendimentos mínimos e cumpre uma jornada de trabalho mais dilatada do que a prevista em lei, a aposentadoria representa uma renda, a qual necessariamente deverá ser complementada pela continuidade das atividades laborativas.

O trabalho em sociedade capitalistas é central para a sobrevivência humana, logo, como diz Faleiros (2015), é condição de vida. Se é pelo trabalho que homens e mulheres conseguem os meios para satisfazer (ainda que parcialmente) as suas necessidades materiais e em algumas circunstâncias, atender às necessidades criativas, o "não trabalho" – pelo desemprego, informalidade ou pela aposentadoria – gera inseguranças e agrava as dificuldades para a sobrevivência, deteriorando as condições de vida da população.

O "não trabalho" nesse momento de vida, para determinadas frações da classe trabalhadora (a maioria da população brasileira e representada pela nossa amostra), vem recorrentemente acompanhada de perdas (da saúde, dos vínculos, dos rendimentos), dificultando ainda mais a manutenção das atividades laborativas (se assim for o projeto) e a sobrevivência. Ou seja, o empenho pela continuidade do trabalho após aposentadoria vem se revestindo mais por necessidade do que por opção, fato confirmado nesta tese.

Segundo a OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico), com base em estudos sobre expectativas de duração da aposentadoria em anos, em 2014, o Brasil era o país com resultados menos promissores, ou seja, era o país "em que os idosos menos usufruem a aposentadoria" (ANFIP, 2017, p. 67) com uma média de 13,4 anos contra 17,6 anos de países da OCDE. A aposentadoria, nesse universo, não é desfrutada satisfatoriamente, e sim consumida pelos cuidados. Outro dado apresentado por essa mesma fonte é o de expectativa de vida saudável, levando em conta o tempo de vida livre de incapacidade funcional e de doenças crônicas. No Brasil, o índice foi de 64 anos em 2015, dez anos a menos que países da OCDE.

O tempo da velhice vivido pelos idosos e idosas de nosso estudo atestam essas conclusões. Um tempo atravessado pelo adoecimento e circunstâncias de vida e trabalho tangenciadas por muitas adversidades. As condições objetivas e subjetivas nas quais o

trabalhador envelhece na ordem do capital repercutem diretamente na vida, no trabalho e na experiência da velhice.

Os dados sobre expectativa de vida revelam, do mesmo modo, desigualdades sociais no Brasil. Segundo a PNAD contínua de 2016 (IBGE, 2017), a expectativa de vida ao nascer no Brasil, para ambos os sexos, era de 74,8 anos: 70,7 para os homens e 78,3 para as mulheres. Em 18 unidades da federação, a expectativa de vida é menor do que a média nacional. No estado do Piauí, a taxa é de 70,9 anos. Em Alagoas, é de cinco anos a menos (67 anos). Em mais da metade das unidades federativas, a expectativa de vida ao nascer dos homens varia entre 66 e 71 anos. Esses dados expressam, acima das estatísticas quantitativas, os modos de vida e de trabalho de uma sociedade com violento histórico de escravidão e extermínio dos povos nativos, economia periférica com subordinação internacional, campo de trabalho híbrido e heterogêneo, severos contrastes sociais e econômicos, e incipiente experiência democrática.

Consoante Teixeira (2017), o indicador de classe social no entrelaçamento com outros marcadores permite discernir a problemática do velho(a) trabalhador(a) destituído(a) de direitos, de valor e em nossa pesquisa, de saúde. Sabe-se que as classes e suas frações não são homogêneas, revelando um conjunto de aspectos que demarcam inserções diferenciadas na relação com o trabalho e com a vida de modo geral. Logo, se, por um lado, o critério de classe pode diferenciar o processo de envelhecimento, por outro, homogeneíza determinados problemas “pela vivência de situações comuns” (TEIXEIRA, 2017, p. 32).

Diferenças de expectativa de vida, anos de estudo e rendimento mensal traduzem as condições reais de vida dessa população e deflagram disparidades importantes. A retórica da velhice como conquista e do maior tempo livre, podemos dizer, é um fetiche em torno do que o capital espera do velho. O tempo por ele dispendido nos anos de exploração da sua força de trabalho é estampado na condição aviltante das aposentadorias ou na prorrogação do tempo de trabalho em contexto de adoecimento. Subscrevemos a afirmativa de Teixeira (2008). Para o velho trabalhador, “estar fora” da produção, corresponde a “estar fora” da reprodução. Ao não ter mais condições de garantir sua própria subsistência, converte-se em objeto da assistência pública ou filantrópica.

Como vimos no capitulo 1, a aposentadoria é um direito e um rendimento fundamental para sobrevivência desses idosos. No entanto, recursos financeiros insuficientes associados aos gastos oriundos do cuidado subordinam o idoso e sua família cuidadora à necessidade de acesso efetivo aos órgãos públicos. Se esses são escassos, exíguos ou inexistem, como ficam as condições de cuidados desses idosos e familiares? Exploramos essa questão com mais profundidade na próxima seção.

3.3 **O trabalho de cuidados: quem realiza, dinâmica, percepção e acesso**

Como explorado ao longo desta tese, os estudos sobre cuidados e cuidadores constituem temas de diversas áreas, Gerontologia, Enfermagem e Saúde Pública, sendo mais recente o interesse pelo debate nas Ciências Sociais (HIRATA, 2010). Nossa intenção é perseguir caminhos interpretativos que salientem as diferentes interseções que o tema carrega, em particular, a invisibilidade do trabalho de cuidados não remunerado. Já manifestamos isso previamente. Esse é o momento de exteriorizar esses relatos e trazer à tona os conteúdos das entrevistas, socializando-os cautelosamente, buscando imprimir cor e voz aos (quase) desabafos das histórias de vida.

Tendo como foco principal de pesquisa a experiência de cuidadores familiares que acessam a rede socioassistencial do município do Rio de Janeiro, entrevistamos cuidadores disponíveis para a pesquisa, sem realizar qualquer recorte de gênero, idade, cor/etnia/raça ou configuração familiar, de modo que pudéssemos também reconhecer como tais variáveis se comportavam no imbricamento com a dimensão de classe social. Nosso ponto central era o(a) cuidador(a) das famílias das classes trabalhadoras que utilizavam (ou tentavam utilizar) os serviços públicos, no sentido de conhecer os desafios para a produção de cuidados em contexto de políticas públicas regressivas e familistas. O principal objetivo foi uma aproximação, a partir da própria vivência dos cuidadores nesse itinerário pela rede, visando captar a dinâmica no acesso e as estratégias construídas para ultrapassar eventuais limites.

3.3.1 Quem são as cuidadoras?

Dentre os dez cuidadores entrevistados, identificamos as seguintes características: todas são mulheres com relação direta de parentesco. São cônjuges (3), filhas (2), irmãs (2), sobrinhas (2) e ex-nora (1). Cinco dessas cuidadoras têm entre 40 e 59 anos, as demais (cinco) têm idade entre 60 e 80 anos, sendo que três delas estão acima dos 70 anos. Entre as cuidadoras mais jovens, observa-se a predominância de filhas ou sobrinhas. Entre as cuidadoras mais velhas, prevalece a relação de casamento.

Quadro 6 – Relação das cuidadoras por idade, vínculo e coabitação

Nome	**Vínculo**	**idade**	**Passaram a morar com o idoso após adoecimento?**
Irene	irmã	59	S
Elvira	esposa	75	N
Celia	Ex-nora	41	S
Rita	sobrinha	48	S
Silvia	sobrinha	60	NA
Deise	esposa	74	N
Gloria	esposa	66	N
Hilda	irmã	75	N
Zélia	filha	55	N
Cátia	filha	65	S

Fonte: Elaborado pela autora.

Todas, menos uma das cuidadoras, coabitam com os idosos. São as principais referências de cuidado e não contam com apoio de cuidador contratado. Cinco já moravam com os idosos, a maior parte esposas, e quatro passaram a morar após o adoecimento. A coabitação surgiu nessas situações como estratégia de cuidados do núcleo familiar e melhor organização da subsistência material. A única cuidadora que não coabita com o idoso realiza atividades de cuidado de mesma natureza com membros familiares não participantes desta pesquisa.

Apesar de a coabitação ter seus efeitos nas relações interpessoais e subjetivas, nem sempre externando uma opção refletida e autônoma, para o grupo pesquisado, vem se manifestando como um artificio para maiores possibilidades de apoios materiais e afetivos frente a um sistema público tão ineficiente. Em artigo com Assis (2016), alertamos que, nas classes trabalhadoras mais precarizadas, constatam-se agregações junto às famílias de origem, com idosos assumindo o papel de provedor, mantendo a relação de interdependência entre filhos e pais.

As esposas e uma filha solteira, que já viviam com o idoso, assumiram os cuidados como uma extensão da vida familiar.

> Eu sou esposa, sempre cuidei dele e vou continuar cuidando. Mesmo cansada e sem força física, preciso me manter firme. Ele precisa de mim (Glória).
>
> Eu já morava com eles, já dava apoio quando eles precisavam. Agora mais do que nunca eles dependem de mim. Minha irmã não pode. Eu já estava ali e fiquei (Zélia).

As filhas e uma sobrinha viúva assumiram os cuidados porque eram mais “disponíveis”, uma vez que não precisariam mais cuidar dos respectivos maridos ou filhos. As irmãs e ex-nora se envolveram por pretextos afetivos e de convívio.

> Eu cuidei do meu marido. Depois que ele faleceu, fiquei compadecida da situação dos tios. A minha irmã não podia por causa dos filhos. Os meus já estão grandes (Silvia).

> [...] é minha irmã. Sempre estive próxima a ela e fazíamos tudo juntas. Uma ajudando a outra. Tive que cuidar e vou cuidar até o fim (Irene).

As cuidadoras relatam episódios, em outros momentos de suas vidas, que cuidaram de alguém, normalmente do genitor (mãe ou pai). A continuidade desse fluxo decorre dos cuidados com os filhos e, posteriormente, com o cônjuge. Esses relatos parecem anunciar um acúmulo de experiência e a assunção de um lugar específico no interior da família, como uma expertise ou pré-requisito para arcar com os cuidados de outras pessoas.

> Cuidei dos filhos, eram gêmeos, deram muito trabalho. Depois cuidei da minha sogra, levava para o hospital, fazia tudo. Também cuidei da minha mãe junto com as irmãs. Meu marido ficou muito doente. Cuidei dele até a morte. Agora, faço escala com minhas irmãs para cuidar do meu pai. Eu pego às 7:00 e largo às 7:00 do outro dia. Depois vou ver como os tios estão (Silvia).

> [...] a minha vida sempre foi assim. Cuidei da minha mãe que ficou doente, da minha irmã, do meu irmão, aí vieram os filhos. E os filhos também me deram muito trabalho em matéria de hospital, saúde (Glória).

Em pesquisa sobre os cuidadores domiciliares no Uruguai, Bathyany (2017) averiguou que as mulheres acima dos 45 anos e que concluíram seu ciclo produtivo, mantinham uma sequência nos cuidados. Primeiro cuidavam das crianças, em seguida passavam a cuidar de membros integrantes da família com dependência.

A prática aparenta garantir, por um lado, um status diferenciado diante da maior segurança para tomada de decisões ou execução de tarefas. Por outro lado, a repetição dessa vivência faz emergir memórias, sentimentos dolorosos e de conflitos intergeracionais.

> Com a minha mãe foi diferente. Era mais difícil. Agora aprendi as coisas e tiro de letra. Com ela não conseguia fazer metade do que faço agora (Celia).

> Minha mãe e meu marido morreram. Ainda assim, não consigo lidar com a perda. Tenho medo de viver tudo de novo. Tenho que ter forças para aguentar (Silvia).

Outra expressão desse circuito feminino nos cuidados é o que Souza (2016, p. 12) denomina por “fluxo de apoio ao cuidador”, no qual, ainda que de forma pontual, outras mulheres ajudam, especialmente as filhas – partindo de gerações mais novas em direção às mais velhas – tecendo uma rede feminina dos cuidados.

> Sempre que preciso, minha filha me ajuda. Não peço mais porque ela tem a vida dela e eu não quero atrapalhar (Deise).

> Hilda cuida de Joana com o apoio de Maria, a outra irmã e de uma vizinha, muito amiga, que as auxilia no que for preciso. Joana já havia participado, quando mais jovem e independente, desse mesmo circuito ao realizar os cuidados de sua mãe (Diário de campo).

> Zélia, hemiplégica, com dificuldade de deambulação, cuida dos pais idosos. Diz que é preciso muita paciência e não tem habilidades para a função de cuidadora. Conta

> com a ajuda da tia, já bastante idosa, que passou a morar junto para colaborar mais de perto na inúmeras tarefas de cuidados (Diário de campo).

Nesse circuito, os homens, quando próximos, cumprem funções mais "técnicas" e com uso de força física (dirigir o carro, realizar transferências do idoso, ajudar no banho), em uma associação direta dessas habilidades ao gênero masculino.

> [...] meu filho passa de manhã e me ajuda a dar banho nele. Quando eu preciso levar para a consulta, tento chamar algum vizinho. Tem que ser homem por causa da força. O Edgar é grande. É tirar da cama para a cadeira, depois da cadeira para o carro, depois do carro para a cadeira. Quando termina o atendimento, faço tudo de volta. Mas aí tem que arrumar outra pessoa para ajudar. Às vezes, o motorista do táxi faz isso para mim. Quando chego em casa, procuro novamente um vizinho. Tem que ser homem! (Elvira).

As dificuldades parecem se avolumar frente às possíveis limitações da idade avançada da maior parte das cuidadoras (acima de 50 anos). As tarefas de cuidados implicam em esforço físico na mobilização do idoso, seja no ambiente domiciliar, na realização da higiene, seja para locomoção para os serviços de saúde. Percebemos que grande parte das cuidadoras apresenta a saúde fragilizada, secundarizando seus próprios cuidados, por ausência de tempo ou pelo próprio estresse e tipo de trabalho resultante dos cuidados sistemáticos. Hirata (2010, p. 53) ressalta que "Cuidar durante muitas horas, por muitos dias sem descanso, dia e noite, sem folga, isso tudo leva a um esgotamento físico e psíquico, além de dores na coluna e outros problemas de saúde". Para a autora, não é incomum cuidadores de idosos queixarem-se de dores lombares ou problemas de lesão ortopédica. Diferente de um bebê que pesa entre quatro e cinco quilos, o idoso, mesmo magro, pode chegar a mais de quarenta quilos.

> Eu já tenho problema de nervos. Não durmo direito, choro à toa e tudo me incomoda. Mas não tenho tempo para ir ao psicólogo que a assistente social indicou (Silvia).
>
> Eu ando cansada. Com dor nas costas. Muita dor mesmo. Ando com falta de ar. Vou ver se consigo um tempo para ir ao médico (Elvira[78]).
>
> Ele é pesado. Não consigo levantá-lo não. Eu tenho 55 quilos, ele tem 60, perdeu 12 quilos. Não dá mesmo. Desde que comecei a cuidar dele, passei a ter problemas na cervical (Rita).
>
> E muita coisa que o cuidador passa devido aos cuidados, por exemplo, eu tenho problema de coluna. Eu tenho problema de perda de urina, pelo peso que eu carrego. Não é porque eu desenvolvi, é pelo peso que eu carrego, de ficar carregando a minha mãe (Cátia).

Como é possível constatar, a predominância de laços de parentesco é dado recorrente, visto que há a atribuição direta à família de "sangue" pelo suporte efetivo e demais cuidados.

---

[78] Durante a pesquisa, essa cuidadora foi diagnosticada com uma grave deficiência cardíaca, impossibilitando-a de realizar esforços físicos.

Tem-se aí a representação de família associada aos vínculos consanguíneos e a incorporação dessa responsabilidade no plano dos valores, naturalizada pela cultura e reafirmada pela legislação. O exemplo de Célia é contundente. Ela afirma que diante da falta de compromisso do filho do Sr. Mario, para quem o cuidado seria obrigação, houve a necessidade dela, sem vínculos, assumir por compaixão. "[...] a minha mãe me abandonou e mesmo assim eu cuidei dela. O problema é da família. É a gente que tem que resolver".

> Porque eu acho que a família é a família. Eu acho que a família é a base de tudo, de todo ser humano. É a família que vai cuidar, que vai educar: aí estou me referindo quando tem um filho, né? E do marido também de cuidar. Então, eu acho que é a família, em primeiro lugar, que tem que ter esse aparato todo, esses cuidados todos (Deise).

Em pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2013 e 2014, com amostra probabilística e representativa da população (GAMA; ROCHA; ROMERO, 2017), as autoras demonstram que, na percepção dos informantes, a família é a principal responsável pelos cuidados aos idosos. Ressaltam a proporcionalidade maior para idosos (85,9%) do que para crianças (65,6%), o que pode ser interpretado, segundo as pesquisadoras, pela escassez de serviços para idosos dependentes ou seu alto custo em comparação à rede socioinstitucional dirigida à infância. Disso, parece resultar maior conformidade da família, visto que não há meios institucionais de compartilhamento da atividade.

Da mesma maneira, Bathyany (2017), em estudo aludido anteriormente, identificou a prevalência do familiarismo nas representações sociais sobre os cuidados, com variações de acordo com o nível socioeconômico. Quanto maior a renda, menos familiarismo e vice-versa. Outros resultados da pesquisa apontaram o sentimento de obrigatoriedade das mulheres pelo cuidado, a identificação do gênero feminino com essa atribuição e o impacto na vida laboral.

Similarmente, averiguamos em nossa amostra que as mulheres denotam certa resignação por essa incumbência, como se fosse responsabilidade natural delas. Para Giacomin, Uchoa e Lima-Costa (2005, p. 1.509), as mulheres cuidam solitariamente, de forma integral, "intuitiva e improvisada", cuja aparente aceitação, normalmente é recurso facilitador para o exercício do papel de cuidadora. Esse aspecto foi reconhecido entre as esposas, que externam mais condescendência diante da função feminina dos cuidados.

> Eu sou a esposa dele. Sempre cuidei dos filhos e dele. Eu tenho que ter forças para continuar cuidando. Agora, não tenho muita certeza se fosse o contrário, ele ia cuidar de mim. Acho que ia arrumar um dinheiro e ia me colocar no asilo (Elvira).

> Eu sou casada com ele há 45 anos. As filhas casaram, já têm filhos. Então, quem tem que cuidar dele, sou eu mesma [...] Eu acho que é pelo fato da mulher, ela vive essa incumbência, porque é ela que cria o filho, ela que é do lar, então, ela parece que tem

> esses aparatos todos de cuidar. Porque o homem, por exemplo, digamos que fosse eu, meu marido não saberia me cuidar, eu acho que não. Ele não tem nenhum jeito, nem sei dizer qual é a palavra. Ele não tem muito esse jeito, entendeu? (Deise).

As filhas, sobrinhas, irmãs e ex-nora manifestam maior criticidade em relação a esse aspecto. Questionam o não envolvimento dos demais familiares e interrogam a "aptidão" feminina.

> Acho que os homens conseguem também. Mas eles nem tentam. Ficam nas nossas costas o tempo todo (Célia).
>
> Tanto a mulher quanto o homem podem fazer o mesmo papel. Mas a mulher sai mais na linha de frente, assume mais as coisas. A mulher já tá em casa, daí ela continua. Mas já vi mulher que nem sabe cuidar (Silvia).

Elas encaram essa atividade como trabalho, porque demanda tempo de dedicação, desgaste, múltiplas tarefas e com diferentes níveis de exigência técnica.

> Às vezes, trabalha-se mais em casa do que fora. Mas a mulher não recebe nada por isso. Com certeza, é um trabalho. Te ocupa 24 horas. Você tem que ficar tomando conta 24 horas. Porque, se ela não dorme, eu tenho que ficar acordada, a pessoa não dorme de dia. Eu não dou remédio para dormir, pois não me convém dar. Nunca na minha cabeça passou isso, de jeito nenhum! Então, eu cuido o dia todo, à noite também cuido, porque tem dias que ela dorme, tem dias que ela não dorme, então eu fico acompanhando ela. Eu abandonei meu emprego para cuidar dela. Se eu não cuido, quem ia cuidar? Outra pessoa não cuida, para cuidar tem que pagar, então eu teria que trabalhar para pagar. Eu teria que voltar ao trabalho para poder pagar a pessoa, então eu optei por parar para cuidar dela. Eu tenho que receber alguma coisa, o Estado tinha que ver isso (Irene).
>
> Se o cuidador que vai para fazer o trabalho de oito da manhã às cinco da tarde, por exemplo, ele vai lá e só fica aquele tempo. Acabou ali, ele vai para a casa dele, esquece. No final de semana, ele vai curtir a vida normal que não é o meu caso. Eu fico 24 horas direto (Zélia).
>
> É um tipo de trabalho sim. A mulher trabalha mais em casa do que quem trabalhava fora. Mas cadê que as pessoas entendem isso. Acham que a gente não faz nada (Glória).
>
> Olha, muitas pessoas, inclusive os homens, eles não consideram aquilo como trabalho: "Ah, não, você não trabalha, você está em casa". Mas o trabalho de casa, o trabalho doméstico de casa é um trabalho, porque você acorda de manhã e faz o café, daqui a pouco tem aquela louça para lavar, aí você parte para o almoço, serve o almoço, tem que arrumar a cozinha. Então, é um trabalho, sim. E, às vezes, ainda é mais do que de quem trabalha fora, dependendo do trabalho que a pessoa faz. Então, é um trabalho bem complicado, porque, às vezes, você vai dormir e ainda fica alguma coisa para fazer (Deise).

O reconhecimento de que a atividade doméstica e de cuidados é trabalho e por isso precisaria ser remunerada e contar com proteção social não é imediato, muito menos consensual. Há ambiguidades nos relatos e as falas são reticentes, transitam de uma percepção mais firme à duvidosa, demonstrando imprecisões e dubiedades. "[...] mulher cuida melhor"

(Hilda), “[...] o homem também sabe cuidar” (Cátia), “[...] no meu caso eu não vejo como trabalho, é uma coisa que faço porque eu gosto” (Silvia).

Embora essa descrição careça de maior elaboração, a indignação da mulheres ao falarem de suas tarefas e das dificuldades de adequar trabalho e vida familiar, além da desproteção social em que vivem, acende o debate sobre o trabalho doméstico não remunerado. A predisposição feminina para essa função é questionada, ainda que carregada de simbologias e valores morais.

Como debatemos no segundo capitulo, há que problematizar mais profundamente o significado material dos cuidados presente na divisão sexual do trabalho. Conforme Nogueira (2010), a mulher se transforma em uma espécie de força de trabalho precarizada em um processo contínuo de exploração do capital sobre o trabalho e sobre o trabalho reprodutivo.

Vimos nos relatos que o cuidado não é realizado naturalmente pela mulher. É imperativo e determinado por aspectos relativos a sobrevivência do núcleo familiar, que impõe às mulheres uma dedicação, senão total, ao menos parcial de suas vidas. O discurso em torno dessa “pseudo-predisposição” naturaliza o trabalho feminino nos cuidados, encobrindo despesas sociais não repassadas para o Estado, constituindo em trabalho não pago (ALENCAR, 2009) e reforça a desqualificação dessa atividade doméstica como trabalho, colaborando também para o desprestígio daqueles que já atuam profissionalmente no ramo (HIRATA, 2010).

> A atividade doméstica deveria ser mais valorizada, porque, se você já começa a fazer o serviço de casa, não tem tempo para você, não tem tempo para descansar, não tira férias, não ganha salário, então você é desvalorizada mesmo (Silvia).

Quadro 7 – Relação das cuidadoras segundo escolaridade, cor/raça/etnia, vínculo formal de trabalho e renda

cuidadora	**cor, raça ou etnia**	**escolaridade**	**vínculo formal de trabalho**	**renda própria**
Irene	parda	Segundo grau incompleto	N	N
Elvira	preta	Ensino fundamental incompleto	N	N
Célia	preta	Ensino fundamental incompleto	N	N
Rita	parda	Superior completo	N	N
Silvia	parda	Segundo grau completo	NA – pensionista do marido	S
Deise	parda	Ensino Fundamental incompleto	NA – aposentada por idade	S
Glória	parda	Ensino Fundamental incompleto	N	N
Hilda	parda	Superior incompleto	NA – aposentada por tempo de contribuição	S
Zélia	parda	Segundo grau completo	NA – aposentada por invalidez	S
Cátia	branca	Segundo grau completo	NA – aposentada por tempo de contribuição	S

Fonte: Elaborado pela autora.

A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto (4), 2º grau completo e incompleto (4), e nível superior completo e incompleto (2). As esposas apresentam menor escolaridade e nenhuma concluiu o ensino fundamental. Refletimos no item 3.2 sobre a escolaridade feminina e o impacto para o trabalho formal. Nesta seção, veremos o seu desdobramento na relação com os cuidados.

O conjunto de atividades para realização dos cuidados envolve funções cognitivas, desde a compreensão das orientações profissionais até a execução concreta dessas orientações. Evidentemente que a escolaridade é um parâmetro importante para analisar a experiência de cuidados, uma vez que tal atividade exige o manejo de vários procedimentos. Contudo, concordamos com Montenegro (2017), quando afirma que a escolaridade não pode ser um indicador visto em separado como determinante para a qualidade dos cuidados. Não cabe afirmar que a baixa escolaridade é preditor de cuidado "menos qualificado", pois existem outros recursos de compreensão e aprendizagem não restritos à escolaridade formal. É o caso de Elvira que declara não ter dificuldades dessa natureza, apesar de um ano de estudo. Ela diz: "[...] eu presto atenção e pergunto depois para os meus filhos. Nunca mais voltei à escola, o que eu sei é por minha conta mesmo, que eu comecei a aprender, mas não aprendi na escola".

A qualidade das orientações prestadas pelo profissional de saúde (o nível de complexidade da informação e a metodologia empregada) associada às características culturais e sociais do cuidador, pode gerar dificuldades de entendimento na comunicação. São frequentes relatos da equipe de assistentes sociais em atendimentos com cuidadores, na sequência ao atendimento médico, nos quais os cuidadores questionam aspectos das condutas médicas. "Às vezes, fico com dúvida sim. Mas não quero ficar atrapalhando a doutora. Ela já é tão cheia de tarefas e é tão boazinha. Pergunto a vocês ou aos meus filhos à noite em casa" (Elvira).

Para Montenegro (2017), em pesquisa com cuidadores no município de São Paulo, a informação e o preparo (orientação, treinamento, capacitação) são mecanismos potenciais de suporte institucional que contribui para compor a estrutura de cuidados. "[...] a condição das pessoas idosas e daqueles que cuidam, requer atenção mais abrangente, menos fragmentada e que verdadeiramente supra a lacuna existente e persistente na atualidade (MONTENEGRO, 2017, p. 279).

A idade e a cor/raça/etnia também apresentam variações. As cuidadoras mais velhas, exceto Hilda, apresentam baixa escolaridade e são negras. As duas cuidadoras que se autodeclararam negras têm baixa escolaridade, sendo uma de apenas 40 anos. Cinco cuidadoras não têm vínculo formal de trabalho, não estão seguradas pela previdência social e não tem rendimento individual. Todas são negras.

Estudar as questões étnico-raciais na população idosa é desafiante, diante das raras produções e as reiteradas desvantagens verificadas junto a esse segmento populacional (OLIVEIRA, 2004; PAIXÃO et al., 2010). As desigualdades sociais brasileiras deitam suas raízes no racismo estrutural de nossa formação social, que reproduz a discriminação e as inúmeras restrições na vida social, cultural, econômica e política. Trata-se de um debate profícuo quanto ao uso dos termos etnia, raça ou cor da pele, não havendo condições, neste estudo, de enveredarmos por essa discussão. Mas é preciso minimamente situá-lo, haja vista os dados de nossa pesquisa alertarem para esse indicador.

Desde 2010, observa-se o aumento da população parda ou preta em relação à população branca, indicando, dentre outros fatores, maior reconhecimento, por parte da população negra, sobre a importância de se encorajar na autodeclaração. Em 2016, constatou-se que 44,2% da população se considerava branca, 46,7% parda, 8,2% preta e 0,9% indígena (IBGE, 2018).

Apesar da maioria populacional, a proporção de população negra ocupada, em 2016, foi de 52,3%, abaixo da população branca (56,5%). Apresentava rendimentos inferiores e em ocupações nas áreas da agropecuária, construção civil e serviços domésticos, que integram os setores com trabalhadores com menor instrução (sem instrução ou fundamental incompleto). Comparativamente a 2016, houve aumento, em 2017, de pessoas em situação de pobreza, passando de 25,7% para 26,5%, representado um total de 54,8 milhões de pessoas e um acréscimo de dois milhões de pessoas a mais que em 2016. Desses, a maior quantidade concentra-se entre mulheres negras (64,4%) (IBGE, 2018).

A realidade das cuidadoras negras de nossa amostra sugere condições de iniquidades expressas na escolaridade, no desemprego, na renda e na desproteção social, evidenciando o entrelaçamento de gênero, geração, classe social e etnia/raça.

> Célia diz que é independente desde os 11 anos. Foi abandonada pelos pais. Mas “se vira nos 30”. Está desempregada, fez o 1º grau e seu último trabalho foi como balconista. Trabalha em qualquer coisa, “só não perde a dignidade, porque a escravidão já acabou” (Diário de campo).

> Eu era para estar estudando, mas não tinha como eu estudar. Vim para cá e no lugar onde eu trabalhava essa senhora me dava roupa, sapato, me dava tudo e o dinheiro ela mandava para o interior, para a roça, porque ela mandava para a minha mãe. Minha mãe teve problema de derrame e lá na roça não tinha dinheiro, então ela teve que vir para cá para se tratar e o dinheiro mandava para lá. Aí eu estudei muito pouco, eu ia passar para a segunda série e saí da escola (Elvira).

Não há como desatar os laços que envolvem esses atravessamentos. Não há como hierarquizar, muito menos estabelecer níveis de determinação. Contudo, é possível verificar que se avolumam e parecem compor um sistema complexo de tipos de opressão e sistemáticos

danos, vivenciados diferenciadamente entre as gerações de mulheres. As mais jovens se ressentem pelo futuro. Não sabem como estarão e se terão tempo ainda para trabalhar e cuidar da própria vida. As mais velhas demonstram cansaço, o corpo reclama, dá sinais de esgotamento. Nossas cuidadoras negras resistem aos desafios. Cuidam sem serem cuidadas. Não protestam, apenas cuidam. Movidas pelo afeto, obrigação, responsabilidade ou moral, assumem tarefas que nunca imaginaram ter que fazer. Como diz Célia: "tem que encarar [...] não tem outro jeito". Para Irene: "[...] a gente mora longe, não recebe nada do governo e ainda é de cor". Deise comenta: "[...] vida difícil para a gente que é pobre e negro".

Em relação ao trabalho, discernimos outro elemento geracional característico: as cuidadoras esposas exerceram trabalhos remunerados até o momento do "casamento" quando passaram a se dedicar aos cuidados da casa.

> Silvia é formada em professora, mas nunca trabalhou fora. Se arrepende "[...] de não ter trabalhado, de ter cuidado só de filho. Os filhos crescem e saem de casa. Eu acho que se eu tivesse trabalhado, talvez eu teria um dinheirinho que pudesse passear, sair" [...] (Diário de campo).

Quando mais jovens, trabalhavam em atividades tipicamente femininas, pouco qualificadas (babá, empregada doméstica, lavadeira) e sem vínculos formais.

> A história de Elvira é significativa: negra, veio do interior de MG com 8 anos para trabalhar em casa de família. Interrompeu os estudos. Tinha ido até a 1ª série. Mal sabe ler e escrever, "mas entendo as coisas". Queria voltar a estudar, depois dos filhos criados (3), mas o marido adoeceu. Agora, mal tem tempo para se cuidar (Diário de campo).

Por não terem se vinculado formalmente ao mercado de trabalho e não estarem seguradas pela Previdência Social, engrossam o número de mulheres dependentes economicamente do marido. O padrão de proteção social predominante no Brasil vincula-se aos direitos do trabalho e, portanto, à configuração do homem provedor e à mulher cuidadora.

Esse desenho ilustrado pela pesquisa mostra uma das tendências apresentadas por Campos (2015), ao estudar a posição da família na política social brasileira. Destacamos a família pautada na perspectiva clássica de rígida divisão sexual do trabalho. Remonta à instituição do seguro social dirigido ao trabalhador, conferindo sustento aos familiares dependentes, modulando-se por uma concepção de responsabilidade familiar e intergeracional de cobertura dos riscos no decorrer do curso de vida (ESPING ANDERSEN, 1991). Os direitos de proteção seriam prioritariamente dirigidos ao trabalhador, segundo Campos (2015, p. 22), "beneficiários de 1ª classe" e extensivo aos dependentes ou "beneficiários de 2ª classe".

No Brasil, apura-se esse formato no decorrer dos anos 1930 com as primeiras legislações trabalhistas e previdenciárias, de caráter contributivo e proporcional aos rendimentos. Reforçamos que ficavam de fora desse sistema os trabalhadores informais, domésticos, rurais e autônomos, que somente passaram a ter seus direitos assegurados posteriormente com a CF/88 e políticas específicas (CAMPOS, 2015).

Constatamos que parte de nossas cuidadoras familiares se insere nessa perspectiva dos beneficiários de segunda classe, posto que, na organização familiar, predominou o lugar masculino na provisão social e o lugar feminino na prestação de bem-estar e cuidados. Além das dificuldades sobre a capacidade de sustento familiar – que penaliza aqueles que não se vinculam ao mercado formal, demandando a extensão do tempo de trabalho ao limite da capacidade física e mental desses(as) idosos(as) trabalhadores –, a dependência feminina se estrutura em uma explicita política de desigualdade de gênero e de organização familiar, na qual os direitos não são iguais e as mulheres passam a depender de serviços e políticas que as auxiliem na tarefa de cuidados.

Percebemos no decorrer da pesquisa que duas cuidadoras teriam direito ao benefício previdenciário de pensão por morte, previsto diante da incapacidade da provisão familiar por motivo de falecimento. Passados aproximadamente oito meses, tivemos a notícia que a pensão ainda não havia sido concedida. Conjecturam-se as condições objetivas e subjetivas dessas cuidadoras para assumirem os custos da vida cotidiana sem o rendimento da aposentadoria do marido, além do luto pela perda.

Inferimos ainda que, dentre as propostas de reformas, incluem-se mudanças na pensão por morte, o que impacta profundamente a vida da mulheres[79]. A burocracia e lentidão que detectamos na concessão do recurso é, supostamente, reflexo do "pente fino" que a previdência social tem implementado na revisão de vários beneficiários previdenciários, incluindo a pensão por morte, auxílio doença e aposentadoria por invalidez[80].

Nas demais configurações familiares, distinguimos dois segmentos quanto à inserção no trabalho e condições de seguridade social. O primeiro é de cuidadoras seguradas e independentes economicamente. Zélia (55) é a mais nova e se aposentou por invalidez. Cuida

---

[79] Como vimos no capítulo 2, várias alterações foram aprovadas em 2015 pela Lei 13.335, em relação ao benefício da pensão por morte, que era vitalício e extensivo aos dependentes do(a) segurado(a) falecido. Reforçamos as seguintes mudanças: tempo de casamento ou união estável, idade do beneficiário fixando prazos de duração da pensão em função da expectativa de sobrevida do cônjuge e carência de 12 meses. As propostas previstas no governo atual, através da PEC 06/2019, são de redução significativa do valor a ser recebido, equivalência entre os regimes privados e públicos, e proibição de acúmulo de benefícios.

[80] Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2019/01/18/bolsonaro-temer-diferencas-pente-fino-previdencia.htm>. Acesso em: 20 jan. 2019.

dos pais. Hilda (75) e Cátia (65) são aposentadas por tempo de serviço e cuidam, respectivamente, da irmã e da mãe. Trabalharam com atividades administrativas e comerciais. Apesar de assumirem totalmente a tarefa de cuidados, contam com o apoio de outros membros familiares, integrando redes pessoais mais amplas em termos de suporte. O segundo segmento indica situações nas quais as cuidadoras ingressaram no mundo do trabalho e precisaram sair para realizar os cuidados. É o caso de Irene (59), Célia (41) e Rita (48). São mulheres mais jovens dependentes economicamente do idosa(a) e que não terão direitos assegurados futuramente, pela via do trabalho assalariado. A inserção dessas três cuidadoras no mercado de trabalho foi de forma precarizada, sem vinculação previdenciária e nas ocupações de balconista, cuidadora e contadora. Consistem nas famílias com menor renda e rede mais restrita.

Estudo de Lara e Canoas (2016) demonstra o efeito das mudanças do mundo do trabalho para a população mais jovem, com rebatimentos mais contundentes no segmento etário acima de 40 anos, que apresenta altas taxas de desemprego. A redução de ofertas de empregos após os 40 anos piora com o aumento da idade, sendo esse aspecto um dos fatores que incidem diretamente sobre o desemprego e a desistência por procura de trabalho. Conforme Antunes (2000, p. 24), "[...] os homens e mulheres [...] considerados 'velhos' pelo capital, uma vez desempregados não voltam mais para o mercado de trabalho. Vão realizar trabalhos informais, parciais [...]".

3.3.2 As tarefas e o tempo dos cuidados

Todas as cuidadoras realizam os cuidados alternando com outras funções domésticas e não exercem atividades remuneradas. As tarefas de cuidados envolvem tanto ações diretas de manejo da pessoa dependente quanto indiretas, abrangendo intervenções que garantam as condições para o cuidado e mediações com os serviços que prestam algum tipo de atendimento ao idoso (RAZABI; STAAB, 2008).

Vimos que o cumprimento de tais atividades repercutem na vida familiar, pessoal, de saúde e profissional da cuidadora (BATHYANY, 2015). Certificamos que, em alguns arranjos familiares, essas tarefas são divididas com apoio eventual de membros da família, notadamente as mulheres em cooperação mútua. Em outras conformações, a responsabilidade recai exclusivamente sobre um único cuidador. Esse dado é variável com a configuração familiar e os recursos internos e externos que dispõe. Contudo, é frequente a queixa de solidão da principal cuidadora e de um cansaço avassalador. As cuidadoras perdem noites de sono, deixam de se alimentar, ficam irritadiças e sem paciência. Não há lazer e as responsabilidades são extremas,

pois qualquer descuido pode gerar graves consequências. Toda a rotina é definida pelas tarefas de cuidados e deparam-se com situações-limite.

> [...] às vezes, preciso sair para resolver alguma coisa e ele fica sozinho. Fico com medo. Até meu exame, no outro dia, precisei faltar, porque ele não estava muito bem e não tinha com quem deixar (Elvira).
>
> Eu não me cuido. Eu cuido dela e não cuido de mim. Eu não tenho recursos para cuidar de mim. Eu não posso ir ao dentista. Eu não vou ao médico. Então, eu não tenho garantia nenhuma, o Estado não dá nada (Irene).
>
> Ah, eu anulei minha vida toda, tanto é que eu não saio de casa. Para eu sair de casa, é assim, tipo para receber pagamento, para fazer as compras, fora isso, eu estou sempre em casa. A hora que você ligar para minha casa, eu estou em casa, a hora que você bater no meu portão, eu estou em casa, porque, para eu sair, por exemplo, eu dependo de alguém para olhar ele, entendeu? (Glória).

Montenegro (2017), em sua tese de doutorado, analisou as dificuldades de cuidados no espaço domiciliar e verificou três níveis de impasses: a) pertinente aos cuidadores: no qual se destaca a falta de tempo para seu autocuidado ou lazer, cansaço e esgotamento físico e mental, autocobrança, privações e solidão; b) relacionada à pessoa cuidada: manuseio para locomoção, banho e troca de fraldas, falta de recursos públicos e financeiros; c) atinente à família: falta de diálogo e envolvimento dos demais familiares.

Os resultados encontrados pelo estudo de Montenegro (2017) assemelham-se à nossa pesquisa e às conclusões de outros estudos realizados em contextos e períodos distintos (KARSH, 1998; CALDAS, 1998; TRINDADE, 2015), demonstrando o quão é complexa a questão dos cuidados domiciliares e, ao mesmo tempo, subterrânea, tendo em vista que pouco ou nada foi concretizado em termos de políticas públicas.

Em nossa amostra, as atividades descritas pelas cuidadoras podem ser agrupadas em:

a) atividades da casa: limpeza, organização, compras, preparo dos alimentos;
b) atividades de higiene: banho, arrumação da cama, troca de fraldas geriátricas, vestuário;
c) atividades referentes aos cuidados da saúde: alimentação e suas várias recomendações nutricionais, medicamentos (posologia, contraindicações, interações medicamentosas, horários), cuidados com a pele e saúde bucal, tratamento de úlceras de pressão, transferência no leito, aferição de pressão arterial e outros;
d) atividades de contato com os serviços e relacionadas ao acesso de insumos e equipamentos necessários aos cuidados: acompanhamento nas consultas, realização de exames, compras de medicamentos e insumos ou acionar programas públicos ou recursos jurídicos;

e) atividades que envolvem a mobilização do idoso na casa e locomoção para exames e tratamento fora do domicilio, que na maioria da vezes exige força física e mais de uma pessoa.

Essas tarefas consomem tempo que não costuma ser contabilizado, muito menos reconhecido como tempo de trabalho. As cuidadoras expressam que o tempo destinado a tais tarefas é ininterrupto e as atividades são realizadas sem qualquer tipo de descanso.

A atribuição permanente dos afazeres domésticos e de cuidados ao universo feminino impõe às mulheres difíceis escolhas de composição entre o trabalho e a vida familiar. Dados da PNAD (IBGE, 2010) demonstram que, desde cedo, as meninas com mais de 10 anos (88,2%) se dedicam diferenciadamente às atividades domésticas em relação aos meninos da mesma faixa etária (49,1%). Esse resultado se equipara entre adolescentes e se intensifica nos demais ciclos vitais, sofrendo variações de acordo com as configurações familiares. Na idade adulta, 54,6% dos homens realizam atividades domésticas para 94% da mulheres. Quanto maior o número de filhos, maior o tempo das mulheres e menor o tempo dos homens.

De acordo com o IBGE (2018) em relação ao ano de 2017, temos que as mulheres trabalham cerca de 20,9 horas por semana em atividades domésticas, enquanto os homens trabalham a metade (10,8 horas). Entre as mulheres ocupadas formalmente, o tempo de trabalho somado com as atividades domésticas e a ocupação propriamente dita é de 54,4 horas semanais. A média de horas se amplia conforme região, classe, cor/raça/etnia e idade. Proporcionalmente, mulheres com idades mais avançadas destinam mais tempo às atividades domésticas e de cuidado. Para os homens, há pouca variação quanto aos indicadores descritos.

Nesse sentido, consideramos absolutamente pertinentes os estudos sobre medidas de uso do tempo realizados pelo campo da economia feminista, como apontado no capítulo 2 (BATHYANY, 2015), pois deflagram, em uma sociedade valorada pelo tempo de trabalho efetivo, a importância de delimitar o tempo de trabalho reprodutivo. Certamente, há muita relevância nesse debate, haja vista que as cuidadoras por nós entrevistadas sequer avaliam o impacto do uso desmesurado do tempo em tais tarefas e nem mesmo apontam explicitamente essa questão, ainda que refiram constantemente dificuldades de gerenciar o tempo e organizá-lo frente ao volume de atividades.

Para além da materialidade desse tempo através da mensuração, devemos também considerar que existem atividades de cuidados que não podem ser aferidas objetivamente, principalmente aquelas alusivas aos aspectos mais relacionais. Nessa direção, cuidar não representa somente o cumprimento de tarefas. Expressa significados e formas pelas quais tais tarefas são tangenciadas (BATHYANY; GENTA; SCAVINO, 2019). Ou seja, o tempo não se

concretiza apenas como uma realidade externa, embora seja em grande parte determinada por ela. É também experiência vivida e sentida por cada uma dessas cuidadoras, que demarca eventos e fluxos mais ou menos significativos.

Ouvimos com regularidade nos relatos o quanto a morte representa o término do tempo de cuidados e o quanto é aflitivo para as cuidadoras se depararem com essa possibilidade e a lacuna que se instala depois. Tivemos quatro cuidadoras cujos idosos foram a óbito. Com uma delas, tivemos a oportunidade de conversar. O luto e o vazio instaurado após uma jornada intensa de atividades e preocupações geram sentimentos múltiplos: desde um provável descanso, a culpa por não ter feito algo, até a sensação de falta de projeto para a vida. Uma idosa cuidadora (Elvira) disse: "[...] o que eu faço agora, se só fiz isso na minha vida?". O falecimento não resulta do desfecho natural de uma etapa do ciclo vital ou do adoecimento. Ao contrário, decorre de uma falha nos cuidados e instala um vácuo diante do futuro.

A observação feita acerca do caráter subjetivo do tempo do cuidado permite considerar que tais dimensões se entrelaçam e fazem parte das experiências cotidianas das cuidadoras, posto que não são percepções abstratas nem destituídas da realidade humana. Por não estarem desvinculadas de uma dada organização de tempo social dos cuidados e do espaço geográfico e histórico da família, definem as formas de cuidados assumidas nos interior das casas de cada cuidadora entrevistada.

Saraceno e Naldini (2003) ressaltam que a divisão do tempo destinado às diversas atividades domésticas (e de lazer) é condicionada pelos tempos sociais externos às famílias e variável segundo sexo, idade e posição familiar. Isto é, há uma interdependência entre as exigências de tempo do trabalho remunerado, com sua rigidez e ausência de direitos relativos à reprodução, e as exigências de tempo do trabalho familiar, no qual o primeiro condiciona o segundo. Tais conflitos, numa lente conservadora, são resolvidos pela renúncia feminina e o sacrifício diante do apelo do amor (SARACENO; NALDINI, 2003).

Hareven (1999) segue reflexão análoga. Para ela, o tempo familiar de criar os filhos, educar, cuidar e executar outras atividades, é estruturado para suprir as exigências do tempo industrial (e do trabalho masculino), que não somente delineia a organização do tempo do trabalho produtivo quanto das necessidades de tempo para a reprodução.

O tempo demonstrado pelas cuidadoras parece tão segmentado quanto o tempo do trabalho produtivo. São decretados ritmos e ciclos de tarefas que precisam ser seguidos pelo cuidador. Organizadas pelo ciclo cronológico do tempo externo, tais tarefas surgem condicionadas aos ditames alheios acerca das necessidades de cuidados.

Para Harvey (2014), nem as categorias de tempo, nem de espaço na vida social e seus diferentes sentidos podem sem problematizadas objetivamente sem levar em conta os processos materiais de produção e reprodução. Como são categorias básicas da existência humana, costumam ser representadas como autoevidentes e não como construções materiais estabelecidas entre processos políticos, econômicos e culturais. "[...] não defendo uma dissolução total da distinção objetivo/subjetivo, mas insisto em que reconheçamos a multiplicidades das qualidades objetivas que o espaço e tempo podem exprimir e o papel das práticas humanas em sua construção" (HARVEY, 2014, p.189)

O tempo na sociedade capitalista é marcado pelo tempo da produção, logo pela expropriação da energia humana da força de trabalho. A vida passa a ser regida não pelo tempo cíclico (dos climas, estações e períodos sazonais da natureza), mas pelo tempo que gera valor e "desumaniza" o próprio homem (HARVEY, 2014). O envelhecimento, por sua vez, passa a ser balizado pelo desgaste e uso do tempo vital, que anuncia o tempo do "não trabalho" ou da doença e da morte.

Assim como as cuidadoras, também os velhos e velhas trabalhadores de nossa pesquisa tiveram um tempo de trabalho marcado pelas sujeições do trabalho alienado, que impôs ritmos e fluxos não perceptíveis, mas apropriados no cotidiano de suas vidas. "Essa sociedade condena os trabalhadores à degradação durante toda a trajetória de sua vida, submetendo e convertendo o seu tempo de vida em tempo de trabalho" (TEIXEIRA, 2008, p. 71).

3.3.3 O cuidado na perspectiva das cuidadoras

Como vimos no capítulo 2, cuidado é um termo polissêmico e de difícil definição. Mesmo considerando a imprecisão do conceito e suas diferentes conotações, essa pergunta foi levantada para conhecer quais os significados atribuídos pelas próprias cuidadoras.

Suas narrativas expressavam, de certo modo, inquietação e até mesmo surpresa com a pergunta, como se o conceito fosse de pleno domínio e não coubesse retomá-lo. Revelavam também o senso comum com o qual tratamos práticas de nosso cotidiano. As cuidadoras diziam: "é isso tudo que estamos tratando aqui", referindo-se aos temas anteriores. Estimuladas um pouco mais, mencionavam então ao seguintes termos: "doação", "amor", "carinho", "cuidado", "proteção", "servir ao outro" etc. Ao detalharmos, vemos hesitações: "o afeto é importante mas não é tudo" (Irene), "o amor é tudo" (Elvira), "com amor é difícil, imagina sem amor" (Zélia).

Via de regra, explicitam as contradições concernentes ao termo, sugerindo relações assimétricas e desiguais. Ao mesmo tempo que é atividade técnica e também afetiva. É fardo e compensação. É amor e trabalho.

A dimensão afetiva, o cuidado como amor, foi a dimensão imediatamente descrita na maioria das entrevistas. Envolve a subjetividade da relação, a preocupação, zelar pelo bem, preocupar-se e até sacrificar-se pelo outro.

A dimensão moral, da obrigatoriedade do cuidar, surgiu em relação à sociedade. Designa a naturalização do dever familiar nos cuidados dos seus membros frente à percepção externa: outros familiares, profissionais e a sociedade de modo geral. Inclusive, essa dimensão serve como parâmetro para o julgamento de outros familiares. “Não é filho? Tem que cuidar [...] eu vejo famílias que não estão nem aí para o idoso. Abandonam ele” (Célia).

Um conceito importante na interface entre a dimensão moral e afetiva é o da reciprocidade intergeracional dos cuidados (FLORES et al., 2011), na qual os filhos ou descendentes diretos ou indiretos atribuem a responsabilidade dos cuidados a serem ofertados, ao valor correspondente pelos cuidados recebidos.

> [...] eu estava fora do país, mas depois que minha mãe faleceu sabia que um dia teria que voltar para cuidar dele. Não me arrependo. Ele deu muito apoio para minha mãe e para mim também. Ele é meu tio, mas é como um pai. Eu tinha que fazer algo em retribuição ao que ele fez por nós (Rita).
>
> Eu sempre me vi como responsável pelos cuidados, já que ela cuidou de mim. Acho que é minha responsabilidade cuidar dela por todo o carinho que ela me dedicou. Ela foi uma mãe muito carinhosa, muito presente o tempo todo. Então, acaba sendo uma continuação (Cátia).

Mioto pondera que a família não é um espaço “a priori de felicidade” (1997, p. 45) e enfatiza que a responsabilização das famílias pode dissimular eventuais conflitos ao idealizar modelos familiares pautados na pretensa felicidade e harmonia. Para Groisman (2015), a intimação da reciprocidade intergeracional é outra expressão do familismo e reforça a solidariedade familiar diante da obrigação dos filhos em retribuir os cuidados prestados pelos pais.

Em estudo anterior, identificamos que a indisponibilidade afetiva para os cuidados tem sido um dos grandes transtornos narrados pelos familiares nos espaços de atenção à saúde, haja vista que usualmente o cuidador não escolhe autonomamente esse lugar, e sim costuma ser eleito por características de cada organização familiar (BERNARDO, 2016c). Ainda que os cuidadores se sintam retribuindo algo, isso não exclui as dificuldades provenientes dos cuidados, muito menos as exigências de cunho moral. O cuidado como reciprocidade e pautado na solidariedade intergeracional ou geracional (entre irmãos) indica laços afetivos fortes como

também ambivalências próprias à vida e às relações interpessoais. Como diz uma cuidadora, "[...] amor só não troca fralda nem compra remédio. Cuidar é: amar, atenção, mas precisa de apoio técnico. Ninguém vive só de carinho. Só amor não bota comida na mesa" (Irene).

A dimensão instrumental envolve a execução de tarefas necessárias aos cuidados. Implica em ações práticas que no decorrer do tempo tornam-se cada vez mais complexas, o que exige aprendizado e treinamento. "[...] as enfermeiras me explicam [...] estou fazendo estágio" (Célia).

A literatura gerontológica sobre cuidados discrimina os cuidados formais, caracterizados por profissionais e instituições, e informais, realizados por familiares e o setor voluntário. Esses se dividiriam em cuidador principal e secundário para atribuir responsabilidades distintas pelos cuidados, se total ou complementar. No documento *Caderno de Atenção Básica* – suplemento de envelhecimento (BRASIL, 2006e, p. 45), localizamos o conceito de cuidado familiar descrito como um ato de cuidar voluntário e complexo. Diríamos que complexo sim, voluntário não. Concordamos com Pereira (2004) que critica o uso dos termos informal e voluntário associados ao caráter espontâneo das práticas familiares. Longe de se constituir despretensiosamente, o cuidado familiar resulta em dinâmicas, organização, desgaste de tempo, competências, significados e organização sexual, como tratado no decorrer dessa tese.

Com a decomposição entre o mundo do trabalho e o mundo familiar, o espaço da família torna-se idealizado e institucionaliza-se como o lugar do afeto e dos processos de socialização (SARACENO; NALDINI, 2003). Desse modo, a lógica do voluntarismo e da informalidade corrobora a naturalização do lugar da família e das mulheres nos cuidados, invocando o caráter irrefutável das responsabilidades familiares e de gênero (PEREIRA, 2009; MIOTO, 2009).

Para Rummery e Fine (2012), na experiência de suas pesquisas na Inglaterra, o cuidado aglutina três principais dimensões entrelaçadas entre si: a) como sentimento e emoção – envolvendo disponibilidade em relação a quem demanda cuidados; b) como trabalho – requerendo dispêndio de energia física em benefício de terceiros. Isto é, uma ação (ou várias ações) que promove o bem-estar do outro por meio de um conjunto de atividades que exigem habilidades de diferentes ordens; c) como relacionamento – podendo denotar dinâmicas contraditórias de atenção e/ou persuasão. Bathyany (2015) acrescenta a dimensão econômica. Os custos assumidos pelas famílias nos cuidados normalmente são secundarizados e diluídos como parte das responsabilidades tradicionais da família.

Sustentamos esse ponto de vista. De fato, o termo cuidado reverbera diferentes percepções, pois se associam às diversas experiências daqueles que cuidam. Para Kergoat

(2016), em termos conceituais, a categoria deve ser pensada na sua complexidade, haja vista agregar várias interfaces da vida humana.

3.3.4 A intensificação do trabalho de cuidados

Embora não haja um sistema formalizado e unificado de classificação de dependência funcional (BATISTA et al., 2009), há parâmetros incorporados no campo geriátrico que vêm orientando políticas e pesquisas, tais como os indicadores da OMS e do Ministério da Saúde para orientação no campo da saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para fiscalização das ILPIs e os estudos de Moraes (2012). Resumidamente, é possível dizer que os parâmetros sobre dependência, em uma perspectiva ampliada, devem considerar aspectos clínicos, subjetivos e contextuais, oferecendo dados relevantes para a organização dos serviços (cuidados institucionais e domiciliares) e no âmbito das políticas públicas.

Com base no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), verificamos que, em nossa amostra, há oito idosos com níveis de dependência completa e seis com dependência moderada para AVDs, cuja perda funcional e cognitiva derivam do agravamento de doenças crônicas como síndromes demenciais, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, hipertensão, câncer, incontinência urinária e quedas. Alguns estão acamados e outros apresentam dificuldades para deambular.

O grau de dependência determina o volume e a complexidade das tarefas de cuidados, resultando também em efeitos na recuperação da saúde, quando acometidos por agravos que necessitam de internação ou uso de outros recursos medicamentosos (VERAS, 2003).

Não foi possível apurar com exatidão o tempo de dependência. Com base no período de inserção do idoso(a) na unidade de saúde, conferimos que o acompanhamento em saúde tem uma média de 3 a 7 anos.

A condição de renda atende às necessidades de cuidados no seu limite, tendendo a faltar diante da ausência de oferta ou suspensão provisória/definitiva de insumos e equipamentos via programas públicos, ou ainda da necessidade de introduzir novas tecnologias de cuidado, tais como suplementos nutricionais, medicamentos, exames etc.

Vimos nos relatos que as situações de dependência são variadas (embora predominem perdas funcionais para as AIVDs e AVDs) e, à medida que se acentuam as perdas relativas ao autocuidado, aumentam as necessidades de cuidados que envolvem mais diretamente o contato com o corpo e suas secreções.

Os processos biológicos, incluindo os fisiológicos, costumam ser expressos por meio de sinais do corpo, e a sua apropriação é atravessada por significados e símbolos muito particulares, variando quanto ao tempo histórico, grupo social, classe e gênero (MINAYO, 2003). Dissemos isso porque, apesar dessas diferenciações, encontramos alguns traços comuns nos relatos. Foi recorrente nas falas das cuidadoras episódios de constrangimento e mal-estar diante de tarefas como banho, o manuseio e limpeza das partes íntimas do idoso e o contato com excrementos. "A sujeira é a parte mais difícil pra mim. Eu limpo ele direitinho. Ele faz dia sim, dia não. Eu não me sinto bem, mas eu tenho que fazer. Não consigo comer mais nada o dia inteiro. Fico enjoada"(Elvira).

As descrições apontam concomitantemente dificuldades no trato com um corpo até então ativo, hígido, pertencente ao marido, pai ou tio. Identificamos que as angústias se intensificam quando tais mudanças ficam mais explícitas. "[...] ele tomava o próprio banho, fazia sua própria comida. Vê-lo assim me deixa triste" (Rita). A memória do antes e do depois se revela dramática e indicativa de mudanças significativas que já ocorreram ou que ainda estão por vir. "Eu não consigo ver meu pai em cima de uma cama, uma pessoa que saía, fazia churrasco, gostava de uma cervejinha e hoje em dia não consegue nem levantar da cama" (Silvia).

Encontramos correspondência nesses relatos com a pesquisa de Caldas (2002). A autora ressalta a convivência com a progressão da dependência, mostrando como os cuidadores acompanham sua evolução, ensejando comparações entre momentos antecedentes e posteriores ao adoecimento, os quais parecem não reconhecer mais a pessoa que está sob seus cuidados. Assim como o idoso apresenta limitações para discernir o familiar, esse também não mais o distingue. A ausência de reconhecimento mútuo costuma ser acompanhada de conexões da ordem da memória e dos afetos construídos ao longo da vida e do relacionamento entre quem cuida e quem é cuidado. Várias questões derivam desse processo de aumento da dependência: o esforço de manter a comunicação e os contatos, a iminência da morte, a despedida de alguém que não é mais a mesma pessoa e as preocupações alusivas ao óbito domiciliar[81].

As fases de evolução das doenças e seus principais sintomas são habitualmente esclarecidos pela equipe médica nos atendimentos. A forma como essas questões são tratadas e apresentadas às famílias oscila de acordo com a formação, tempo de experiência, se realizado

[81] No Rio de Janeiro, não há um serviço de verificação de óbito. Normalmente, os familiares tentam acionar os profissionais que acompanham o idoso, contatam o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e até mesmo a equipe da Estratégia de Saúde da Família. Desnecessário lembrar o quão essa situação é delicada e de difícil manejo.

por um único profissional ou em equipe. Não é incomum a surpresa dos profissionais diante de repetidas indagações das cuidadoras sobre tais fases, como se “esquecessem” as orientações prestadas em outros momentos.

Em uma abordagem prescritiva e clássica, a informação dada parece ser condição suficiente para a comunicação em saúde e plena de compreensão por parte do interlocutor, que, nessa condição, é desprovido de outros saberes, origem de classe e subjetividades. Compreender minimamente essa relação entre a equipe multiprofissional (e seus saberes legitimados), os cuidadores e os idosos viabiliza uma aproximação com as conexões desencadeadas nessa dinâmica, na qual, práticas de cuidados são postas em ação.

Segundo Mattos (2004), os cuidados em saúde, em particular os cuidados institucionais e profissionais, também são orientados por valores e conhecimentos. Tem-se a reprodução de que aquele cuidado, fundado cientificamente, é o mais adequado diante de outras formas de cuidar. Mas, se “[...] esse cuidado for marcado pela imprudência, pela desatenção relativa às suas consequências, pelo silenciamento de outros conhecimentos, dele pode derivar a dor, o sofrimento, a opressão” (MATTOS, 2004, p. 121). A ciência moderna se estabeleceu pela incorporação da razão e da crítica, com rompimento de outras formas de crenças e valores. Em nome de um conhecimento mais verdadeiro e superior que resolva problemas da vida, reproduz-se uma ideia de que todo conhecimento científico é o melhor para a humanidade.

As cuidadoras, em geral, não referem dificuldades na compreensão das orientações profissionais, mas há relatos da equipe sobre o não cumprimento de uma ou outra requisição. Não fica claro se não houve compreensão ou a cuidadora deliberadamente não o fez por considerar inadequado.

É inequívoco que há tensões e divergências nessas práticas de cuidados. De um lado, uma formação especializada, que detém o conhecimento científico e legitimado socialmente sobre o envelhecimento. De outro, um cuidador leigo, a quem se exige uma dada capacidade para realizar tarefas técnicas. Franco e Merhy (2008) denominam esse processo de “tecnificação do cuidado”, por meio de capacitação e transferência de conhecimentos e tecnologias de saúde para as famílias executarem.

> Sou praticamente uma enfermeira. Eu não entendia nada. Agora sei fazer um curativo, aplicar alguma coisa na sonda, dar banho. A comida dele tem que ser cortadinha, com tempero certo, peneirada, porque não pode ter nenhum fiapo (Célia).

Na maioria das vezes, observadas no decurso da pesquisa e da minha experiência profissional, não há total correspondência entre as recomendações dos profissionais e a materialização de tais orientações no espaço domiciliar. Há indícios de algum distanciamento

entre o cuidado “ideal” e o “real”. “[...] a enfermeira me explicou tudinho. Preciso mudar ele de posição várias vezes ao dia. Mas eu não consigo fazer. Então viro ele uma vez quando meu filho passa lá. A pomada é cara. Não consegui comprar” (Elvira).

Para Souza (2016), muitas orientações são realizadas tendo por base uma percepção fictícia sobre as condições objetivas para sua efetivação. Sem desprezar a pertinência de tais condutas, nem responsabilizar as famílias, a autora conclui que a precariedade, na qual muitas famílias vivem (ou sobrevivem), impede a execução de um conjunto de procedimentos necessários ao bem-estar e a prevenção de problemas mais graves: mudanças de posição do idoso em vários períodos ao dia, fazer trocar frequentes de fraldas, preparar o alimento das sondas etc.

> [...] eu não tenho medo de engasgo, acontece que meu marido usou aquela traqueostomia. Então, quando ele engasgava, vinha aquela gosma e eu tinha que tirar aquele ferrinho de dentro da garganta com luva, ia no banheiro, lavava. E o nervoso para colocar aquilo no lugar? (Silvia).

Considerar as condições objetivas e subjetivas dos cuidados diante dos recursos materiais, humanos e afetivos das famílias é seguramente essencial e um passo importantíssimo para a produção de cuidados no ambiente domiciliar, sem impor maiores intimidações ao cuidador e aos idosos.

3.3.5 O conhecimento da rede: da abnegação à naturalização dos cuidados

Neste item, buscávamos compreender a experiência das cuidadoras no acesso às políticas públicas e se associavam as eventuais dificuldades de cuidados à escassez ou inexistência de ações por parte do poder público. Inicialmente, as cuidadoras não admitiam dificuldades para realizar os cuidados. A impressão que tínhamos era de que elas se sentiam, diante desse eixo da entrevista, como se estivessem em uma avaliação e talvez receassem contrariar expectativas da equipe diante da função considerada “natural” das famílias. “Não há dificuldades, eu resolvo” (Célia). “Dificuldades há, mas a gente vai administrando com a ajuda de vocês” (Zélia).

É preciso lembrar que, além de compormos a equipe multiprofissional da unidade, as entrevistas, em sua maioria, foram realizadas no serviço, o que poderia gerar confusão quanto aos objetivos da pesquisa. Diante desse comportamento das cuidadoras, exploramos as perguntas de forma mais prática, dando exemplos concretos e tirando o foco do serviço, pois,

como dissemos, não pretendíamos avaliá-lo, nem provocar cerceamentos à equipe ou às cuidadoras.

A partir das respostas, organizamos o primeiro elenco de questões em três dimensões: a abnegação feminina nos cuidados, a naturalização dos cuidados familiares pelas equipes e o desconhecimentos dos direitos e das políticas. Os eixos de abnegação feminina e naturalização dos cuidados já foram reportados em outros momentos desse capítulo. Em razão de sua centralidade para nosso objeto de estudo, retomamos para construir novas mediações.

A 1ª dimensão é tratada por Giacomin, Uchoa e Lima-Costa (2005). Para as autoras, não apenas cabe à esposa cuidar como deve "[...] calar suas dores, angústias, medos. Queixar-se de cansaço, pedir ou aceitar ajuda, é negar-se a fazer o que lhe foi predestinado, o que não pode ser passado adiante nem compartilhado" (GIACOMIN, UCHOA; LIMA-COSTA, 2005, p. 1.515). No ambiente familiar, outros membros, principalmente os filhos, são poupados: "não quero dar mais trabalho para eles" (Elvira), "eles já têm muitos problemas" (Deise), "De vez em quando, um vem aqui e me ajuda, tá bom" (Glória).

Há também dificuldades, entre as esposas, para precisar há quanto tempo exercem os cuidados. Como ressaltam Giacomin, Uchoa e Lima-Costa (2005), a fronteira entre o tempo de realização dos cuidados e o tempo do casamento se desfaz. Os tempos iguais embaralham o cuidado com o próprio casamento, como se fossem atividades próprias da relação conjugal e do papel feminino na casa. "A cultura lhes informa que o cuidado é indissociável das tarefas de uma esposa" (GIACOMIN, UCHOA; LIMA-COSTA, 2005, p. 1.514). Para as autoras, somente as novas atribuições de higiene parecem indicar algum desconforto diante do contato com o "corpo do marido" envelhecido e doente. "Ainda assim, as entrevistadas acolhem essas novas tarefas. Ao se casar, elas assumiram o compromisso de cuidar do marido na saúde e na doença. Essa verdade a mulher assimila sem questionar, sem pedir ou aceitar ajuda" (GIACOMIN, UCHOA; LIMA-COSTA, 2005, p. 1.515).

A 2ª dimensão é constatada na relação das cuidadoras com o espaço profissional. Essas cuidadoras resignadas e "competentes" são frequentemente elogiadas. "A esposa cuida muito bem", o "suporte familiar é ótimo". Entretanto, quando ocorre algum deslize, esquecimento de alguma orientação, a não realização de algum exame, alguma confusão ou até mesmo um choro, a equipe prontamente acende o alerta: "trata-se de sobrecarga dos cuidados", "temos que convocar os filhos", "vamos encaminhar a cuidadora para um grupo ou para a psicologia". Isto é, diante do desvio da rota, medidas devem ser tomadas para o retorno ao equilíbrio ou à norma, que são os cuidados prestados adequadamente no espaço doméstico pelos familiares.

Excluindo os eventuais exageros nessa descrição[82] um tanto estereotipada (e calorosa), pretendemos chamar a atenção para alguns pontos:

a) a naturalização dos cuidados familiares (da esposa) é evidenciada nas orientações previstas no campo e nas expectativas profissionais;
b) as expectativas profissionais atribuem o "sucesso" dos cuidados às funções tradicionais da família, embora possam admitir (no plano dos discursos) a pluralidade de arranjos;
c) intervenções são realizadas para retomar as funções originais;
d) a idealização dos cuidados e das funções familiares ignora ou secundariza as determinações sociais de tais necessidades;
e) a não admissão do caráter coletivo das necessidades sociais as individualiza e as remete para o âmbito privado, deslocando as responsabilidades públicas do Estado para o universo privado;
f) apela-se para o campo moral e das responsabilidades de solidariedade intergeracional.

Mioto e Dal Prá (2015), ancoradas em Saraceno (1992), analisam a relação das famílias com os serviços e demonstram reflexão similar. Para elas, os serviços qualificam as famílias em "boas" ou "más", por meio de avaliações sobre o seu funcionamento, emitindo juízos de valor.

> [...] aquelas que acolhem e oferecem sustentação aos seus doentes [...] são conhecidas como boas famílias. Aquelas que delegam seus membros necessitados aos serviços e se furtam de sua presença e de seus cuidados são tidas como más famílias (MIOTO; DAL PRA, 2015, p. 152).

Essa é uma lógica que já reconhecíamos em nossa trajetória profissional e seguramente foi um dos motivadores para a pesquisa realizada. Confirmamos que a família, ao ser alçada à condição de cuidadora e segmento prioritário nas práticas de cuidado, anuncia um status diferenciado e uma atenção específica da gerontologia, que, ao acentuar a abnegação feminina, torna inconteste os cuidados familiares e não problematiza o lugar do Estado na proteção social. As expectativas sobre as famílias se sofisticam e sua participação nos cuidados é cada vez mais solicitada, ao mesmo tempo que se constata maior volume de deficiências nos serviços públicos. É o que Mioto e Dal Prá (2015, p. 150) chamam de "campo de cuidados", um espaço

[82] Essas descrições foram registradas em diário de campo e referem-se aos vários relatos de profissionais nos atendimentos ou em reuniões de equipe.

intercambiável entre o serviços, profissionais e familiares, no qual ocorrem negociações e atribuições pelas responsabilidades de cuidados e provisão de bem-estar.

Sobre a 3ª dimensão, o conhecimento dos direitos dos idosos e sobre as políticas, detectamos que as cuidadoras manifestaram dúvidas, desconhecimento e quando muito referiam genericamente ao Estatuto do Idoso, sem detalhamento de seu conteúdo. Identificamos uma compreensão do papel do Estado como auxiliar à família. Num primeiro momento, essa parecia ser a concepção prevalente, o lugar autoevidente da família nos cuidados e, com isso, pouca politização do cuidado como direito. Ao aprofundar mais a questão, indagando outros elementos, algumas cuidadoras conseguiam refletir sobre a importância do suporte institucional para os cuidados domiciliares. Foi necessário materializar essa questão em perguntas do tipo: Se você precisar internar ou levar para uma emergência, você consegue? Como faz? Parece que o ceticismo com o poder público e a resignação do cuidado familiar compõem um cenário de apatia, no qual não há o que fazer. Muitas vezes, de forma desesperada, recorrem às equipes, para que algumas questões de acesso sejam resolvidas, provocando, em alguns profissionais, sensação de angústia frente à ausência da intersetorialidade, ou como descreve Cecílio (2012, p. 4), uma "impotência compartilhada".

A ausência de conhecimento dos direitos e até mesmo da rede de proteção social pode resultar no desconhecimento das formas políticas e coletivas de organização. A falta de articulação sugere ainda uma frágil condição para o exercício da defesa dos direitos de cidadania dos idosos e familiares.

Complementamos, com o suporte em Campos e Mioto (2003), que o caráter familista da política pública brasileira não é um fenômeno novo, mas se incrementa nos anos 1990, por intermédio de argutos ideopolíticos alicerçados em princípios ético/morais de reforço a valores de solidariedade familiar e comunitária, bem como das orientações dos organismos multilaterais que defendem o lugar central das famílias na provisão social como forma de redução dos gastos sociais públicos.

A resolução das questões relativas ao cuidado (como direito) permanecem no limite dos recursos privados e não alcançam a esfera pública. E isso se agrava, caso os serviços, os quais tais cuidadores acessam, mantiverem a endogenia desse debate. O que verificamos lamentavelmente é que, quando os serviços não criam ações mais coletivas ou de fomento dessa discussão nos espaços assistenciais e de gestão dos próprios serviços, contribuem para que tais dramas sejam continuadamente vividos isoladamente. Depreendemos que algumas equipes multiprofissionais, especialmente o Serviço Social, problematizam a ausência de políticas públicas e estratégias para reduzir os encargos e cobranças familiares. Porém, isso é

insatisfatório diante das complexas necessidades dos idosos e dos cuidadores. Esse quadro se acirra ainda mais quando a questão não é discutida nos espaços de controle social, podendo demonstrar ausência de articulação sobre o tema. Cabe lembrar que pautar o debate nos espaços públicos permite a coletivização dessa questão, saindo dos muros institucionais e da famílias para alcançar visibilidade pública e tornar-se necessidade coletiva.

3.3.6 Estratégias e acesso aos recursos públicos

Nesse item da entrevista, indagamos quais os recursos mais acessados e as dificuldades ou facilidades encontradas. As perguntas foram norteadas por dois eixos centrais: a forma de acesso e a qualidade dos serviços.

A nossa sensação inicial foi que a obviedade dos limites das respostas políticas, vinculada à naturalização da família, rebate diretamente na falta de espaço para pensar sobre isso, muito menos questionar. Notamos certa reticência das cuidadoras para tratar dos recursos que acessavam. Novamente, precisavam ser instigadas ou exemplificadas situações, tal qual fizemos na seção sobre os direitos e políticas, como parte da estratégia de objetivar temáticas mais abstratas.

As respostas variavam de “nada funciona”, em uma espécie de generalização do discurso que desqualifica o setor público ou uma posição mais indiferente. Após os estímulos, percebíamos que algo despertava. A atitude, antes mais desinteressada e passiva, modulava para uma ação de maior indignação, ainda assim com pouca força e atitude proativa. Os desafios dos cuidados são tão complexos que impedem o acúmulo de novas preocupações. Por vezes, não realizar determinados procedimentos de cuidados ou pagar por eles é o caminho possível e menos danoso.

Posteriormente, problematizamos a experiência de acesso a serviços e insumos, de modo a reconhecer as diferentes trajetórias criadas para o usufruto do serviço ou benefício.

Na relação estabelecida com os serviços, de modo geral, os cuidadores visam ao atendimento de suas necessidades. Os serviços, por sua vez, materializam os recursos e serviços previstos pelas políticas para a população. Atuam como elos, vínculos, pontos convergentes entre as necessidades de saúde coletivas e a proteção social (MIOTO; DAL PRÁ, 2015).

O apoio institucional do NAI/UERJ é avaliado como importante para o suporte, mas escasso diante da falta de recursos e da desarticulação entre as políticas. Em que pesem alguns questionamentos sobre o processo de trabalho, usualmente, as cuidadoras sentem-se acolhidas

e atendidas em suas necessidades. O NAI é descrito como um oásis num deserto institucional, cujo serviço culmina por ser interpretado como um privilégio e não como direito.

É importante registrar que não visávamos recuperar os itinerários terapêuticos das cuidadoras, no sentido de recompor os caminhos percorridos. Para tanto, como explicitam Alves e Mioto (2015), era necessário montar uma cartografia que permitisse conhecer a sequência de acontecimentos, seus limites e barreiras para o acesso, assim como os protagonistas e/ou contatos facilitadores para o acesso. O escopo de nosso estudo viabilizou a aproximação com alguns dos limites para esse acesso, assim como a identificação dos recursos acionados.

Averiguamos que, em sua maioria, as cuidadoras e profissionais buscavam as alternativas em suas redes pessoais ou nas redes filantrópicas. Não identificamos redes religiosas operando na dinâmica pesquisada, mas provavelmente trata-se de outra fonte de recursos para muitos familiares. O que predominou na presente pesquisa foi a resolução através dos recursos financeiros (desembolso direto). Isto é, pagou-se pelo serviço. Empréstimos foram realizados ou outros familiares acionados para dar conta daquela necessidade em tempo oportuno. "O caráter de exclusão indica que o acesso ao serviço do SUS, mesmo sendo ofertado, não foi possibilitado, pelo tempo inadequado ou por outras barreiras, e a procura pelo serviço privado foi a estratégia definida" (ALVES; MIOTO, 2015).

> Era tão complicado marcar aquele exame que fiz as contas dos gastos que teria saindo várias vezes de casa para marcar, que preferi pedir emprestado para meu filho e paguei o exame particular (Glória).

Apuramos a proeminência do recurso financeiro como meio de acesso a bens e serviços. A mercantilização, nesse caso, não é uma escolha, nem alternativa, mas sim a única via de acesso. Fica patente que a desqualificação do setor público, pela inoperância ou burocratização, encobre interesses mercantis. A saúde suplementar, a previdência privada, os vários tipos de planos de saúde mais populares e os exames de baixo custo, entre outros, são mecanismos para transformar as dores e sofrimentos em mercadorias, a qualquer preço.

É surpreendente que essa situação – esforço para resolver por intermédio de um sacrifício pessoal – costuma ser aprovada pelas equipes multiprofissionais como atitudes a serem incentivadas. Por outro lado, não se observa criticidade sobre essa política do "salve-se quem puder". Em última instância, o mercado privado se beneficiou à medida que o serviço ou equipamento foi comprado e não adquirido como uma política pública. Verificamos essa condição para realização de exames, medicamentos, fraldas geriátricas, espessantes, suplementos nutricionais, cadeira de rodas e outros equipamentos.

Comumente, a “pressão” exercida pelas equipes para a aquisição daquele recurso como uma importante tecnologia de cuidado tensiona as famílias a resolverem em um tempo, o mais rápido possível, em geral incompatível com o tempo de resposta das políticas públicas. “Fui tentar marcar o exame e me mandaram voltar daqui a 6 meses. A doutora pediu para eu levar o exame na próxima consulta, mas só vou poder fazer o exame depois” (Silvia).

Comprovamos que recursos diferenciados, e por vezes combinados, são mobilizados para acessar um dado programa ou serviço. Como vimos, o custo financeiro assumido pelas famílias tem sido recorrente, mas essa não costuma ser a primeira iniciativa, pois antes os familiares recorrem aos fluxos institucionais, às redes pessoais e à judicialização. O recurso à judicialização é costumeiro, principalmente nessas situações, nas quais se evidencia o esgotamento dos recursos próprios das famílias e suas redes e a inoperância das políticas públicas.

As famílias da classe trabalhadora, em suas frações mais precarizadas e com rendimentos mais baixos, tendem a ser mais oneradas diante da ausência de recursos públicos. Sem recursos financeiros para arcar com os custos, esses cuidadores, em um “mundo familiarizado”, como diz Franzoni (2008), recorrem às fontes de sua própria rede primária. A renda familiar, geralmente reduzida e instável, e as políticas públicas, distantes e burocráticas, impõem as famílias trocas entre si e nas redes mais próximas (vizinhança, comunidade), visando à satisfação de necessidades sociais,

Sobre os fluxos institucionais, confirmamos que as normas e regras estabelecidas institucionalmente costumam ser seguidas pelas cuidadoras usuárias. Não constatamos estratégias para burlar vagas ou acionar agentes clientelísticos. Apesar disso, diante da ausência de transparência de tais fluxos ou informações desencontradas e pouco elucidativas, as cuidadoras tentam apoio com os próprios profissionais que já construíram vínculos (em especial, a equipe de assistentes sociais). Nessa dinâmica, são tecidas estratégias múltiplas, que percorrem desde contatos formais, estabelecendo redes de cooperação interprofissional ou interinstitucional, até contatos informais, criando intercessões entre as esferas pública e privada.

As famílias participam desse processo de construção das redes, buscando as fontes mais próximas de seu cotidiano. Observamos que as famílias de segmentos mais empobrecidos costumam ter menos condições de interferência no espaço público, embora recorram frequentemente às suas redes igualmente precarizadas. “[...] as famílias não se encontram nas mesmas condições materiais e culturais, e com isso as possibilidades de usufruírem dos serviços também se tornam desiguais” (MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 150).

Conforme Saraceno e Naldini (2003), essas atividades que envolvem tanto a articulação nos serviços (frequência às consultas, tornar-se referência nos cuidados, realizar as mediações familiares e institucionais e outras ações) quanto a procura por recursos e serviços de cuidados constitui trabalho familiar. Conceito que agrega desde o trabalho doméstico, em sentido estrito, o trabalho de cuidados com familiares dependentes, até atividades requeridas pelos serviços, que exigem tempo, disponibilidade e compromisso. E, como trabalho familiar não remunerado, revela também relações desiguais, dada as condições materiais e culturais das famílias da classe trabalhadora.

Identificamos muitos problemas quanto ao acesso: suspensão de programas, precariedade nos atendimentos em unidades específicas, informações pouco transparentes, burocracia na documentação exigida, insuficiência dos benefícios previdenciários, dentre outras várias questões indissociáveis de projetos ideopolíticos que disputam os diferentes espaços sociais.

A realidade da capital carioca será objeto de análise no próximo capítulo. Pretendemos conferir materialidade à conjuntura local, distinguindo quais os principais entraves para o acesso no território do município do Rio de Janeiro. Iremos nos debruçar ainda sobre o controle social e como as concepções conservadores do campo geriátrico/gerontológico se manifestam no âmbito das políticas públicas para o envelhecimento e seu impacto no universo dos cuidados.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENVELHECIMENTO E O CONTROLE SOCIAL: A LÓGICA COMPORTAMENTAL E FAMILISTA EM CENA

Este capítulo debaterá como as tendências autopreservacionistas e familistas se encontram expressas nas políticas públicas para o envelhecimento. Primeiramente, mapearemos a rede de proteção social ao idoso no município do Rio de Janeiro referente às áreas da saúde e da assistência social. Partimos das entrevistas realizadas com as cuidadoras sobre o acesso aos recursos das políticas públicas e da análise documental.

Trataremos em seguida sobre os espaços de controle social, com base nas entrevistas realizadas com representantes e militantes dos movimentos sociais da área. Exploramos dois pontos centrais: como estão organizados diante das contrarreformas do Estado e como é pautada a temática dos cuidados domiciliares na agenda política.

Finalmente, no item 3, analisaremos as expressões ideopolíticas presentes em documentos e políticas orientadoras da área, com foco nas lógicas comportamental e familista.

4.1 **A configuração da rede de proteção social para o idoso no município do Rio de Janeiro**

4.1.1 O percurso da coleta de dados e os documentos analisados

A pesquisa mapeou os equipamentos públicos ou de gestão compartilhada e os demais estabelecimentos correlatos à rede de proteção social previstos na região. Distinguimos os serviços que realizam atendimento ao idoso com dependência e seus familiares cuidadores nas áreas da saúde e da assistência social.

O território analisado foi o município do Rio de Janeiro (RJ). Como certos equipamentos localizados no município são de gestão estadual, achamos oportuno contextualizar o município e o estado do Rio de Janeiro, de acordo com a descrição metodológica.

Para levantamento desse material, recorremos ao site da prefeitura e suas secretarias, recolhendo os dados oficiais divulgados pelo município. Foi identificado que algumas secretarias mantêm seus dados mais atualizados, enquanto em outras as informações são escassas e sintéticas. Percorremos outros sítios eletrônicos para complementar as informações, tais como o Tribunal de Contas do Município (TCM), Rio transparente, Instituto Pereira Passos (IPP), Data SUS e IBGE. Os relatórios produzidos pela prefeitura, documentos oficiais, planejamentos estratégicos, planos municipais de saúde e de assistência também foram consultados. Outras fontes fundamentais foram as matérias publicados em sites ou jornais, que

atualizavam as informações estáticas do site da prefeitura, boletins de associações e organizações, assim como artigos produzidos recentemente.

Uma ressalva deve ser feita sobre as Organizações Sociais na saúde (OS). Encontramos muitas lacunas nas poucas publicações encontradas. Examinamos os sites das OS e buscamos seus contratos e balanços. Observamos que não são comuns análises avaliativas e qualitativas da rede nem dos serviços ofertados. Os resultados, quando demonstrados, eram genéricos e através de indicadores quantitativos[83].

Organizaremos a seção apresentando o Rio de Janeiro e, na sequência, as áreas da saúde e a da assistência social.

4.1.2 O Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro é um dos quatro estados da região Sudeste, composto por 25 municípios e uma população de 17.159.960 habitantes em 2018 (RIO DE JANEIRO, 2019a). Grande contingente dessa população (74%) se aglutina na região metropolitana e 36% na capital (IBGE, 2010). É o terceiro estado mais populoso do território nacional e proporcionalmente o mais envelhecido do país. Possui 15,8% de idosos entre a população total brasileira (10,8%) (IBGE, 2010). Segundo o CEPERJ (2018), após o ano de 2016, a população idosa superou a taxa de crianças de 0 a 14 anos, atingindo 3,3 milhões em 2018.

O estado é marcado por profundas desigualdades e contrastes econômicos, políticos, sociais e geográficos. Dados do IBGE (2010) mostram que 96,75% da população concentram-se na região urbana, cujo crescimento não foi acompanhado de uma infraestrutura social compatível com as necessidades progressivas das cidades. Registram-se disparidades na região com territórios mais abastecidos de serviços e equipamentos, e outros com graves problemas considerados básicos, como a mobilidade urbana, saneamento, segurança e oferta de trabalho.

Conforme a PNAD contínua (IBGE, 2015), em 2014, 1,27% da população estadual vivia em extrema pobreza e 3,7% em situação de pobreza[84]. Os dados de extrema pobreza aumentaram em 2016 para 2,7% e em 2017 para 3%, conforme informações do próprio governo

---

[83] O projeto de pesquisa da UERJ Políticas Públicas de Saúde, Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos da FSS, coordenado por Maria Inês Souza Bravo, foi importante fonte de pesquisa. As publicações disponíveis debatiam dados sobre a organização da saúde do Rio de Janeiro. Da mesma forma, os pesquisadores referiam as dificuldades encontradas para acessar dados mais fidedignos sobre os contratos de gestão pelas OS, editais e montantes de recursos alocados em órgão oficiais como o Diário Oficial (DO), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e nas próprias OS (BRAVO et al., 2015).

[84] Considera-se situação de extrema pobreza quando a renda per capita for inferior a 1/4 do salário mínimo e situação de pobreza quando equivale a menos de meio salário mínimo (IBGE, 2014).

do estado (RIO DE JANEIRO, 2019a). Segundo o coeficiente de Gini[85], o estado apresenta índice de desigualdade social (0,523) maior do que a média brasileira (0,515). Em relação ao saneamento básico, incluindo água (97,63%), esgoto sanitário (92,7%) e coleta de lixo (98,1%), apresenta condição superior à média nacional (IBGE, 2010), não obstante a elevação de 13,1 pontos percentuais da taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias entre os anos de 2006 e 2016 (RIO DE JANEIRO, 2019a).

O estado possui o 2º maior PIB do país, sendo o setor de serviços com maior participação (65,5%), seguido dos impostos (23,4%) e das atividades industriais (11,1%) (RIO DE JANEIRO, 2019a). A maior parte das indústrias concentra-se na região metropolitana, destacando os municípios do Rio de Janeiro e Niterói. No que tange ao trabalho, de acordo com a PNAD contínua (IBGE, 2019), a taxa de desocupação foi de 14,8% em 2017, sendo o terceiro estado da federação com o maior índice. Houve aumento de oito pontos percentuais entre 2014 e 2017. A taxa de informalidade atingiu níveis alarmantes de 50,9% no 3º trimestre de 2018.

O Plano de Diretrizes e Iniciativas Prioritárias do Governo do Estado do Rio de Janeiro para o período de 2019 a 2020 (RIO DE JANEIRO, 2019b) preconiza uma política de modernização dos sistemas, métodos e processos de trabalho, buscando a inovação na gestão pública. Evidencia que as políticas públicas não são mais exclusividade do Estado, e sim de outros grupos e interesses, requerendo interação crescente entre o Estado, a sociedade e o mercado para maior efetividade. O documento estadual indica claramente que haverá medidas de cortes na gestão administrativa e auditoria nos contratos de gestão das organizações sociais e fundação saúde, com vistas à superação da crise financeira que assola o estado e demais capitais.

Longe de ser uma situação isolada, o estado do Rio de Janeiro é cenário de uma crise sistêmica nacional que intensifica o processo de sucateamento das políticas públicas. Constitui desdobramento das contrarreformas do Estado no contexto da financeirização do capital e da apropriação privada do fundo público, com repercussões diretas sobre a governabilidade, mobilização social e oferta de serviços.

Segundo dados do Plano Municipal de Assistência Social (RJ/PMAS, 2018b) e do Instituto Pereira Passos (IPP, 2017), que atualiza os dados do IBGE (2010), o município do Rio

[85] "O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Na prática, o Índice de Gini costuma comparar os 20% mais pobres com os 20% mais ricos" (IBGE, 2010).

de Janeiro tem uma área territorial de 1.204 km². A cidade é dividida em cinco áreas programáticas (AP), 162 bairros e uma população de 6.520.266 habitantes, em 2017. É uma das 20 cidades mais populosas do mundo e com a proporção de idosos, atingindo 14,9%, num total de 940.851 idosos.

Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,799[86], considerado nível alto, e é o segundo maior IDHM do estado, ficando abaixo de Niterói. Em contrapartida, ocupa a 45ª posição no país.

Apesar de indicadores positivos de desenvolvimento social, a cidade, assim como o estado, é um território grifado por dessemelhanças e desigualdades sociais. De acordo com o IPP (2017), 22% da população reside nas 1.018 favelas da cidade, totalizando 1.434.975 habitantes sem acesso à infraestrutura apropriada, vivendo sob o signo da violência e em condições inadequadas de abastecimento de água, esgoto sanitário, coleta de lixo e drenagem fluvial, em contraponto às áreas mais privilegiadas da cidade, cuja população apresenta maior poder aquisitivo, assim como acesso a bens e serviços (RJ/PMAS, 2018b).

O IDS (Índice de Desenvolvimento Social)[87] mensura níveis de desigualdade social articulando as variáveis de renda, saúde, educação, trabalho e habitação. Esse índice se torna referência para os programas de focalização da prefeitura, servindo de parâmetro tanto para a área da saúde quanto da assistência.

O Ministério do Desenvolvimento Social, com base no Censo 2010 do IBGE, estimou que cerca de 178.815 pessoas viviam em situação de extrema pobreza, ou seja, 2,8% da população do município. Desses, 54,5% eram mulheres e 45,5% homens, 28.312 eram pessoas acima de 60 anos (aproximadamente 16%), 65,6% eram negros e 33,3% eram brancos. A proporção de pessoas pobres foi de 5,01% em 2010 (RJ/PMAS, 2018b).

---

[86] Indicador de desenvolvimento humano utilizado pela ONU (PNUD) para avaliar condições de pobreza e desigualdade social nos países e regiões do mundo. Considera variáveis como: PIB per capita, frequência escolar, taxa de alfabetização e esperança de vida ao nascer. Não dimensiona aspectos de acesso a bens e serviços, que passam a ser considerados no indicador de desenvolvimento social (IDS). "O IDHM da cidade do Rio de Janeiro é 0,799, dado de 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,845, seguida de Renda, com índice de 0,840, e de Educação, com índice de 0,719. O Rio de Janeiro ocupa a 45ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros segundo o IDHM" (RJ/PMAS, 2018b, p. 54).

[87] "O IDS é um índice composto que tem como base os dados do Censo de 2010 do IBGE, e pode ser considerado como uma adequação do IDH para a realidade urbana do Rio de Janeiro em que, quanto mais próximo de 1, mais desenvolvida a localidade" (RJ/PMAS, 2018b, p. 55). O IDS utiliza as mesmas variáveis do IDH, agregando outras dimensões, a saber: saneamento básico, renda, qualidade habitacional e grau de escolaridade.

Segundo o PMAS (RJ/PMAS, 2018b), a maioria das pessoas cadastradas no Cad'Único[88] no município em 2017 e que tinham renda até um salário mínimo eram negros. O percentual de domicílios cuja renda individual era de até meio salário mínimo totalizava 31,4%.

De acordo com o IPP (2017), dos vinte bairros com maior número de idosos no município, 12 deles estão na zona sul, seis na zona norte e dois na zona oeste. Se segmentarmos os idosos por idades (entre 60 e 70, e acima de 70 anos), os bairros com maior número de idosos acima de 70 anos é Copacabana e Tijuca. Os idosos mais velhos estão nas áreas mais privilegiadas da cidade, e a expectativa de vida é em média 75 anos. Bairros como Costa Barros, Complexo do Alemão, Santa Cruz, Complexo da Maré, Acari e Cidade de Deus, entre outros, apresentam taxas de expectativa de vida oscilando de 62 a 66 anos de idade. O dado reflete as diferenças sociais territoriais e a associação dos condicionantes sociais à maior longevidade. Não por acaso, os bairros com menor número de idosos são o que têm menor IDS e localizados nas favelas e bairros da Zona Oeste e Norte.

Além de capital do Estado, a cidade do Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil e importante centro econômico e turístico (OLIVEIRA, 2015). Em razão dessas características, a cidade tem atraído interesses de investimento do grande capital, que se insere, conforme Sanches (2001), em um processo de restruturação urbana com fins de mercantilização. Afora a modernização, a cidade precisa adaptar-se aos padrões competitivos internacionais, compatíveis ao processo de acumulação capitalista. A ofensiva neoliberal não somente interfere sobre a política urbana, como reconfigura as economias nacionais, transformando as cidades em "cidade-mercadoria".

Dentre as estratégias de modernização, têm-se as reformas no âmbito da gestão visando conferir maior eficiência e produtividade, como verificamos nos planos estadual e municipal. Os processos de privatização e os grandes eventos também fazem parte desse projeto – de uma nova concepção de cidade. Com diz Mattos (2015, p. 2) "A capital do capital".

Em 2016, a população fluminense elegeu para a prefeitura um candidato referendado pela igreja universal de matriz evangélica[89], que, além de demonstrar ambiguidades quanto ao caráter laico do Estado, assumiu publicamente a continuidade das contrarreformas, com redução de investimentos em políticas sociais e parceria público/privada. Em 2018, o processo eleitoral para presidente da república e governador estampou mais um capítulo do avanço do

---

[88] Cadastro único para beneficiários de programas assistenciais e de transferência de renda.

[89] A título de informação, pesquisa de Araújo e Veiga (2017), pautada em amostra populacional da PNAD (IBGE,2010), identificou aumento de pessoas que professam crenças pentecostais. 41,9% se declaram católicos, 31,2% evangélicos, 17,1% sem religião e 9,8% outras religiões.

conservadorismo no país, com a eleição de dois candidatos representativos do que há de mais retrógado na política brasileira. No estado do Rio de Janeiro, o candidato não era conhecido na vida pública e foi eleito pelo apoio prestado ao candidato federal. Seu discurso operava uma narrativa de combate à corrupção, investimentos na segurança pública e redução de custos. O candidato à presidência, de extrema direita, pautou seus projetos em um discurso de ódio contra grupos específicos (LGBT, negros, mulheres, indígenas, quilombolas, e outros), com defesa do armamento da população, da ditadura militar, da tortura e contundentes propostas de "reformas" para retirada de direitos conquistados historicamente.

Esse cenário ultraconservador e de regressão de direitos ultrapassa o nível macro societário e influencia frontalmente os diferentes espaços cotidianos da população do estado e da capital fluminense.

Segundo Zão (2017), o Rio de Janeiro foi colapsado por uma dívida pública, intensificada nos últimos 10 anos, pelos grandes eventos que geraram alta lucratividade para diversos setores, como as empreiteiras, hotelaria, turismo e demais investidores. Os ganhos de tais investimentos para cidade são questionáveis. As unidades construídas estão sucateadas por falta de manutenção, o transporte público continua precário e a especulação imobiliária expulsou moradores da cidade para a periferia diante do aumento dos aluguéis e do custo de vida, com desapropriação de imóveis e remoções forçadas (OLIVEIRA, 2015).

A corrupção de políticos e a prisão de alguns deles tem sido anunciada pela grande mídia como situações exemplares de atuação da justiça na punição daqueles que subtraíram recursos dos cofres públicos e tem funcionado eficazmente para obscurecer os reais fundamentos da crise, reduzindo-a a problemas de gestão e de moralidade dos políticos.

Os rebatimentos nos serviços públicos são incomensuráveis: violência difusa, desrespeito aos direitos humanos, desemprego, pessoas morrendo nas portas dos hospitais, negros e moradores das periferias e favelas sendo eliminados, crianças baleadas nas escolas, idosos negligenciados quanto aos seus direitos, trabalhadores precarizados... Enfim, uma tragédia sem limites.

É nesse universo que desenvolveremos a seguir os impactos mais detalhados nas áreas da saúde e da assistência social, considerando que mudanças estão sendo operacionalizadas no exato momento em que produzimos este material. Logo, nossas reflexões serão prospectivas, como base na documentação analisada e nos relatos dos entrevistados no período de janeiro a junho de 2018.

Trataremos da rede de atenção à saúde do idoso e, em seguida, da rede assistencial, de modo a conferir um tratamento adequado às modificações ocorridas, sem nos perdermos na generalidade das políticas.

4.1.3 A área da saúde: os novos modelos de gestão e as mudanças na atenção básica

A PNSPI (BRASIL, 2006d) e os demais documentos de orientação para a área do envelhecimento publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; 2019) propõem uma rede de atenção pautada numa linha de cuidados, tendo a atenção básica como a organizadora e mediadora dos fluxos assistenciais, facilitando e garantindo o acesso do idoso (em condição de fragilidade ou não) a todos os níveis de atenção. Segundo a rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2002b), o idoso circularia por diferentes pontos da rede, de acordo com suas necessidades de saúde e sem hierarquias, inclusive acessando outros equipamentos e serviços não restritos à saúde. Nesse arranjo, a atenção básica incumbe-se pela coordenação e articulação dos equipamentos, mantendo-se como referência para as pessoas idosas, mesmo que estejam inseridas em outros polos assistenciais de cuidados.

Mediante o lugar estratégico ocupado pela atenção básica, trataremos sobre os novos modelos de gestão na saúde e a organização desse nível de atenção no Rio de Janeiro, após as alterações na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sucedidas em 2017 (BRASIL, 2017a), que impulsionaram mudanças na configuração da rede de saúde para o idoso no município.

O processo de contrarreforma na política social brasileira tem gerado grande impacto nas diferentes áreas setoriais, com importantes desdobramentos na área da saúde, cujo processo de privatização encontra-se em pleno andamento por meio dos modelos de gestão das Organizações Sociais (OS), das Fundações Estatais de Direito Privado (FESP), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Abordaremos a EBSERH e as OS, visto que estão mais consolidadas na saúde e implantadas em todo o país.

A EBSERH consiste em empresa pública de direito privado que passou a gerir os hospitais universitários do país, fragilizando os vínculos com as unidades de ensino superior correspondentes e comprometendo a produção de conhecimentos assim como a formação de profissionais. Foi sancionada pela Lei Federal nº 12550 de 2011 (BRASIL, 2011d). Segundo Correia e Santos (2015, p. 36), “Até 2014, do total de 47 hospitais universitários das 33 universidade federais, 23 já haviam aderido ao sistema de gestão”.

No estado do Rio de Janeiro, temos três hospitais universitários federais (Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e um estadual (Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ). Exceto o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), vinculado à UERJ, todos os demais são geridos por EBSERH. Tanto a UFRJ quanto a UFF desenvolvem, em seus respectivos hospitais universitários, serviços especializados de atendimento em saúde do idoso[90]. Não temos conhecimento se houve algum tipo de impacto após a gestão mencionada. Na UERJ, houve forte pressão, sobretudo entre 2015 e 2017, no contexto da crise orçamentária do estado, no sentido de buscar saídas para o problema de financiamento através da adesão a modelos de gestão mais flexíveis. Objetivamente, essa proposta não se firmou no âmbito na instituição frente à mobilização dos sindicatos, associações e entidades estudantis.

As OS foram implementadas no município do Rio de Janeiro pela Lei Municipal 5026/2009[91] na gestão de Eduardo Paes. No estado do Rio de Janeiro, as OS foram aprovadas pelo projeto de lei 767/2011 (ANDREAZI; BRAVO, 2014).

Em levantamento realizado por Oliveira (2015), até o fim de 2015, 16 OS firmaram convênio com a prefeitura. Em pesquisa no site da prefeitura em 03/05/2018, localizamos a descrição de 22 OS assumindo a gestão de todo o programa de Saúde da Família, 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), cinco Coordenações de Emergências Regionais (CER), o Programa de Atendimento Domiciliar ao idoso (PADI), quatro hospitais gerais e o programa Cegonha Carioca, dentre outros. Atesta-se o aumento de oito novos convênios no decorrer de três anos.

Sob o argumento de maior eficiência e flexibilidade de gestão, muitas são as irregularidades apontadas pelo Tribunal de Contas (TCMRJ) e Ministério Público (MPRJ). Vão desde o superfaturamento de serviços, bens e produtos, não pagamento de profissionais, assédio aos trabalhadores e descumprimento de cláusulas do convênio. As contratações de recursos humanos podem ocorrer sem concurso público, bens e serviços podem ser adquiridos sem processos licitatórios e não há equivalência de salários entre os profissionais. Não há

---

[90] No Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) da UFF, há o Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso e a Universidade Aberta da 3ª Idade, com formação em residência em geriatria e outras áreas profissionais. Na UFRJ – no Instituto de Psiquiatria (IPUB) –, há um Centro de Tratamento de Alzheimer (CDA), também com formação na área, e no hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF) algumas enfermarias prestam atendimento específico ao idoso internado. A UNIRIO desenvolve o Programa Renascer no hospital universitário Graffee e Guinle (HUGG) com características de espaço de convivência. (Dados colhidos nos sites dos estabelecimentos em dezembro de 2018).

[91] A Lei Federal 9637/1998 qualifica a OS como "[...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cuja atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa cientifica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde" (BRASIL, 1998 - artigo 1º)

transparência nas informações sobre as OS, nem controle social pelo seu desempenho, revelando fragilidades dos mecanismos de fiscalização e monitoramento desses contratos, embora tais dispositivos estejam previstos nos termos pactuados.

Sobre as mudanças na PNAB e os efeitos na atenção básica em saúde, frisamos a regulamentação de 2017, em substituição à política de 2011, com impacto sobre seu financiamento, cobertura populacional, recomposição das equipes e dos processos de trabalho. A cobertura deixa de ter como parâmetro 100% da população adscrita no território para destinar-se às áreas de maior risco. Tal tendência afeta os serviços prestados, a lógica de integralidade e interprofissionalidade, segmenta o acesso da população e fragmenta a atenção em saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em 13 de novembro de 2018, a prefeitura do Rio de Janeiro publicou um documento intitulado “Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde” (RJ,2018d), no qual apresentou uma série de mudanças na organização do setor, seguindo as novas diretrizes da PNAB (BRASIL, 2017a).

O documento justifica o replanejamento das ações em virtude da suposta ampliação desordenada da atenção básica (Clínicas da Família e equipes de ESF), no período de 2009 a 2016, cujo déficit orçamentário para 2017 impediria o custeio dessa rede. Registra a existência de áreas populacionais com reduzida produtividade e baixa performance quantitativa e qualitativa das equipes, justificando o remanejamento das mesmas ou sua desativação. Como previsto, após estudos técnicos com base nos indicadores de IDS, houve o redimensionamento do número de profissionais com desmonte de 239 equipes.

Segundo boletim da ABRASCO de 13/11/2018, o documento foi lançado sob forte protesto dos trabalhadores de saúde e da população. Estima-se a demissão de 1.400 profissionais, entre profissionais de nível superior, técnico e fundamental, incluindo os agentes comunitários em saúde (ACSs), e a perda de cobertura para cerca de 1.200.000 pessoas. As equipes restantes tiveram suas estruturas organizativas de trabalho alteradas, chegando a ter equipes com apenas um ACS.

Para Morosini (ABRASCO, 2018a), o documento se reveste de caráter técnico e publiciza as bases do modelo de saúde que se pretende para o município do Rio de Janeiro, com efeitos imediatos nos sistemas local e estadual, recomposição de barreiras para o acesso e o descompromisso com a universalização do direito à saúde.

O método utilizado na proposta de reformulação da PNAB é quantitativo e baseia-se num sistema japonês de redução de profissionais em empresas. Dentre os indicadores, foi utilizado o IDS, o número de pessoas acompanhadas e de procedimentos ambulatoriais

(ABRASCO, 2018a). Quanto ao IDS, os pesquisadores da ABRASCO demonstram a complexidade sociodemográfica da cidade que permite a convivência dentro de um mesmo território de regiões mais favorecidas e outras com baixo IDS. Ou seja, para uma avaliação equânime, caberia a construção de indicadores mais abrangentes ou a articulação com outros marcadores. Veremos essa heterogeneidade das regiões e bairros do município quando demonstrarmos o mapa de rede por áreas programáticas, no Quadro 8. Sobre a produtividade, o documento não demonstra quais parâmetros foram utilizados e desconsideram outras ações realizadas nas unidades que são mais complexas de serem mensuradas e avaliadas quanto ao impacto na saúde, por exemplo as informações de educação e saúde.

4.1.3.1 Mapeando a rede de atenção à saúde

No estado, verificamos que a saúde do idoso aparece como área técnica da subsecretaria de Atenção Básica (SAB). Tem por objetivo "[...] apoiar os municípios do estado para o desenvolvimento e organização de uma linha de cuidado integral e integrada para o cuidado em saúde das pessoas idosas, considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa" (RJ/SES, 2019b)[92]. Surge transversalmente nas atividades previstas pela Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis como um programa da SAB por meio de ações de "[...] promoção da saúde que possam intervir em importantes fatores de risco para as DCNT, como uso do tabaco, dieta inadequada, sedentarismo e obesidade" (RJ/SES, 2019b). Não detectamos ações descritas na atenção especializada, mas sabemos de unidades estaduais que realizam atendimentos na área, conforme apresentaremos no Quadro 10.

No município, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) criou a Gerência da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, responsável pela gestão, planejamento e acompanhamento de ações voltadas para a atenção integral à saúde da pessoa idosa. Seguindo as orientações da legislação na saúde e da área do envelhecimento, a atenção básica é a ordenadora do cuidado por meio das Clínicas da Família e dos Centros Municipais de Saúde. A atenção especializada é dirigida para idosos em situação de fragilidade e maior dependência, através das policlínicas e hospitais da rede. Para as situações de urgência e emergência, têm-se as UPAS, CER e hospitais municipais. Para atendimento domiciliar, tem-se, desde 2010, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI).

---

[92] Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica/areas-tecnicas/saude-do-idoso>. <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica/politicas-programas-e-estrategias/linha-de-cuidado-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em: 23 fev. 2019.

4.1.3.1.1 A atenção básica e o sistema de regulação

Em 2018, o município do Rio de Janeiro contava com 231 unidades de atenção primária à saúde, organizadas por: 117 Clínicas da Família (CF), 111 centros municipais de saúde (CMS) e três centros de Saúde-Escola. A atenção básica ainda é composta pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – equipes de apoio ao trabalho desenvolvido pela atenção primária - que somam 79 equipes no total e sete equipes consultório de rua (RJ/PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS/SMS, 2018c).

É valido lembrar que esse mapa não contempla os cortes anunciados para o ano de 2019 que somente serão documentados posteriormente, embora seu impacto já seja perceptível.

O primeiro problema encontrado é justamente na entrada do sistema. Durante a gestão anterior de Eduardo Paes e na atual, detectamos em seus planejamentos estratégicos o estabelecimento de uma série de objetivos em uma lógica produtivista e meritocrática. A ideia da "cidade-empresa" norteou e ainda é referência na gestão municipal, como descrito na metodologia de trabalho e de avaliação proposta pelas OS e também na organização dos processos de trabalho dos demais órgãos do município. O decreto da prefeitura número 39040/2014 (RJ, 2014)

regulamentou a fixação de metas e indicadores de desempenho por órgãos com vistas a ampliar a eficiência e garantir medidas de fomento financeiro para secretários e funcionários. Nesses termos, quantidade de atendimentos, procedimentos, pessoas acompanhadas e redução do tempo do atendimento, dentre outros números, tornam-se critérios que devem ser perseguidos exaustivamente por profissionais e gestores.

Uma contradição importante foi constatada no relatório do Plano de metas da prefeitura (RJ/2018a). Uma das propostas do planejamento estratégico era ampliação da ESF para cobertura populacional de 70% em 2016, dentre outros objetivos. De fato, esse intuito foi alcançado a partir de critérios numéricos, como exposto. Todavia, as metas de redução de mortalidade infantil e materna não se efetivaram, pois houve aumento nessas taxas[93] e persistência do aumento de incidência da tuberculose[94].

---

[93] A taxa de mortalidade infantil para 10 a cada 1000 nascidos vivos aumentou de 12,04, em 2015, para 12,77, em 2016, com redução, em 2017, para 11,2. A taxa de mortalidade materna para 41 entre 100 mil passou de 52,4, em 2006, para 82,9, em 2017 (RJ/PMS/SMS, 2018c).

[94] Em 2016, foram 99 casos para 100 mil habitantes ((RJ/PMS/SMS, 2018c), quando nos dados nacionais a incidência é de 33,5 casos. O plano de metas do Ministério da Saúde é abaixar para 10 casos em cada mil habitantes (BRASIL, 2018).

O aumento das taxas de mortalidade infantil, materna e da incidência de tuberculose são indicadores aqui selecionados que merecem estudos mais aprofundados para compreender suas determinações. Contudo, sugerem piora nas condições de vida da população e da assistência em saúde, como alertado pelo boletim da ABRASCO (2018b).

O documento da gestão atual, sobre reorganização da atenção básica, afirma categoricamente que não há orçamento em 2018 para manter essa rede, exigindo a sua redução pela focalização.

No que tange à atenção à saúde do idoso na atenção básica, não identificamos nenhuma menção específica para esse segmento populacional nos relatórios da gestão anterior, nem da atual. O que nos leva a indagar que não houve a construção de metas para o segmento ou os registros estão pouco elucidativos quanto às ações desenvolvidas e o público-alvo. A população idosa, a não ser tratada como uma prioridade, apesar de resoluções da área anunciarem tal requisito, expõe uma face da saúde complexa, considerando, inclusive, que a cidade do Rio de Janeiro é a que apresenta maior densidade de população idosa (IPP, 2017).

Segundo o protocolo localizado no site da prefeitura[95], os critérios para visitas dos agentes comunitário de saúde (ACS) para os idosos são: visita mensal, se estiverem acamados ou forem beneficiários do cartão família carioca, visita trimestral para hipertensos e diabéticos e semestral para idosos sem comorbidades ou beneficiários do Programa Bolsa Família. Todo domicílio deve ter pelo menos duas visitas ao ano.

As cuidadoras entrevistadas, quando indagadas sobre o acompanhamento de seus idosos na ESF, apontam que não são atendidas e, quando cobertas pela equipe, não são de forma satisfatória.

> Tudo é muito corrido, rápido. Os médicos não têm tempo para falar com a gente. Uma vez veio uma moça aqui, mas ela não explicou nada direito (Elvira).
>
> Veio uma enfermeira do posto e não fez diferença nenhuma. Olhar para ele e não fazer nada, eu também olho (Célia).
>
> Olha, a clínica da família não me dá apoio. É muito difícil eu receber a visita de alguém. Uma vez foi uma enfermeira. Eu acho que seria importante ir pelo menos de dois em dois meses. Já faz mais de ano e ninguém voltou. Vocês viram como meu marido chegou aqui, né? Estava muito ruim. Eu cansei de pedir a ajuda deles, e nada (Glória).
>
> Já tive uma experiência boa na CF. Tinha uma médica que era muito acessível. Ela já conhecia meu tio, sabia de toda situação dele, era tudo tranquilo. Mas mudou a equipe toda. Faz dois anos. A médica responsável diz que não conhecia o paciente que não ia fazer o pedido sem conhecer, que eu tinha que levar ele para UPA. Eu levei ele pra UPA duas vezes. Chegando lá, eles remediavam e mandavam embora, e eu comecei

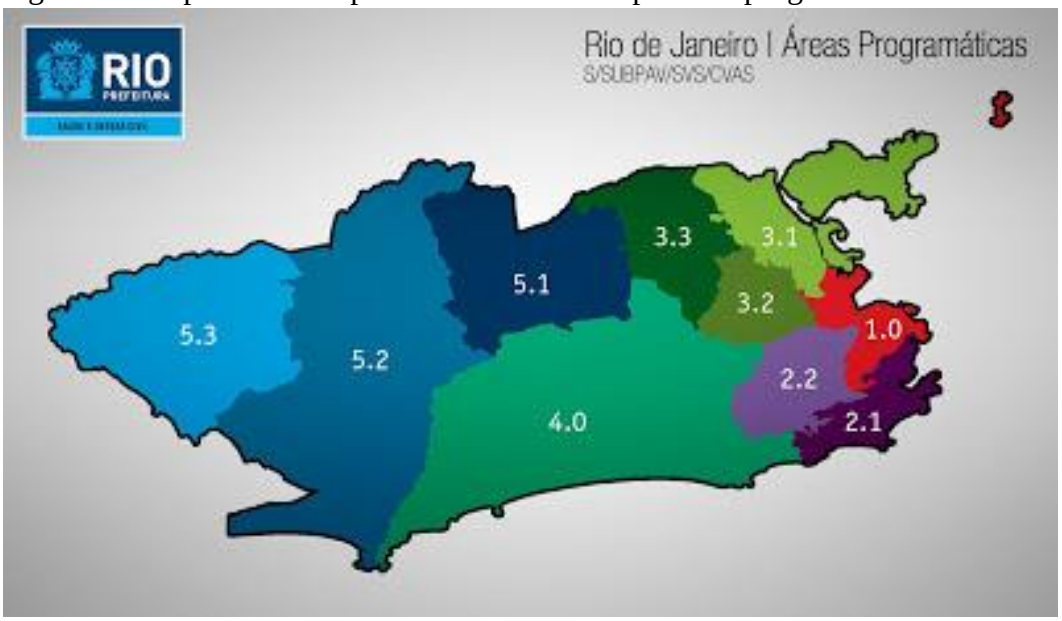
[95] Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4116302/regras_Clinicas_da_Familia.pdf>. Acesso em: 18 fev. 19.

> a ficar desesperada. Eu via que ele estava com necessidade cada vez maior, tinha que fazer ressonância. Demorou muito para eu conseguir (Rita).
>
> A equipe da CF disse que ia lá em casa. Eles foram. Só que é muito ruim, muito ruim. Fiz umas perguntas para a médica e ela disse que tinha que ir na CF para marcar. Ué, mas eu só estava querendo tirar uma dúvida, porque ela não me respondia? Só dizia: passa lá para marcar. Eu vou lá porque preciso para marcar os exames, e mesmo assim é muito difícil. Não tenho confiança neles (Cátia).

Se já indagávamos a qualidade da atenção no contexto anterior, no qual havia proposta de ampliação da cobertura, o que esperar do momento atual com o anúncio de redução assistencial. Segundo as Metas do Plano da Prefeitura – 2017/2020 (RJ/PE, 2017), estima-se atingir 100% de cobertura da Equipe Saúde da Família em bairros com IDS menor que 0,55 até 2020. Ou seja, reduzem-se as equipes, inclusive os ACS, concentra-se as ações nas regiões mais pobres e compromete-se a organização de trabalho pautado no vínculo e na territorialização, reiterando a política de focalização nas situações de maior risco.

As áreas programáticas (AP) do município compõem um conjunto de regiões diversas e heterogêneas quanto às suas histórias, perfil populacional e equipamentos públicos. Por isso, consideramos válido destacar alguns pontos para compreendermos melhor a organização dos equipamentos e prevalência de idosos na cidade.

Figura 1 – Mapa do município do Rio de Janeiro por área programática



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro/Plano municipal de saúde para os anos de 2014 e 2017, Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

Quadro 8 – Características populacionais por área programática

AP	Breve descrição
1	Território com concentração populacional em favelas (29%) e ocupações consideradas "irregulares" na região central da cidade. Contingente expressivo de população em situação de rua, que, dentre outras questões, buscam melhores oportunidades de trabalho. O menor IDS é identificado no bairro de Mangueira (0,537). Essa AP agrega o maior número de serviços de saúde.
2.1	Abrange bairros da zona sul e comporta 23,1% de idosos da população em geral. Há contrastes com as regiões de favela. Os bairros da zona sul apresentam IDS de 0,735 e a Rocinha, 0,533, com índices baixos em relação à escolaridade, renda e longevidade.
2.2	Segunda área metropolitana que acumula maiores números de idosos (22,1%). Os contrastes são visíveis em uma mesma localidade. O bairro da Tijuca comporta áreas com IDS de 0,706 e outras com IDS entre 0,335 a 0,552.
3.1	Essa AP é a mais populosa do Rio de Janeiro (37,9%). Apresenta os menores índices de IDS. Há aglutinação de favelas com alto índice de violência, população em situação de rua e equipamentos públicos mais escassos.
3.2	Essa área tem três expressivos complexos de favelas (Alemão, Maré e Penha), além de aglomerações de pessoas com uso abusivo de substâncias psicoativas, chamada "cracolândia".
3.3	Área populosa e com grande comércio popular. Equipamentos culturais de tendências expressivas do subúrbio carioca. População mais precarizada e alto índice de desemprego e trabalho informal. O bairro da Pavuna apresenta profundas desigualdades sociais, alta taxa de mortalidade materna, favelas sem tratamento sanitário e evasão escolar.
4.0	Área com maior extensão e tem sido uma das regiões da cidade que mais tem crescido em termos populacionais. Segunda maior área programática apresentando um quadro complexo de desigualdade social entre os principais bairros que a compõe. A Barra da Tijuca tem IDS de 0,777 e o bairro da Cidade de Deus IDS de 0,559. O bairro da Cidade de Deus é marcado por situações de pobreza extrema e falta de infraestrutura sanitária. Observa-se acirramento da violência urbana e de milícias em vários bairros da região.
5.1	Essa área também comporta perímetro extenso e grande contingente populacional. A maior parte dos bairros apresenta índices entre 0,545 e 0,583 e há localidades de situação de extrema pobreza e violência pelo tráfico de drogas.
5.2	Área de característica mais rural e de grande extensão territorial, dificultando o acesso de muitas famílias para equipamentos públicos em locais mais distantes. Região muito diversa quanto à condição social da população e urbanização dos bairros. Há áreas com razoável infraestrutura e outras sem quaisquer equipamentos sociais. O território é composto por bairros com os IDS mais baixos da cidade, famílias em situação de extrema de pobreza e atuação de milícias. Há comunidades quilombolas nessa região que vivem da agricultura de subsistência.
5.3	A região perdeu, ao longo tempo, suas características mais rurais em virtude de empreendimentos imobiliários do Programa Minha Casa Minha Vida. Apresenta aumento de violência com ação de milícias e falta de serviços e segurança pública.

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b).

Como podemos perceber, a heterogeneidade é marcante entre as regiões. Um grande desafio para a saúde, no âmbito da proteção social, em metrópoles como a cidade do Rio de Janeiro, é o enfrentamento das determinações sociais da saúde e a violação de direitos em territórios conflagrados pela violência urbana e crescente pauperização da classe trabalhadora.

Verificamos em nossa amostra que a maioria dos idosos (sete) mora na Região Norte, nas APs 3.1 e 3.2, que agrega maior contingente populacional e menos equipamentos públicos. Quatro idosos moram em regiões distantes e também com recursos púbicos escassos, como Santa Cruz, Jacarepaguá, Duque de Caxias e Botafogo. Apresentam maiores dificuldades para mobilidade e acesso. Do total, apenas uma idosa mora em bairro próximo ao NAI/UERJ. E, mesmo assim, não consegue mobilizá-la para o atendimento no serviço.

> Não estou saindo mais não. Até um tempo atrás, eu vinha com ela de cadeira de rodas, porque eu moro em frente ao hospital. Mas a nossa rua está tão ruim, as calçadas tão esburacadas que não dá nem para andar de cadeira de rodas com ela, ela cai para frente, tem que amarrar. A minha calçada, por exemplo, se eu quiser vir aqui, tem que ir na frente do meu prédio, ir pelo meio da rua, porque a calçada tem umas árvores, quebraram a calçada toda, e você não consegue passar. Eu tenho que andar de costas com a cadeira, porque de frente a cadeira pula. Ela tem que andar com cinto de segurança. Eu moro na esquina da rua, então tem aquele pedacinho até o sinal que é um problema, porque os carros entram logo e me pegam ali na rua. Se eu optar em ir pela outra rua, tem um poste atrapalhando e uma calçada de uns 30 centímetros de largura, não cabe uma cadeira. Aí você tem que passar no meio dos ônibus, um risco horrível (Cátia).

Retomaremos essa questão sobre a distância entre a moradia e a unidade de saúde no próximo item.

Sobre a gestão pelas OS das equipes de saúde da família desses territórios, temos o seguinte quadro:

Quadro 9 – Discriminação das OS e áreas programáticas

OS	**Equipes de Saúde da Família segundo a AP**
SPDM – Organização Social Paulista para o Desenvolvimento da Medicina	1.1, 3.2 e 5.3
Viva Rio	2.1; 3.1 e 3.3
Instituto Gnosis	2.2
Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS	4.0; 5.1 e 5.2

Fonte: Elaborado pela autora com base em demonstrativo da prefeitura sobre gestão de OS e dos aditivos contratuais[96].

Em pesquisa de Oliveira (2015), sobre os recursos transferidos da prefeitura para as OS, a autora descobriu que, entre 2009 e 2013, a IABAS foi uma das OS que mais recebeu verba da prefeitura. A OS mencionada é alvo de investigação por fraude pela auditoria do TCM. A IABAS ainda é responsável pela gestão de 77 clínicas da família nas APs 4.0, 5.1 e 5.2 localizadas na zona oeste da cidade, como demonstrado no quadro acima, dois CAPSs, o PADI,

[96] Disponível em: <http://prefeitura.rio/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>. Acesso em: 2 fev. 2019.

três UPASs (Vila Kenedy, Costa Barros e Madureira), abrangendo as áreas da AP 3.3 e 3.1, e dois hospitais gerais (Rocha Faria em Campo Grande na zona eeste e Adão Pereira Nunes no município de Duque de Caxias (IABAS, 2017)).

Outra dinâmica pertinente à rede que cabe ser ressaltada é o Sistema de Regulação (SISREG). O sistema compõe uma das diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS, portaria GM/MS 1559/2008 (BRASIL, 2008), que passa a controlar e organizar o acesso da população aos serviços dos SUS, através de uma ferramenta tecnológica de informação. Integra-se às resoluções criadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que definem regras e procedimentos para repasse financeiro e regulação dos procedimentos ambulatoriais e de internação (MIGUEL; ASSIS; OLIVEIRA, 2016).

A grande imprensa noticiou em 06/07/18 uma declaração do atual prefeito da cidade (Marcelo Crivela), que em reunião com 250 líderes evangélicos do Rio de Janeiro, prometia agilizar cirurgias de catarata e varizes. A orientação dada pelo prefeito para resolver o problema de vagas no SISREG, diante da demora pelas cirurgias, foi de que as pessoas interessadas procurassem determinados servidores e frisa o nome de uma funcionária. Esse lastimável episódio ficou conhecido como “fala com a Marcia”. Essa declaração criou grande constrangimento e revolta, inclusive gerando pedido de abertura de processo de *impeachment* do prefeito por improbidade administrativa, não aprovado em 12/07/18[97]. Concomitante, o Tribunal de Contas do município (TCMRJ), em auditoria no SISREG, também apontou irregularidades no sistema.

A partir desse episódio, a prefeitura criou um sistema de transparência[98] que visa garantir maior visibilidade e acertos nos problemas identificados. Em que pese tal iniciativa, destacamos alguns elementos importantes que ainda não foram superados:

a) a despeito da importância de um sistema regulatório de vagas como dispositivo organizacional, democrático e transparente dos recursos do SUS, a própria gestão municipal do SISREG admite margens ou probabilidades de alteração na ordem das vagas, reconhecendo não haver total lisura ou transparência no sistema[99]. “[...] eu tenho uma conhecida na CF que arruma para mim. Todos os exames que fiz foi ela que conseguiu. Eu dou os papéis, daí ela dá um jeitinho lá e me encaixa. Se não fosse isso, eu não conseguiria nada” (Zélia);

---

[97] Foi instaurado outro processo de *impeachment* contra o prefeito em 2 de abril de 2019.

[98] Disponível em: <https://smsrio.org/transparencia/#/>. Acesso em: 10 mar. 2019.

[99] Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/subsecretaria-que-administra-a-fila-da-saude-no-rio-admite-falhas-no-sistema.ghtml>. Acesso em: 10 mar. 2019.

b) a ausência de informações à população, de modo que os usuários possam controlar o sistema e construir mecanismos de fiscalização, gera desigualdades no acesso e reproduz um sistema que facilita para uns e dificulta para outros. E não enfrenta a desproporcionalidade de oferta de serviços x demandas assistenciais em territórios qualificados como vazios assistenciais (MIGUEL; ASSIS; OLIVEIRA, 2016). "Não adianta, o SISREG não resolve. A gente fica esperando e ninguém dá informação. Eles dizem que não há vagas, que tem que esperar. Eu me cansei de ir lá e falarem a mesma coisa" (Glória);

c) as normativas municipais estabelecem condicionalidade entre o repasse financeiro aos atendimentos regulados pelo SISREG, com forte racionalidade econômica e produtivista. "[...] a doutora pediu um exame para mim, mas a CF negou. Diz que não preciso. Mas a doutora do NAI disse que era importante eu fazer esse exame. Vou ver com minha filha para fazer particular, se não for muito caro" (Elvira);

d) a coordenação assistencial da atenção básica como organizadora do acesso e solicitante de procedimentos centraliza as ações exclusivamente sobre esse nível de atenção, limitando as possibilidades da atenção secundária na solicitação de exames e outros procedimentos. "Estou tentando um exame desde o ano passado. Um raio x e uma tomografia. Não consigo nem marcar" (Deise).

Em nossa pesquisa, as cuidadoras descrevem que, antes da implantação do SISREG, o acesso às marcações era diretamente nos estabelecimentos de saúde, usualmente organizado através de filas com senhas durante a madrugada. Com a nova metodologia adotada, ocorre a centralização na atenção primária, fazendo com que os usuários que circulam e acessam as instituições e serviços especializados retornem ao ponto de origem, ou seja, na porta de entrada. A fila passa a ser virtual, sem controle adequado por parte dos usuários. Familiares queixam-se da ausência de lisura e da falta de informações sobre o tempo de espera.

> Olha, vou te dizer uma coisa: se depender deles, meu marido já tinha morrido. Não consigo fazer o exame de jeito nenhum. Eles falam que já está na fila, é só aguardar. Mas como vou esperar, se a doutora do NAI disse que é urgente, é importante para o tratamento dele? Se pelo menos eu soubesse quando seria... Mas nada. Ninguém sabe de nada (Deise).

4.1.3.1.2 Sobre a desarticulação entre os níveis: os serviços especializados e o PADI

Unidades especializadas

As unidades especializadas de atendimento ao idoso do município estão concentradas em determinados territórios, notadamente as regiões da grande Tijuca, Centro e Zona Sul. Áreas com maior número de idosos da cidade e com IDS alto.

Conforme dados do site da Secretaria Municipal de Saúde[100], há três ambulatórios para atendimento ao idoso frágil: dois localizados na zona oeste (Policlínicas Lincoln de Freitas Filho e Manoel Guilherme da Silveira) e um localizado no Maracanã (Centro Municipal de Reabilitação); e dois hospitais: um localizado na zona sul (Hospital Municipal Rocha Maia) e outro no Maracanã (Hospital de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro[101]).

Quanto aos estabelecimentos estaduais localizados no município, não foi possível acessar essa informação pelo site oficial da secretaria estadual de saúde. Mapeamos em pesquisas pelos sites das unidades e conseguimos identificar os seguintes serviços ambulatoriais: Núcleo de Atenção ao idoso (NAI) vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e a UnATI/UERJ; CIPI (Cuidado Integral à Pessoa Idosa) vinculado à Policlínica Piquet Carneiro (PPC/UERJ) e a UnATI/UERJ, CDA (Centro de Desenvolvimento de Alzheimer) vinculado à UFRJ, e o ambulatório do Hospital dos Servidores. Afora essas unidades ambulatoriais, há ainda o Hospital Estadual Eduardo Rabello, localizado na zona oeste, e demais hospitais do estado que eventualmente possam ofertar ação especializada de acompanhamento em saúde para idosos.

Quadro 10 – Relação de serviços ou programas que prestam atendimento especializado na área da saúde do idoso localizados no município do Rio de Janeiro

Serviço/ programa	**Gestão**	**AP**	**Bairro**	**Observações**
Policlínica Lincoln de Freitas Filho	Municipal	AP 5.3	Santa Cruz	Não identificamos especialista em geriatria nem projetos específicos para idosos
Policlínica Manoel Guilherme da Silveira	Municipal	AP5.1	Bangu	Não identificamos especialista em geriatria nem projetos específicos para idosos
Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark	Municipal	AP 2.2	Maracanã	Presta serviços de reabilitação de média e alta complexidades nas especialidades auditiva, física, intelectual e visual
Hospital Municipal Rocha Maia	Municipal	AP 2.1	Botafogo	Sem informações
Hospital de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro	Municipal	AP 2.2	Vila Isabel	Sem informações

[100] Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-do-idoso>. Acesso em: 5 jan. 2019.

[101] Em 2016, esse hospital foi desativado temporariamente para obras. Os idosos internados foram remanejados para o Hospital Municipal Rocha Maia. As informações atuais são desencontradas, não sendo possível confirmar como está o funcionamento da unidade até a presente data.

Quadro 10 – Relação de serviços ou programas que prestam atendimento especializado na área da saúde do idoso localizados no município do Rio de Janeiro

Serviço/ programa	**Gestão**	**AP**	**Bairro**	**Observações**
Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) – UnATI-UERJ e HUPE	Estadual – universitário	AP 2.2	Vila Isabel	Tem como filosofia oferecer atenção integral à saúde do idoso, baseada em abordagem interdisciplinar. Atua na formação de profissionais e na produção de conhecimento sobre o envelhecimento, com enfoque no cuidado e na promoção da saúde
Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI) – Policlínica Piquet Carneiro – UERJ	Estadual – universitário	AP2.2	São Francisco Xavier	Presta assistência ambulatorial à população idosa, com indicadores de fragilidade. Desenvolve atividades individuais e coletivas com abordagem multidisciplinar
Centro de Desenvolvimento de Alzheimer – CDA – UFRJ	Federal – universitário	AP2.1	Botafogo	Presta atendimento multidisciplinar para idosos com qualquer tipo de problema na esfera psicológica, psiquiátrica e neuropsiquiátrica- demências, depressão, ansiedade e psicoses com aparecimento posterior aos 60 anos
Ambulatório do Hospital Federal dos Servidores	Federal	AP1.0	Centro	Atendimento multiprofissional tendo por áreas de interesse: portadores de síndromes geriátricas, síndromes demenciais e transtornos cognitivos leves, distúrbios do humor e do comportamento
Hospital estadual Eduardo Rabello	Estadual	AP 5.0	Campo Grande	Presta atendimento ambulatorial, de internação e centro de convivência

Fonte: Elaborado pela autora com base nos sites das respectivas unidades.

Observamos, em nossa amostra, uma diversificação dos bairros de moradia, reafirmando que há concentração de serviços especializados em dadas regiões, fazendo com que a população precise se transportar de bairros distantes para o acesso ao atendimento.

Essa distância entre a unidade de saúde especializada e os bairros gera deslocamentos dos usuários, implicando na acessibilidade da cidade, na qualidade do transporte público e em custos assumidos para o transporte particular. Resulta também em maiores dificuldades na articulação com a rede de atenção básica, geralmente circunscrita ao território mais próximo de moradia.

> Eu vou de Uber, não tem jeito de pegar ônibus com ele desse jeito. Quando eu pego táxi para ir e para voltar, sabe quando eu gasto nisso? Mais de R$ 100,00. E tem motorista que não ajuda carregar ele não (Elvira).

> Eu moro em Santa Cruz. É a última estação de trem daqui para lá. É longe. Quando meu filho não pode me trazer por causa do trabalho, eu pego um ônibus até a estação. Depois pego o trem. Quando chego aqui, tenho que pegar outro ônibus. É difícil. Ele fica nervoso e eu também (Glória).

O eixo do transporte e da locomoção do idoso irrompe questões presentes no cotidiano familiar que acirram as dificuldades de cuidados. O deslocamento envolve transporte particular e/ou coletivo, e costuma abarcar mais de um familiar, exigindo, dessa maneira, a existência de pelo menos duas pessoas nesse encargo. Isso não é simples quando lidamos com a solidão do principal cuidador, que precisa solicitar aos demais familiares o auxílio para essa ação. O transporte particular gera custos próprios da família ou a colaboração de terceiros. O transporte coletivo, por sua vez, não está preparado para atender às necessidades especiais do idoso dependente, em sua maioria cadeirante ou com limites na deambulação. Verificamos que as frequentes faltas às consultas ambulatoriais ou até mesmo a desistência do tratamento regular podem estar relacionadas à maior ou menor capacidade de mobilidade das famílias.

> Eu moro muito longe, pra lá de Caxias. Tem que acordar muito cedo, fazer tudo. Arrumar alguém para trazer. Tem um moço lá que traz. Mas ele me cobra para isso. Gasto R$ 200,00, porque ele fica me esperando aqui. Por isso eu falto às vezes e tenho pressa aqui de ir embora (Irene).

A distância da moradia com o estabelecimento de saúde ou a acessibilidade (escadas, região de difícil acesso ou de violência urbana, dentre outros) compõe mais um ingrediente nessa dinâmica e demonstra a inexistência de unidade de saúde especializada mais próximo ao local de moradia ou a sua desarticulação.

> O NAI é maravilhoso, mas tinha que ter mais serviços como esse em outros bairros, para que a população não tivesse que se locomover. A gente vive numa cidade muito difícil para o idoso e para quem tem alguma limitação de locomoção, são as calçadas, a altura do ônibus. A altura do ônibus é um obstáculo enorme, e, além da questão da distância, tem os obstáculos que fazem ficar mais distante ainda, e é cansativo para o idoso. A gente tinha que sair de casa, tinha que levar lanche, água, por causa da distância. Aí eu ficava pensando: e se pegar um engarrafamento? Aí eu levava já os remédios, botava na bolsa as caixinhas dos remédios, mesmo pensando assim: mas isso é daqui a tantas horas, mas vai que tenha um problema e aí a gente vai e passa do horário de remédio (Rita).

A ausência de equipamentos assistenciais e de saúde integrados entre os níveis de especialização e de atenção básica é um dos desafios centrais para o que chamamos de intersetorialidade ou integralidade ampliada, conforme Cecílio (2001). Para o autor, a integralidade pressupõe camadas de ampliação da assistência em saúde. Um dos planos dessa atenção integral ocorreria no trabalho em equipe interdisciplinar/interprofissional, em que os profissionais construiriam projetos coletivamente. O autor define esse nível de integralidade como focalizada, enquanto a integralidade ampliada avançaria às demarcações institucionais, referindo-se à habilidade dos serviços estabelecerem responsabilidades sanitárias. Essa articulação deveria constar por fluxos institucionais accessíveis, definidos por meio das

políticas, e não depender exclusivamente da “boa vontade” dos profissionais envolvidos ou dos “conhecimentos pessoais” da equipe.

> Se não fosse o telefonema da doutora para a amiga dela no posto de saúde, eu não teria conseguido o exame (Deise).
>
> O doutor saiu daqui, foi lá conversar com o amigo dele e conseguiu marcar para mim (Irene).

A intersetorialidade, por seu turno, é uma lógica de gestão prevista no SUS e nas legislações da área do idoso. Há o reconhecimento de que a atenção para o indivíduo que envelhece reivindica o diálogo e a interseção das políticas. Em se tratando de idoso dependente, isso significa acessar não apenas as instituições de saúde (emergências, hospitais para internações, ambulatórios para exames ou consultas em especialidades, entre outras), mas similarmente o complexo socioassistencial, englobando aí as ILPIs, as coordenadorias de assistência social, a área jurídica etc. A fragilidade da rede impõe às famílias constante peregrinação pelas diferentes unidades em busca de atendimentos, tendendo à frustração, desqualificação do caráter público e ceticismo quanto ao cumprimento dos direitos previstos em lei. Não é incomum os familiares desacreditarem da resolutividade de dado encaminhamento realizado pela equipe e relutarem em fazê-lo, antecipando as dificuldades.

> Olha, eu vou te confessar: aquele negócio do suplemento, eu desisti. Fui lá naquele lugar, demorei para ser atendida. Aí, eles disseram que o laudo estava errado. Voltei aqui, acertei. Fui lá de novo. Faltava outra coisa. Desisti (Glória).
>
> Dei entrada para resolver o problema do suplemento. Mas tá demorando muito para sair. Como eu não tenho dinheiro para comprar, a doutora resolveu reduzir a quantidade. Mas eles estão bem magrinhos (Silvia).

A equipe multiprofissional, no tocante a esse aspecto, esbarra num enorme empecilho para a efetivação de suas ações. Caso atue de forma tecnocrática, pode idealizar a rede e subestimar a realidade concreta das famílias. Em outras situações, a equipe pode incorporar tais obstáculos como objeto de ação para a própria equipe, buscando esforços coletivos, pactuando limites e possibilidades postos pela realidade, o que convoca, inclusive, ao maior engajamento nos fóruns de controle social.

Essa reiterada desarticulação se manifesta ainda na escassez de serviços de saúde intermediários entre a alta hospitalar e a moradia, como sinalizado pela PNSPI (BRASIL, 2006d), além da redução de leitos para internação ou a sua oferta via iniciativa privada[102]. A

[102] Segundo dados publicados pelo IBGE (2013), o número de leitos em estabelecimento de saúde com internação foi de 431.996 e desses, 35,4% eram leitos públicos e 64,6% privados, demonstrando uma tendência de diminuição dos leitos verificada desde 1999 que era aproximadamente 3,0 leitos por cada 1000 habitantes,

eventual necessidade de internação do idoso requisita um acompanhamento hospitalar diferenciado. O preparo para a alta converte-se em um trabalho árduo na medida em que há barreiras para a estruturação da continuidade do acompanhamento em saúde, evitando, assim, reinternação ou complicações. Veras et al. (2013) alertam que essa fragmentação sobrecarrega pontos da rede, sendo em via de regra o hospital ou as grandes emergências as principais portas de entrada para o sistema, diferente do que é apregoado pela política atual que indica a atenção básica como organizadora do fluxo institucional.

Miguel, Assis e Oliveira (2016), ao narrarem a experiência do NAI em projeto de acompanhamento às enfermarias do HUPE, referem exatamente o que foi descrito anteriormente. De que há um expressivo número de idosos que se internam com quadros complexos de saúde, em estágios avançados e sem acompanhamento contínuo, encaminhados em geral pelas emergências.

> Em nossa experiência, temos visto essa realidade de ingresso tardio no sistema via hospitalização se configurar, principalmente, entre idosos de baixa renda e advindos de regiões da cidade ou do estado onde a rede de serviços de saúde funciona de modo precário (MIGUEL; ASSIS; OLIVEIRA, 2016, p. 273).

Considerando a relevância dessa questão e da desarticulação da rede e da porta de entrada via emergência, fazemos um breve destaque para as UPAS, que são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas e os hospitais de urgências. Foram criadas no governo de Sergio Cabral, e a 1ª UPA do município foi inaugurada em 2009. Integra a Política Nacional de Atenção às Urgências, portaria 1863 de 2003, juntamente com o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências) e o CER[103] (Coordenadoria de Emergência Regional). As UPASs visam escalonar as situações de risco e desafogar as grandes emergências. O modelo é curativo e com baixa resolutividade. Há questionamentos sobre a demora dos atendimentos, falta de médicos e especialistas, grandes filas e dificuldades de transferência para internações em leitos hospitalares (OLIVEIRA, 2015).

---

para a proporção de 2,3, em 2009. Esse dado sugere ainda algumas preocupações: a redução dos leitos hospitalares vem acompanhada do aumento da população idosa e dos óbitos por acidentes e violência, o que em tese, demandariam ações em saúde mais complexas, "[...] acesso a cirurgias e atendimentos de emergências – adultos jovens, atendimentos a determinadas neoplasias e a estabilização de pacientes crônicos que aumenta com a idade" (IBGE, 2013, p. 220). Ademais, a distribuição dos leitos aponta para a oferta de quase o dobro pela rede privada, que se acentua com a PEC 55/2016 de contenção de gastos. Isso demonstra claramente a mercantilização da saúde e o privilegiamento do setor privado, a despeito do maior investimento que a área da saúde esteja realizando na atenção básica, o que também é controverso.

[103] O CER funciona em estrutura anexa aos hospitais gerais de grande emergência e absorvem situações de menor risco de morte.

Os idosos e cuidadoras são referenciados a buscar atendimentos nas UPAS em situações de urgência. Os relatos são demonstrativos das dificuldades no acesso e na qualidade dos atendimentos prestados.

> Eu levei minha mãe lá, mas falta tudo. Ainda bem que ela melhorou e saiu logo de alta, senão ia morrer (Zélia).
>
> Meu tio ficou internado na UPA e precisava de internação. Nem no plantão judiciário eu consegui transferência. Ele acabou melhorando e eu trouxe ele de volta para casa (Rita).
>
> Eu levei a minha irmã na UPA. A médica disse: é melhor a senhora levar ela para casa porque não podemos fazer nada por ela. Muito arredia. Nunca mais levei lá (Hilda).

O programa de atendimento domiciliar (PADI)

Outro destaque que se faz necessário é a insuficiência de programas de atenção domiciliar, uma ação igualmente prevista pela PNSPI (BRASIL, 2006d) para idosos com alto grau de dependência, notadamente em condições de desospitalização ou de cuidados prolongados e/ou paliativos. No caso da desospitalização, a atenção domiciliar favoreceria o planejamento da alta com mais segurança e a continuidade dos cuidados no domicílio, sejam eles de curta, média ou longa duração. Nos casos de idosos com dificuldades de deambulação ou de acessibilidade, a modalidade de atendimento em domicílio permitiria a assistência adequada e o controle dos agravos à saúde.

No âmbito do SUS, a atenção domiciliar, normatizada pela Lei 10424/MS (BRASIL, 2002c), articula-se à proposta de humanização, enquanto política transversal das práticas em saúde. É definida como mecanismo estratégico de redução da hospitalização e de tempo de internação.

A ANVISA, em regulamentação de 2006, definiu atenção domiciliar como uma série de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, realizadas em domicílio. Envolve duas modalidades: assistência domiciliar – atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas na residência do usuário, por equipe da atenção básica e/ou especializada; e a internação domiciliar – atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. Como descrito, a atenção domiciliar pode incluir níveis diversos de intervenção e deve estar referenciada a uma equipe multiprofissional e a uma coordenação institucional denominada por Serviço de Atenção

Domiciliar (SAD) – "Instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar" (BRASIL, 2006a, p. 4).

Em 2011, o governo federal lançou o Programa Melhor em Casa, indicando as diretrizes gerais e os requisitos necessários para implantação desses serviços nos municípios. Atualmente, a portaria em vigor é de nº 825/2016 que define a atenção domiciliar como uma modalidade de "atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RASs), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidado" (BRASIL, 2016b). A atenção domiciliar é organizada em três tipos:

a) Atenção domiciliar tipo 1 (AD1): dirigida para usuários com problemas de saúde controlados/compensados, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessita de cuidados de menor complexidade. A frequência de visitas é decidida pela avaliação clínica, dentro da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde;
b) Atenção domiciliar tipo 2 (AD2): indicada para usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. Necessita de maior frequência de cuidados e acompanhamento contínuo;
c) Atenção domiciliar tipo 3 (AD3): semelhante à AD2, acrescido da necessidade de uso de procedimentos especiais.

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) no Rio de Janeiro foi implantado em 2010 por contrato de gestão entre a prefeitura e a OS IABAS. Essa não foi a primeira experiência de atenção domiciliar no município, que já contava, na década de 1990[104] e início dos anos 2000, com equipes organizadas em algumas unidades hospitalares, cujo intuito era ofertar um serviço domiciliar que promovesse a desospitalização. Destaca-se o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Paulino Werneck em 1997, com atendimento a pacientes crônicos e idosos. Há registros desse mesmo tipo de oferta de serviços em unidades como o Hospital Getúlio Vargas (HEGV), o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO), o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/ UFRJ) e o Instituto Fernandes Figueira (IFF) (BERNARDO; AMORIM; MAIA,

[104] "O contexto dos anos 1990 configura panorama de fortes e contundentes ameaças a construção do SUS e de seus princípios. Diante desse quadro, a visita domiciliar na saúde, também vai sofrer rebatimentos dos programas de ajustes macroeconômicos. Embora estes serviços não correspondam, nessa fase, a uma política pública, certamente se expressa como mais um valoroso instrumento de economia financeira para o Estado. Não é casual que, diversas iniciativas ligadas a grandes unidades hospitalares, passam a operar atividades em domicílio, a datar dos anos 90" (BERNARDO; AMORIM; MAIA, 2016, p. 459).

2016). Cada uma dessas unidades hospitalares buscava implementar um próprio programa de atenção domiciliar para atender às demandas geradas pelo hospital de referência, já que não havia legislação específica, tampouco serviços disponíveis para os quais os usuários pudessem ser referenciados.

Segundo o site da prefeitura[105], o PADI destina-se a:

> Pacientes portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, com dificuldade de acesso à rede assistencial ambulatorial", regularmente, "pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, com necessidade de reabilitação ou cuidados paliativos, prioritariamente acima de 60 anos, sem restrição de faixa etária.

As equipes são compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, odontólogo e técnico administrativo. Integram as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que realizam as visitas e demais procedimentos necessários aos cuidados no domicílio, e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que prestam supervisão e assessoria às equipes de referências.

O acesso ao programa ocorre mediante encaminhamentos dos hospitais polos com vias a desospitalização ou pela atenção básica através do SISREG. As bases do PADI estão localizadas em seis hospitais: Hospital Francisco da Silva Telles em Irajá, Hospital Lourenço Jorge na Barra da Tijuca, Hospital Miguel Couto no Leblon, Hospital Pedro II em Santa Cruz, Hospital Salgado Filho no Meier e o Hospital Paulino Werneck na Ilha do governador.

Segundo o Relatório de Gestão do período de 2009 a 2016 (RJ/SMS, 2016), a meta para 2016 seria a cobertura populacional de 70% e a composição de 46 equipes de referência. O mesmo relatório aponta que a capacidade do PADI, em 2016, foi de 1.050 pacientes em atendimentos por mês, com 11 Equipes (EMAD) e 5 Equipes de Apoio (EMAP). Conforme balanço contábil da IABAS, de 2017, publicada no *Diário Oficial* em 30 de julho de 2018, haveria 928 usuários em atendimento no programa, sendo 80% de idosos.

Verificamos divergências nas informações descritas pela prefeitura de 2016 e no balanço de 2017 da IABAS, ou deduzimos que houve redução do número de pacientes em acompanhamento, se considerarmos o último relatório produzido. Os relatórios de ambos os locais pesquisados, como explicitamos, enfatizam os números e não apresentam dados mais qualitativos sobre as demandas de atendimentos e os indicadores de saúde.

Fato é que o programa disponível no município (PADI) não consegue atender à demanda efetiva, elevando as responsabilidades do nível primário que necessita cobrir a população de

---

[105] Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/padi>. Acesso em: 26 fev. 2019.

seu território na atenção domiciliar prevista na ESF. O relatório demonstrativo da Prefeitura (RJ/SMS/2016) ratifica esse dado:

> O Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (PADI), cuja relevância social e capacidade de responder às necessidades da população são comprovadas, é ferramenta fundamental para aumentar a eficiência dos leitos hospitalares, entretanto**, hoje, tem baixa cobertura populacional** (grifos nossos).

Reconhecemos os avanços na legislação quanto à normatização da atenção domiciliar, representando um avanço, tanto para o trabalho dos profissionais envolvidos quanto para os usuários que conseguem recorrer a este serviço como parte de uma política pública de assistência à saúde. Todavia, não há como ignorar, sequer subestimar, as contradições presentes nesse processo e os inúmeros impasses para a materialização das políticas na garantia de acesso da população em ambiente de restrição de direitos.

> Existe um programa que ele é lindo, mas que não funciona é o PADI. Não funciona, gente! Eles vieram aqui e falaram que ele não tinha o perfil. Primeiro eles entram, olham... aí eu acho que o padrão dos pacientes são muito piores. Ou então está na fase terminal e eles não querem. Não existe hoje um hospital de permanência num período maior, eles mandam pra casa. Então vai pra esse programa, só que tem que passar uma venda nos olhos pra eles aceitarem. Eles vieram aqui e falaram: não, ele está bem cuidado [...] não precisa. Vieram e foram embora. Falaram que ele não tinha o perfil do tipo de paciente que eles atendiam (Rita).

Os critérios, embora descritos pelo programa, parecem depender de outros indicadores, que não estão suficientemente transparentes para a rede, nem para as famílias. Há dois critérios de inserção que merecem nossa atenção: “ter um responsável que assuma a função de cuidador, familiar ou não” e “o domicílio precisa ter recursos mínimos de infraestrutura, saneamento básico e ventilação” (RJ/SMS/2016).

A despeito das justificativas técnicas para o estabelecimento de tais condições, idosos e famílias são excluídos ou ao menos incluídos no programa, por não apresentarem as condições satisfatórias estabelecidas. Isso significa não somente o reforço a familiarização do cuidado (ESPING ANDERSEN, 2000), como o cerceamento da população mais precarizada ao direito à assistência domiciliar, sem que haja propostas alternativas de acompanhamento.

> Elvira levou um encaminhamento para o PADI em 2017 na clínica da família em sua localidade e foi informada que o idoso não teria critérios para atendimento, apesar do idoso apresentar todas as características descritas pelo programa: acamado, portador de doença crônica e incapacidade funcional. A idosa indaga: “será que porque eu moro no morro? Ou minha casa não tá boa?”. A equipe refez o pedido e até 2018 não houve resposta (Diário de campo).

Afora o apoio prestado às famílias que conseguem acessar o programa, muito cuidadores queixam-se das múltiplas tarefas a serem realizadas sem preparo adequado. São diversas

orientações de profissionais diferentes, que, muitas vezes, realizam as visitas separadamente, cabendo às famílias a tarefa de sintetizar e organizar as informações recebidas em ações de cuidado.

> É muito importante esse trabalho. Se não fossem as visitas, não sei o que seria. Estou até com medo de acabar. Não sei se vai continuar porque o estado está tão ruim, as pessoas sem receber, como eles vão conseguir botar gasolina? Agora, não dá para carregar meu pai, só em pegar sai a pele, aí a gente fica botado remédio, tem que usar aquele óleo. Ele é pesado, não anda e são 2 andares. O único problema é que parece que a gente é investigado. Se tiver algum probleminha ou alguma coisinha errada, nos chamam a atenção. Eles dizem que nos ensinaram tudo direitinho, e a gente deve seguir corretamente (Silvia).

A atenção domiciliar, ainda que definida como ferramenta para minimizar gastos públicos, deve ser, acima de tudo, um instrumento para garantia da assistência em outro nível de atenção. Ademais, não é comum entrarem em pauta os custos objetivos e subjetivos assumidos pelas famílias na produção de cuidados no domicílio, quanto muito, como já frisamos, as abordagens se limitam a perspectiva pedagógica de ensinar para cuidar.

É preciso frisar que a atenção domiciliar deve representar um direito capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde do idoso. É imperativo algum movimento de resistência, por parte das equipes multiprofissionais, no sentido de não deixar prevalecer a tendência das políticas neoliberais de retraimento e responsabilização exclusiva das famílias pelos cuidados aos seus idosos (BERNARDO; ASSIS, 2014). Para Feuerweker e Merhy (2008), a atenção domiciliar tem potencial para tornar-se serviço substituto do cuidado hospitalar, desde que admita seu lugar na rede socioassistencial e incorpore mais tecnologias leves no processo de trabalho. Para Merhy (2002), a atenção domiciliar possibilita acionar novas tecnologias em saúde[106] pautadas na relação humanizada e acolhedora entre equipes de saúde e usuários, valorizando princípios como a escuta qualificada, compartilhamento de saberes, entendimento dos condicionantes do processo saúde-doença e respeito ao universo cultural dos segmentos populacionais.

Lamentavelmente, as unidades de saúde não acompanham todas as necessidades da população idosa e de suas famílias, e com isso presenciamos práticas que desobrigam a instituição e o Estado no cumprimento de seus deveres. Verificam-se, nesse contexto, situações de desassistência e desospitalização em nome de uma “pseudo-humanização”. A humanização que defendemos prevê mudança de paradigma conceitual, e fundamentalmente,

---

[106] Segundo Merhy (2002), diferentes tecnologias são utilizadas nos processos de trabalho em saúde. A tecnologia leve relaciona-se ao acolhimento e produção de vínculos; a tecnologia leve\dura consiste nos saberes sistematizados e a tecnologia dura é representada pelos equipamentos, estruturas organizacionais e burocráticas.

comprometimento ético-político com o acesso e a qualidade dos serviços ofertados (BERNARDO; AMORIM; MAIA, 2016).

> Elvira lembra um episódio muito difícil. Em uma das internações de Edgar, a equipe a preparou para o estágio avançado do processo de adoecimento e apontou para a possibilidade de falecimento. Foi concedida alta hospitalar com o argumento de que se ele morresse em casa, seria melhor para todos, inclusive para o próprio paciente (Diário de campo).

Os cuidados paliativos são hoje considerados prioridade na política de saúde, sendo recomendado através de abordagem programada, planejada, com serviços e profissionais qualificados para esse tipo de ação. A filosofia dos cuidados paliativos pressupõe a apropriação do conceito de cuidar e não simplesmente curar (CARVALHO; PARSONS, 2012), exigindo dos profissionais envolvidos habilidades para compreender o significado do processo saúde-doença, da morte e do morrer dentro do núcleo familiar. O PADI prevê atendimentos na lógica dos cuidados paliativos e apoio nas situações de óbito domiciliar.

É importante lembrar que a morte e sua complexidade na vida ocidental provocam sentimentos ambíguos e a morte no domicílio nem sempre é possível para certas realidades, tanto pelo aspecto subjetivo (a vivência da morte e da perda) quanto objetivo (realização dos procedimentos após a morte, atestado de óbito etc.) (SODRÉ, 2002). Reforçamos que não podemos secundarizar os impasses para essa decisão, assim como eventuais limites da instituição em realizar o suporte necessário, sem que, dessa maneira, ocorra uma desospitalização irresponsável. A decisão pela morte em casa depreende a existência de outros mecanismos de suporte que incluam contatos diretos com profissionais da equipe diante de acontecimentos de difícil manejo, apoio domiciliar e hospitalar se necessário. No entanto, essa "opção", em nossa realidade, costuma ser perpassada, muitas vezes, por coações institucionais que cerceiam a autonomia dos familiares e idosos, ocasionando desconforto e descuido, ao invés de cuidados (BERNARDO; AMORIM; MAIA, 2010).

A área da saúde do idoso apresenta muitos desafios a serem enfrentados, envolvendo a rediscussão dos modelos de gestão, o lugar da atenção básica na rede, o sistema de regulação, a intersetorialidade e os cuidados de longa duração. Seguiremos para a área da assistência social e, ao final dessa seção, faremos uma síntese, apontando alguns elementos.

4.1.4 A área da assistência social

Segundo Senna (2016), a configuração do campo da assistência social no estado do Rio de Janeiro, incluindo o município, seguiu a trajetória da assistência social do país, com

características de fragmentação institucional e ações pontuais. Até praticamente a década de 1990, as principais referências para ações assistenciais do estado repousavam nas atividades desenvolvidas pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação para a Infância e Adolescência (FIA) e Fundação Leão XIII.

No município, predominava o "primeiro damismo", reforçando a cultura clientelística da assistência (SENNA, 2016, p. 7). Nessa mesma década, seguindo as orientações previstas na LOAS (BRASIL, 1993), a então Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) formula a primeira proposta de política de assistência para o município do Rio de Janeiro. A secretaria foi descentralizada com a criação de dez coordenadorias assistenciais que geriam os centros municipais de atendimento social integrado (CEMASI)[107], por sua vez responsáveis pela operacionalização de programas e projetos assistenciais (RJ/PMAS, 2018b).

No âmbito da assistência social no estado, é criada a Secretaria de Estado (SEASDH) com a fusão das secretarias de Assistência Social e Direitos Humanos, seguindo as diretrizes normativas das PNAS (BRASIL, 2004). Estrutura-se em subsecretaria de gestão de proteção básica e especial. Atualmente, a SEASDH oferta apoio técnico aos municípios e capacitação de gestores, profissionais e conselheiros.

Em 2011, o estado adere ao Plano Nacional Brasil sem Miséria, elaborando seu programa de superação da pobreza extrema através do Plano Rio sem Miséria (RSM), composto por benefícios de transferência de renda às famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Esse plano foi suspenso em 2016 através do decreto 45684 (RIO DE JANEIRO, 2016) como desdobramento da crise econômica do estado.

Aprofundando um pouco mais o território carioca, conforme Silva (2013), desde 2001, observa-se um movimento de reorganização da política de assistência social municipal com a criação do Sistema Municipal de Assistência Social (SIMAS).

Para Silva (2013), apesar dos rumos que a criação do SIMAS desencadearia no âmbito das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais da secretaria, o sistema propiciou maior visibilidade à política de assistência social no município, que historicamente era tratada com menor importância frente às demais políticas. Houve incremento na conformação de equipes técnicas especializadas e ampliação de assistentes sociais no quadro de servidores. Entretanto, isso não ocorreu sem conflitos. A secretaria remanejou arbitrariamente profissionais de outras áreas setoriais (especialmente das áreas da saúde e educação), gerando uma série de problemas e tornando necessário o acompanhamento pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRESS),

[107] Posteriormente, o CEMASI seria designado por Centros Regionais de Assistência Social (CRAS) e Coordenadorias Regionais Especializadas de Assistência Social (CREAS).

diante de denúncias de assédio e ameaças. Em 2006, foi realizado um concurso público com contratação de mais de 150 profissionais.

Na perspectiva de acompanhar as diretrizes da PNAS, a então Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) muda de nomenclatura para Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e intensifica a sua restruturação, passando a ser composta de três principais subsecretarias: gestão, atenção básica e atenção especial. Em 2014, ocorre outra mudança de nomenclatura, retornando a sigla SMDS, e a inclusão da transversalidade dos direitos humanos. A estrutura organizacional permaneceu sem maiores mudanças.

Em 2017, por meio do decreto 42719 (RJ, 2017b), a secretaria é nomeada por Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH)[108] e incorpora duas secretarias: a Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres e a Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado (SEMEARC). A estrutura passa a ser composta pelas Subsecretarias de Gestão (SUBPG), Subsecretaria de Proteção Básica e Especial (SUBPSBE), Subsecretaria de Políticas Públicas para o Idoso (SUBPI), Subsecretaria de Políticas Públicas para a Mulher (SUBPM), Subsecretaria de Direitos Humanos (SUBDH) e Subsecretaria de Integração e Promoção da Cidadania (SUBIPC).

A proteção social na SMASDH está organizada por níveis de complexidade, seguindo a tipificação da PNAS, e estão previstos atendimentos à família, à maternidade, à mulher, à infância, à adolescência, aos portadores de deficiência, à velhice, às pessoas com seus direitos humanos violados, bem como ações de enfrentamento da pobreza e garantia de direitos sociais. As ações são executadas nos equipamentos socioassistenciais organizados e distribuídos territorialmente pela cidade, por meio de programas e projetos (RJ/PMAS, 2018b).

Compete à subsecretaria de gestão coordenar os recursos humanos, orçamento, comunicação e ouvidoria. A subsecretaria de proteção social básica dirige-se ao desenvolvimento de ações em situações de "vulnerabilidade" social, sem rompimento de vínculos familiares e sociais. Já a subsecretaria de proteção social especial direciona-se à execução e ao acompanhamento de ações para a população em situações de risco com vínculos familiares rompidos. É responsável também pela coordenação de ações de média e alta complexidade como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), os centros de

[108] O decreto nº 42719 (RJ, 2017b) funde as seguintes secretarias: a) Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, b) Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres, c) Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado – SEMEARC. A SEMEARC foi criada pela lei 6057\2016, complementada pelo decreto 41570\2016, que substituía e alterava a estrutura organizacional da antiga SESQV (Secretaria Especial de Envelhecimento e Qualidade Vida – Decreto 30.339\2009). Foi incorporada à SMASDH, em 2017, como Subsecretaria de Políticas para o Idoso (SBPI).

acolhimento à população de rua e ações emergenciais em situações de calamidade pública. As demais subsecretarias desenvolvem ações para subsidiar políticas públicas para as mulheres, idosos e direitos humanos.

As atividade socioassistenciais desenvolvidas pela proteção básica são executas nos CRAS através do acompanhamento individual, familiar ou de projetos específicos. Tem-se aproximadamente 47 CRAS distribuídas em 10 Coordenadorias Assistenciais (CA). As ações de proteção especial são desenvolvidas nos 14 CREAS. Outras ações e projetos são desenvolvidos nos demais equipamentos sob a coordenação das subsecretarias, conforme Quadro 11.

No âmbito das ações para idosos, tem-se a transversalidade de ações por meio dos projetos e subsecretarias. Faremos destaque para a SUBPSBE e SUBPI. Na SUBPSBE, as ações são desenvolvidas nos projetos: PAIF (serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família), SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), PAEFI (serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos), programas de transferência de renda e de acolhimento à população de rua e ILPI. Os projetos desenvolvidos pela SUBPI são: Casas de Convivência, Idoso em família, Rio Dignidade à Terceira idade e Agente experiente. Veremos esses projetos no Quadro 14.

4.1.4.1 Mapeando a rede socioassistencial

Exceto uma cuidadora, os demais idosos e cuidadoras de nossa amostra não referiram acompanhamento em programas da política de assistência social do município. Em geral, são famílias seguradas pela renda proveniente do trabalho e, embora algumas famílias tenham demandas para absorção em certos programas da SMASDH, a maioria não se encontra em situação de pobreza ou na extrema pobreza. Esse é um elemento importante para problematizarmos a focalização da política de assistência que, apesar de se articular ao campo da proteção social em uma perspectiva mais ampliada, vem historicamente construindo uma linha de atuação compensatória.

As cuidadoras desconhecem esses programas e, quando indagadas a respeito dos mesmos, referem descrédito sobre possível resolutividade. Inclusive, a única cuidadora mencionada não lembrava do recurso e referia-se a ele como certo “desdém” e “vergonha”. “É, eu tenho Bolsa Família, nem lembro. É tão pouco, mas eu preciso” (Célia). Outro dado intrigante é que parece haver uma cultura de que a população que acessa os recursos da

prefeitura pertence aos estratos mais pobres da cidade ou para idosos sem famílias ou abandonados.

Os idosos de nossa amostra não são beneficiários do BPC, as famílias não são cadastradas em Cad'Único (com exceção de Célia), nem frequentam os equipamentos socioassistenciais. Constata-se a desarticulação da rede de proteção social, na medida em que as ações se concentram nos serviços de referência, não havendo ainda, no município, fluxos institucionais que permitam construir pontos de interseção entre as políticas e os serviços. Os contatos institucionais, quando muito, costumam ser realizados nas demandas de institucionalização, cujo fluxo institucional seria via SMASDH, ou nas situações de violência doméstica, quando setores da justiça (Ministério Público) e da política de assistência social acessam os serviços de saúde para integrar o acompanhamento conjunto das situações.

Quadro 11 – Equipamentos que compõem a rede municipal (SMASDH) com descrição dos serviços específicos para idosos

Equipamento	**Descrição**	**Quantidade**
CENTRAIS DE RECEPÇÃO	Unidade de atendimento institucional de passagem para oferta de acolhimento imediato e emergencial. Público-alvo: Crianças, adolescentes, adultos, grupos familiares em situação de rua, desabrigo ou violação de direitos e **idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.**	04
CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)	Presta serviços continuados, por meio do Programa de Atendimento Integral a Família (PAIF) no atendimento e acompanhamento de **famílias em situação de risco e vulnerabilidade e do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos** (SCFV). Atua na inserção dos usuários na rede de proteção social e na promoção dos meios necessários para que fortaleçam seus vínculos familiares e comunitários e acessem seus direitos de cidadania. Público-alvo: **famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco.**	47
CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS)	Abrange em seu escopo programático a oferta qualificada de serviços voltados para famílias e indivíduos em **situação de risco pessoal e social, que estejam em situação de ameaça e violação de direitos** (PAEFI e SCFV). Público-alvo: **famílias e indivíduos que vivenciam qualquer forma de violações de direitos que os impeçam de viver com autonomia e bem-estar.**	14
CENTROS ESPECIALIZADOS PARA POPULAÇÃO DE RUA – CENTRO POP	Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida e alternativas a saída das ruas.	02

Quadro 11 – Equipamentos que compõem a rede municipal (SMASDH) com descrição dos serviços específicos para idosos

Equipamento	Descrição	Quantidade
	Público-alvo: Jovens, adultos**, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.**	
CENTRO DE CIDADANIA	NA	01
UNIDADES MUNICIPAIS DE REINSERÇÃO SOCIAL (URS)	Destinado ao **acolhimento integral institucional de famílias e/ou indivíduos** com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. Público-alvo: dentre outros segmentos, destacam-se: **Idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.**	21
UNIDADES MUNICIPAIS DE REINSERÇÃO SOCIAL CASAS VIVAS (para mulheres)	NA	03
CASAS DE CONVIVÊNCIA E LAZER PARA IDOSOS (CCLI)	Unidade administrativa que visa à inclusão **social dos idosos a partir de 60 anos, de ambos os sexos**, com condições motoras e cognitivas que favoreçam sua autonomia durante a permanência na Casa, independentemente do local de moradia, da situação socioeconômica, cultural ou religiosa.	07
CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO À MULHER (CEAM)	NA	01
CASA VIVA MULHER	NA	01
CASAS DA MULHER CARIOCA	NA	02
CONSELHOS TUTELARES	NA	18
HOTEIS ACOLHEDORES/ ALBERGUES	NA	04
CENTROS DE ACOLHIMENTO (SERVIÇO DE EXECUÇÃO INDIRETA)	Equipamento da rede socioassistencial privada, que integra a rede de proteção social especial de alta complexidade municipal com convênio celebrado com o município para disponibilização de vagas de **acolhimento institucional integral**. Público-alvo: dentre outros segmentos, destacam-se: **idosos que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.**	27

Quadro 11 – Equipamentos que compõem a rede municipal (SMASDH) com descrição dos serviços específicos para idosos

Equipamento	**Descrição**	**Quantidade**
CENTROS DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (SERVIÇO DE EXECUÇÃO INDIRETA)	NA	30
POLOS DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO EM FAMÍLIA ACOLHEDORA	NA	11

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b, grifos nossos).

Com vimos, a matricialidade familiar constitui diretriz do programa, tendo por foco as famílias em situação de "vulnerabilidade", e os serviços de acolhimento e abrigamento para idosos remetem-se, como previsto pela PNI (BRASIL, 1994;1996a), às situações de abandono ou graves restrições do núcleo familiar na preservação do idoso no espaço doméstico. São cerca de sete equipamentos específicos para o acolhimento e moradia.

Quadro 12 – Rede socioinstitucional para a pessoa idosa por área programática

Área Programática	**CASDH**	**Assistência**
AP1	1ª	7 CRAS e 1 CREAS Não há equipamentos específicos para o idoso. Maior número de serviços para população em situação de rua.
AP2.1	2ª	**4 Casas de convivência**
AP.2.2	3ª	**1 Casa de convivência**
AP3.1	4ª	Não há equipamentos para idosos
AP. 3.2	5ª	**Há um centro de recepção para idoso na atenção especial** **Abrigo Cristo Redentor (estadual)**
AP 3.3	6ª	3 CRAS e 2 CREAS Sem equipamentos para idosos
AP 4.0	7ª	4 CRAS e 1 CREAS **1 URS para idoso** **2 ILPI**
AP 5.1	8ª	5 CRAS e 1 CREAS 2 URS **1 ILPI**
AP 5.2	9ª	3 CRAS e 1 CREAS **1 ILPI** **1 casa de convivência**
AP 5.3	10ª	6 CRAS e 2 CREAS **2 ILPI**

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b, grifos nossos).

Outra linha de atuação da SMASDH é o programa de transferência de renda. São benefícios monetários e complementares para a população em situação de pobreza ou extrema pobreza. A subsecretaria de proteção básica e especial (SUBPBE) faz a gestão do recurso e repassa para os projetos específicos. Todos os beneficiários são cadastrados no Cad'Único, sistema que registra as informações necessárias para o levantamento de critérios para concessão do benefício e acompanhamento das condicionalidades dos programa sociais federais, estaduais e municipais. Podem ser cadastradas famílias com rendimento até três salários mínimos. O Cad'Único alcançou até dezembro de 2017 o total de 514.774 famílias cadastradas (RJ/PMAS, 2018b). Os projetos são Bolsa Família, BPC e Cartão Família Carioca.

Quadro 13 – Programa de Transferência de Renda da SUBPBE

Benefício	**Descrição**
BPC	Regulamentando pela Lei 8.742/1993 – LOAS (BRASIL, 1993). Substituiu a Renda Mínima Vitalícia (RMV), que havia sido instituída pela Lei 6.179/1974. É destinado às pessoas idosas com 65 anos ou mais, que não têm direito à previdência social, e pessoas com deficiência que não podem trabalhar e levar uma vida independente. A renda familiar nos dois casos deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo. Em 2017, constavam 60.230 idosos beneficiários do BPC no Rio de Janeiro.
Bolsa Família	O PBF foi criado em outubro de 2003, por meio da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Dirige-se para famílias em situação de extrema pobreza ou em situação de pobreza.
Programa Cartão Família Carioca (CFC)	Criado no município do Rio de Janeiro pelo Decreto 32.887, de 8 de outubro de 2010, como programa de transferência de renda para famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. O valor recebido por cada família varia entre R$ 20,00 e R$ 400,00 e depende da composição das famílias: o valor aumenta conforme o número de crianças e se há pessoa com deficiência ou idosos. Em 2017, havia 96.789 famílias ativas no sistema CFC. O programa subsidia os projetos Rio Dignidade, Idosos em Família e Agente Experiente demonstrados no Quadro 12[109].

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b).

Destacamos os programas e projetos desenvolvidos na SUBPI, visto que essa subsecretaria é responsável pela elaboração e implementação de políticas públicas para idosos no município. É composta pela coordenadoria de atividades físicas, responsáveis por atividades

[109] As metas do Plano da Prefeitura (2017 a 2020) indicam as seguintes finalidades: 1) quintuplicar o número de idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, no Programa Complementar de Transferência de Renda, até 2020. 2) O "Idoso Carioca" atenderá a 2.000 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, através de ampliação de benefício de Transferência de Renda, visando a assistência no domicílio, garantindo a manutenção da autonomia, independência e melhoria da qualidade de vida, bem como a preservação dos vínculos familiares e a integração comunitária.

de natureza esportiva e de lazer, voltada para idosos mais independentes, e a pela coordenadoria de programas de promoção e proteção social, responsável pelos projetos: Rio Dignidade, Agente experiente, Idosos em Família e as Casas de Convivência.

Quadro 14 – Projetos desenvolvidos na SUBPI

Programa-projeto	**Descrição**	**Valor**	**Quantidade de pessoas assistidas**	**Observações**
Programa Rio Dignidade à Terceira Idade	Programa de transferência de renda para idosos maiores de 70 anos com doenças crônicas e renda até um salário mínimo	240,00	132	Em atividade
Casas de Convivência	Atividades de convivência para idosos independentes ou semidependentes	NA	Sem informação	Em atividade. São seis casas nos bairros de Botafogo, Gávea, Lagoa, São Conrado, Tijuca e Penha
Idoso em Família	Suporte financeiro e social para situações de risco. Critério: Renda individual até dois salários mínimos Evitar a institucionalização e fortalecimentos dos vínculos familiares Idosos independentes ou com limitações	380,00	208	Em atividade. Há maior concentração de idosos da AP3 (72 pessoas), seguido da AP5 (58), AP2 (31) AP1 (29) e AP4 (16). 37% dos idosos beneficiários moram sozinhos e 32% moram com filhos, os demais vivem em configurações familiares diversas
Agente experiente	Critério: renda individual até dois salários mínimos. Inserção do idoso na prestação de serviços na prefeitura com supervisão técnica	Sem informação	250	Em atividade
Outros projetos de atividades físicas nas praças, em grupos e Academia da 3ª idade	Sem critérios	Sem informação		Predomínio de atividades físicas como referência a lógica do envelhecimento ativo com atividade física

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b).

4.1.4.2 Os dilemas da institucionalização

Como ressaltado pela legislação em vigor, preconiza-se a prioridade da convivência familiar para o idoso. Entretanto, nem sempre as famílias dispõem de condições para mantê-lo em suas próprias casas. Nesses casos, a decisão em colocar o idoso em uma ILPI é cercada por muitas questões, tanto de ordem objetiva quanto subjetiva: vão desde as dificuldades financeiras de arcar com os custos dos cuidados sistemáticos, problemas relacionais até a ausência de políticas públicas que garantam o suporte necessário às famílias. Além disso, a associação do asilo ao caráter de abandono e à pobreza conduz a uma compreensão também por parte das famílias de culpabilização e resistência no momento de decidirem por essa modalidade assistencial, sendo geralmente a última possibilidade a ser acionada e carregada de sentimentos ambíguos.

> Nunca, nem penso, me arrependeria, somente na ausência da família (Zélia).
>
> Jamais faria isso. É abandono (Célia).
>
> Enquanto eu estiver podendo, não largo ele não. Não posso abandonar na hora que ele mais precisa (Elvira).
>
> Primeiro porque eu nem tenho coragem. Pode ser que aconteça daqui a algum tempo, quem sabe. E o trabalho está sendo muito. Eu mesma conheço uma pessoa que também não quer colocar o pai dela em um lugar assim porque ela gosta muito do pai e o pai dela precisa, porque ele cai muito. Ela tem todo aquele cuidado. Para comer, tem que ser na boca, para beber, ele se engasga, então tem que ser no canudinho. Demanda muita atenção, mas ela não quer. E o meu marido também não. Não penso não. Nem pensar. Pelo menos, por enquanto, não (Deise).

Essa vinculação não é casual. As ILPIs são assim denominadas a partir de um conjunto de discussões na área do envelhecimento, mas são originárias dos antigos asilos para idosos onde predominava o caráter segregatório.

Por mais que se busque ampliar essa perspectiva, projetando um desenho institucional que não se caracterize pela perda dos vínculos do idoso, seja de sua família, da comunidade ou outros laços construídos no decorrer de sua vida, não podemos desconsiderar os efeitos desse processo. Groisman (1999), ao analisar a velhice no Brasil, avalia o impacto da ruptura dos elos de sociabilidade do idoso institucionalizado. Tal rompimento tende a provocar solidão, perda de identidade, ausência de projetos etc. Essa leitura é reforçada pelas inúmeras denúncias de violação de direitos cometidas pelas instituições asilares e que se tornaram emblemáticas com o episódio do fechamento da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em 1996.

Com o advento das políticas de proteção ao idoso e das legislações normatizadoras do funcionamento das ILPIs, tem sido travado um intenso debate sobre a necessidade de existência

de um espaço formal de cuidados. Há que se avançar, portanto, da história de asilamento vinculado ao abandono e à segregação e construir uma história de preservação de direitos e da dignidade.

Tanto a Política Nacional do Idoso e o decreto 1948/96[110] quanto o Estatuto do idoso[111] defendem a permanência do idoso no espaço familiar. A institucionalização é indicada apenas para as situações em que a família não dispõe de condições de cuidar do idoso ou quando o idoso não tem família e não pode cuidar sozinho de si.

Para a ANVISA (BRASIL, 2005), as ILPIs são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

Segundo Camarano et al. (2010), não há consenso no Brasil sobre o significado das ILPIs. Apesar do caráter residencial que as caracteriza, elas são tratadas de forma polarizada, como instituições de assistência social ou de saúde. Por um lado, tem-se a indicação dessa modalidade assistencial para idosos sem família ou desassistido, cumprindo, assim, com o propósito de garantir moradia e a subsistência necessária. Por outro, tem-se o aumento de idosos dependentes de cuidados de longa duração, o que exige equipamentos específicos de atenção em saúde. O debate travado na área do envelhecimento é que as ILPIs sejam instituições geridas intersetorialmente pelas políticas de saúde e de assistência social.

Diante das novas configurações familiares e do quadro socioeconômico do país, como não estimar cuidados institucionais? A legislação preconiza ações de caráter substitutivo à modalidade asilar[112], como o Centro-Dia, que prevê assistência diurna a idosos dependentes.

---

[110] "Art. 3° Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Parágrafo único. A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família" (BRASIL, 1994; 1996a).

[111] "Art. 3º - Inciso V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência" (BRASIL, ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

[112] Art. 4° Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:
I – Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;
II – Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia – local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;
III – Casa lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;
IV – Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

Certamente, essa modalidade assistencial garantiria às famílias a realização de suas tarefas e trabalho sem necessariamente demandar o apoio da ILPI. Mas a pergunta que fica é: quais são as experiências de Centro-Dia no Brasil ou especificamente no Rio de Janeiro?

Em mapeamento realizado nos sites oficiais da Prefeitura do Rio de Janeiro, da Secretaria de Saúde, Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) e demais sites, localizamos três instituições que referem ter Centro-Dia em seus projetos assistenciais.

a) um Centro-Dia localizado na unidade estadual de saúde Hospital Eduardo Rabelo, na zona oeste da cidade. Porém, segundo visita institucional realizada em 2015, avaliamos que o projeto se destina preferencialmente a idosos com níveis de dependência preservados, assemelhando-se, portanto, a centro de convivência;
b) outro Centro-Dia foi localizado no Abrigo Cristo Redentor, unidade localizada no município do Rio de Janeiro gerida pela SEASDH, desativado na crise do estado em 2016;
c) a outra unidade foi identificada no bairro de Cidade de Deus, denominada Casa de Santa Ana, instituição não governamental mantida por recursos de fundação internacional e outras doações[113].

Segundo um de nossos entrevistados militantes dos movimentos sociais, esse Centro-Dia é dirigido para idosos semidependentes. Além desses, há referência de um Centro-Dia da Aeronáutica. O entrevistado relata que se trata de um equipamento caro, em relação às casas de convivência, pois precisa de equipe multiprofissional e padrões mínimos de funcionamento.

Estudo de Maio (2016) sobre a atuação do MP no estado de São Paulo reitera que há priorização das ações dos promotores na fiscalização de ILPIs e pouco se avançou em relação aos cuidados de longa duração, principalmente os cuidados intermediários, como o Centro-Dia, modalidade assistencial, que, como dissemos, teria potencial de interferência nas demandas de institucionalização.

Segundo estudos do IPEA (CAMARANO, et al, 2010), existem cerca de 3.548 ILPIs no país, incluindo as instituições privadas, públicas, filantrópicas, com ou sem fins lucrativos,

---

V – Atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI – Outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade (BRASIL, 1994\1996a. grifos nossos).

[113] Disponível em: <http://www.casadesantaana.org.br>. Acesso em: 3 fev. 2018.

regulamentadas ou não. Quanto ao regime jurídico, a maior parte das ILPIs existentes são filantrópicas, religiosas ou leigas (65,2%), 28,2% são privadas e apenas 6,6% são públicas.

Conforme dados colhidos pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (2015), existiriam cerca de 380 instituições de longa permanência para idosos no estado do Rio de Janeiro, sendo que 70% dessas instituições, perfazendo um total de 260, estariam situadas no município. Contudo, em pesquisa organizada por Camarano (2010), encontramos divergências nos dados. A autora localizou 290 instituições no Rio de Janeiro e 157 na capital do estado. No documento do MP, não constam informações das fontes, nem da metodologia adotada para o levantamento. Possivelmente, essa diferença, que não é pequena, pode estar relacionada ao banco de dados do MP, mais atualizado e alimentado por informações organizadas nas ações de fiscalização e capacitação de gestores de ILPIs. Quanto à natureza jurídica, encontramos essa informação apenas na pesquisa de Camarano (2010). Das 290 ILPIs, 56,7% são filantrópicas, 40% são privadas e apenas 2,6% públicas.

Retornando aos dados do PMAS (RJ/PMAS, 2018b), identificamos que as instituições conveniadas ou próprias do município do Rio de Janeiro, destinadas ao abrigamento de idosos, dentre os centros de recepção, acolhimento e núcleos de inserção social, totalizam sete. Também não há especificação de quantas vagas são disponibilizadas.

Diante desse panorama, o que constatamos em nossa pesquisa é que as famílias sem recursos ou que sobrevivem com seu trabalho praticamente não têm acesso a esse tipo de modalidade assistencial e ignoram o fluxo institucional. O Ministério Público representa, atualmente, na rede municipal do Rio de Janeiro, o principal e decerto, a única via de entrada para as instituições públicas. Entretanto, esse recurso é acionado somente diante de situações de maus tratos ou de extrema “vulnerabilidade social”, como apuramos na própria legislação. Ou seja, ainda não temos no Brasil uma política pública voltada para as ILPIs, a despeito de todas as considerações tecidas até esse momento e, ao que parece, a assistência asilar não se constitui em direito dos idosos nem de suas famílias.

Em síntese, ressaltamos os seguintes pontos conclusivos acerca da rede socioinstitucional ao idoso no município do Rio de Janeiro:

O modelo produtivista que gere a saúde e a assistência no Rio de Janeiro reproduz a lógica de focalização da política pública, que se acentuou na gestão anterior e na atual sob o argumento da crise orçamentária. A gestão pelas OSs vem sendo criticada por várias esferas da sociedade, e, mesmo com as irregularidades frequentemente anunciadas, as intervenções pontuais persistem na continuidade desse modelo, com mudanças apenas dos contratos ou substituição de uma OS por outra.

O desenho da atenção básica como coordenadora da rede não se efetiva na prática. Aliás, não há configuração de rede, uma vez que os serviços, programas e ações não estabelecem fluxos contínuos, em que pesem os esforços de equipes multiprofissionais. A atenção básica na saúde não consegue articular os demais equipamentos de saúde e assistenciais da rede e vive uma crise constante diante de frequentes problemas de pagamento de salários e prestação de serviços às comunidades. Nossas cuidadoras não são cobertas pela atenção básica e não contam com esses serviços. O SISREG, apesar de sua importância estratégica, não consegue cumprir com o papel de regulador. Para as cuidadores, a burocratização e a falta de transparência impedem o acesso, resultando na assunção de custos particulares.

Os serviços especializados não dialogam entre si, nem estabelecem níveis de responsabilidades pelo território. São unidades autônomas e quase independentes da rede, cuja interlocução é atravessada por vários impedimentos. São serviços concentrados em determinadas regiões e exigem deslocamentos de longa distância para idoso com dependência funcional e que apresentam maiores limitações. A acessibilidade da cidade e a condição dos transportes e dos bairros não favorecem os cadeirantes e idosos. A atenção domiciliar seria importante recurso na saúde diante desses problemas estruturais que obstaculizam a mobilidade e o acesso. No entanto, é uma modalidade restrita dada a cobertura insuficiente e critérios familistas.

As unidades de retaguarda: emergências e internações são acionadas como as últimas opções. Usualmente, não há mediação entre esses eventos (internações) com os serviços de referência. Não por ausência de investimentos de profissionais comprometidos, mas por completa falta de estrutura que viabilize a comunicação e o compartilhamento de ações.

Os desafios postos pela PNSPI (BRASIL, 2006d) para a saúde e em documentos mais recentes do MS (BRASIL, 2014; 2019) ainda estão por serem superados. O que comprovamos é que, passados aproximadamente 13 anos, há ainda um grande descompasso entre a oferta dos serviços e o que é preconizado em lei. Os recursos são escassos, muitos serviços previstos sequer foram implantados e os serviços especializados criados são inexpressivos diante da demanda crescente por atendimento especializado e qualificado na área.

A rede da assistência social, dirigida para situações de pobreza ou extrema pobreza, enfrenta sistematicamente mudanças organizacionais interferindo na prestação de serviços. A nossa amostra não utiliza os serviços assistenciais, embora seja população precarizada, evidenciado o caráter focal da política.

O programa de acolhimento institucional ou de preservação de vínculos familiares realiza atividades de alta complexidade no âmbito da política de assistência social, contudo não atende

às necessidade dos idosos e cuidadoras de nossa amostra. Os poucos programas/projetos dirigidos às situações com maior dependência parecem insuficientes ou não abrangem determinados segmentos. Logo, não oferecem alternativas frente às questões do trabalho feminino nem a possível institucionalização, que, aliás, também não se converteu nem em opção nem em direito. Para os que podem pagar, a peregrinação por ILPI é árdua. Os valores das instituições privadas variam de quatro a dez salários mínimos (ou mais) e constituem espaços potenciais para o mercado. As instituições filantrópicas não absorvem situações de dependência grave em face das restrições de seus estabelecimento e as instituições públicas não dispõem de vagas.

Buscamos identificar como e se tais serviços estavam previstos ou estruturados nas políticas. A perspectiva analítica dessa fase da pesquisa partiu do entendimento de sistema de proteção social em sua acepção mais dilatada, em razão da compreensão de que as necessidades humanas são complexas e exigem ações em diferentes níveis. Do mesmo modo, as respostas a tais necessidades não estariam restritas às políticas sociais separadamente, e sim deveriam compor um sistema mais amplo de provisão social. Comprovamos, todavia, lacunas no caráter transversal da proteção social, que requisita ações intersetoriais nas diferentes áreas da vida social, compreendidas aqui segundo o tripé da seguridade social: saúde, assistência e previdência. Certificamos muitos distanciamentos entre o disposto nos planos e planejamentos com os relatos das cuidadoras.

Portanto, seguindo para o próximo item sobre controle social, reafirmamos que a conjuntura atual reserva ainda muitas inquietações quanto ao caráter responsivo das políticas públicas às necessidades sociais, de saúde e cuidados da população idosa. Verificamos as contradições entre o proposto e os serviços materializados. As narrativas das cuidadores imprimem contrapontos relevantes para pensarmos o alcance da rede na efetiva proteção social. No momento, as dificuldades são extremas, complexas e as perspectivas nada reconfortantes. Cabe pensar como as lutas sociais estão organizadas diante dessa problemática.

4.2 **O controle social e a pauta dos cuidados familiares**

Nossa intenção, neste tópico, é situar como os espaços de controle social estão organizados politicamente no Rio de Janeiro, considerando os retrocessos anunciados pelas contrarreformas na gestão de Temer e no atual governo de Jair Bolsonaro, e como tem sido pautada a questão dos cuidados familiares.

Os espaços de militância dos informantes entrevistados são: o Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Idosa (CEDEPI), o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa (COMDEPI), o Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Rio de Janeiro (Fórum PNEIRJ) e a Associação Nacional de Gerontologia (ANG). Os entrevistados são assistentes sociais e militantes da área no mínimo há 5 anos. A maioria participa há mais de 10 anos, tendo percorrido diferentes espaços de controle social e assumido várias funções, tais como: conselheiros, representantes institucionais, presidentes, secretários e assessores. Além dos espaços citados, alguns entrevistados mantêm vínculos com outras organizações como a SBGG, o Centro Brasileiro Cooperação Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS), a SMASDH e instituições de formação, como a UFRJ, UFF e UERJ, com projetos de pesquisa, assistência e extensão.

Realizamos oito entrevistas com sete mulheres e um homem. Três estavam na faixa etária de 55 a 60 anos, e cinco acima de 65 anos, sendo que quatro desses estavam com mais de 70 anos. Todos os entrevistados acima de 60 anos estavam aposentados e permaneciam atuantes nos espaços, participando de atividades relativas à área. Com exceção de um entrevistada, todos tinham formação de pós-graduação na área do Serviço Social com interfaces na área do envelhecimento. Três eram especialistas, um mestre, um doutor e dois pós doutores.

4.2.1 O pioneirismo

Segundo Barbieri (2014), Rauth e Py (2016), o Serviço Social foi pioneiro nas lutas travadas no Brasil em torno das políticas públicas para o envelhecimento, especialmente para a construção do documento base que sustentou a PNI (BRASIL, 1994; 1996). As lideranças políticas, organizadas pela ANG, promoveram encontros nacionais e regionais com indicativos para compor o aparato legal no Brasil e ocupando espaços políticos estratégicos. Destacam-se dentre esses pioneiros: Marcelo Antonio Salgado (SP), Nara Costa Rodrigues (RS), Maria José Lima de Carvalho – “Mariazinha” – do Ceará, Flavio da Silva Fernandes (SP) e Neusa Mendes Guedes (SC). Posteriormente, juntou-se a esse grupo Mário Sayeg, médico geriatra, representando a SBGG que contribuiu para a formulação da PNSI (BRASIL, 1999b) e PNSPI (BRASIL, 2006d).

Uma de nossas entrevistadas cita esse momento como bastante profícuo em termos de participação, mobilização e efetivação de políticas para o envelhecimento. O Estatuto do Idoso, segundo ela, teve seu primeiro esboço escrito à mão, na casa de uma das militantes. A ideia

original era de que o Estatuto servisse de parâmetro nacional com as principais diretrizes acerca dos direitos dos idosos.

A área da saúde, notadamente a geriatria e a gerontologia também exerceram influência no movimento de idosos. Segundo uma entrevistada, houve inspiração dos movimentos internacionais, que, a despeito de sua importância para o crescimento do movimento brasileiro, redundou na incorporação acrítica de experiências distintas da realidade brasileira.

Depreende-se que é relevante a participação de assistentes sociais nos espaços de controle social na saúde e na área do envelhecimento. De fato, parece haver uma preocupação por parte dessa categoria profissional, com vistas a politizar temáticas relativas às expressões da "questão social" e ao envelhecimento, e construir articulações mais consistentes no âmbito dos movimentos sociais. Os entrevistados contaram suas histórias preenchidas por essas lutas e investimentos na organização coletiva e política. Foram, inclusive, encontros emocionantes, nos quais percebemos o esforço de recuperarem os momentos significativos, com intensa mobilização de diferentes segmentos sociais e também dos idosos. Um contraponto feito foi o desmonte após o golpe parlamentar de 2016. "Os serviços foram desmontados, os conselhos municipais se dissolveram por problemas estruturais. Um cenário caótico" (Paula).

Ao que consta, na análise dos informantes, a fragmentação dos espaços de controle social na área é atribuída, em parte, ao desencanto diante de tantas derrotas no momento atual. Outros aspectos associam-se a essa assertiva, dentre eles: a) o descumprimento da lei e o desrespeito às normas de representação política, tendo como principal consequência uma representatividade institucional ou governamental movida por interesses corporativos, reproduzindo uma visão utilitarista do espaço político; b) a falta de capacitação dos conselheiros quanto à natureza desses espaços, que em algumas circunstâncias se confunde com espaços para lazer; c) a desmobilização generalizada da sociedade civil nos espaços formais de organização política.

Um dos entrevistados afirmou categoricamente que os conselhos, excetuando às questões de natureza política, de cooptação dos espaços e pouca efetividade nas proposições, padecem de infraestrutura para o pleno funcionamento, inclusive de financiamento. Afora essas questões, Almeida e Tatagiba (2012) ressaltam ainda que há um alcance limitado das pautas debatidas em assembleias, em virtude da própria dinâmica de seu funcionamento que tende a institucionalizar e até mesmo burocratizar a luta política.

Paz (2001), ao reconstruir historicamente os movimentos sociais na área, lembra-nos, como visto no capitulo 2, que o movimento dos aposentados se fortalece na redemocratização, tendo como marco de sua mobilização – o movimento de "147%" – que reivindicava a

recuperação das perdas nos valores da aposentadoria. Até fins dos anos 1990, o movimento dos aposentados concentrava-se na paridade e revisão dos benefícios sem a ampliação da agenda para outros aspectos atinentes ao envelhecimento. Os demais movimentos, por sua vez, não apresentavam visibilidade suficiente. É somente a partir dos anos 2000, com a implantação dos conselhos de direitos, que os movimentos sociais da área emergem com maior potência na cena política, ainda que permanecessem distanciados entre si. O autor constatou, à época de sua pesquisa, que havia oposição entre o movimento de aposentados – que lutavam por questões relativas à aposentadoria e ao trabalho, mas não se reconheciam como movimento de idosos – e os demais movimentos sociais (de idosos) expressos pelos conselhos, fóruns e outras entidades organizativas – que generalizavam as lutas sem a ênfase sobre as questões trabalhistas ou previdenciárias, e que, por vezes, eram cooptados pelo discurso governamental, ao invés de se colocarem críticos a esse processo.

Na pesquisa de Simões (1994), o autor também percebeu esse contraste entre o movimento de aposentados e o movimento da "terceira idade" – como eram designados pelos aposentados. Comparecia nas falas de tais militantes um discurso de oposição entre aqueles que estavam ativos, brigando por demandas importantes para aposentados e pensionistas velhos, e aqueles que se divertiam e buscavam esses espaços para entretenimento. "[...] no limite, os programas de 3ª idade são vistos como formas de segregar ou infantilizar os mais velhos e insinua-se que eles contribuam para quebrar a unidade de luta pelos direitos dos idosos" (1994, p. 20). Todavia, aqueles que participavam dos espaços da 3ª idade descreviam a experiência como a procura por locais "[...] de enriquecimento pessoal, de ampliação da sociabilidade, de coletivização de experiências individuais e fragmentadas, que não só permitem recriação de uma prática coletiva, mas também reformulam a própria vida privada" (1994, p. 21).

Debert (1994) analisou, igualmente, a polarização, nos anos 1990, entre os grupos de 3ª idade e o movimento de aposentados. E, à luz do conceito de gênero, buscou compreender as representações das mulheres e homens idosos mediante a atuação nesses espaços. Para a autora, a participação das mulheres nos grupos de convivência contrasta e supera a presença masculina, em geral mais reservada e indiferente. Como contraponto, ao observarmos o movimento de aposentados, constata-se o predomínio masculino nas principais lideranças.

Para Brito da Motta (2011, p. 12), a prescrição tradicional para a mulher idosa contemplou coibição sexual e apropriação do corpo no controle das funções reprodutivas, desigualdades na formação, variados impedimentos para ingresso e permanência no mercado de trabalho formal, além da desqualificação para a participação política. "[...] a noção de esfera

pública, dissociada da de esfera privada, separa e opõe o mundo da cultura e da política, tido como masculino, daquele considerado natural, portanto, feminino, doméstico e despolitizado".

Consoante a autora, o primeiro momento de organização do movimento de aposentados, nas décadas de 1980 e 1990, não contava quase com o envolvimento das mulheres idosas. Segundo Nogueira (2010), foi a partir desse período e em segmento feminino mais jovem que as mulheres ampliaram seu engajamento político. As mulheres mais velhas estavam ingressando nos grupos de convivência em busca de atividades culturais e de lazer. É bom lembrar que as idosas dessa geração não estavam inseridas nos espaços formais de trabalho, muito menos nas organizações associativas, sequer tinham escolaridade. Logo, não acumularam experiência política. Ainda assim, ousaram e enfrentaram o mundo majoritariamente masculino, e algumas conseguiram participar, de movimentos sindicais e do movimento de aposentados.

Nos anos 2000, com a criação de conselhos e fóruns, a participação feminina avolumou-se. Não somente se qualificou, como assumiu importante protagonismo. Para Debert (1994), resistindo ao debate centrado na questão do trabalho exclusivamente, esses espaços tinham a possibilidade de ampliar a discussão sobre o envelhecimento e os direitos sociais.

Semelhante a Simões (1994), para Debert (1994) o aposentado não se identifica como idoso, nem busca satisfação individual. Reconhece-se como um ex-trabalhador e provedor familiar. Já nos grupos de convivência, a procura, pelas mulheres, é por autossatisfação e realização pessoal. Um privilégio após uma vida de encargos e obrigações com os filhos e marido.

Para as mulheres, o envelhecimento pode denotar um momento do ciclo vital, no qual é possível o usufruto de uma liberdade (tardia, porém saborosa), de uma autonomia possível e uma sociabilidade não restrita à família. Para os homens, lucidez e experiência são essenciais para a luta por direitos para os idosos e aqueles que ainda vão envelhecer (MOTTA, 2011).

Debert (1994) propõe analisar esses dois tipos de experiência coletiva como formas diferenciadas de lutas por direitos e contra o preconceito da velhice. No movimento de aposentados, a tônica gira sobre os direitos sociais e trabalhistas, assim como uma identificação com outros setores desprivilegiados na sociedade. Nos grupos de convivências, há a celebração da vida e do envelhecimento como uma fase de possibilidades e satisfação. Nessa lógica, há diferenças nesses movimentos e não necessariamente oposição entre eles. Contudo, certamente há forças que operam pela fragmentação desses espaços e apostam na sua desagregação.

Simões (1997) complementa essa análise. Para ele, a desmobilização dos movimentos sociais de idosos, sofre grandes consequências desses irrefutáveis discursos de projeções

demográficas catastróficas, despolitizando os espaços de articulação, fragmentando as lutas pela negação da solidariedade pública e esvaziamento da esfera coletiva.

Trata-se de fato inconteste. O autor citado referia-se às estimativas da década de 1990, orientadas e influenciadas pelo Banco Mundial. Na conjuntura atual, esse discurso alarmante tornou-se lugar comum e quase um consenso acerca das necessárias "reformas". Salvo essa questão, cabe dizer que admitimos o quanto vivemos um contexto de busca de unidades e luta contra a dispersão dos movimentos sociais que precisam retomar projetos mais coletivos. Concordamos com Faleiros (2015): a implantação de conselhos de direitos da pessoa idosa e outros espaços configura oportunidade de participação e expressão organizada das demandas do envelhecimento. São potenciais espaços de resistência e lutas contra hegemônicas cruciais para a garantia de direitos em sociedades democráticas (COUTINHO, 2010).

Para Antunes (2015, p. 792), a heterogeneidade que marca a classe trabalhadora, "[...] que é mais masculina em alguns setores, mais feminina em outros setores, mais ou menos jovem, mais ou menos negra, imigrante, etc.", impõe ainda mais a unidade classista, de modo a compor pautas decisivas do mundo do trabalho e destinadas às classes trabalhadoras como um todo, para não incorrer em defesas corporativas e segmentadas. Os vários dispositivos contemporâneos de fragmentação das respostas políticas e dos movimentos sociais requisitam maior empenho para mobilização e organização. O cenário atual irrompe múltiplos desafios à classe trabalhadora em torno de questões vitais, que, na ótica de Antunes (2015, p. 799), envolvem o trabalho, o ambiente e os processos emancipatórios de gênero, etnia e geração. Em nossa leitura, adicionamos as lutas em prol do cuidado como direito e como trabalho. "Construir uma vida dotada de sentido dentro e fora do trabalho".

Então, se, por um lado, há um momento histórico que chama pela unidade dos movimentos sociais, por outro, há estratégias cada vez mais sofisticadas de recomposição das bases em torno dos interesses do capital, reforçando ideologicamente que a crise se concentra no papel do Estado. Novas formas de solidariedade, cooperação e regulações do Estado são enfatizadas.

Os relatos demonstram parte desse enunciado, havendo certa nostalgia com momentos de maior mobilização. Uma de nossas entrevistadas indaga:

> Cadê o idoso nos espaços? As reuniões são esvaziadas e parece haver maior participação de representações governamentais do que do segmento idoso. Acho que o idoso perdeu esse protagonismo ao longo dos anos. Nós tínhamos uma participação maciça de grupos de idosos. Nós fechamos Brasília numa passeata de defesa no movimento '147%' da Previdência. A passeata dos cabelos brancos. Nós já tivemos tudo isso, era um movimento de organização popular de idosos que iam à luta! [...] os

> idosos começaram a perder esse poder de luta e de discussão. As organizações são fragilizadas ou exploradas por alguns políticos em benefício próprio [...] (Paula).

Apesar dessas adversidades, não podemos deixar de registrar as iniciativas de mobilização dos diferentes segmentos no campo do envelhecimento, em vários momentos importantes, como: audiências públicas sobre o abrigo Cristo Redentor[114] a respeito de denúncias de maus tratos contra idosos e assédio profissional; defesa dos direitos conquistados no Estatuto do Idoso diante de sugestões de parlamentares para alteração de artigos ou outras proposições consideradas inapropriadas como criação de conselho tutelar ou creches para idosos; a criação de comissão pelo Fórum PNEI, SBGG e ANG para acompanhamento dos debates nas comissões da assembleia legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) sobre temáticas relativas aos idosos; participação nos debates sobre a regulamentação da profissão de cuidadores e a criação da ACIERJ (Associação de Cuidadores da pessoa idosa, da saúde mental e com deficiência do Estado do RJ), dentre outras ações.

4.2.2 A família cuidadora e os cuidados de longa duração na agenda política dos movimentos sociais

De modo geral, os entrevistados consideram a legislação brasileira avançada em relação à realidade latino-americana, dado que o Brasil é signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento (1982), quando passou a incorporar, de forma mais assertiva, o tema do envelhecimento na agenda da política pública, culminando na promulgação das legislações específicas na década de 1990.

Assim como constatado na seção anterior, não há efetivação dos direitos previstos nas políticas e não há articulação intersetorial. As redes socioinstitucionais se encontram fragmentadas e sem conseguir implementar as ações necessárias. Os militantes defendem maior articulação entre as áreas da assistência e da saúde e entre os conselhos municipais e o estadual.

No tocante à assistência aos idosos com dependência, há consenso acerca das lacunas na rede, provocadas sobretudo pela falta de dotação orçamentária que garanta a implantação de serviços de natureza contínua e prolongada.

---

[114] Abrigo Cristo Redentor é uma instituição pública de abrigamento de idosos localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A instituição, vinculada inicialmente ao governo federal, já passou por várias gestões locais, reformulações assistenciais, denúncias e auditorias, estando no momento sob a gestão do estado do Rio de Janeiro (SMASDH). Um de nossos entrevistados militantes dos movimentos sociais relatou algumas dessas denúncias: um caso de um idoso cadeirante atropelado e morto no interior do abrigo, e uma idosa encontrada morta no matagal próximo à instituição.

Sobre os cuidados de longa duração, nenhum dos entrevistados teceu maiores considerações sobre o que viria a ser essa proposta, parecendo haver desconhecimento dessa perspectiva, o que nos leva a concluir, com base nesses relatos e na pesquisa realizada até o momento, sua inexistência enquanto lógica assistencial no Rio de Janeiro. As ações são mais dirigidas aos idosos independentes, e ainda assim, de forma restrita.

Inúmeras denúncias são levadas aos espaços de controle social relacionadas à ausência de direitos dos idosos, como falta de medicamentos na rede pública e leitos para internação ou institucionalização. Essas situações são judicializadas por meio do Núcleo Especializado de Atendimento ao Idoso (NEAPI) da Defensoria Pública, visando provocar e pressionar o Estado no cumprimento de suas funções. A própria SMASDH, ao se deparar com pedidos de institucionalização, remete ao MP, em virtude de ausência de vagas nas instituições públicas e/ou conveniadas do município, reforçando o que havíamos apontado anteriormente.

Sobre a institucionalização, uma de nossas entrevistadas considera que essa questão precisa ser rediscutida, pois as famílias mudaram e as necessidades dos idosos são múltiplas. Avalia que toda lei precisa de um tempo para avaliação e ser revista frente às mudanças da realidade, sem com isso regredir direitos já conquistados.

> [...] eu acho que é muito sonhador você dizer que o ideal é que o idoso permaneça junto à família. Seria ótimo, seria completo, numa realidade econômica social diferenciada, que nós não temos nesse país. Aqui é o país da desigualdade social, ninguém vai tampar o sol com a peneira, a gente vive num país em que a desigualdade grita! então como é que você afirma que o melhor é você não institucionalizar o idoso. Quantas vezes você vê a família pedir a institucionalização, você deve ter visto isso no atendimento, a família chorar porque tem que internar seu velho (Paula).

O cuidado domiciliar costuma ser tratado como algo da esfera do privado, não fazendo sentido ocupar espaço coletivo. O cuidado familiar é associado ao voluntarismo, amor e obrigação. No máximo, o movimento social discute a questão do cuidador profissional[115]. Na opinião de uma entrevistada, que, inclusive, teve experiência pessoal de cuidados, os espaços de controle social reproduzem uma visão tradicional da família.

Outro entrevistado comentou que a família deveria ser protegida por recursos públicos, por uma política de cuidado integral que garantisse assistência aos idosos e às famílias. Essa lógica foi compartilhada por outros militantes ao defenderem que as famílias cuidadoras deveriam receber algum suporte financeiro. Admitem pessimismo com as contrarreformas e consideram o momento muito desfavorável. Reconhecem que as famílias vivem um isolamento

[115] Por exemplo, o CEDEPI vem apoiando a associação de cuidadores na luta pela regulamentação da profissão de cuidados, de modo a ampliar não somente o debate, mas também as ações implementadas.

em todos os sentidos e desconhecem seus direitos e as políticas. Confirmamos essa questão em nossa pesquisa com as cuidadoras.

Analisando os textos finais das conferências nacionais de direitos da pessoa idosa, localizamos no site os relatórios de quatro conferências: a) 2006 – Tema: Construindo a RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa; b) 2009 – Tema: Avaliação da RENADI: avanços e desafios; c) 2011 – Tema: O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil; d) 2016 – Protagonismo e empoderamento da Pessoa Idosa.

Paiva (2014, p. 111) destaca que as deliberações das conferências não foram devidamente avaliadas e reconstruídas, com fins de problematização dos avanços e desafios postos à área do envelhecimento. Na impressão da autora, as deliberações eram sinalizadas e futuramente "abandonadas", como se cada conferência partisse de um "marco zero". Enfatiza que, no lastro de quatro conferências em onze anos, a temática se desloca da construção de uma rede de direitos para o empoderamento do idoso. Constatamos o mesmo em nossa pesquisa, que as conferências, apesar de periódicas, não estabelecem continuidade entre si, havendo descompasso entre uma e outra. Pelo exposto, aventamos que houve uma mudança de foco, transmutando de uma lógica mais alinhada às lutas por políticas públicas, para um viés mais individual e de fortalecimento identitário do segmento idoso.

No tocante à questão dos cuidados e das famílias, não há qualquer menção nesse sentido. Há uma sinalização de apoio aos cuidadores na 1ª Conferência, sem discriminação de detalhes, podendo revelar, não apenas a insuficiência do debate, como a reprodução da tendência familista das políticas públicas. O Centro-Dia é retomado como proposta na conferência de 2016, mas nenhum foi implantado.

Observamos que, desde a 1ª Conferência, são construídas proposições nos eixos saúde e assistência, principalmente para idosos em situação de dependência. Na 1ª, na qual houve a proposta de construção da RENADI, foram indicadas as seguintes ações: criação de serviços intermediários entre a alta hospitalar e a casa, ampliação e fiscalização das ILPIs, e apoio às famílias cuidadoras. Na 2ª conferência, ocorrida três anos depois, algumas dessas ações permaneceram como indicativos com acréscimo de outras, tais como: implantação de Centros-Dia, criação de centros especializados para idosos dependentes em articulação com os demais equipamentos da saúde, e fornecimento de insumos, medicamento e fraldas para idosos institucionalizados e profissionalização dos cuidadores. Na 3ª conferência, houve o reforço das propostas deliberadas nas conferências anteriores e o destaque para a criação de Centros Especializados em Saúde do idoso, ação essa que ressurge na conferência de 2016. Chama a atenção que as propostas seguem algumas diretrizes apontadas pela PNSPI (BRASIL, 2006d)

em relação à dependência, demonstrando tratar-se de uma discussão recorrente, embora pouco aprofundada, visto que a dependência e a perda da capacidade funcional passam a ser premissas centrais para a área da saúde do idoso.

Em nosso entendimento, a ausência ou insuficiência desse debate guarda relação com as prioridades temáticas e políticas elencadas no campo geriátrico/gerontológico, que seguramente exerce influências sobre as pautas e práticas profissionais. Na sequência, veremos como as tendências comportamental e familista se apresentam no campo das políticas públicas para o envelhecimento.

4.3 **A lógica comportamental e familista nas políticas para o envelhecimento**

Esta seção, a última da tese, apresenta cariz sintetizador das reflexões construídas até o momento, articulando alguns pressupostos apontados previamente. Retomamos parte das indagações iniciais, visto que outras foram respondidas no transcorrer das seções anteriores, e as tomaremos como norte para a organização das reflexões seguintes, com vias à conclusão da tese.

4.3.1 A hegemonia da expressão conservadora na saúde: o enfoque comportamental em cena

Como vimos no capítulo 1, tanto o conceito de envelhecimento ativo (manter-se produtivo e ativo por mais tempo) quanto de capacidade funcional (habilidades para realização de atividades cotidianas) alinham-se às perspectivas da prevenção e promoção da saúde, como principais estratégias de controle e postergação de perdas funcionais no envelhecimento (CALDAS, 2003; KALACHE, 1987; MORAES, 2010; VERAS, 2009; 1994). A tônica que, parece, vem se tornando hegemônica na área é a ênfase comportamental, com realce para às mudanças nos estilos de vida. O comprometimento individual assume centralidade nas abordagens e associa-se à importância do suporte familiar para as situações de dependência.

Chamamos a atenção para o quanto é preocupante as tendências que vêm assumindo a direção no campo. Se, por um lado, tem-se o envelhecimento com dependência e suas demandas por cuidados domiciliares e políticas públicas, por outro, há o movimento das contrarreformas que reduz as ações do Estado, impondo cada vez mais a responsabilização individual (o que inclui a família) pela saúde, envelhecimento e cuidados.

É adequado esclarecer que, quando focamos neste estudo o conceito de envelhecimento ativo como uma orientação prevista nas políticas para o envelhecimento, pretendemos reportar

a esse conceito como uma perspectiva que se institui como referência em todos os níveis de atenção na saúde e em outras áreas setoriais, sejam aquelas dirigidas para um segmento de idosos com menos comorbidades e perdas funcionais – cuja ênfase centrará em ações preventivas e de promoção da saúde, com acento nos fatores de risco –, sejam para aqueles idosos em situação de dependência moderada ou intensa, na qual a lógica preventiva manter-se-á com vistas a evitar maiores sequelas de perdas funcionais, congruente às ações de caráter curativo e paliativo. Em quaisquer desses níveis de atenção, pertinentes às demandas de saúde apresentadas, localizamos, dentre as suas sugestões, o predomínio do autocuidado e a centralização do suporte familiar.

Sobre o autocuidado, é mister frisar que não estamos aqui desqualificando o seu mérito para atingir saúde. Assumimos que o autocuidado pode ser valorosa ferramenta de autoconhecimento e maior atenção aos processos subjetivos. Seriam medidas assumidas pelas próprias pessoas em prol de sua saúde e bem-estar.

A concepção de curso de vida protagonizada pela OMS recomenda a adoção de ações preventivas "para a primeira fase da vida para serem adultos e velhos saudáveis" (ALBUQUERQUE, 2005). Preconiza uma ideia de encorajamento das pessoas assumirem, cada vez mais cedo, ações e estilos de vida saudáveis, apostando todas "as cartas" nas mudanças atitudinais, que, em princípio, possibilitaria um envelhecimento em melhores condições de saúde. Criticamos a supervalorização das atribuições individuais frente aos cuidados e a incorporação de práticas em saúde isoladas e descontextualizadas.

Temos acordo com Minayo (2003) que reforça o quão é indispensável ter moderação em relação à tese de controle total dos riscos. Os instrumentos, cada vez mais completos, podem na opinião da autora, impregnar e cercear as práticas em saúde.

> [...] rotular o cotidiano da existência dos idosos e ao seu lado desenvolveram-se normas preventivas fundadas no uso nem sempre crítico da 'teoria do risco', tão problemática quando tenta, por meio de médias, justificar propostas preventivistas. Dessa forma, desconhece-se a complexidade dos sujeitos, criando-se uma estética da vida referenciada em proibições e regras gerais. A pergunta necessária é a seguinte: será que não existe possibilidade de introduzir, na receita do que é saudável, o ingrediente 'prazer de viver' como mote central dessa última e decisiva etapa da existência? (MINAYO, 2003, p. 24).

Groisman (2015) argumenta que, não obstante a importância de tais estudos e dispositivos, tem predominado a centralidade do argumento da manutenção funcional como uma exigência social e contemporânea da sociedade capitalista de preservação da produtividade e da vida ativa. Para o autor, o autocuidado, é enfatizado como uma forma de sobrevivência dos indivíduos diante das principais doenças da velhice.

> [...] com a hegemonização das ideologias que valorizam o autocuidado individual, atribui-se ao indivíduo a responsabilidade pela manutenção da sua saúde, e aqueles que adoecem em sua velhice são culpabilizados por não terem se cuidado suficientemente bem ou adotado hábitos adequados em sua vida pregressa. (GROISMAN, 2015, p. 105).

Em Debert (2014), a velhice é redimensionada e concebida como um fracasso individual, ora porque não consumiu bens e serviços, ora porque não adotou estilos saudáveis.

Mattos (2004a) indaga se o desenvolvimento da ciência moderna tem sido capaz de produzir ações sem considerar as consequências dessas intervenções. Problematiza se os cuidados prestados em saúde, em nome da ciência e da razão, são suficientemente "prudentes" (MATTOS, 2004a, p. 120). Essa expressão é cunhada pelo autor para alertar sobre o fato de que não se trata de criticar toda e qualquer forma de cuidado pautada em bases científicas, mas considerar a relatividade de seu alcance e as responsabilidades éticas de seus resultados.

O documento do MS de 2019 sobre orientações técnicas para uma linha de cuidados para o idoso recupera as referências das legislações da área e outros documentos, reafirmando alguns princípios. Sublinhamos a utilização da expressão envelhecimento saudável como um "[...] processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permita o bem-estar na idade avançada" (BRASIL, 2019, p. 18). Não fica claro se o documento utiliza o conceito como sinônimo para envelhecimento ativo, ou se, de fato, recupera a ideia, tal qual pensada nos anos 1980, que resume o envelhecimento às boas condições clínicas, limitando, assim, até o próprio conceito de saúde da OMS, quiçá da Reforma Sanitária.

Outro elemento identificado nesse documento é a explicitação da complementariedade das ações públicas com serviços privados e filantrópicos, corroborando a tendência de parceria público-privada de nossas políticas. O conceito de incapacidade funcional é salientado como a "[...] interação entre os recursos físicos e mentais do próprio indivíduo e os ambientes (físicos e sociais) em que estão inseridos" (BRASIL, 2019, p. 18). Há referência aos determinantes sociais na ótica positivista, no qual, a saúde é vista como resultante de um somatório de aspectos com equivalente nível de influência. As ações devem se concentrar na "capacidade intrínseca" do idoso e "fortalecer seus próprios recursos físicos e mentais" (BRASIL, 2019, p. 38). A insuficiência familiar, que veremos a seguir, é citada como um agravante para perda funcional.

Importa para esse momento da tese retomar alguns pontos. Em nossa leitura, implica situar esse processo em uma conjuntura de perda expressiva de direitos e de hipervalorização de lógicas autopreservacionistas, que reforçam a adoção de bons hábitos como o bastante para a redução de danos na velhice. Assim, abre-se um leque de polêmicas e controvérsias sobre a delimitação das fronteiras entre o normal e patológico na velhice (GROISMAN, 2015), da

lógica medicalizante da sociedade contemporânea (AROUCA, 2003; DONNANGELO; PEREIRA, 1976), da ambiguidade sobre a valorização da velhice em contrapartida à sua negação (DEBERT, 1997), dos processos de determinação social das doenças (NOGUEIRA, 2009), e finalmente, das estratégias de individualização dos cuidados com naturalização do lugar da família em contexto de focalização das políticas sociais (BERNARDO, 2016c).

Queremos corroborar as ponderações dos autores citados acima e sublinhar duas questões essenciais: a primeira dirige-se à valorização das pesquisas na área do envelhecimento, que vem proporcionando avanços no tratamento de vários agravos à saúde do idoso e investido em tecnologias capazes de interferir no percurso biológico das doenças. Por esse ângulo, não há dúvidas acerca da relevância social do campo geriátrico/gerontológico e seus aportes teóricos e técnicos. Seria demasiadamente ingênuo negar a importância dos instrumentos hoje consagrados na área. A segunda questão, entretanto, demarca que tal reconhecimento não significa ausência de questionamentos. E a crítica que aqui se impõe é quanto à limitação dessa instrumentalidade ao paradigma biomédico ou comportamental, e, como já mencionamos, a crescente assunção individual pelo adoecimento ou pelo envelhecimento, digamos, "malsucedido". Propaga-se uma visão de preservação do corpo e redução das probabilidades de deterioração da saúde, encobrindo as desigualdades sociais e homogeneizando as vivências objetivas e subjetivas da velhice e, por ventura, da doença e/ou dependência.

Para Debert (1997), esse processo denomina-se por "reprivatização da velhice", pois restitui para o âmbito privado do indivíduo ou da família o compromisso (e porque não dizer do dever) pela velhice saudável e por impedir o envelhecimento patológico. "Essas concepções [...] para combater a deterioração e decadência, são aplaudidas pela burocracia estatal que procura reduzir os custos com a saúde educando o público para evitar a negligência corporal" (DEBERT, 2014, p. 252).

A constatação de que mudanças nos estilos de vida não são suficientes (embora necessárias e façam parte das estratégias de educação em saúde) para a melhoria dos indicadores de saúde reforça a ideia que as escolhas, exercidas no decorrer da vida, fazem parte de uma fronteira sutil entre a autonomia dos indivíduos e os condicionantes sociais de vida e de trabalho. Se, por um lado, as políticas de prevenção e promoção podem ser restritivas ao superestimar os traços individuais em detrimento ao coletivo, por outro, a ênfase nas ações curativas não sustenta as complexas necessidades de saúde desse grupo populacional, exigindo, por conseguinte, ações mais articuladas, norteadas pelo viés da integralidade e da totalidade social.

Portanto, poderíamos dizer que o campo geriátrico/gerontológico, apesar da intenção

interdisciplinar, mantém a hegemonia do discurso biomédico, exercendo influências nos programas e políticas dirigidos ao segmento idoso com efeitos na materialidade e acessibilidade dos serviços.

A abordagem preventiva e de promoção da saúde, renovada nas orientações geriátricas/gerontológicas, quando apropriados pela lente conservadora, servem de sustentação para os organismos multilaterais, compondo um cenário de reprodução do ideário neoliberal. Nivela-se às propostas de contrarreforma do Estado, singularmente nos arranjos previstos para o sistema de proteção social, sancionada a cultura privacionista no trato das expressões da "questão social" e os ditames das políticas neoliberais e familistas (TEIXEIRA, 2008; BERNARDO, 2017). Como diz Santos Neto.

> Torna-se difícil acreditar nas perspectivas otimistas de longevidade das pessoas, quando se aprofundam os problemas estruturais e são alteradas as regras da aposentadoria, para que assim os trabalhadores se vejam condenado a morrer trabalhando e os capitalistas transformem o sistema previdenciário numa fonte inesgotável de lucro (2013, p. 226).

O discurso de envelhecimento ativo e saudável, relacionado à funcionalidade no envelhecimento, tem figurado como estatuto de verdade. As ações de prevenção e promoção da saúde com acento nos fatores de risco, acompanha a noção de responsabilidade individual e de culpabilização moral pelo processo de adoecimento ou envelhecimento "malsucedido". A generalização dessa abordagem propaga e dissemina ideias, valores e produtos transformando necessidades em mercadorias a serem absorvidas como receitas ou manuais para uma "boa" saúde e um "bom" envelhecer. Veremos a seguir como a tendência familista se revela na área.

4.3.2 A insuficiência familiar e o familismo

No âmbito da geriatria e gerontologia, o conceito de insuficiência familiar emerge como uma das síndromes geriátricas, definida por Moraes (2012) como fragilização do suporte familiar. Para o autor, as síndromes geriátricas são condições de saúde que afetam a capacidade do idoso gerir sua própria vida e realizar as atividades cotidianas. São agrupadas inicialmente em: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência e iatrogenia. Formuladas por Jhon Bernard Isaacs, em 1965, as síndromes geriátricas foram posteriormente ampliadas e acrescidas da incapacidade comunicativa e da insuficiência familiar.

Segundo Souza et al. (2015) em revisão de literatura sobre o tema, o termo insuficiência familiar é descrito como um dos fatores contextuais preditores de incapacidades e pode ser compreendido como:

> [...] processo **psicossocial** de construção complexa fundado no vínculo familiar prejudicado e, sobretudo, no baixo **apoio social**; este determinado principalmente pela precariedade do apoio da família, tanto emocional quanto de ajuda instrumental. Transformações contemporâneas no sistema familiar, dentre elas a inversão do papel do idoso e o seu **ninho vazio,** associadas aos conflitos intergeracionais e ao comprometimento das relações familiares, podem desencadear ou fortalecer a **vulnerabilidade social** da família. Já a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio de sua saúde psicológica e funcional, com menor qualidade de vida, enfim, o envelhecimento malsucedido são consequentes da insuficiência familiar na pessoa idosa (SOUZA et al., 2015, p. 8, grifos nossos).

O suporte familiar consistiria em elemento primordial para o bem-estar do idoso, e, diante da ausência da família ou "falência nas suas funções" (SOUZA et al., 2015, p. 12), haveria um terreno fértil para desencadear perdas funcionais no envelhecimento.

No artigo de Moraes (2012), há a seguinte construção:

> A família constitui-se na **principal** instituição cuidadora de idosos dependentes, assumindo **todo** o cuidado de longa duração. Entretanto, a transição demográfica atinge diretamente essa **"entidade",** reduzindo drasticamente **a sua capacidade** de prestar apoio a seus membros idosos. A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor e as demandas familiares são crescentes, **limitando a disponibilidade** tanto dos pais de cuidar de seus filhos quanto dos filhos de cuidar de seus pais. [...] Por sua vez, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares. Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões importantes na sua capacidade de acolhimento das pessoas com incapacidades, que **historicamente dependiam** de apoio e cuidado familiar. A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possiblidades de cuidado adequado às pessoas com grandes síndromes geriátricas, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana. Essa **fragilização do suporte** familiar deu origem a outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa (MORAES, 2012, p. 42, grifos nossos).

Embora as mudanças nas configurações familiares e os cuidados no domicílio sejam contextualizados, a capacidade de apoio familiar permanece como um atributo desejável, a ser preservado e desenvolvido. A possível "deficiência" de suporte demandaria arranjos internos, cabendo a cada grupo familiar administrar suas eventuais dificuldades.

Como se pode depreender, tanto na definição de Moraes (2012) quanto na revisão realizada por Souza et al. (2015), há a recuperação de conceitos como apoio social, ninho vazio, vulnerabilidade e envelhecimento malsucedido. Tivemos a oportunidade, no decorrer desta tese, de realizar mediações críticas, indicando a restrição desses conceitos para analisar as famílias e os cuidados prestados aos idosos. Cabe retomá-los nesse ponto do estudo para fundamentar nossos argumentos.

Associar o cuidado familiar à ideia de insuficiência do suporte familiar, limitado às relações interpessoais, secundariza as transformações societárias que impulsionam mudanças

nas práticas sociais. Nessa ótica, as relações familiares se manteriam dentro de uma lógica de harmonia conformada com o ideal de solidariedade, da velhice saudável e das relações estáveis e prazerosas entre todos. As relações sociais não são contextualizadas, muito menos a família como espaço contraditório e com possibilidades múltiplas, sejam elas de garantir apoio ou não.

Para Pereira (2004), a visão idílica de família confirma um ponto de vista romântico, idealizado e com forte diferenciação de gênero, além de perseverar em uma interpretação preconceituosa sobre as mudanças nas famílias. Antes de tudo, é uma racionalidade que rejeita configurações familiares que não seguem a um padrão e desaprova conquistas importantes no campo dos direitos humanos e das mulheres.

As complexas transformações sofridas pela família costumam ser significadas como determinantes para um baixo suporte familiar e compreendidas como disfuncionais. Não são localizadas como novos sentidos para as relações e as formas de apoio, exigindo que redimensionemos, por conseguinte, as expectativas em torno da capacidade familiar nos cuidados. Ademais, o enfoque do suporte familiar na perspectiva de síndrome geriátrica cria precedentes para a patologização das relações sociais, transformando aspectos da vida social em fenômenos terapêuticos ou clínicos a serem diagnosticados e tratados. Conforme Guimarães (2017) alerta:

> O enfoque individual e moral da família abre caminho para que os serviços oferecidos pelas políticas sociais promovam a manutenção dessas relações sob a perspectiva terapêutica, refletindo assim a perspectiva da doença também no campo das relações sociais. Renova-se a perspectiva de patologização da vida social (2017, p. 576).

Caminhando na mesma direção, a legislação do envelhecimento, notadamente a PNI (BRASIL, 1994;1996a) e o Estatuto (BRASIL, 2003), baseia-se na concepção de intervenção subsidiária do poder público que preconiza a ação estatal nas situações de falência ou inexistência de recursos familiares. De acordo com o princípio da subsidiaridade, a provisão social cabe às menores instâncias: família, comunidade, associações. Somente após essas intermediações que a responsabilidade passa a ser pública (MIOTO, 2004).

Nos *Cadernos de Atenção Básica*, em sua edição nº 19 (BRASIL, 2006e), sobre a temática do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, é dedicado um capítulo sobre o suporte familiar e social. A referência utilizada para essa abordagem é a teoria sistêmica, na qual as famílias são tomadas como um composto de subsistemas no seu interior. Os subsistemas são as relações intrafamiliares e os processos de interação entre seus membros, que ocupam lugares, papéis e funções definidos. As alterações nesse padrão são consideradas desajustes que devem voltar ao normal.

> Os sistemas familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais. Nos sistemas familiares funcionais, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada. Os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva protegendo a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes. Sistemas familiares funcionais ou maduros constituem para os profissionais, recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso. Os Sistemas Familiares disfuncionais são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Esses costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo não assumindo seus papéis dentro do sistema (BRASIL, 2006e, p.45).

Nessa linha, tal como comentado acerca da insuficiência familiar, as famílias precisam criar recursos internos para resolver os conflitos e suas disfunções.

> A função das Equipes Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um Sistema Familiar mais harmônico e funcional. Lembrando que como um sistema, ele sempre tenderá a um novo equilíbrio (BRASIL, 2006e, p. 50).

Com o objetivo de dimensionar a funcionalidade das famílias, foram desenvolvidos instrumentos capazes de mensurar e avaliar as dinâmicas familiares, tendo como fim o restabelecimento do “equilíbrio familiar” (BRASIL, 2006e, p. 44). Dentre esses instrumentos, destacamos: APGAR da família, genograma, escala de sobrecarga de Zarit e avaliação de violência contra a pessoa idosa, detalhados a seguir:

a) o APGAR de família é um instrumento de rastreio da funcionalidade familiar. Constitui sigla dos termos: *Adaptation, Partnership, Growth, Affection e Resolve.* “É um eficiente teste de avaliação rápida do funcionamento familiar no cuidado de pessoas dependentes” (BRASIL, 2006e, p. 46). Esses cinco atributos: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva, seriam os componentes básicos para a funcionalidade regular de qualquer família. O instrumento verifica a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso de bem-estar ou como um fator estressante. Mensura-se de 0 a 10 entre elevada e moderada disfunção familiar, e boa funcionalidade familiar. Torna-se parâmetro para intervenções profissionais sobre a família;
b) o genograma é bastante utilizado em seções de terapia familiar de base sistêmica e consiste num mapa por meio de símbolos, nos quais se busca conhecer os membros familiares e as relações entre eles. Na qualidade de mapa da composição familiar, pode ser um instrumento capaz de construir um desenho da configuração familiar. Mas, para montar e estabelecer níveis de relação, o genograma exige formação especializada porque atuará terapeuticamente sobre tais relações;

c) a escala de avaliação da sobrecarga dos cuidadores é baseada no instrumento desenvolvido na década de 1980, denominado na língua original por "*The Zarit Burden Interview*". Esse instrumento avalia níveis de sobrecarga entre cuidadores principais, compreendendo uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas se sentem ao cuidar de outra pessoa. Também são medidas as frequências das respostas para atingir uma classificação final (BRASIL, 2006e; MORAES, 2012);

d) o instrumento de avaliação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa foi desenvolvido em Porto Rico. São perguntas dirigidas ao idoso para identificar se ele vive situações de constrangimento verbal, físico, psicológico ou até financeiro. A intervenção prevê a notificação, se houver suspeita de maus tratos, ou acompanhamento preventivo familiar.

Reiteramos que a análise sobre a abordagem familiar, por intermédio de seus constructos de aferição e intervenção, exige uma compreensão que supere a mera instrumentalidade técnica. Isto é, antes de ser ferramenta de trabalho, é expressão de determinações políticas, éticas e teóricas que conferem direção ao trabalho e se alinham a interesses específicos. As ações profissionais e seus instrumentos de trabalho não constituem um fim em si mesmo. Ao contrário, possuem finalidades e intencionalidades.

Desconhecer as forças de poder presentes na sociedade e nas famílias que impossibilitam negociações e recursos é, como mencionado, superestimar as famílias. Essas, muitas vezes, são impelidas a assumirem papéis os quais não foram de sua plena escolha. Por exemplo, a divisão sexual do trabalho não se reduz às decisões entre marido e mulher. Políticas públicas e de configuração do trabalho definem formas de organização entre os gêneros e podem ou não facilitar as diferentes inserções na esfera do trabalho produtivo e reprodutivo.

A tarefa do profissional de saúde, na perspectiva sistêmica, é trabalhar com os recursos internos da família. Obviamente que tais recursos são potenciais no trabalho com famílias, mas, diante de questões estruturais e da ausência de políticas públicas, eles requisitam ações mais abrangentes para não renovar premissas morais e de ajustamento social.

Outro aspecto importante é que a abordagem sistêmica presume formação especializada para a terapia de família. Como apontamos, questões internas das famílias, quando tratadas do ponto de vista de suas subjetividades, precisam de tempo e trabalho apropriado para que possam ser maturadas pelas famílias e refletidas por elas. Não são situações que caibam em abordagens sem a devida formação, podendo recair em aconselhamentos e culpabilizações das famílias e de suas relações.

Em documento mais recente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), no item sobre atenção ao cuidador, não constatamos qualquer nota ou comentário sobre as desigualdades, muito menos críticas às políticas familistas. A ênfase repousa sobre o apoio ao cuidador por meio de orientações sobre os cuidados e apoio psicossocial para minimizar situações de sobrecarga e estresse. Não há reflexão no sentido de ampliar as políticas nem o cuidado como direito. Ao contrário, há o reforço das funções familiares. Esse documento dá continuidade a um documento publicado em 2014. Em nossa pesquisa, percebemos que o documento de 2014, embora familista, ponderava sobre os novos arranjos familiares e a necessidade de políticas intersetoriais de apoio às famílias. Esse texto não aparece mais em 2019, o que nos leva a ponderar que houve retrocesso na abordagem com recrudescimento de uma visão mais conservadora.

No âmbito das políticas de saúde, tomamos a ESF como referência e a matricialidade familiar como princípio de atuação para as equipes. Conforme Lole e Almeida (2017), a família é incorporada pela ESF como um segmento potencial de proteção e, ao mesmo tempo, como espaço reprodutor de violências. A tensão entre equipes de saúde e profissionais, diante de dificuldades de suporte familiar, é evidenciada na proteção social brasileira que tem a família com principal fonte de bem-estar.

Na ESF, as repercussões da contrarreforma são retratadas na focalização e precarização das condições de trabalho e a tônica da produtividade. As práticas de educação em saúde norteadas pela referência da educação popular em saúde inspirada em Paulo Freire (VASCONCELOS, 2008) é um sopro de esperança em ambiente tão moralizador. Contudo, ainda assim, há muitas práticas ecléticas invadidas pelo subjetivismo e individualismo.

Na PNAS (BRASIL, 2004), o público-alvo é a família em situação de “risco” ou “vulnerabilidade” social. A PNAS também assume a matricialidade sociofamiliar como princípio e diretriz, o que lhe confere um estatuto ambíguo em relação à família, conforme Teixeira (2018)[116]. Essa é considerada um núcleo a ser protegido, conferindo uma visão mais ampla de política de família, e assim como a ESF, sublinha suas funções tradicionais na provisão de bem-estar, a exemplo das condicionalidades para acessar benefício de transferência de renda. Segundo Lole e Almeida (2017, p. 5), “considerando que essas funções são tradicionalmente vinculadas às mulheres, a família termina por se constituir um espaço de reprodução da diferença sexual”. Para as autoras, o sistema de proteção social brasileiro ratifica uma lógica conservadora em relação às famílias e às mulheres ao se fundamentar no familismo

[116] Sobre a análise das políticas de natureza socioassistencial e a matricialidade sociofamiliar, ver também Mioto, Campos e Carloto (2015).

e na feminilização. “O PBF é emblemático nessa conformação, pois, ao priorizar as mulheres como beneficiárias do programa, reforça o lugar de centralidade e focalização da figura feminina no âmbito das políticas públicas” (LOLE; ALMEIDA, 2017, p. 7).

No campo do envelhecimento, temos alertado para o que se espera da família como cuidadora “natural” do velho, e o quanto o Serviço Social precisa distinguir sua ação da ótica hegemônica da gerontologia.

Apuramos, nas diferentes políticas setoriais, que o Serviço Social, ao buscar conhecimento especializado, pode redundar na perda de sua identidade profissional e de seu comprometimento com a perspectiva da totalidade social (MIOTO, 1997). A orientação de família na gerontologia, de naturalização dos cuidados e parca politização das relações sociais, colide frontalmente com as referências críticas com as quais o Serviço Social se filia.

Localizamos, junto aos representantes dos movimentos sociais na área e que são assistentes sociais, análises críticas em torno da apropriação de conteúdos da gerontologia pelo Serviço Social, ainda que haja o reconhecimento da necessidade de interação com temáticas próprias do campo.

Um dos entrevistados declarou as disputas políticas no interior da gerontologia. “[...] lideranças ou pesquisadores importantes na área, atualmente se associaram mais ao capital do que à luta para um envelhecimento como direito” (Solange). Os conceitos de envelhecimento ativo e insuficiência familiar também são lembrados por alguns dos entrevistados como assimilações pelo Serviço Social e até mesmo pelos movimentos sociais. “São conceitos pensados em outra realidade, não levam em contas as diversidades familiares de nosso país e a condição dos velhos trabalhadores” (Paula). Por outro lado, nos espaços das conferências estaduais, nacionais e audiências públicas, são as assistentes sociais que ponderam sobre a responsabilização familiar nas políticas, manifestando caráter crítico frente a essas proposições.

A articulação entre o Serviço Social e a gerontologia não se dá sem conflitos. Conforme estudos de Teixeira (2018), Alves, Paiva e Arruda (2016) e Paiva (2014), a produção acadêmica não acompanhou a militância e defasagens na articulação com o projeto ético-político da categoria são confirmadas, tendo como uma das principais consequências a aproximação com os conteúdos gerontológicos sem as devidas mediações contextuais e políticas. Não há como ignorar que esse foi um campo fértil para a militância e para o trabalho profissional do assistente social e que atualmente, novos desafios são apontados. Em agosto de 2017, foi lançado o livro *Envelhecimento na sociabilidade do capital*, organizado por Solange Maria Teixeira. O livro representa uma iniciativa do Serviço Social em adensar a temática do envelhecimento na direção do materialismo histórico dialético.

O acirramento entre projetos societários vislumbra tomada de atitudes. A organização empreendida pelos pioneiros e militantes atuais deve ser recuperada em seu valor central, qual seja: resistir ao avanço do conservadorismo e se manter na luta pelos direitos do velho trabalhador, das famílias e dos cuidadores.

Segundo Pereira (2009), o estudo sobre famílias, sobretudo na ótica do Serviço Social, deve privilegiar sua relação com a proteção social, ampliando e problematizando a análise para além das "funções" sociais da família. É preciso compreender e situar as famílias no âmbito da reprodução social e as múltiplas determinações exercidas sobre ela, o que inclui pensar as mudanças sociais contemporâneas, bem como o lugar ocupado pelas famílias junto às políticas sociais de capitalismo periférico.

O Serviço Social, dado o seu pioneirismo no campo, pode se destacar nesse debate. As produções sobre o trabalho com famílias dos anos de 1990 apontam caminhos mais críticos. Nesse universo, a articulação junto às famílias se redimensiona ao longo dos processos de trabalho profissional e interprofissional, visto que o plano de atenção integral demanda o estabelecimento do vínculo, da escuta e o respeito às questões socioculturais daquele segmento. É necessário ponderar sobre quais são os sentidos da ação profissional e inserção na rotina diária para o usuário e sua família, como as demandas das famílias são interpretadas e qual a direcionalidade dos atendimentos (MIOTO, 2010). Desconstruir a noção da intervenção de um viés policialesco ou higienista é importantíssimo para estabelecer uma relação que, de fato, ofereça apoio às famílias e aos idosos. A família é pensada nessa lógica, em seu sentido mais ampliado, sem restringi-la ao modelo nuclear (MIOTO, 2010). Trata-se de um espaço contraditório, plural e com múltiplos arranjos. Uma das tarefas colocadas para as equipes multiprofissionais e para o Serviço Social, em relação às famílias, é a de problematizar os conceitos e as experiências de cada profissional, de modo a refletir sobre os diferentes formatos familiares existentes e atentar para as implicações éticas de uma conduta profissional impregnada de conceitos morais.

A hegemonia da orientação funcionalista na saúde e na área do envelhecimento implica em posicionamentos por parte do Serviço Social, à medida que, ao nos referenciarmos ao pensamento social crítico, rompemos e superamos abordagens tradicionais no trato com as famílias para problematizá-las na sua historicidade (IAMAMOTO, 2013). O diálogo com a gerontologia deve imbuir-se de uma interseção de possibilidades. Se o Serviço Social contribuiu para esse campo, pode e deve continuar cooperando, sem que com isso deva flexibilizar princípios fundantes na sua formação e para o exercício profissional. As disputas sobre a hegemonia de saberes e práticas devem ocorrer em meio à sólida formação teórico-

metodológica, ética e política do assistente social. Isso implica muita clareza acerca do projeto profissional e das requisições, em geral, colocadas para o assistente social no campo do envelhecimento.

No que concerne ao objeto de nossa pesquisa, as reflexões produzidas no decorrer desta tese e a experiência profissional de dez anos na área nos autorizam afirmar que o trabalho do assistente social tende a ser reconhecido no campo. No entanto, dada a perspectiva interdisciplinar na gerontologia e sua potencialidade para abrigar diferentes concepções, é preciso problematizar mais criticamente alguns elementos, dentre os quais a ênfase nos aspectos comportamentais e naturalização familiar nos cuidados, como fizemos nesta seção.

4.3.3 Arremates finais: pela visibilidade da classe trabalhadora que envelhece e as cuidadoras familiares – Por uma política de cuidados!

Uma ideia que gostaríamos de grifar neste estudo para evitar reducionismos é que, diante das questões do envelhecimento na contemporaneidade, cabe em particular ao campo mais progressista do conhecimento, no qual incluímos o Serviço Social, ampliar as percepções sobre tal fenômeno, relativizar o caráter autoevidente do que é construído socialmente e desconstruir determinismos. Foi com essa intencionalidade que dialogamos com os autores nesta tese. Supondo algumas escolhas analíticas, compomos reflexões que, no terreno do reconhecimento das diferenças e do pluralismo (NETTO, 2012), possam apontar críticas e expandir a leitura. Tentando não sucumbir ao vício das dicotomias, é imperioso pensar o campo em questão, a partir das forças sociais atuantes, os projetos em disputa e quais valores sociais defendem.

A incorporação dos princípios defendidos internacionalmente pela geriatria e gerontologia nacional suscita que busquemos seus fundamentos para compreender com quais formatos se inserem na literatura e política nacional. Exige indagar como e por meio de quais vetores foram tão bem aceitos e assimilados no Brasil. Mesmo levando em conta que tais políticas têm particularidades históricas e conjunturais, não cabendo obviamente a absorção automática de suas orientações para realidades socioeconômicas diversas, há um processo mundializado que se impõe através das organizações multilaterais e suas proposições para os países signatários.

Desde os anos de 1980 e 1990, verifica-se que agências internacionais têm exercido pressão junto aos países periféricos para cumprirem recomendações de ajustes macroeconômicos, que incluem, dentre vários aspectos, alterações nas políticas sociais. Na área do envelhecimento, constata-se que tanto organismos como BM e FMI quanto ONU e OMS

acentuaram suas recomendações para a área, interferindo nos movimentos sociais e outros órgãos que atuam na defesa dos direitos dos idosos (TEIXEIRA, 2008). Tais instruções respaldam-se nos indicadores demográficos e sinalizam a urgência de implantar ações e estratégias para minimizar, reduzir ou impedir o envelhecimento com dependência, de sorte que, para além de potencializar essa nova fase da vida, contribuiria para conter os custos advindos do envelhecimento, como gastos com saúde, assistência e previdência social (TEIXEIRA, 2008).

Como lembra Faleiros (2017), essas orientações homogeneízam as políticas nacionais em torno de pautas comuns, nas quais se distingue a restruturação dos sistemas de proteção social com a reorientação dos gastos públicos e maior proeminência das famílias e comunidades nos encargos sociais, de modo a se manterem "sustentáveis" para o envelhecimento. Essa é a tônica que, de certa forma, parece "unificar" as participações históricas de cada país.

Outro ponto de esclarecimento é que, mesmo se restringirmos as reflexões traçadas ao âmbito geriátrico/gerontológico, observam-se matizes diversas acerca da temática envelhecimento. Conotações teórico-práticas que podem confluir entre si ou apontar para dissonâncias nem sempre explicitadas. É nesse cenário de correlação de forças entre perspectivas e projetos societários distintos que sustentamos nossa reflexão. Não intencionamos elaborar críticas vazias e polarizadas, mas, fazendo coro às críticas já empreendidas, discernir fronteiras em algumas abordagens. Apontamos questionamentos às tendências sintonizadas com a ênfase biomédica, que não concebem a velhice na sua complexidade cultural, objetiva e subjetiva. Enfatizamos os limites das propostas que não articulam às condições concretas do envelhecimento populacional das classes trabalhadoras nas sociedades capitalistas e, finalmente, que se rendem aos ditames da ordem do capital nas normatizações sociais, na mercantilização da vida em detrimento da satisfação das necessidades humanas, principalmente dos velhos.

Diversamente, posicionamo-nos junto àquelas perspectivas com mais potencialidade crítica, que contestam a apropriação da velhice como objeto manipulável das ciências e das políticas, seja pela sua negação, seja pela sua positivação idealizada. Que se situam nas lutas mais amplas por um envelhecimento digno e com direitos para todos os segmentos, grupos e classes sociais, mas comprometidos eticamente com aqueles que historicamente são expropriados de sua energia vital e desprovidos de direitos, atribuindo visibilidade a esses. A vertente que nos vinculamos é aquela para a qual a velhice e o envelhecimento são tidos como uma experiência com singularidades, decerto, e também como expressão de sua face universal,

na qual se agregam características comuns a segmentos sociais e de classes e à totalidade social em que se encontra.

As reflexões apresentadas salientam que os inúmeros e complexos desafios vivenciados por familiares/cuidadores não são abstratos. De maneira oposta, denunciam a realidade concreta e precisam assumir maior nitidez no espaço público. Pela sua invisibilidade, tendem a ser mantidos na privacidade familiar, equivalendo à "conspiração do silêncio", como definido por Beauvoir (1990), quando se constrói um pacto implícito de conservar os cuidados no espaço íntimo das famílias, cuja solução deve permanecer nesse mesmo espaço – individualizado.

Ratificamos a existência de determinações concretas na vida das famílias. As necessidades e/ou dificuldades encontradas não estão relacionadas apenas aos atributos individuais de cada grupo familiar, como intencionam as avaliações de sobrecarga e estresse dos cuidadores em uma intervenção pedagógica. Trata-se de uma delimitação proveniente do lugar ocupado pelas famílias e idosos da classe trabalhadora na sociedade, do empobrecimento e do contexto desigual da formação social brasileira, da ausência ou fragmentação das políticas sociais e das inúmeras alterações ocorridas na própria dinâmica familiar.

De acordo com Bathyany (2017), a crise contemporânea dos cuidados, tal qual referenciado por Groisman (2015), irrompe a "[...] incompatibilidade entre o aumento da demanda por cuidados (número de pessoas que demandam cuidados) e a oferta do cuidado (pessoas disponíveis para prestar o cuidado" (BATHYANY, 2017, p. 31),. Complementamos esse quadro com as mudanças demográficas, as configurações familiares e o desenho restritivo das políticas públicas.

Para Hirata (2010), o cuidado deve ser problematizado quanto ao seu caráter coletivo. A questão de gênero deve ser enfrentada e a política deve garantir direitos aos demandantes de cuidados e aos principais provedores, no caso, as mulheres. Defendemos que os cuidados precisam sair da esfera doméstica, sendo primordial reconstruir a clássica divisão sexual do trabalho e a valorização de quem cuida, e não apenas de quem é cuidado. O reconhecimento profissional e a ampliação de equipamentos públicos, similarmente, podem contribuir para a construção de um sistema mais extensivo.

Prosseguindo com esse argumento, Wiese, Mioto e Dal Prá (2016) refletem que a política de cuidados se articula à ideia do cuidado como direito, isto é, uma política integrada em rede e que incorpore a perspectiva de cidadania como elemento central (BATHYANY, 2017). Significa retomar e defender o papel do Estado como gestor da política social e disputar o fundo público, ou seja, navegar na contramão do que estamos presenciando.

Para Bathyany (2017), incorporar o cuidado na agenda pública resulta considerar a dimensão material, econômica e subjetiva que envolve os cuidados. Representa também ampliar o escopo dos cuidados para além da focalização nos segmentos considerados dependentes. Reforçamos que o cuidado sofre rebatimentos das desigualdades sociais marcadas por indicadores de gênero, geração classe, raça e etnia, como vimos em nossa pesquisa. Os cuidados realizados pelas famílias das classes trabalhadoras revelam a interseção de tais marcadores, uma vez que o acesso e a prestação de cuidados ocorre de maneira diferenciada entre segmentos e grupos populacionais.

Segundo Bathyany (2017), o cuidado na qualidade de direito intrínseco para a vida humana deve se constituir em um pilar da cidadania social, integrado ao sistema previdenciário, de saúde e assistencial. Nessa ótica, o cuidado é universal e não pode ser discriminado ou focalizado. O direito ao cuidado não pode condicionar-se à situação de renda, trabalhista ou de rede familiar, para tanto é necessário criar outras formas de cuidado para além do escopo familiar. “É o direito de cuidar, cuidar-se e ser cuidado” (WIESE; MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 7).

No Brasil, não há uma política de cuidados nos moldes do Uruguai, nem de família, nos termos de Pereira (2009). Mesmo com o maior investimento nas políticas de distribuição de renda nos anos 2000 e as políticas focais dirigidas para segmentos e/ou indiretas de cuidados (creches, por exemplo), não há integração entre as ações, além de estarem sendo desmantelados desde 2016. Sorj (2016) acentua que a licença-maternidade, por exemplo, não consegue reter as mulheres no trabalho, haja vista a ausência de uma política de creches que impele as mulheres a abrirem mão das atividades ocupacionais. Na área do envelhecimento, as ações de cuidados institucionais são restritas e não compõem uma rede articulada, com restrições para o acesso da população idosa mais dependente. Vivemos um momento conservador no país com limites a abordagens dessa natureza e desestruturação do que foi atingido.

Uma rede vem se estabelecendo na América Latina, há aproximadamente 15 anos, de pesquisadores sobre a temática (gênero e cuidados). Movimento recente, se comparado à Europa, mas que tem propiciado a socialização de pesquisas e experiências consistentes. Afinar o diálogo com a América Latina, dada às particularidades do continente e proximidades geográficas e culturais, pode desembocar numa rede de resistência aos retrocessos que vivemos no país e no restante do mundo.

Assim, é crucial o aprofundamento das condições nas quais são realizadas as formas atuais de cuidados na área do envelhecimento, que, como vimos, traduz um duplo movimento: a abstração da condição de trabalhador velho desfigura as reais condições de vida desse

segmento na sociedade capitalista e o obscurecimento das relações entre trabalho e família impõe o compromisso solitário na provisão social e dos cuidados. Acentuamos a importância de maior investimento, por parte de pesquisadores da área e outros domínios, no sentido de desconstruir e desvelar as complexas contradições que marcam a velhice da classe trabalhadora e a produção de cuidados familiares no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças na formação social brasileira, ocorridas ao longo do século XX, atravessaram uma geração de idosos que participaram de um período extenso e conturbado na história brasileira. Vivenciaram o incremento da industrialização e do assalariamento, a criação das primeiras normativas sobre o trabalho e a previdência social, o modelo desenvolvimentista e as migrações, a violência da ditadura militar, os ventos democráticos, as mudanças na proteção social, a restruturação produtiva em contexto de crise capitalista, além de transformações profundas nas relações intergeracionais no plano da cultura e dos valores.

As reflexões produzidas nesta tese partiram da problematização da condições atuais do velho trabalhador, que, inserido de forma fragmentada nas políticas públicas, teve parcela significativa de sua força de trabalho consumida, com consequente degradação da energia vital exaurida nas lutas cotidianas pela sobrevivência. Como nos lembra Faleiros (2017, p. 16), a vivência dos idosos no Brasil não se equipara à imagem do "trabalho gratificante e autônomo na velhice". A subsunção do trabalho ao capital impede o usufruto de uma vida plena de significados.

O(a) velho(a) trabalhador(a) das frações mais precarizadas experimenta, de modo especialmente trágico, as repercussões da perda do valor para o capital, submetendo-se às condições aviltantes de trabalho ou compondo a população excedente. As políticas de seguridade social não têm sido suficientes para suprir as necessidades do envelhecimento e de cuidados, sobretudo com dependência funcional ou cognitiva. Ponderamos que as condições do idoso da classe trabalhadora em situação de dependência e de desigualdade social anunciam a desventura do envelhecimento humano brasileiro diante do formato atual de nossas políticas públicas que definem e privatizam as formas de cuidados.

O campo geriátrico/gerontológico se desenvolveu em meio às complexas mudanças do século XX e a partir do aumento das taxas de longevidade humana, elevando a velhice ao patamar de categoria social e a objeto de estudos científicos.

Circunscrevemos o debate no âmbito das produções elaboradas pelo campo geriátrico/gerontológico, identificamos suas tendências e os determinantes que conformam o processo de envelhecimento e de cuidados como uma questão da esfera privada. Influente nas políticas públicas para o envelhecimento, o campo geriátrico/gerontológico produziu conteúdos em diferentes áreas acadêmicas, agregando um campo extenso de conhecimento, com foco na área biomédica.

A partir dos anos de 1990, com as mudanças no âmbito do trabalho, da organização social e dos princípios das políticas sociais, aliadas ao crescente envelhecimento populacional, propagou-se um discurso de apropriação da velhice como problema econômico e como ônus para a sociedade. No âmbito da saúde, os movimentos de prevenção e promoção da saúde se articularam com os conceitos de envelhecimento ativo e funcionalidade na construção de programáticas e políticas para as áreas setoriais.

Confirmamos que o enfoque em torno da velhice da classe trabalhadora tem sido secundarizado. Atestamos que o esmaecimento de classe incluso nas formulações geriátricas/gerontológicas de normatização transforma-se em potente recurso para mascarar as vicissitudes das experiências do velho trabalhador dependente, com graves repercussões no universo dos direitos e da (des) proteção social. Trata-se de um campo de disputas entre vertentes mais comportamentais e progressistas, com tendência, na área do envelhecimento, à reprodução da individualização dos cuidados.

O campo apresenta uma direção, que na conjuntura atual é ainda mais evidenciada com o avanço do conservadorismo e os ataques aos sistemas de direitos, aos movimentos sociais e suas formas de organização. Entretanto, comporta concomitantemente movimentos de críticas. A contraposição a essa hegemonia vem sendo engendrada principalmente pelas ciências sociais e humanas que "partem de outras referências epistemológicas" (BARBIERI, 2014, p. 75) e filiam-se, nos termos de Groisman (2015, p. 22), ao "[...] campo de conhecimento que concilia a investigação de assuntos relacionados aos problemas sociais do envelhecimento com autores da teoria crítica contemporânea".

Percorrer a organização da proteção social, brevemente no âmbito internacional e mais detalhadamente no Brasil, foi fundamental para contextualizarmos as transformações sociais, econômicas e políticas, bem como as modulações discursivas sobre o envelhecimento.

Salientamos as responsabilidades políticas em relação ao envelhecimento e o impacto que a crise capitalista e as contrarreformas vêm provocando no âmbito dos direitos. Teixeira (2008) comenta que os padrões de proteção social, aos trabalhadores que envelhecem, transitaram de um modelo clássico liberal para o maior intervencionismo estatal e o retorno aos contornos "atuais" neoliberais. Porém, em todos esses ciclos, havia uma complementaridade entre proteção pública e privada. Nos dias de hoje, revitaliza-se a proteção privada como recurso sistemático e não mais subsidiário.

Com efeito, o conjunto de leis delineia um ambiente de disputas por garantia de direitos, como, da mesma forma, exprime as lutas em torno de projetos societários distintos. Como lembram Behring e Boschetti (2011), é apropriado levar em conta também a antecipação da

política às questões emergentes e latentes. No caso da velhice, o desenlace dos alarmantes indicadores demográficos que a coloca como ameaça aos sistemas de seguridade social se exibe como artimanha histórica de nossas políticas sociais de antecipação e cooptação de uma demanda, transformando-a em possíveis soluções às necessidades da população.

As políticas públicas familistas e a produção de cuidados na área do envelhecimento integraram outro universo de reflexões. Vimos que a família e a mulher ocupam centralidade na provisão de bem-estar, com impactos desiguais na vida social, pessoal e laborativa entre os gêneros. O cuidado foi problematizado não somente na sua dimensão individual, mas a partir das determinações macrossocietárias para sua produção, tanto no universo das famílias, quanto nas políticas sociais. Situamos o cuidado, na perspectiva do *care*, como trabalho não remunerado inscrito na reprodução social e na divisão sexual do trabalho. Apontamos o reconhecimento dos cuidados como trabalho e um direito a ser garantido pelo poder público.

Finalmente, nos capítulos 3 e 4, apresentamos os resultados da pesquisa de campo, na qual investigamos as condições de cuidado e retomamos os enfoques comportamentais e familistas nas políticas públicas como síntese das reflexões acumuladas no decorrer da tese. No capítulo 3, incorporamos a discussão dos velhos e velhas trabalhadores(as) demandantes de cuidados de nossa pesquisa e a organização do cuidado domiciliar.

A maior parte dos idosos de nossa amostra sobrevive com seus recursos previdenciários (aposentadorias ou pensões) entre um a dois salários mínimos. Constituem as pessoas de referência de seus domicílios e deparam-se regularmente com frequentes ameaças e instabilidade de perda de direitos. São homens e mulheres, a maioria migrantes, trabalhadores desde muito jovens na informalidade ou em vínculos intermitentes, com baixa escolaridade e rendimentos insuficientes. Trabalhadores(as) da área de serviços ou doméstico não remunerado, acometidos pelo adoecimento crônico com repercussão direta no exercício da autonomia, usufruíram pouco da aposentadoria ou pensão, seja porque continuariam trabalhando até adoecer, seja porque adoeceriam ainda na “ativa”.

Homens e mulheres desgastados pela vida de trabalho e na velhice, “protegidos” pelos mínimos sociais, perderam o vigor, a energia e a memória, cuidados por mulheres jovens, idosas, filhas, esposas, sobrinhas, quase todas negras “ou quase brancas”. Mulheres que precisaram abdicar de suas vidas para os cuidados e vivem no limite de suas necessidades. Limpam a casa, preparam alimentos, higienizam o corpo, ministram medicamentos, realizam procedimentos técnicos, medeiam os espaços institucionais, realizam procedimentos burocráticos, moram longe, administram a renda e se negligenciam.

As mulheres cuidadoras mais velhas incorporam o papel tolerante da esposa. Não podem se queixar, “sofrem por seus maridos, bravos guerreiros”. As mais novas parecem mais indignadas, nervosas, não se apassivam. Contudo, desconhecem seus direitos e não estão organizadas politicamente.

O tempo é regido externamente. Não há dia, noite nem descanso. As atividades são de extrema responsabilidade, “vivem no fio da navalha”. Sentimentos ambíguos transbordam nas narrativas, reforçados pela moralidade e culpabilização.

O apoio e o suporte institucional que recebem no serviço (NAI) são valorizados ao máximo. Sentem-se privilegiadas por serem atendidas em um serviço de tanta qualidade. Mas também ficam cansadas e esgotadas pelas cobranças e responsabilidades associadas à ausência de apoio efetivo da rede. Resistem e lançam mão de recursos próprios para corresponder aos cuidados necessários. Verificamos que as redes mais cooperativas foram organizadas pelas mulheres.

A naturalização do lugar da família nos cuidados replica a concepção tradicional de família, invalidando as suas transformações internas e externas, além de fortalecer um discurso retrógado em relação aos direitos, singularmente os direitos da mulher. A desvalorização do trabalho reprodutivo pesa na vida dessas mulheres, e, longe de serem consideradas improdutivas, permanecem no desgaste de sua força de trabalho nas rotinas do trabalho doméstico e de cuidados.

No capítulo 4, percorremos a rede socioinstitucional do município do Rio de Janeiro e nos deparamos com as mudanças em curso no território. No mapeamento dos recursos públicos, revelamos os limites e suas restrições. Ratificamos o padrão de política social no contexto das contrarreformas do capitalismo contemporâneo e o distanciamento entre o previsto em lei e o efetivado nos serviços. Confirmamos que as dificuldades dos cuidados se exacerbam diante da conformação de nossas políticas públicas, pois a sua maior ou menor abrangência impacta diretamente os cuidados realizados pelas famílias e a assistência prestada aos idosos.

Constatamos que o previsto nos planos e metas não correspondem às necessidades de cuidados. A lógica empresarial e de focalização está totalmente entranhada nos projetos assistenciais e de saúde. Os números são demonstrados quanto à sua efetividade, mas as pessoas continuam em sofrimento e não conseguem usufruir adequadamente os serviços e programas.

A maioria das famílias atendidas em nossa unidade tenta acessar os recursos atualmente oferecidos pelo setor público e filantrópico. Sem embargo, avaliam a insuficiência deles diante do volume de necessidades oriundas do processo de adoecimento do idoso, bem como a

morosidade e burocratização desses trâmites. As iniquidades no acesso impedem o pleno alcance a tais serviços, reiterando a estratificação dos grupos populacionais e as desigualdades.

Outro fator relevante é o obscurecimento das informações pelos programas e serviços, além de sua fragmentação, com pouca ou nenhuma integração. Não localizamos um devido quadro demonstrativo da rede, muito menos a estruturação dos fluxos e atendimentos. Nesse sentido, o mapeamento desses serviços e sua devida análise viabiliza não apenas o levantamento de problemas, como particularmente a socialização dessa questão, com a perspectiva de exercer algum tipo de pressão para maior transparência sobre critérios de elegibilidade, contribuindo para uma discussão mais consistente sobre a proteção social e a necessária articulação e fortalecimento das estratégias de controle social.

Na saúde, verificamos que documentos recentes do MS (BRASIL, 2014; 2019) projetam expectativas em torno das redes (RAS), sem levar em conta os problemas concretos desses equipamentos. A ideia de a atenção básica permanecer como referência para o idoso, mesmo que ele já esteja vinculado a outra unidade de saúde, não se concretiza. As dificuldades para atendimento das equipes são múltiplas e complexas. Terminam por priorizar ações. Os serviços operam com suas possibilidades e limites, e não conseguem avançar para uma ação mais integrada entre os diferentes níveis. A construção da rede de atenção ao idoso, em particular, com dependência, persiste com muitas lacunas assistenciais. Parece-nos que as orientações permanecem num plano abstrato do “dever ser”, ou, como diz Cecílio (2012, p. 4), uma reiteração discursiva sem materialidade diante da “quimera da atenção básica”, entendida como “um sonho que nunca se realiza”.

O SUS, constantemente atacado em seus princípios fundamentais, persiste instável e fragmentado. A ESF, gerida por instituições privadas de interesse público, reforça a produtividade e a focalização das ações em saúde para os grupos considerados de risco. O aumento numérico da cobertura populacional pela ESF, ocorrido entre os anos de 2012 e 2016, não representou mudanças qualitativas na assistência prestada, muito menos a capacidade de coordenação do projeto “terapêutico”, como indicado pelos documentos norteadores da área. A tendência no Rio de Janeiro, na gestão atual, é focalizar nos segmentos mais vulnerabilizados e interromper a ampliação territorial com o argumento de redução de custos. Isso quer dizer que nem todos os idosos, demandantes de cuidados, terão acesso à atenção básica. Confirmamos a predominância da racionalidade privada ocupando o espaço público com o objetivo de sua mercantilização.

O fato de a população idosa não receber atenção diferenciada compromete o cuidado integral, reforçando a fragilidade das ações preventivas e promocionais no sentido de impedir

o agravamento das condições gerais de saúde. Mas, de certa forma, é compatível com a lógica da individualização dos cuidados, transferindo responsabilidades coletivas para o âmbito privado.

Os cuidados de longa duração descritos como ações transversais dirigidas à população idosa com dependência, em caráter prolongado, são desconhecidos por parte dos movimentos sociais e serviços, pelo menos em suas programáticas. Os projetos de atenção à pessoa idosa existentes funcionam limitadamente, não consistindo em políticas sistematizadas e articuladas entre si.

O documento do MS (BRASIL, 2019) cita a unidade de cuidados prolongados (UCP), regulamentada pela portaria 2809, de 7 de dezembro de 2012, que prevê leitos de recuperação e reabilitação para até 90 dias, como estratégia de cuidados intermediários entre os cuidados hospitalares e a atenção básica. Esses serviços já haviam sido mencionados pela PNSPI (BRASIL, 2006d) ao apontar como um dos principais desafios da rede a ausência de serviços intermediários entre o hospital e a casa. Não verificamos essa modalidade na rede do município.

O percurso da legitimação da Assistência Social como política pública não se deu, nem vem se dando sem inquietudes. Grifada historicamente pela cultura do favor, a política de assistência social disputa espaços em um campo tenso e fecundo para investidas regressivas e moralizantes.

A rede de assistência social no município do Rio de Janeiro opera implementando ações de proteção social de baixa, média e alta complexidade. São projetos importantes para frações das classes trabalhadoras e revelam as contradições existentes no âmbito da política. Os serviços socioassistenciais dirigidos à população idosa tendem a priorizar um segmento mais independente, havendo, em função desse fato, lacunas na articulação com outras áreas setoriais. Os processos desenvolvidos nos espaços de acolhimento institucional e preservação de vínculos familiares são fundamentais, mas estão aquém das necessidades de cuidadores e idosos dependentes. Temos ciência de que essa realidade não é particular do Rio de Janeiro. Trata-se de um desafio em âmbito nacional. Porém, o Rio de Janeiro talvez oferecesse condições para implantação de experiências pioneiras, a exemplo de alguns projetos exitosos em São Paulo (SP) e Belo Horizonte (BH/MG) (MAIO, 2016). Em São Paulo, há um programa de acompanhamento de cuidadores no domicilio, projeto pensado e realizado intersetorialmente. Em Belo Horizonte, o projeto Melhor Cuidado se articula com as secretarias de assistência e saúde e realizam projeto de atenção domiciliar, com critérios menos restritivos do que o PADI/RJ, inclusive com financiamento público para contratação de cuidadores. Sobre a previdência, não é demais relembrar que os benefícios, apesar de restritivos, alteram a dinâmica

dos cuidados ao garantir recursos financeiros que permitam custear alguns gastos. Observamos nas entrevistas que as aposentadorias e pensões são a única fonte de renda da maioria das cuidadoras.

A ótica comportamental está presente nas orientações, políticas e programas da área, nos movimentos sociais (pela ideia do empoderamento), nos espaços de convivência para idosos, e nos serviços de saúde e assistência para idosos dependentes, através da massificação de escalas de mensuração dos riscos. Da responsabilidade individual, traça-se um caminho direto para a responsabilidade familiar que assume o status de síndrome geriátrica nomeada como insuficiência familiar com abordagem funcionalista. Essa lógica encontra terreno fértil em momentos de grande instabilidade política e econômica. Razão pela qual é conveniente ficar muito atento para as soluções rápidas de privatização e familiarização.

Os instrumentos adotados reiteram comportamentos individuais ou relacionais e não fazem mediações com demandas coletivas, muito menos com as determinações conjunturais. O sentido coletivo das necessidades humanas passam a ser as necessidades individuais, próprias das trajetórias pessoais e subjetivas. Tudo é mercantilizado. A homogeneização das diferenças de classe, intencionais ou não, contribuem para a ausência de crítica sobre a barbárie do mundo capitalista em que vivemos, para a aceitação e resignação desse modo de produção e pelo amortecimento das lutas.

No âmbito do controle social, a luta é desafiadora diante da conjuntura atual e do mais recente decreto que altera a composição do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) e outros conselhos. Há fragmentação e disputas em uma importante história de militância no campo. Porém, o fato de os cuidados familiares não serem pautados nesses espaços reforça uma cultura familista, e, por conseguinte, a ausência de movimentos em direção a uma política de cuidados.

Frisamos que a luta por políticas públicas de cuidados no Brasil deve constar da agenda política dos vários setores e não restrito à área do envelhecimento. Defendemos aqui a necessidade uma política integral e que efetivamente garanta o suporte devido aos idosos e suas famílias, e também ao conjunto da classe que vive do trabalho nesse país.

A categoria gramsciana de hegemonia, dada a sua dinamicidade, indica mecanismos de lutas pelo predomínio de interesses e negociações em torno de grupos e frações de classe, mas também a concessão de demandas e reinvindicações, de forma a manter a classe dominante na qualidade de dirigente. A contra-hegemonia, expressão cunhada por autores marxistas (COUTINHO, 2010), revela em si a sua antítese. Dialeticamente, expressa os antagonismos entre as classes e as pressões existentes para um projeto societário que se oponha ao dominante.

É uma expressão considerada estratégica diante das possibilidades de lutas, tanto ideológica quanto material, indicando outras forças sociais emergentes.

Coutinho (2010), apoiado em Gramsci (1976), alertava há 19 anos que vivíamos a hegemonia da pequena política[117], que transforma a arena política em um campo amorfo, alheio e externo à vida cotidiana, sobre a qual repousa a falsa percepção de que não existem forças capazes de enfrentarem o instituído. A análise do autor referia-se a outro momento histórico, todavia sua reflexão é pertinente para o momento atual. Esse panorama nós já conhecemos: viola direitos, individualiza a "questão social", reprime as lutas, privatiza setores essenciais como a saúde, desfinancia a seguridade social, coopta lideranças, antecipa demandas, focaliza as ações e forja discursos que alienam e mantém as estruturas de domínio.

O que se pode projetar nesse cenário? Coutinho (2010, p. 34) afirma que "[...] pessimismo da inteligência, sim, mas também otimismo da vontade. Ou seja, realismo sem ilusões na análise da conjuntura, mas ao mesmo tempo, empenho na luta para transformar essa conjuntura".

Uma análise fecunda sobre os movimentos sociais na contemporaneidade é inevitável para lançar luz sobre as novas táticas políticas favoráveis a projeções mais amplas e que promovam desequilíbrio na hegemonia hoje instaurada nos diferentes espaços políticos.

O enfrentamento das propostas que se anunciam no âmbito municipal, estadual, federal e internacional reclama por muito engajamento dos trabalhadores (as). E indica que o momento é delicado. Uma sociedade que explora o trabalho e desvaloriza o trabalho reprodutivo, um estado capitalista que esgota as energias e mingua as esperanças dos velhos (as) e cuidadores (as), constitui terreno movediço a requisitar novas formas de luta.

Encerramos esta tese com a sensação de dever cumprido, embora em um momento muito difícil para o país. Visibilizamos questões relativas às condições de vida e de trabalho de velhos(as) e cuidadoras, assim como situamos o terreno no qual essas questões se materializam, descortinando as contradições e os discursos travestidos de "boas intenções". No entanto, complexas questões continuam emergindo na conjuntura atual e um ponto final ou reticências precisavam ser colocadas. Algumas questões persistem como temáticas para pesquisas futuras. Destacam-se reflexões mais ampliadas sobre a categoria de questão social no campo do debate racial e étnico. A discussão de classe social como experiência em Thompson (1987) pode

[117] Segundo Gramsci (1976), há duas acepções empregadas ao termo política: a grande política refere-se às questões mais gerais da sociedade e deve equivaler em afirmação da liberdade. A pequena política está presente no dia a dia e em diferentes estruturas sociais. Sofre as determinações conjunturais e tende a se afastar das discussões que envolvem toda a sociedade.

contribuir para analisar os desafios de organização política na contemporaneidade, e o debate de gênero também enseja aprofundamentos, assim como as discussões sobre a consubstancialidade e a interseccionalidade. Na área do envelhecimento, é preciso reforçar a contra-hegemonia no campo, pautada no pensamento crítico, impulsionando debates mais abrangentes e que levem em conta a realidade brasileira e os desafios da classe trabalhadora que envelhece e cuida. Nessa direção, o Serviço Social não pode se abster da apreciação crítica acerca do processo de envelhecimento populacional brasileiro, colaborando com um conhecimento mais apurado das inferências contextuais desse fenômeno.

Enfim, não é conclusão, mas sim início de outra jornada. O rio continua na sua viagem e outras paragens serão contempladas.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSOM, P. Neoliberalismo, pluralismo de bem-estar e configuração das políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. (Org.). *Política social*: alternativas ao neoliberalismo. Brasília: UnB, 2004.

ABRASCO. A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. 13 nov. 2018a. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>. Acesso em 12 dez. 2018.

ABRASCO. Especial ABRASCO sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. 31 ago. 2018b. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em: 5 mar. 2019.

ABRASCO. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 20 fev. 2019. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 5 mar. 2019.

ABREU, A. R. P; HIRATA, H; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França* – perspectivas interseccionais. São Paulo: Editora Boitempo, 2014.

ALBARRACÍN, J. O trabalho doméstico e a lei do valor. In FARIA, N.; NOBRE, M. (Org.). *O Trabalho das mulheres*: tendências contraditórias. São Paulo: SOF Sempreviva Organização Feminista, 1999.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D'A. Perspectiva de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 28-38, dez. 2015.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. *Política nacional do idoso*: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: MIONE, A.S.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Org.) *Política social, família e juventude*: uma questão de direitos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Família, Trabalho e Responsabilidade Social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, J. M. de O.; ALENCAR, M. M. T. (Orgs.). *Famílias e Famílias*: práticas sociais e conversações contemporâneas, Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

ALMEIDA, C. C. L. Saúde e Cuidado: elementos para o trabalho com família. In: DUARTE, M. J. O. et al. (Orgs.). *Política de Saúde Hoje*: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Editora Papel Social, 2014.

_____. Mudanças na família e proteção social: Idosos sozinhos nos cuidados de saúde. *Simpósio apresentado no XV ENPESS*, Ribeirão Preto-SP, 2016.

ALMEIDA, C. C. L. Por uma “(r)existência em tempos sombrios”: entrevista com o Professor Dr. Marco José de Oliveira Duarte. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 39, v. 151, 2017. p. 263-270.

ALMEIDA, C. C. L; LOLE, A. Gênero, identidade e política: e agora, aonde vamos?. *Revista Temporalis*, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 79-94, jul./dez. 2014.

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. *Serviço Social & Sociedad*e, São Paulo, n. 109, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T. O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015.

ALVES, G. A. P.; SELEGRIN, E. F. R. A condição de proletariedade: esboço de uma analítica existencial da classe do proletariado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 71-90, jan./jun. 2011.

ALVES, S. B. *Serviço Social e Envelhecimento*: estudo dos fundamentos teórico-políticos sobre velhice na produção de conhecimento do Serviço Social no Brasil. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. UFPE, 2015.

ALVES, S. B.; PAIVA, S. O. C.; ARRUDA, F. T. Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 75-83, jan./jul. 2016.

AGUIRRE, R.F. Famílias como provedoras de servicios de cuidados. In: ASTELARRA, J. (Coord.). *Gênero y cohesion social*. Madrid: Fundação Carolina – CeALCI, 2007, p. 83-94. Disponível em: <www.fundacionancarolina.es>. Acesso em: 20 jul. 2018.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL – ANFIP. *Revista Seguridade Social e Tributação*, Brasília, ano XXI, n. 106, 2011.

_____. Dieese – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Previdência*: reformar para excluir? Contribuição técnica ao debate sobre a reforma da previdência social brasileira. Brasília: ANFIP/DIEESE; 2017.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir. *Pós-Neoliberalismo*: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, sept./dec. 2014.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M .I. S.; PACHECO, J. Novos Agentes Econômicos Fomentados pela Contrarreforma Liberal na Saúde: um panorama das organizações sociais atuantes no município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. et al. (org.) *A mercantilização da saúde em debate*: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. *O caracol e a concha*: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005

_____. Riqueza e miséria do trabalho no Brasil. SP, Editora Boitempo, 2006.

ARAÚJO, C.; VEIGA, A. Um difícil equilíbrio – vida familiar e trabalho remunerado de mulheres e homens no estado do Rio de Janeiro. In: ARAÚJO, C; GAMA, A. (Orgs.). *Entre a casa e o trabalho*: gênero e família no Rio de Janeiro. NURDEG/UERJ, 2017.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. São Paulo: Guanabara Koogan, 1978.

_____. Une histoire de la vieillesse. In: *Communications*, Paris, n. 37, Seuih, 1983. (tradução nossa). Disponível em: <https://www.persee.fr/issue/comm_0588-8018_1983_num_37_1>. Acesso em: 10 jan. 2019.

AROUCA, S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

ASSIS, M. *Promoção da Saúde e Envelhecimento*: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP, 2004.

_____. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

ASSIS, R. L. M. A Previdência Social é sustentável, o que está em disputa são os seus recursos. *Carta Capital*, 24 out. 2016. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/a-previdencia-e-sustentavel-mas-seus-recursos-estao-em-disputa>. Acesso em: 10 ago. 2018.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado*: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª Edição CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Rio de Janeiro, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 375-417.

AZEREDO, B. Políticas públicas de emprego no Brasil: limites e possibilidades. In: OLIVEIRA, M.A. (Org.). *Reforma do Estado e Políticas de emprego no Brasil*. Campinas: UNICAMP, I.E., 1998.

BANCO MUNDIAL. *Evitando a crise da velhice*: políticas para proteger os idoso e promover o crescimento. Banco Mundial, 1994.

BARBIERI, N.A. *Doença, envelhecimento ativo e fragilidade*: discursos e práticas em torno da velhice. 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L. de B.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. D. *Envelhecimento e Dependênci*a: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BATHYANY, K. Desafios para a organização da política de cuidados no Uruguai. In: ARAUJO, C.; GAMA, A. (Org.). *Entre a casa e o trabalho*: gênero e família no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: NUDERJ-UERJ, RJ; Editora ABE Graph, 2017.

BATTYANY, K.; GENTA, N.; SCAVINO, S. Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil en Uruguay. *Cadernos de Pesquisa*, v. 47, n. 163, p. 292-319 jan./mar. 2017.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. RJ. Editora Nova fronteira, 1990.

BEHRING, E.R. *Política Social no Capitalismo Tardio*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e a perda de direitos. 2ª edição, São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Crise do Capital, Fundo Público e Valor. In: *Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos*. São Paulo, Cortez, 2010.

_____. Aula ministrada no Programa de Pós Graduação de Serviço Social. Faculdade de Serviço Social – UERJ. 2015

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. *Política Social: Fundamentos e História*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988.

BERNARDO, M. H. J. A centralidade da família na legislação e a violência estrutural: reflexões iniciais sobre a violência intrafamiliar no campo do envelhecimento. *Anais do 14º CBAS-Águas de Lindoia*, SP, 2013.

_____. Da velhice desamparada à centralidade das famílias na legislação: um panorama crítico das políticas dirigidas ao segmento idoso. *Anais do 15º CBAS –Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Olinda/PE, 2016a.

_____. Revisitando as políticas sociais dirigidas ao segmento idoso. *Anais do XV ENPESS, Encontro Nacional de Pesquisadoras (es) em Serviço Social*, Ribeirão Preto /SP, 2016b.

_____. Envelhecimento com dependência: a invisibilidade dos cuidados familiares. In: BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade* – Uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (NAI / UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: Editora CRV, 2016c.

BERNARDO, M. H. J. A velhice da classe trabalhadora e a naturalização dos cuidados familiares. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. São Paulo: Papel Social, 2017.

_____. A produção de cuidados na família e as políticas para o envelhecimento. *Em Pauta*, Rio de Janeiro. n. 42, v. 16, p. 65-80, 2º sem. 2018.

BERNARDO, M. H. J.; ASSIS, M. A saúde do idoso e a integralidade da atenção. In: DUARTE, Marco José et al. *Política de Saúde Hoje*: Interfaces e Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

_____. Atenção integral à saúde do idoso: por que e para quê? In: BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L. B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade* – Uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (NAI/UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: Editora CRV, 2016.

BERNARDO, M. H. J; AMORIM, C. O.; MAIA, P. S. M. O projeto de atenção domiciliar desenvolvido no NAI: um balanço crítico. In: BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade* – Uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (NAI / UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: Editora CRV, 2016.

BERZINS, M. A.V.S. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. Revista *Serviço Social e Sociedade, Velhice e Envelhecimento*, São Paulo: Cortez, ano XXIV, n. 75, 2003.

BETIM, F. Menos latrocínios e mais mortes por policiais. Qual é o legado da intervenção no Rio? *El País*. 28 dez.2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/12/27/politica/1545875863_659881.html>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BOFF, L. *Saber Cuidar*. Ética do humano – Compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORN, T. *Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velho (a)*¿ Considerações sobre a família, asilo, (im) previdência social e outras coisas mais. SP: Ed. Kairós, 2001.

_____. (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência*: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2008.

BOSCHETTI, I. A insidiosa corrosão do sistema de proteção social europeu. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 112, 2012.

BRAGA, R. *A política do precariado*: do populismo à hegemonia lulista. São Paulo, Ed. Boitempo, 2012.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> . Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Lei Orgânica da Assistência Social*, n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em 7 jun. 2018.

_____. *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Decreto no 1.948*, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1996a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Resolução nº 196*, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. *Lei nº 9.637*, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em 10 maio 2018.

_____. *Portaria interministerial MS/MPAS nº 5.153*, de 7 de abril de 1999. Brasília: MS\MPAS, 1999a. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf.>. Acesso em 03 fev. 2016.

_____. *Portaria 1395*, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001. NOAS\SUS 01\2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em 10 jan. 2016.

BRASIL. *Portaria nº 373*, de 27 de fevereiro de 2002. NOAS\SUS 01\2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em 10 jan. 2016.

_____. *Portaria nº 702*, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: < https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=183336>. Acesso em 10 jun. 2017.

_____. *Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002*. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10424-15-abril-2002-330467-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 10 jun. 2017.

_____. *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Institui o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. *Resolução RDC n. 283*, de 26 de setembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde – Agência de Vigilância Sanitária, 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df>. Acesso em 24 jul. 2015.

_____. *Resolução RDC n. 11*, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde – Agência de Vigilância Sanitária, 2006a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. *Portaria nº 687*, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf.>. Acesso em 10 jan.2017.

BRASIL. *Portaria nº 2.528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 7 jun. 2018.

_____. E*nvelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. *Portaria n. 1559 de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. *Portaria 4. 279*, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministérios da Saúde, 2010. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 02. fev. 2018.

_____. *Decreto nº 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 10 jan. 2016.

_____. *Lei n. 12.436 de 6 de julho de 2011*. Altera a Lei n. 8742 de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12436.htm>. Acesso em 02 fev. 2018.

_____. Política Nacional da Atenção Básica. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 04 jan. 2018.

_____. *Lei n. 12550, de 15 de dezembro de 2011*. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2011d. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em 10 jun. 2017.

_____. *Resolução nº 466, de 12 de outubro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. *Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS*: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 10. Jan. 2018.

_____. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. *Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em 10 jan. 2017.

_____. *Relatórios de Informações Sociais*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2016c. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/index.php>. Acesso em: 29 maio 2017.

_____. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 10. Fev. 2018.

_____. *Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. E*stabelece as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* : uma política para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf.>. Acesso em 10 nov. 2018.

_____. Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico*, n. 11, v. 49, mar. 2018. Disponível em: <http:// portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/ marco/26/2018-009.pdf >. Acesso em: 09 fev.2019.

_____. *Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde (SUS).* Brasília: Ministério da

Saúde, 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

BRAVO, M. I. S. Principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais. *Em Pauta – Revista da FSS-UERJ*, UERJ, n. 13, RJ, 1998.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos lula e Dilma. In:SILVA, L.B.; RAMOS, A. *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas*: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate*: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015, p. 61-67.

BRITTO DA MOTTA, A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, MCS; COIMBRA JUNIOR, CEA (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 37-50.

_____. As velhas também. *Revista Ex aequo*, Vila Franca de Xira, n. 23, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n23/n23a03.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BRUSCHINI, C. Desigualdades de Gênero no Mercado de Trabalho Brasileiro: O trabalho da mulher no Brasil e nas Regiões Nordeste e Sudeste na década de oitenta. In: CFEMEA/ELAS, *Em busca da igualdade*: discriminação positiva, ações afirmativas. Brasília: CFEMEA: São Paulo: ELAS, 1996.

_____. Fazendo as perguntas certas: como tornar visível a contribuição econômica das mulheres para a sociedade? In: ABRAMI, L.; ABREU, A. (Orgs.). *Gênero e trabalho na sociologia latino-americana*. São Paulo, ALAST/Secretaria de Emprego e Relações de Trabalho do Estado de São Paulo, 1998. p. 277-294.

_____. Trabalho feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil 1985-1995). In: ROCHA, M. I. B. da (Org.). *Trabalho e Gênero* – Mudanças, permanências e desafios. Campinas: ABEP/NEPO-UNICAMP/CEDEPLAR-UFMG, 2000. p. 13-18.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões, tendências. RJ: FIOCRUZ, 2009.

CALDAS, C. P. Cuidador: sua instância de experiência. In: CALDAS, C. P. (Org.). *A saúde do idoso*: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 51-71.

_____. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMARANO. A. A. *Características das instituições de longa permanência para idosos* – região Sudeste. Brasília: IPEA; Presidência da República, 2010.

CAMARANO. A. A.; ABRAMOVAY, R. *Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil*; panorama dos últimos 50 anos. Rio de janeiro. IPEA. 1997. (Texto para Discussão, n. 621).

CAMARANO. A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidado de longa duração para a população idosa*: um novo risco a ser assumido? Rio de Janeiro, IPEA, 2010. p. 93-122.

CAMARANO. A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os Novos Idosos Brasileiros*: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.25-59.

CAMARANO. A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L.; FERNANDES, D. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO, A.A. (Org.). *Cuidado de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?* Rio de Janeiro, IPEA, 2010. pp.187-212.

CAMARANO. A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C.; (Orgs.). *Política Nacional do Idoso*: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016, p. 63-103.

CAMARANO. A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidado de longa duração para a população idosa*: um novo risco a ser assumido? Rio de Janeiro, IPEA, 2010. p. 67-92.

CAMPOS, M.S. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz? In: MIOTO, R. C. T; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). Familismo, direitos e cidadania: contradições das Políticas Sociais. São Paulo: Cortez, 2015.

CAMPOS, M. S.; MIOTO, R.C. T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Ser Social*. Brasília, UNB, 12, p. 165-190, jan./jun. 2003.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1971.

CARNEIRO, A.; SANTOS, L. Envelhecimento demográfico – uma nova realidade exposta – o caso carioca. *Nota Técnicas IPP*, n. 24, out. 2013. Disponível em: <ipprio.rio.rj.gov.br www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CASEMIRO, L. Planos de saúde perdem mais de 3 milhões de usuários nos últimos 3 anos. O Globo, São Paulo, 25 jan. 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/planos-de-saude-perdem-mais-de-3-milhoes-deusuarios-em-3-anos-22326983>. Acesso em: 7 jan. 2018.

CASEMIRO, L.; CAVALCANTI, G. Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes. O Globo, São Paulo, 2 jul. 2017. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/economia/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receitaapesar-de-perda-de-clientes-21544177>. Acesso em: 7 jan. 2018.

CASTEL, R. As *Metamorfoses da "questão social"*. Uma Crônica do salário. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CASTIEL, D. L.; DIAZ, C. A. D. *A saúde persecutória*: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CAPUCHA, L. Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o "risco de velhice": que risco? *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Porto, v. XV, p. 337-348, 2005.

_____. Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas. Sociologia, Problemas e Práticas*, Oeiras, n. 74, jan. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2014743203>. Acesso em 2 fev. 2019.

CAUDURO, R.J. *O coração senil*. Faculdade de Medicina UERJ. RJ:Typ.Medicamenta, 1928.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001.

_____. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saúde soc.*, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, sabres e práticas em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2003.

CEPERJ – Fundação Centro Estadual de Estatística, *Pesquisa e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro*. Análise dos aspectos sociais da qualidade de vida da população do estado do rio de janeiro Relatório Final. Janeiro, 2018.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE (ILC-Brasil). *Envelhecimento ativo*: um marco político em resposta à revolução da longevidade. RJ, 2016.

CFESS. *Código de ética do/a assistente social.* Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. Rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CISNE, M. *Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social*. São Paulo: Outras Expressões, 2012.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COUTINHO, C. N. *Gramsci*. Um estudo sobre seu pensamento. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

COUTINHO, C. N. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F. et al. (Orgs.). *Hegemonia às avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 29-43

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Sociedade e Estado*, v. 21, n. 2, 2006. p. 367-390.

CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, M.V.; SANTOS, V.M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate*: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 33-39.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases da Promoção da Saúde nas conferências internacionais e a reforma sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E.; COSTA, M. D. H. (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde*: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. The University of Chicago Legal Forum. n. 140, p.139-167, 1989.

_____. A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero. 2002. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wpcontent/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf.>. Acesso em: 26 de jun. de 2017.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da Saúde*: conceitos, reflexões, tendências. RJ:FIOCRUZ, 2009.

DEBERT, G.G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 34, 1997.

_____. *A reinvenção da velhice*: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo, Edusp/ Fapesp 1999 .

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. de (Orgs.) *Velhice ou Terceira Idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

_____. Políticas Públicas diante do envelhecimento no Brasil. In: ABREU, A.R.P; HIRATA, H; LOMBARDI, M.R. Gênero e trabalho no Brasil e na França – perspectivas interseccionais. Editora Boitempo, SP, 2014.

DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

DUAYER, M.; ARAÚJO, P. H. F. Para a crítica da centralidade do trabalho: contribuição com base em Lukács e Postone. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 15-36, 2015.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho de cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 150-163.

_____. DUARTE, M. J. O. Loucura e Família: (Re) Pensando o ethos da produção do cuidado. In: DUARTE, J. M. de O.; ALENCAR, M. M. T. (Orgs.). *Famílias e Famílias*: práticas sociais e conversações contemporâneas, RJ. Editora Lumen Juris, 2013.

DUARTE, Y. A. D. O; DIOGO, M .J. D. (Orgs.). *Atendimento domiciliar*: um enfoque gerontológico. SP: Atheneu, 2005.

DONNANGELO, M. C. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M.C.; PEREIRA, L. Medicina e Estrutura Social. In: *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DRUCK, G. A precarização social do trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. A metamorfose da precarização social do trabalho no Brasil. *Margem Esquerda: ensaios marxistas*, São Paulo, Boitempo, n. 18, jun. 2012.

ENGEL, C. PEREIRA, B. C. J. A organização social do trabalho doméstico e de cuidado: considerações sobre gênero e raça. *Revista Punto Gênero*, n. 5, nov. 2015.

ENGELS, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ANTUNES, R. (Org.). *A dialética do trabalho*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

ESPING ANDERSEN, G. *As três economias políticas do Welfare State*. São Paulo: Lua Nova, 1991.

_____. *Fundamentos socialees de las economias postindustriales*. Barcelona: Ariel, 2000.

FAGNANI, E. Previdência de Bolsonaro produzirá massa miserável. *Carta Capital*, 21 fev. 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/previdencia-de-bolsonaro-produzira-massa-miseravel-avalia-economista/> Acesso em: 10 abr. 2019.

FALEIROS, V. P. Prefácio. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. São Paulo: Papel Social, 2017.

FALQUET, J. F. O capitalismo financeiro não liberta as mulheres: análises feministas materialistas e imbricacionistas. *Crítica Marxista*, IFCH/UNICAMP, n. 36, 2013.

FELIX, J. Economia do care e economia da longevidade: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 6, n. 1, p. 44-63, jan./jun. 2014.

FELIX, J. O idoso e o mercado de trabalho. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). *Política Nacional do Idoso*: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 241-264.

FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil*. Ensaio de Interpretação Sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

FERNANDES, W. *Educação em saúde da pessoa idosa*: discursos oficiais e subversões no município de Lages-SC. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, UFRJ, 2010.

FERRIGNO, J. C. Trabalho, aposentadoria e alienação social. *Terceira Idade*, v. 2, n. 2, p. 9-15, 1989.

FEUERWRKER, L. C. M., MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desisntitucionalização e transformação das práticas. *Revista Panam Salud Publica*, Washington, v. 24, n. 3. p. 180-188, 2008.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. v. 10, n. 3, p. 533-540, jul\ago. 2011.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*: o cuidado de si. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. III.

_____. *Microfísica do Poder*. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. [online]. v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FRANCO, T.B; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivos da restruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n.5, p. 1511-1520, 2008.

FRANZONI, J. M. *Arañando bienestar?* Trabajo remunerado, protección social y familias en America Central. Buenos Aires: CLACSO, 2008.

FRATORELLI, M.L. A dívida pública é um mega esquema de corrupção institucionalizado. *Carta Capital*, 9 jun. 2015. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/201ca-divida-publica-e-um-mega-esquema-de-corrupcao-institucionalizado201d-9552.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GAMA, A. S. *O conflito entre trabalho e responsabilidades familiares no Brasil* – Reflexões sobre os direitos do trabalho e a Política de Educação Infantil. 2012. Tese (Doutorado). ENSP, 2012.

_____. “Entre o trabalho e a família” – contradições das respostas públicas às reconfigurações da divisão sexual do trabalho. In: In: DUARTE, J. M. de O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.) *Famílias e Famílias*: práticas sociais e conversações contemporâneas, RJ. Editora Lumen Juris, 2013.

GAMA, A. S. Conflito entre trabalho e vida familiar no capitalismo: aportes teóricos. In: DUARTE, Marco José et al. (Org.). *Política de Saúde Hoje*: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP. Editora Papel Social, 2014.

GAMA, A.; ROCHA, L.; ROMERO, K.; Percepções sobre o papel das políticas públicas relacionadas ao trabalho e à vida familiar. In: ARAUJO, C.; GAMA, A. (Orgs.). *Entre a casa e o trabalho*: gênero e família no Rio de Janeiro: NUDERJ-UERJ, RJ; ABE Graph, 2017.

GAUDEMAR, J. P. *Mobilidade do trabalho e acumulação do capital*. Lisboa: Estampa, 1977.

GIACOMIN, K. C.; UCHOA, E. ; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.21, v. 5, p. 1509-1518, set./out. 2005.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da saúde do idoso. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). *Política Nacional do Idoso*: velhas e novas questões – Rio de Janeiro: Ipea, 2016, p. 135-174.

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

GUILLAUMIN, C. Práctica del poder e idea de Naturaleza. In: FALQUET, J.; CURIEL, O. (Orgs.). *El patriarcado al desnudo*: tres feministas maerialistas: Colette Guillaumin-Paola Tabet- Nicole Claude Mathieu. Buenos Aires: Brecha Lésbica, 2005.

GUIMARÃES, E. M. S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv. Soc. Soc*., São Paulo, n. 130, p. 564-582, set./dez. 2017.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H; KURUMI, S. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão. *Revista Sociologia e Antropologia*, v. 1, p. 151-180, 2011.

GOLDMAN, S. N. Aspectos sociais e políticos do envelhecimento. *Artigos da SBGG-RJ*, v. 1, p. 1-18, 2003. Disponível em: <http://www.sbggrj.org.br>. Acesso em: 10. Jan. 2014.

GOUVEIA, R. P. *Trabalhadoras do care na saúde mental*: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC-SP, São Paulo, 2016.

GORZ, A. *Adeus ao proletariado* – Para além do socialismo, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1987.

GRAMSCI, A. *Maquiavel*: a política e o estado moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

_____. *Concepção Dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978a.

_____. *Cadernos do Cárcere*. 1978b. v. III.

GRAMSCI, A. A formação de intelectuais. In: Os intelectuais e a organização da cultura. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

_____. *Cartas do Cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. vs. 1 e 2.

GROISMAN, D. Sobre Amnésia, ou melhor, sobre a memória. In: SOARES, V.A.et al. (Orgs.). *Arte e saúde*: aventuras do olhar. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 97-110.

_____. Envelhecimento, dependência e cuidado: desafios para as práticas educativas em saúde. In: MONKEN, M; DANTAS, A.V. (Org.). *Estudos de Politécnica e Saúde.* Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, 2010, p. 141-165. v. 4.

_____. *O cuidado enquanto trabalho*: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil". 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFRJ, 2015.

GURGEL, T. *Feminismo e Liberdade*: sujeito total e tardio na América Latina. 2004. Tese (Doutorado) – UFPB, 2004.

HADDAD, E.G.M. *A velhice de velhos trabalhadores: o cenário, o movimento e as políticas sociais*. 1991. Tese (Doutorado), USP, São Paulo, 1991.

_____. *O direito à velhice*: os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. *A ideologia da Velhice*. São Paulo: Cortez, 2017.

HAREVEN, T. Changing images of aging and the social construction of the life course. In: FEATHERSTONE, Mike; WERNICK, Andrew (Orgs.). *Images of aging*: cultural representations of later life. London: Routledge. 1995. p. 119-135

_____. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 13, p. 11-35, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1993.

HIRATA, H. S. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 17/18, p. 139-156, 2001.

_____. Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

_____. Teorias e práticas do *CARE*: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate". In: FARIA, N.; MORENO, R. (Orgs.). *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres.* São Paulo: SOF, 2010 (Coleção Cadernos Sempreviva, Série Economia e Feminismo, 2).

HIRATA, H. S. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. esp. 1, p. 15-22, 2011.

_____. Gênero, classe e raça. *Tempo Social*, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, pp. 61-73, 2014.

_____. O cuidado em domicílio na França e no Brasil. In: ABREU, A.R.P; HIRATA, H; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França* – Perspectivas interseccionais. Editora Boitempo, SP, 2016. p. 193-201.

HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. *Cadernos de Pesquisa*, Campinas, v. 43, n. 148, p. 366-377, jan./abr. 2013.

HIRATA, H. S.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, Campinas, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HOBSBAWM, E. *Mundos do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

HOCHCHILD, A. R.; ISAKSEN, L.; DEVI, U. Global care crisis. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 56, p. 61-83, 2008. Disponível em: <http: //hdl.handle.net/10071/1199>. Acesso em: 31 jul. 2017.

IAMAMOTO, M. Relações Sociais e Serviço Social. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. A questão social no capitalismo. *Revista Temporális*. Brasília, ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 9-32, 2001.

_____. *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche* – Capital financeiro, trabalho e "questão social". 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IANNI, O. *Estado e Capitalismo*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1984.

_____. A construção da categoria. *Revista HISTEDBR, On-line*, Campinas, n. esp., abr. 2011, p. 397-416.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 2 fev. 2018.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2015.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de Indicadores Sociais*: Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Pobreza, Desigualdade e Políticas Públicas*. Brasília, Comunicado da Presidência, n. 38, jan. 2010.

_____. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_ra ca.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS (IPP). *Cadernos da Juventude Carioca* – Agentes da Transformação. Rio de Janeiro: IPP, 2016.

_____. *Data.Rio* – Informações sobre a cidade. 2017. Disponível em: <http://www.data.rio/>. Acesso em: 16 fev. 2018.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL (IMS). *Situação da mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro 1994-2016*, 2016. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/2018/12/13/situacao-da-mortalidade-infantil-no-estado-do-rio-de-janeiro-1994-2016>. Acesso em: 15 mar. 2019.

KALASHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de saúde pública*, v. 3, n. 3, p. 217-220, 1987.

KAMEYAMA, N. *A trajetória da produção de conhecimentos em Serviço Social: avanços e tendências (1975 a 1997).* Disponível em: http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/anteriores/binarios/congresos/reg/slet s/slets-016-088.pdf. Acesso em: 29 de jan. 2015.

KARSCH, U. M. S.; LEAL, M. das G.S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica In: KARSCH, U.M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência*: revelando cuidadores, São Paulo: EDUC, 1998, p. 21-46.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos Estudos, n. 86, p. 93-103, São Paulo, 2010.

_____. O cuidado e a imbrincação das relações sociais. In: ABREU, A. R. P; HIRATA, H; LOMBARDI, M. R. *Gênero e trabalho no Brasil e na França* – perspectivas interseccionais. Editora Boitempo, SP, 2016.

KONDER, L. *O futuro da filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania. Brasília. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 1, jan./abr. 2010.

LEÃO, N.; CANDIDO, M.R.; CAMPOS, L. A.; FERES JÚNIOR, J. *Relatório das Desigualdades de Raça, Gênero e Classe (GEMAA)*, n. 1, 2017, p. 1-21.

LOLE, A.; ALMEIDA, C. C.L. Políticas para mulheres e lutas feministas: os paradoxos da proteção social. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 1, p. 46-60, jan./abr. 2017.

LOPEZ, R.G.C.; OLIVEIRA. S.J. Insuficiência Familiar: o enfrentamento ao gigante. *Revista Portal de Divulgação*, n. 1, ago. 2010. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em: 2 jan. 2019.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G.; Níveis de aplicação da medicina preventiva. In: *Medicina Preventiva*. Tradução de Maria C. F. Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Simões Ramos. SP: MCGraw do Brasil; RJ:FENAME, 1977.

LEFEBVRE, H. *A re-produção das relações sociais de produção*. Porto: Publicações Escorpião, 1973.

LESSA, S. *Mundo dos homens*: trabalho e ser social. São Paulo: Boitempo, 2002.

LIMA-COSTA, M. F. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 499-514.

LINS DE BARROS, M.M. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, Problemas e Práticas*, v. 1, n. 52, 2006.

_____. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

LOBATO, A. T. G. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; LAVINAS, Gisele (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 135-149.

_____. Envelhecimento e políticas sociais: possibilidades de trabalho do assistente social na área da saúde. In: DUARTE, M. J. O. et al. (Orgs.). *Política de Saúde Hoje*: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 135-154.

LOPES, A. *Os desafios da Gerontologia no Brasil*. Campinas, SP: Alinea, 2000.

LUKÁCS, G. O que é o ‘marxismo ortodoxo”. In: *História e Consciência de Classe*. Tradução de Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. O trabalho. In: *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 41-158.

MAIO, I. G. *Pessoa idosa dependente*: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

MANDEL, E. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____. *A crise do capital*: os fatos e sua interpretação marxista. São Paulo: Ensaios, 1990.

MANGABEIRA, W. Questões de método e o trabalho de campo em Volta Redonda. In: _____. *Os dilemas do novo sindicalismo*: democracia e política em Volta Redonda. Rio de Janeiro/RJ: Relume-Dumará/Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 1993.

MARCONDES, M. M. A divisão sexual dos cuidados: do welfare state ao neoliberalismo. *Revista Argumentum*, Vitória (ES), v. 4, n. 1, p. 91-106. 2012

MARX, K. Introdução à crítica da economia política. In: *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 1983. (Coleção Os Pensadores).

_____. *O capital*. Livro 1 – Capítulo VI inédito. São Paulo: Centauro, 2004.

_____. *O capital*. Crítica da economia política – Livro 1: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2008.

_____. *Grundrisse*. Manuscritos econômicos de 1857-1858: esboço da crítica da economia política. Tradução de Mario Duayer e Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. p. 37-64; 104-120.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia Alemã* (Feuerbach). São Paulo: Gripalbo, 1977.

_____. Manifesto do Partido Comunista. In: MARX; ENGELS. *Obras escolhidas*. Moscou/Lisboa: Progresso/Avante, 1982. t. 1.

MATOS, M.C. *Serviço Social, ética e saúde*. Reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, M. B. Classes sociais e lutas sociais: a atualidade de um debate conceitual. *Revista Em Pauta*, FSS-UERJ, n. 20, 2007.

_____. A depender de governo e oposição, caos social vai se aprofundar, 31 jul. 2015. Disponível em: <http://blogjunho.com.br/entrevista-com-marcelo-badaro-mattos-a-depender-de-governo-e-oposicao-caos-social-vai-se-aprofundar/>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MATTOS, R. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MENDES, P. B. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano In: KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência*: revelando cuidadores, São Paulo: EDUC, 1998. p 171-198.

MENDONCA, J. M. B.; PEREIRA, P. A. P. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, p. 142-151, 2013.

MENEZES, F. Orçamento 2018, uma carta de intenções aos pobres do Brasil. Disponível em: <https.1/diplomatique.org.br/orçamento-2018-uma-carta-de-intencoes-aos-pobres-do-brasil>. Acesso em: 1 fev. 2019.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo. Hucitec, 1997, p. 71-112.

MÉSZÁROS, I. *Para Além do capital*. São Paul: Boitempo/UNICAMP, 2002.

_____. Desemprego e Precarização – um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MIGUEL, N. G. O; ASSIS, M.; OLIVEIRA, T. Discutindo o acesso no contexto da saúde do idosos. In: BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L. B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade* – uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (NAI/UnATI-HUPE-UERJ). Curitiba: Editora CRV, 2016.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-30.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

MINAYO, M. C. S. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, CEA (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 37-50. (Antropologia & Saúde).

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (MP/RJ). *Roteiro de Atuação: o Ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de longa permanência para idosos*/Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência, Grupo de Apoio Técnico Especializado, Rio de Janeiro, 2015.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social – Contribuições para o debate. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 55, 1997.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: MIONE, A.S.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). *Política social, família e juventude*: uma questão de direitos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Família, Trabalho com famílias e Serviço Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-170, jan./jun. 2010.

_____. Família e Assistência Social: Subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. In: DUARTE, J. M. de O.; ALENCAR, M. M. T. (Orgs.). *Famílias e Famílias*: práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

MIOTO, R. C. T. Família e proteção Social: Intervenções profissionais contemporâneas¿ In: TEIXEIRA, Solange Maria. *Trabalho com Famílias no âmbito das políticas públicas*. Campinas: Papel Social, 2018, p. 25-44.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRA, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Orgs.). *Familismo, direitos e cidadania*: contradições das Políticas Sociais. São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MISRHA, R. O *Estado-Providência na sociedade capitalista*: estudo comparativo das políticas na Europa, América do Norte e Austrália. Oeiras: Celta, 1995.

MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. Descompartimentar a noção de cuidado? *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 18, p. 43-57, set./dez. 2015.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social*: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MONTENEGRO, R.C.F. *Idosos em situação de dependência*: quem cuida? elementos para o debate. 2017. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC-SP, São Paulo, 2017.

MORAES, E.N. *Atenção à Saúde do idoso*: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. de; ABREU, M. C.; MARINO, R. R. S. Principais síndromes geriátricas. Belo Horizonte\MG:*Revista de Medicina Minas Gerais*, 2010.

MORENO, L. Reformas y reestruturación del Estado de Bienestar em la Unión Europea. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). *Política Social*: Alternativas ao Neoliberalismo. Brasília: UNB, 2004.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, 42 (116): 2018. p. 11–24.

MOTA, A. E. *Cultura da Crise e Seguridade Social*. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-prático ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A.E. (Org.). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia*: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTTA, L. B. *Projeto de Assistência e Estudos em Neurogeriatria*. NAI/UNATI-UERJ:2005.

MUCIDA, A. *O sujeito não envelhece*: psicanálise e velhice. 2. ed. rev. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

NAVARRO, V. *Neoliberalismo y Estado del Bienestar*. Barcelona: Editorial Ariel, 1997.

NERI, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E. V. et.al. 3. ed. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 102-118.

NETTO, J. P. *Ditadura e Serviço Social*: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Cinco notas a propósito da "questão social". *Revista Temporális*, Brasília, ABEPSS, v. 2. n. 3, p. 41-49, 2001.

_____. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. Crise do capital e consequências societárias. *5º Seminário Anual de Serviço Social*. São Paulo, 2012.

_____. *O leitor de Marx*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. *Economia Política: uma introdução crítica*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, C.M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, ano 4, n. 6, ago. 2010.

NOGUEIRA, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís. v. 16, n. 2, p. 481-491, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, C. A. Saúde, cidade e a lógica do capital: o Município do Rio de Janeiro em questão. In: BRAVO, M. I. et al. (Orgs.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. p. 42-52.

OLIVEIRA, F. "A produção dos homens: notas sobre a reprodução da população sob o capital". *Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 16, p. 5-25, 1976.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estudos Avançados, v.* 18, n. 50 São Paulo, jan./abril, 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Direitos, empregos e segurança social: uma nova visão para mulheres e homens mais velhos. 2000. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_100520.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Brasília, 2005.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

_____. *Reforma Sanitária*: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, S. O. C. *Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital*. São Paulo: Cortez, 2014.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVANELE, F.; CARVANO, L. M. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil; 2009-2010*. Constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PARAYBA, M.I. Desigualdade de Renda e Funcionalidade dos Idosos no Brasil. *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20-24 de setembro de 2004.

_____. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, realizado em Caxambú- MG Brasil, de 18-22 de setembro de 2006.

PATARRA, N. L. *Movimentos migratórios no Brasil*: tempo e espaços. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2003,

PAZ, S. *Dramas, cenas e tramas*: a (situa)ação de fóruns e conselhos de idosos no Rio de Janeiro. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

_____. O trabalho (des) humano e suas consequências na aposentadoria e na velhice. In: GOLDMAN, S. N; PAZ, S. F. (Orgs.). *Cabelos de neón*. RJ:Tempo Brasileiro, 2001.

PEIXOTO, C. E. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatório: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M. M. L. de (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PEREIRA, C. P. *Proteção social no capitalismo*: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e o papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: MIONE, A. S.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.) *Política social, família e juventude*: uma questão de direitos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. *Política Social*: Temas & Questões. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Envelhecimento, direitos e garantias sociais. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 9, p. 122-125, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br//wp-content/uploads/2014/10/1446754540_GG_v9n3.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

PEREIRA-PEREIRA, P.A. PEREIRA, C.P. O sentido de igualdade e bem-estar em Marx. *Katálysys*, Florianópolis, v.16. n.1, p. 37-46, jan./jun. 2013.

PERRACINI, M.R. Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. 1994. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001.

_____. (Org.). *Cuidado*: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

_____. (Org.). *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2010.

POCHMANN, M. Desempregados do Brasil. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006a.

_____. Rumos da política do trabalho no Brasil. In: SILVA, M. O. S.; YAZBEK, M. C. (Orgs.). *Políticas de trabalho e renda no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Cortez; São Luiz: FAPEMA, 2006b.

POLANYI, K. *A grande transformação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

RAICHELLIS, R.; YAZBEK, M. C. *O sistema único de assistência social no Brasil*. uma construção permeada de tensões, avanços e retrocessos. ENPESS, 2018.

RAUTH, J.; PY, L. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, e as lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da política nacional do idoso. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Orgs.). *Política nacional do idos* : velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016, p. 51-62

RIO DE JANEIRO (Estado). *Decreto nº 45.684 de 08 de junho de 2016*. Suspende os programas renda melhor e renda melhor jovem, criados no âmbito do plano de superação da pobreza extrema do estado do Rio de Janeiro – Rio Sem Miséria, através da lei nº 6.088, de 25 de novembro de 2011. RJ, 2016. Disponível em: <https://seguro.mprj.mp.br/documents/10227/16308916/decreto_n_45.684_de_08_de_junho_de_2016.pdf>. Acesso em 10 jan.2018.

_____. Secretaria de Estado da Casa Civil e Governança. *Plano de Diretrizes e iniciativas prioritárias dos governos do estado do RJ, 2019-2020*. RJ: SECSG, 2019a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Realinhamento do Plano estadual de saúde 2016-2019*. RJ: SES, 2019b.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Lei nº 5026, de 19 de maio 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. RJ: SMA, 2009. Disponível em: < http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf>. Acesso em 07 jun. 2016.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Decreto Rio 390404 de 07 de agosto de 2014. Regulamenta o processo de fixação de metas e de indicadores de desempenho para os Órgãos da Administração Direta do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. RJ, 2014. Disponível em: <http://smaonline.rio.rj.gov.br/ConLegis/ato.asp?47032>. Acesso em 17 jan. 2017.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Revista Saúde em Foco. RJ: SMS, v. 1, n. 2, jun./dez. 2016.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Plano estratégico (PE) 2017-2020. RJ, 2017a.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Decreto Rio nº 42719 de 1º de janeiro de 2017. Dispõe sobre a Organização Básica do Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro. RJ, 2017b. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/134023407/dom-rj-suplemento-01-01-2017-pg-3. Acesso em 10 jun. 2017.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Plano plurianual 2018-2021. RJ, 2018a.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria municipal de assistência social e direitos humanos. Plano municipal de assistência social 2018-2021. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos; Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2018b.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS/SMS) 2018-2021. Rio de Janeiro: SMDSC, 2018c.

_____. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Reorganização dos serviços de atenção primária. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, 2018d.

RODRIGUES, E. DRU: Mais um ataque à seguridade social. 07/06/2016. In: <https://www.cartacapital.com.br/economia/dru-mais-um-ataque-a-seguridade-social de 07 /06 /2016>. Acesso em 31 jul. 2017.

RODRIGUES, M. P. *Reforma psiquiátrica e o combate do domínio da razão normativa*: a assistência na encruzilhada. 1996. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – UFRJ, Rio de Janeiro, 1996.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (Orgs.). *Como cuidar dos idosos*. Campinas: Papirus, 1996.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Sucsseful ageing. *Gerontologist*, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
ROSANVALLON, P. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Tradução de Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

RUMMERY, K.; FINE, M. Care – A Critical Review of Theory, Policy and Practicespol. *Social Policy & Administration, v. 46, n. 3, p. 321-343, jun. 2012.*

SAFFIOTI, H. I.B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SALVADOR, E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. *I Simpósio orçamento público e políticas sociais*, Universidade Estadual de Londrina (UEL), 10 de abril de 2012.

SÁNCHEZ, F. A reinvenção das cidades na virada de século: agentes, estratégias e escalas de ação política. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Rev. Sociol. Polít*., Curitiba, 16, p. 31-49, jun. 2001.

SANTOS, E. P. O pauperismo de ontem e de hoje: raízes materiais e humano-sociais da "questão social". 2005. Tese (Doutorado) – UFPE, Recife\PE, 2005.

SANTOS NETO, A. B. O discurso do envelhecimento da população como ideologia. *Revista Argumentum*, Vitória (ES), v. 5, n. 2, p. 216-234, jul./dez. 2013.

SANTOS, S. M. A. *Idosos, família e cultura*: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. São Paulo: Alínea, 2006.

SANTOS, S. M.A.; RIFIOTIS, T. *Cuidadores familiares de idosos dementados*: uma reflexão sobre dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. Florianópolis: Laboratório de Estudos de Violência/UFSC; 2006.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SANTOS, W. R. O circuito familista na política de assistência social. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, ago./dez., 2017.

SARACENO, C. *Sociologia da família.* Lisboa: Estampa, 1992.

_____.; NALDINI, M. *Sociologia da família*. Lisboa: Estampa, 2003.

SARTI, C. A. *A família como espelho*: um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 9-19.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SENNA, M. de C. M. Sistema Único de Assistência Social no Estado do Rio de Janeiro: breve panorama da implantação nos municípios. In: SENNA, M. de C. M. (Org.). *Sistema Único de Assistência Social no Estado do Rio de Janeiro*: experiências locais. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008.

SILVA, M. O. A política de assistência social e o sistema único de assistência social (suas): processo de construção e de desmonte. *XVI ENPESS*, Vitória (ES), 2018.

SILVA, R. R. "Reforma" da política de assistência social no município do Rio de Janeiro: em questão a análise da atuação dos CRASs e CREASs. *O Social em Questão*, ano XVII, n; 30, p. 299-326, 2013.

SILVEIRA, T. M. O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro:UNATI\UERJ, 2000. p. 13-28.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F.; Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SIMIONATTO, I. *Gramsc*i: sua teoria, incidência no Brasil, influências no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

SIMÕES, J. A. A maior categoria do país: notas sobre a constituição do aposentado como ator político. *GT "Cultura e política", no 18º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais*, PINF'OCS, 1994.

_____. Solidariedade intergeracional e a reforma da previdência. *Revista Estudos Feminista*, Santa Catarina, UFSC, v. 1, n. 5, 1997.

_____. *Entre o lobby e as ruas*. Movimento de aposentados e politização da aposentadoria. 2000. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Campinas, 2000.

SINGER, P. *Dinâmica populacional e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Migrações internas: considerações teóricas sobre seu estudo. In: SINGER, P. (Org.). *Economia Política da Urbanização*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

SIQUEIRA, L. *Pobreza e Serviço Social*: diferentes concepções e compromissos políticos. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

SIMTH, S. Uma agenda marxista para a interseccionalidade. Blog junho, 3 de agosto de 2017. Disponível em: <http://blogjunho.com.br/uma-agenda-marxista-para-a-interseccionalidade/>. Acesso em 10 jan. 2017.

SOARES, R.C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. Revista Argumentum, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SOBRINHO, H. F. S. Discurso, velhice e classes sociais. Maceió: EDUFAL, 2007.

SOUZA, A.; PELEGRINI, T. S.; RIBEIRO, J. H. M.; PEREIRA, D. S.; MENDES, M. A. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n.6, v. 68, p. 1176-85, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>. Acesso em: 14 fev. 18.

SOUZA, C. S. de. Envelhecimento e novas relações de cuidado: Um estudo antropológico sobre cuidadores de idosos. 2016. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFBA, Salvador, 2016.

SOUZA, D. O.; MENDONÇA, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Revista Interface*, Botucatu, v. 21, n. 62, 2017.

SORJ, B. *O trabalho doméstico e de cuidados*: novos desafios para a igualdade de gênero no Brasil. 2008.

_____. Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 149, p. 478-491. maio/ago. 2013.

_____. Igualdade de gênero e políticas macroeconômicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 24, p. 292, maio/ago. 2016.

STÉDILE, J. P. *Questão agrária no Brasil*. 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Atual, 2011. (Série Espaço e Debate).

TAVARES, M. A.; SOARES, M. A. T. O trabalho em pauta. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 20, FSS-UERJ, 2007.

TAVARES, M. C. *Acumulação de capital e industrialização no Brasil*. Campinas, SP: UNICAMP, I. E., 1998.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária*: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital*. Implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Política Social Contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R.C. et al. (Orgs.). *Familismo, direitos e cidadania, contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015. p. 211-249

TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento, família e políticas públicas*: formas de apoios informais e formais da rede de proteção social. Saarbrucken, Deutschland: Novas edições acadêmicas, 2016.

_____. Envelhecimento do trabalhador na sociedade capitalista. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. São Paulo: Papel Social, 2017.

_____. Fundamentos teórico-metodológicos do trabalho social com família. In: TEIXEIRA, S. M. (Org.). *Trabalho com Famílias no âmbito das políticas públicas*. Campinas, SP: Papel Social, 2018.

TELLES, J. L. Posfácio. In: JÚNIOR, J. C. B. (Org.). *Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade*. São Paulo: Edicon, 2009.

THOMPSON, E. P. A formação da classe operária inglesa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

TRINDADE, A. A. de. *Envelhecimento com dependência e o cuidado familiar*: a experiência de mulheres cuidadoras de idosos. 2015. 195 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2015.

TRONTO, J. C. Mulheres e Cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A. M; BORDO, S. R. (Orgs.). *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.186-203.

VASCONCELOS, E. M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência*: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. São Paulo: Papel Social, 2016

_____. *Saúde Mental e Serviço Social*: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar*: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002, 343p.

_____. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 149, 2012.

VASCONCELOS, E. M. Sobre Educação Popular em saúde. *Interface*, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

VASCONCELOS, K. E; SCHMALLER, V. P. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: VASCONCELOS, K. E.; COSTA, M. D. H. (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde*: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43. n. 3, maio/jun. 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis (UERJ. Impresso)*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 304-310, 2013.

VERAS, R.; CALDAS, C.; MOTTA, L. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 357-65, 2014.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à Saúde no Brasil. Nota Técnica nº 28 do IPEA, setembro de 2016. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>. Acesso em: 27 out. 2016.

WANDERLEY, M. B.; BLANES, D. *Publiscização do papel do cuidador domiciliar no âmbito da política de assistência social*. São Paulo: Editora IEE-PUC-SP, 1999. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-123.pdf>. Acesso em 14 jan. 2018.

WERNECK VIANNA, M. L.T. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM, 1998.

WIESE, M. L.; MIOTO, R. C. T.; DALPRÁ, K. R. O Cuidado como Direito Social: uma questão contemporânea para o Serviço Social. *XVI ENPESS*: Em Tempos de Radicalização do Capital, Lutas, Resistências e Serviço Social, Vitória, 2018, p. 1-14.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? apontamentos em torno de uma categoria. *Revista Temporalis*, Brasilia (DF), ano 11, n. 22 p. 271-292, jul./dez. 2011.

ZÃO, A. *Rio de Janeiro*: decadência econômica, crise política e colapso dos serviços públicos (Parte I), 23 jun. 2017. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2017/06/23/rio-de-janeiro-decadencia-economica-crise-politica-e-colapso-dos-servicos/>. Acesso em: 3 out. 2019.

ZALUAR, A. *A máquina e a revolta*: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1994.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista com os cuidadores

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Roteiro da entrevista com os cuidadores

Entrevista n. _____ Data: _____Duração: _____

Dados do(a) Entrevistado(a)

Nome, idade, gênero, raça-etnia, escolaridade, vínculo familiar com o idoso.

Bairro de moradia, estado civil, tem renda própria? Tem vínculo com a Previdência Social? Se sim, qual? Recebe algum benefício assistencial? S/N. Se sim, qual?

Mora com o idoso? S/N. Se sim, passou a morar em virtude do adoecimento do mesmo? S/N, porquê? Além dessa atividade de cuidado você exerce alguma atividade remunerada? S/N. Se sim fale sobre essa atividade, tem vínculo formal?

1) Organização do cuidado na dinâmica familiar e as demandas de cuidado domiciliar

1.1) Organização do cuidado na dinâmica familiar

1.1.1)**.** Há quanto tempo você é responsável pelos cuidados com o idoso?

1.1.2). Como foi a organização na dinâmica familiar para que você assumisse essa atividade. Ou seja, como e por quais razões você se tornou o principal responsável pelos cuidados?

1.1.3). Você exerce essa função sozinho(a) ou recebe apoio de outra pessoa. Se sim, qual tipo de apoio e avalie se é suficiente para as necessidades de cuidados.

1.2) Quais as demandas e principais dificuldades de cuidados no domicílio?

1.2.1). Quais as principais ações de cuidado que você realiza?

1.2.2). Você encontra dificuldades para a realização dos cuidados domiciliares (das ações descritas acima) S/N. Se sim, quais as principais?

1.2.3). Como você lida com essas dificuldades?

1.2.4). Você acha que precisa de outros conhecimentos para realizar os cuidados¿ S/N. Se sim, quais?

1.2.5). Já fez ou tem interesse em participar de um curso de cuidadores ou um grupo de orientação? S/N. Comente.

2) Percepção dos cuidadores – significados e concepções atribuídos a atividade de cuidado

2.1). O que significa cuidar para você?

2.2). Você acha que para cuidar de alguém é necessário haver aproximação afetiva? Ou melhor, para cuidar de uma pessoa é preciso que se goste dela ou seria uma atividade como outra qualquer?

2.3). Você acha que o cuidado deve ser uma função, em primeiro lugar, da família? Por quê? Se sim, e dentro da família, há algum membro que seja o mais adequado para essa tarefa? Por quê?
2.4). Geralmente são as mulheres (esposas ou filhas) que cuidam. Qual a sua opinião sobre isso. Na sua família como foi essa organização?
2.6). Você deixou de trabalhar fora de casa para realizar os cuidados? Se sim, como foi essa experiência?
2.7). Você acha que o trabalho doméstico realizado normalmente pela mulher é um tipo de trabalho? Você acha que o cuidado pode ser um tipo de trabalho doméstico?

3) O acesso as políticas públicas: experiência

3.1) Conhecimentos das políticas dirigidas ao idoso com dependência e suas famílias.
3.1.1). Você conhece alguma legislação ou política dirigida para o idoso? Se sim, qual? O que acha dela (s) em relação à garantia de direitos e proteção ao idoso?
3.1.2) A legislação do idoso defende que cabe primeiramente a família prestar os cuidados ao idoso e depois a sociedade e o Estado. Qual a sua opinião sobre isso?
3.2.3). Você acha que o Estado (e as políticas públicas, instituições etc.) deve apoiar a família nos cuidados ao idoso? De que forma?

3.2) Recursos acessados
3.2.1) O idoso é interditado? Foi você quem administrou o processo? Avalie como foi essa experiência?
3.2.2). Você acessa medicamentos ou insumos na rede pública? Quais? (medicamentos básicos, medicamentos excepcionais, fraldas geriátricas, espessante, suplementos e outros). Fale como é a experiência no acesso a esses insumos.
3.2.3). Você tem cadeira de rodas, higiênica ou cama hospitalar? Como conseguiu?
3.2.4). Como você realiza exames, quando solicitados?
3.2.5). Você já precisou internar o idoso ou levá-lo para uma emergência? Fale como foi?
3.2.6). Você já pensou em colocar o idoso em uma instituição? Se sim, quais foram os motivos e as dificuldades encontradas. Se não, fale sobre isso. Você sabe como se deve proceder, caso precise desse recurso?
3.2.7). Como faz para locomover o idoso até as unidades de saúde que faz tratamento? (Carro próprio, transporte público, carro particular, outros)
3.2.8). Você já recebeu alguma visita de médico ou outro profissional em sua casa para orientação dos cuidados? Se sim, como foi? Se não, você acha que seria importante o atendimento no seu domicílio? Porquê.
3.2.9). Você recebe várias orientações e encaminhamentos dos profissionais que atendem ao idoso. Em algum momento ficou confuso(a) ou teve dificuldades para realizar essas orientações e encaminhamentos? Como lidou com essa situação?

3.2.10). O idoso é acompanhado em outra unidade de saúde além dessa unidade em que estamos? Se sim, qual (quais) e o que acha desse(s) acompanhamento(s).

3.2.11). Você recebe algum tipo de recurso financeiro ou institucional para realizar os cuidados? Se sim, qual a fonte.

3.2.12). Que tipo de recurso(s) público(s) você avalia ser necessário para o apoio ao cuidador familiar?

4) Você gostaria algo mais sobre sua experiência de cuidar ou sobre o acesso, que não foram abordados nessa entrevista?

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os participantes dos movimentos sociais

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Roteiro da entrevista com os participantes dos movimentos sociais

Entrevista n. _____ Data: _____Duração: _____

Dados do entrevistado:
Nome, idade, formação graduação e pós-graduação, instância representativa a qual é vinculado e tempo de participação.

1) Sobre as legislações e a rede socioassistencial
1.1) Os idosos mais dependentes podem demandar em algum momento da vida atendimento domiciliar, internações, institucionalização, dentre outros recursos. Você acha que a rede de proteção social ao idoso localizado no município do Rio de Janeiro está preparada para esses atendimentos?
1.2) Na sua opinião, quais os limites e possibilidades desses serviços, que alguns autores denominam de cuidados de longa duração, na assistência integral à velhice que cursa com dependência e suas famílias cuidadoras?
1.3) A legislação brasileira para o idoso acompanhou e ainda acompanha as recomendações internacionais, e incorporou vários conceitos dessas normativas, como o envelhecimento ativo, dependência funcional, insuficiência familiar, dentre outros. Qual a sua opinião sobre isso?
1.4) Qual a sua avaliação sobre a legislação do idoso frente à sua capacidade de proteção ao idoso?

2) A lógica da centralidade da família.
2.1) Na sua visão e experiência quais as principais demandas de cuidados no domicílio e as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares?
2.2) Como você avalia essa tendência das políticas públicas de atribuir, de modo geral, papel central à família na assistência e cuidados ao idoso?
2.3) De que forma o Estado (e as políticas públicas, instituições, etc.), deve apoiar a família nos cuidados ao idoso?

3) Estratégias e articulação dos espaços de controle social
3.1) Na sua experiência e militância, como os movimentos sociais lidam com o aumento de demandas de cuidados domiciliares e o formato das políticas públicas?
3.2) Você tem conhecimento de encaminhamentos (denúncias, solicitações e outros) dirigidos aos espaços de controle social no que tange à questão dos cuidados domiciliares e ao acesso às políticas públicas?
3.3) Quais as principais estratégias de enfrentamento?
3.4) Quais as estratégias de articulação com a rede de proteção social do idoso?

4) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação à entrevista?

APÊNDICE C - Roteiro da análise documental

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Roteiro da análise documental

Descrever tipo de documento analisado:

Política Social:

Data de Publicação:

Local de acesso da documentação:

Data da análise:

Propostas previstas. (verificar se há informações sobre fluxos, clientela a ser atendida, critérios de elegibilidade e outros dados relativos ao acesso.)

Os cuidados de longa duração estão previstos? Como?

Concepções de cuidado e família.

Explicita a lógica familista e preventivista, como?

Como as propostas de contrarreforma do Estado se expressam?

APÊNDICE D - Roteiro de observação participante na unidade de saúde

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Roteiro de observação participante na unidade de saúde

Data:

Tipo de atividade:

Objetivo:

Participantes:

Pauta:

Temáticas sob observação: principais necessidades de cuidados no domicílio detectadas pelas equipes e as principais questões relativas ao acesso as políticas públicas.

APÊNDICE E - Roteiro de observação participante nos movimentos sociais

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Roteiro de observação participante nos movimentos sociais

Data:

Tipo de atividade:

Objetivo:

Participantes:

Pauta:

Temáticas sob observação: Os cuidados domiciliares: se e como integram a pauta de debates; principais estratégias implementadas e questões relativas ao acesso às políticas públicas para o idoso com dependência e seus familiares; concepções de cuidado e família.

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Envelhecimento da classe trabalhadora que cursa com dependência e os cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro", de minha autoria, sob a orientação da Profa. Dra Carla Cristina Lima de Almeida e desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da UERJ.

A proposta de aprofundar as reflexões críticas em torno do envelhecimento da classe trabalhadora, a dependência e o impacto no universo das famílias sobre os cuidados domiciliares instigaram a problematização das políticas dirigidas a esse segmento e a sua capacidade de resposta às demandas expressas pelo campo. Na tentativa de mostrar a relevância dessa temática, traçou-se como principal interesse de investigação o cuidado domiciliar e o acesso aos recursos socioassistenciais públicos que compõem o sistema de proteção social no município do Rio de Janeiro/RJ. O objetivo geral deste projeto é analisar as demandas de cuidados a serem realizados no ambiente domiciliar por familiares, as respostas políticas a essa problemática e os mecanismos de articulação dos espaços de controle social.

Com relação aos procedimentos, a sua participação envolverá responder uma entrevista semiestruturada que será gravada por meio de aparelho digital, com transcrição posterior pelo pesquisador, a ser aplicada em um dia, horário e local conveniente a você.

Esta pesquisa pode ser considerada de "baixo risco", pois os dados obtidos serão trabalhados com sigilo e rigor ético. Esta pesquisa não traz nenhum benefício imediato para você, mas, ao participar deste estudo, você contribuirá para que possamos conhecer melhor as demandas de cuidados domiciliares e a realidade local no município do Rio de Janeiro quanto as propostas e limites no âmbito da atenção integral ao idoso e suas famílias.

Em qualquer momento deste estudo, você poderá se recusar ou desistir de participar da pesquisa, sem nenhum ônus ou remuneração. As informações obtidas poderão ser publicadas, mas não serão revelados dados pessoais ou outras fontes identificadoras dos participantes da pesquisa. As gravações das entrevistas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora no prazo de 5 (cinco anos), quando então este material será descartado.

Se houver alguma dúvida no que se refere a algum aspecto desta pesquisa, contate a pesquisadora Maria Helena de Jesus Bernardo, telefones (21) 2502-2033 e (21) 99378-3442, Rua 8 de dezembro, n. 375, apto. 303, e-mail: helenabernardo@uol.com.br. Caso tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar – Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br – Telefone: (021) 2334-2180. Esse termo será preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a)

_____
Maria Helena de Jesus Bernardo
(Assistente social, docente e pesquisadora doutoranda)

Declaro ter lido e entendido com clareza o presente TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar como voluntário(a) do estudo proposto.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2018.

_____
(Assinatura do participante ou impressão dactiloscópica)

ANEXO A – Parecer do comitê de ética

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Envelhecimento da classe trabalhadora que cursa com dependência e os cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Maria Helena de Jesus Bernardo
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 81894317.0.0000.5282
Instituição Proponente: Faculdade de Serviço Social
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.471.349

Apresentação do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisa para doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo tema é o envelhecimento populacional, focalizado a partir das demandas de cuidados domiciliares, por meio das narrativas dos cuidadores, as propostas assistenciais previstas e os mecanismos de articulação dos espaços de controle social. Os procedimentos metodológicos consistem em revisão teórico-bibliográfica, análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos da pesquisa são cuidadores familiares que acessam a rede socio-assistencial do território (particularmente no local de trabalho da pesquisadora - hospital universitário) e participantes dos movimentos sociais da área do envelhecimento (a serem captados via bola de neve). O exame dos resultados seguirá a metodologia de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:
A pesquisa busca conferir projeção à velhice da classe trabalhadora que cursa com dependência, assim como aos complexos desafios enfrentados pelos familiares cuidadores. Estima-se uma aproximação mais qualitativa com a realidade local quanto às suas possibilidades e limites no âmbito da atenção integral ao idoso e suas famílias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
A pesquisadora considera a pesquisa de baixo risco, pois pode causar desconforto aos

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

entrevistados, particularmente os cuidadores. São previstas ações para minimizar os riscos adequadamente, como interromper a entrevista. Os benefícios não são imediatos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem organizada e a metodologia é bem embasada. A proposta se mostra adequada em termos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Termo de Autorização da Instituição, o hospital universitário onde serão contactados os cuidadores. O TCLE apresentado se mostra adequado, é redigido em forma de convite e aborda os objetivos da pesquisa, os possíveis riscos e benefícios, garantindo a possibilidade de interrupção ou retirada dos dados, assim como menciona que estes serão descartados após 5 anos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para janeiro de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1011041.pdf	21/11/2017 10:32:00		Aceito
Outros	ApendiceEroteiroobservacaoparticipante2.pdf	21/11/2017 10:30:37	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Outros	ApendiceDroteiroobservacaoparticipante1.pdf	21/11/2017 10:30:01	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Outros	ApendiceCRoteirodepesquisadocumental.pdf	21/11/2017 10:25:40	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Outros	ApendiceBroteirodeentrevistacompartici pantesdosmovimentossociais.pdf	21/11/2017 10:25:03	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Outros	ApendiceAroteirodeentrevistacomcui	21/11/2017	Maria Helena de	Aceito

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Continuação do Parecer: 2.471.349

Outros	dadores.pdf	10:24:25	Jesus Bernardo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetooriginal.pdf	21/11/2017 10:21:41	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/11/2017 10:21:18	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/11/2017 10:16:36	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceFTCLE.pdf	21/11/2017 10:16:06	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeanuencia.pdf	21/11/2017 10:14:44	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/11/2017 10:12:16	Maria Helena de Jesus Bernardo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 22 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br