



Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP
Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação - PROPESPI
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica - PPGPSI
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Família, Interação Social e Saúde - LAFAM
Sublinha Temática: Envelhecimento e Intergeracionalidade

Mestranda: Anita Rheno Morethe
Orientadora: Prof.^a Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva
Coorientadora: Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

**A COMPREENSÃO SOBRE A “SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA FAMILIAR” POR
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DA GERONTOLOGIA
SOCIAL CRÍTICA**

RECIFE

2025

Anita Rheno Morethe

**A COMPREENSÃO SOBRE A “SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA FAMILIAR” POR
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DA GERONTOLOGIA
SOCIAL CRÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, para qualificação, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva.

Coorientadora: Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

RECIFE

2025

Anita Rheno Morethe

**A COMPREENSÃO SOBRE A “SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA FAMILIAR” POR
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DA GERONTOLOGIA
SOCIAL CRÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, para qualificação, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva.

Coorientadora: Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva.

BANCA EXAMINADORA

Cirlene F. S. Silva

Prof^ª. Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva (Presidente) Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Documento assinado digitalmente
gov.br SALVEA DE OLIVEIRA CAMPELO E PAIVA
Data: 18/11/2025 14:56:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dra. Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Prof^ª. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias (Examinadora Interna) Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA HELENA DE JESUS BERNARDO
Data: 01/12/2025 09:28:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof^ª. Dra. Maria Helena de Jesus Bernardo (Examinadora Externa)
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ**

M844c

Morethe, Anita Rheno.

A compreensão sobre a “síndrome da insuficiência familiar” por profissionais da saúde: uma análise à luz da gerontologia social crítica / Anita Rheno Morethe, 2025.
117 f. : il.

Orientador(a): Cirlene Francisca Sales da Silva.

Coorientador(a): Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica, 2025.

1. Gerontologia. 2. Idosos - Relações com a família.
3. Idosos - Cuidados médicos. 4. Pessoal da área médica.
5. Idosos - Condições sociais.
6. Envelhecimento - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.922.6

Luciana Vidal - CRB-4/1338

Aos meus ancestrais, principalmente a Auram Rheno e Sávio Morethe (genitores). Andrelina Rheno (*In memoriam*) e José Senhor (avós maternos). Luiz Fagundes (*In memoriam*) e Terezinha Miguel (avós paternos). Às pessoas idosas do Programa de Apoio à Terceira Idade (PROATI) da Igreja Evangélica Assembleia de Deus em Pernambuco e às Pessoas Idosas do Grupo de Atendimento Multiprofissional à Pessoa Idosa (GAMI) da Policlínica Agamenon Magalhães em Recife (PAM).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo fôlego da vida, a Jesus Cristo por ser o motivo da minha existência e ao Doce e Amado Amigo Espírito Santo por me fazer levantar todos os dias e seguir a vida.

À minha mãe, Auram Rheno, que me deu todo suporte e incentivo para continuar estudando. Enquanto ela cuidava do trabalho doméstico e de minha pessoa, eu podia estudar.

À minha família, que sentia minha falta nas reuniões familiares e, ainda assim, me enviava mensagens de apoio para prosseguir nos estudos. Em especial, a minha Tia Sandra Mônica, que também é assistente social. Suas sugestões perspicazes foram importantes para reflexão sobre o meu objeto de pesquisa e minha imersão nele: Família e Envelhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica (PPGPSI) da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), em especial às professoras Dra. Cirlene Francisca (minha orientadora e amiga), Dra. Cristina Brito e Dra. Marisa Sampaio pelas orientações e paciência nas partilhas acadêmicas e pessoais.

Aos funcionários da Biblioteca e da Secretaria do Mestrado da UNICAP que, sempre muito solícitos, ajudavam a encontrar as referências que eu precisava, bem como orientavam sobre os processos burocráticos da pós-graduação, respectivamente.

À Coorientadora e amiga Sálvea Campelo, que disponibilizou seu tempo e conhecimento sobre a Gerontologia Social Crítica, assim como por seu comprometimento com a população idosa e a formação de profissionais engajados na luta por dias melhores.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por oportunizar a Bolsa de Estudos para realização do Mestrado.

Às minhas amigas de trabalho, que me incentivaram a estudar. Por terem indicado os caminhos que poderia percorrer para ter um bom aproveitamento no Mestrado.

Às minhas amigas de oração, que estiveram intercedendo por mim enquanto eu caminhava pelo solo da academia.

Ao Grupo de estudos sobre Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social (GEEHPTS) do Núcleo Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania do/a Idoso/a (NAISCI) da Universidade de Pernambuco (UPE), pelo companheirismo afetivo e acadêmico.

Às professoras avaliadoras que prontamente aceitaram participar da banca de avaliação, mesmo diante de tantos compromissos acadêmicos.

Às Pessoas Idosas que me cercam, ensinam e motivam mesmo sem saber.

“Fiquem de pé na presença das pessoas idosas e as tratem com todo respeito; e honrem a mim, o Deus de vocês. Eu sou o Senhor” (Lv. 19.32 – NTLH).

RESUMO

Esta pesquisa de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco é um recorte de um projeto guarda-chuva intitulado “Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: Estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”, CAAE: 36278120.0.1001.529, número do parecer 4.267.762, coordenada pelo Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte), representada pela UNICAP em Pernambuco. No Brasil, cerca de 32 milhões de brasileiros/as em 2022, de acordo com os dados publicados em 2023 pelo IBGE, tinham 60 anos de idade ou mais. Vale destacar que o envelhecimento humano é heterogêneo, trata-se de velhices. Nos estudos da gerontologia e geriatria tradicionais, são elencados alguns processos adoecedores da pessoa idosa e, entre eles, gostaríamos de destacar a Síndrome da Insuficiência Familiar. A referida síndrome, no Brasil, é caracterizada pela redução drástica da capacidade da família de prestar apoio a seus membros idosos, seja pela falta de condições socioeconômicas, seja pela redução do quantitativo de componentes. Consideramos que a nomenclatura carrega significados/sentidos sobre responsabilização familiar. Observamos, contudo, que da família se requer mais ou total responsabilidade mas, do Estado, por meio da Proteção Social Formal, há uma progressiva escusa de deveres, com redução de investimentos nas Políticas Sociais. Tal realidade pede o exercício de ultrapassagem da aparência em busca do entendimento da essência desse fenômeno (transferência de responsabilidades em relação ao cuidado com a pessoa idosa). Essa tarefa se alinha com a Gerontologia Social Crítica em conformidade com a teoria social de Karl Marx. Dito isto, o objetivo geral desta pesquisa é analisar a compreensão dos profissionais da saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas em instituições diversas de saúde, acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com amostragem por conveniência, transversal, analítica e descritiva. Participaram da pesquisa 10 profissionais de nível superior que atuavam no cuidado às pessoas idosas, independentemente da idade, gênero, etnia, grau de escolaridade, classe social, estado civil e religião. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturada para atender aos objetivos da pesquisa. A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin. Resultados: Os resultados apontaram o desconhecimento do conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar e a estranheza ante a nomenclatura/terminologia que sincretiza termos biomédicos com uma instituição social, patologizando-a. Apenas duas profissionais conheciam o conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar, e estas haviam se especializado na área da gerontologia. Apesar de compreender o conceito, uma delas não concordou nem com a terminologia e nem com os aspectos que a caracterizam, fazendo uma crítica à culpabilização da família e ampliando o olhar para a responsabilização do Estado. Considerações finais: A Síndrome da Insuficiência Familiar não é amplamente conhecida pelos profissionais de saúde e o seu conceito não reflete a essência da realidade. As famílias estão mudando quanto ao número de membros e as mulheres adentraram no mercado de trabalho sim, no entanto, esses não são os motivos que podem causar piora na condição de saúde das pessoas idosas. A ausência de políticas sociais públicas para compor uma proteção social e compartilhar com as famílias a responsabilidade pelo cuidado com seus membros pode condicionar a piora da saúde das pessoas idosas.

Palavras-chave: Insuficiência Familiar, Pessoa Idosa, Profissionais de Saúde, Cuidados, Gerontologia Social Crítica.

ABSTRACT

This master's research is part of an umbrella project entitled "Vulnerability and social and health conditions of the elderly in Primary Care and Long-Term Care Institutions: Comparative study in Brazil, Portugal and Spain", CAAE: 36278120.0.1001.529, opinion number 4.267.762, coordinated by Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN – Federal University of Rio Grande do Norte), represented by UNICAP in Pernambuco. In Brazil, about 32 million Brazilians in 2022, according to data published in 2023 by the IBGE, were 60 years of age or older. It is worth noting that human aging is heterogeneous, it is about old age. In this sense, a national position in relation to the care of the elderly is urgent. In the country, there are already some legal regulations that deal with who and how to take care of this segment of the population. In these documents, the subjects responsible for the care of the elderly are listed, namely: the family, society and the State. We observe, however, that the family is required to have greater or total responsibility. Such a reality requires the exercise of going beyond appearance in search of understanding the essence of this phenomenon (transfer of responsibilities in relation to the care of the elderly). This syndrome, in Brazil, is characterized by a drastic reduction in the family's ability to provide support to its elderly members, either due to the lack of socioeconomic conditions or by the reduction in the number of components (children, grandchildren, nephews, among others). We consider that the nomenclature carries meanings/senses about family responsibility. That said, the general objective of this research is to analyze the understanding of health professionals who work in the care of the elderly about Family Insufficiency Syndrome. This is qualitative research, with convenience sampling, cross-sectional, analytical and descriptive. The research included 10 professionals with higher education who worked in the care of the elderly, regardless of age, gender, ethnicity, education level, social class, marital status and religion. For data collection, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script were used to meet the research objectives. The data analysis was carried out through thematic content analysis, proposed by Bardin. Results: The results pointed to the lack of knowledge of the concept of Family Insufficiency Syndrome and the strangeness in the face of the nomenclature/terminology that syncretizes biomedical terms with a social institution, pathologizing it. Only two professionals knew the concept of Family Insufficiency Syndrome, and they had specialized in the area of gerontology. Despite understanding the concept, one of them did not agree with the terminology or with the aspects that characterize it, criticizing the blaming of the family and broadening the view to the responsibility of the State. Final considerations: Family Insufficiency Syndrome is not widely known by health professionals and its concept does not reflect the essence of reality. Families are changing in terms of the number of members and women have entered the labor market, however, these are not the reasons that can cause worsening in the health condition of the elderly. The absence of public social policies to compose social protection and share with families the responsibility for caring for their members can cause the worsening of the health of the elderly.

Keywords: Family Insufficiency, Elderly Person, Health Professionals, Care, Critical Social Gerontology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura1 - Fluxo da seleção de estudos sobre SIF para compor a revisão narrativa.....	67
--	----

Quadros

Quadro 1 - Síntese das Estratégias de busca em base de dados científicos.....	66
Quadro 2 - Síntese das publicações sobre SIF com texto completo entre 2018 e 2023.....	68
Quadro 3 - Perfil Sociodemográfico dos Profissionais de Saúde deste trabalho.....	76
Quadro 4 - Respostas sobre o desconhecimento acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar.....	79
Quadro 5 - Respostas sobre o conhecimento acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar.....	79
Quadro 6 - Impacto que a nomenclatura SIF causou nos profissionais.....	82
Quadro 7 - Impacto negativo que a nomenclatura SIF causou nos profissionais.....	82
Quadro 8 - Impacto negativo que a nomenclatura SIF causou nos profissionais – Fala de Nadir Gouvêa Kfourri (nome fictício).....	84
Quadro 9 - O papel da família no cuidado às pessoas idosas.....	85
Quadro 10 - Principais dificuldades da família em prestar cuidados à pessoa idosa – Sobrecarga Feminina.....	88
Quadro 11 - Principais dificuldades da família em prestar cuidados à pessoa idosa – Situação Financeira.....	90
Quadro 12 - Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa – Orientações.....	91
Quadro 13 - Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa – Ações práticas.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEn-MG – Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Minas Gerais
- ABRADIMENE – Associação Brasileira de Fisioterapia em Neurologia para o Desenvolvimento
- ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
- ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
- AIDV – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- APGAR – Instrumento que avalia a funcionalidade familiar, a partir da percepção de um idoso sobre a sua família
- ASPSP – Associação de Psicologia de São Paulo
- BPC – Benefício da Prestação Continuada
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CF – Constituição Federal de 1988
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings
- DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
- DNA – Ácido Desoxirribonucleico
- EEB – Escala de Equilíbrio de Berg
- EECC – Enfermagem Carlos Chagas
- EEUFMG – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
- EEUSP – Escola de Enfermagem da USP
- ESSIS – Escola de Serviço Social do Instituto Social
- FFCL/USP – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz

GAMI – Grupo de Atendimento Multiprofissional à Pessoa Idosa

GEEHPTS – Grupo de estudos sobre Envelhecimento Humano na Perspectiva da Totalidade Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

IPUSP– Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP

LBA – Legião Brasileira de Assistência – LBA

LGBTQA+ – Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e pansexuais

LTCI – Long Term Care Insurance

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

NAISCI – Núcleo Articulação e Atenção Integral à Saúde e Cidadania do/a Idoso/a -

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

PROATI – Programa de Apoio à Terceira Idade

PROPESPI– Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação

PUCSP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RFS – Regime Fiscal Sustentável

SARS-CoV-2 - COVID-19 – Infecção Respiratória Aguda causada pelo Coronavírus

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SIF – Síndrome da Insuficiência Familiar

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNASUS – Universidade aberta do Sistema Único de Saúde

UNICAP – Universidade Católica de Pernambuco

UPE – Universidade de Pernambuco

USF – Unidades de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

WCPT – World Confederation for Physical Therapy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - A GERONTOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: O QUE DEVEMOS CONSIDERAR NESTE ESTUDO?	24
1.1 A Teoria Social Crítica de Marx e sua influência na Gerontologia Social Crítica	24
1.2 Categorias sociais fundamentais para compreender o envelhecimento e a velhice na perspectiva crítica	28
1.2.1 O trabalho	29
1.2.2 As classes sociais	30
1.2.3 A ideologia	32
1.2.4 Reprodução Social e Cuidado	35
1.3 O Trabalho de Cuidados e a “Crise dos Cuidados”	37
CAPÍTULO II – SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E FAMÍLIA NO CENÁRIO BRASILEIRO	43
2.1 As Bases do Sistema de Proteção Social	43
2.2 Conformação da Proteção Social Brasileira	45
2.3 As Famílias e seus contornos	53
2.3.1 As relações familiares	54
2.4 Abordagens divergentes na concepção de família: o estrutural funcionalismo e a teoria social crítica	56
CAPÍTULO III - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
3.1 Caminho Metodológico.....	57
3.2 Uma revisão narrativa sobre a insuficiência familiar relacionada à pessoa idosa	60
3.2.1 Percurso metodológico da Revisão Narrativa	64
3.2.2 Resultados da Revisão Narrativa	67
CAPÍTULO IV – RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO, DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E ANÁLISE	74
4.1 Breve Perfil dos Profissionais Homenageados	74
4.2 Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados na Pesquisa de Campo	79
4.3 Categorias de análise	78
4.3.1 Compreensão acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar	78
4.3.2 Impacto que a nomenclatura causou no participante	81
4.3.3 O papel da família no cuidado às pessoas idosas	85
4.3.4 Principais dificuldades da família em prestar cuidados direcionados à pessoa idosa	87
4.3.5 Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa	90
4.4 Análise	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99

REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	114
APÊNDICE I-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE	114
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	116
APÊNDICE III - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	117

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade nos países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), o país atingiu o quantitativo de 32 milhões de pessoas idosas em 2022. Para Reis, Barbosa e Pimentel (2016), os fatores que contribuíram com o aumento da longevidade foram a queda na taxa de fecundidade, redução da taxa de mortalidade e mudanças nas condições de vida, como o acesso à saúde pública, à alimentação, dentre outros.

Contudo, o envelhecimento humano não é homogêneo para toda a população. Nesse sentido, Teixeira (2020) explica que a classe social, o acesso à escolaridade, o acesso ao emprego e renda, o acesso à saúde, o conhecimento e o acesso aos direitos sociais são fatores que influenciarão significativamente o processo de envelhecimento e a velhice.

Conforme os dados oficiais (IBGE, 2023) aqui apresentados, a população idosa brasileira cresce rapidamente e políticas públicas para este segmento se fazem necessárias. No Brasil, algumas conquistas da sociedade civil, grupos de estudiosos e militantes do e pelo segmento idoso foram alcançadas, como, por exemplo: Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994), o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003, alterado pela Lei n. 14.423, de 2022) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006).

De acordo com Camarano (2016), essas legislações estão alinhadas com tratados internacionais como o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento de 1982 e o Plano de Ação Internacional de Madrid para o Envelhecimento de 2002, ambos produzidos nos eventos da 1ª e 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento convocadas pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Na realidade brasileira e no atual cenário socioeconômico de desmonte das políticas públicas, que também atinge as políticas sociais para a população idosa, ocorre o sucateamento de serviços e a ausência de investimentos nas políticas sociais. Observamos que, apesar de existir um arcabouço normativo que verse sobre os cuidados nos âmbitos biopsicossocial, necessários para com o segmento idoso, na prática profissional experienciamos uma transferência de responsabilidades do setor estatal público para o setor privado, mais especificamente para a família.

Para o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 14.423, de 2022), o artigo 3º versa que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação de seus diversos direitos”. Empiricamente, identificamos uma retração do Poder Público no que tange às suas responsabilidades. Fala-se

empiricamente, pois, no papel de profissional do Serviço Social, estudante e pesquisadora da temática, com atuação em diversas unidades hospitalares, é relevante observar a transferência de responsabilidades do setor público para o privado. Enquanto profissional e estudante da Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Idosa, do Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP), observamos que alguns profissionais de saúde responsabilizam as pessoas idosas e seus familiares pelo envelhecimento associado a doenças, pois não conseguem compreender que as condições objetivas de vida não permitem àquelas pessoas um envelhecimento diferente. Ademais, por vezes, outros profissionais procuram realizar encaminhamentos para equipamentos e serviços que também auxiliem as pessoas idosas em seu tratamento e recuperação, mas não há equipamentos na rede que possam dar respostas a essas demandas, fato que sobrecarrega as famílias.

Diante dessa realidade, percebemos mais requisição da família no cuidado com a pessoa idosa. Neste contexto, Moraes *et al.* (2010) apresentam a Síndrome da Insuficiência Familiar (SIF) como uma espécie de Gigante da Geriatria, assim descrita por se tratar de um desafio para a intervenção dos profissionais que assistem às pessoas idosas. Nesta “síndrome”, a família é apontada como a responsável por prover, privilegiadamente, os cuidados necessários às pessoas idosas. Quando a família não consegue cuidar dessa pessoa, esta instituição é caracterizada como insuficiente no suporte fundamental para o bem-estar biopsicossocial (Moraes, 2012). O autor destaca ainda que a insuficiência familiar seria capaz, inclusive, de provocar outras incapacidades.

Para esclarecer um pouco melhor do que tratam os Gigantes da Geriatria, estudiosos afirmam que, na fase da velhice, foram levantados sete processos adoecedores envolvendo aspectos biopsicossociais que podem levar ao declínio da saúde da pessoa idosa, sendo estes: Incapacidade cognitiva, Instabilidade postural, Imobilidade, Incapacidade comunicativa, Incontinência esfíncteriana, Iatrogenia e Insuficiência familiar (Moraes *et al.*, 2010). Estes são considerados os 7 (sete) Gigantes da Geriatria, ou seja, as sete condições clínicas mais comuns identificadas no processo saúde-doença da população idosa.

Chama-nos a atenção o último gigante: Insuficiência Familiar. Ao lermos essa nomenclatura, imediatamente passa pelo pensamento que a família é insuficiente, na verdade, que ela não consegue cumprir o seu papel socialmente determinado, que é uma das “culpadas” pelo declínio na saúde das pessoas idosas. Talvez este conceito tenha passado despercebido por muitos profissionais da saúde, e esta nomenclatura/definição tenha culpabilizado os parentes das pessoas idosas, pela velhice com complicações biopsicossociais, que é vivenciada por grande parte da população brasileira e do mundo.

Isto posto, levantamos os seguintes **questionamentos**: O que os profissionais de saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas, compreendem sobre Insuficiência Familiar? Seria a família, apenas, responsável por mais adoecimento à pessoa idosa? Os profissionais de saúde fazem alguma reflexão sobre essa síndrome? Se fazem, qual é a reflexão feita? Como isso perpassa a prática profissional? Nesse sentido, o trabalho aqui apresentado tem a pretensão de investigar a partir dos questionamentos levantados qual a compreensão de profissionais de diversas instituições de saúde sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar e, em seguida, problematizar à luz da Gerontologia Social Crítica sobre essa compreensão.

Gostaríamos de destacar que a perspectiva teórica e metodológica que fundamenta este estudo é a teoria social de Marx. Segundo Sant'ana e Silva (2013), essa teoria não é um conjunto de receitas científicas que, se bem aplicadas, garantem a produção de conhecimento acadêmico. Esta teoria se apoia em três pilares: a teoria do valor trabalho, a perspectiva da revolução como possibilidade histórica e o método. Os autores explicam ainda que essa teoria adota um ponto de vista ontológico, isto é, “uma razão que toma por base a vida real, de seres reais, com produção e reprodução material e espiritual, como seres sociais inseridos em um determinado momento histórico” (Sant'ana e Silva, 2013, p. 183-184).

Ampliando essa compreensão, Netto (2009), apresenta uma reflexão sobre a teoria social marxiana, reforçando que o esse método não se limita à simples descrição dos fatos sociais, mas requer uma análise dialética que revele as contradições e a historicidade inerentes às relações sociais. Para Netto (2009), a teoria social marxiana é um esforço teórico-prático que busca conhecer a totalidade social em movimento, capaz de desvendar os processos sociais em sua complexidade, envolvendo fatores econômicos, políticos, ideológicos e culturais.

Netto (2009) destaca que o método da teoria social, fundamentado no materialismo histórico-dialético, é um meio para superar o empirismo e o positivismo, que tratam as realidades sociais como imediatamente dadas e isoladas. Segundo este estudioso, o conhecimento social exige, necessariamente, o entendimento das mediações e contradições que constituem a realidade social, considerando que as relações sociais são historicamente determinadas e estão em constante transformação. Por isso, é fundamental que o método articule níveis e dimensões distintas da realidade para captar a dinâmica social em sua totalidade e movimento, jamais reduzindo a realidade a interpretações simplistas ou fragmentadas.

Um ponto central sublinhado por Netto (2009) é que o conhecimento científico da sociedade deve combinar análise teórica e prática, ou seja, deve ter um caráter crítico e

transformador. O estudioso enfatiza que o método exige uma dupla mediação: uma entre o singular e o universal, e outra entre a descrição objetiva e a interpretação crítica, com vistas à transformação social. Para isso, o método dialético pressupõe o andamento por etapas, que incluem abstração, análise das contradições, síntese e reconstrução do concreto social, buscando o que ele chama de “totalidade concreta” — uma realidade complexa e articulada que só pode ser apreendida em sua historicidade e movimento.

Assim, conforme Netto (2009), a teoria social marxiana se caracteriza pela relação dialética entre teoria e prática, ciência e ação. A teoria não é neutra nem contemplativa; é um instrumento para revelar as estruturas que subjazem às aparências superficiais e contribuir para a transformação da realidade social. Isso implica que o pesquisador deve estar atento tanto aos processos econômicos e materiais quanto à dimensão ideológica e subjetiva das relações sociais, pois ambos coexistem e se influenciam reciprocamente.

Quanto à teoria do valor trabalho, Sant’ana e Silva (2013, p. 184) partem da compreensão de que o trabalho é a categoria fundante da sociabilidade humana, “[...] permitindo aos homens reduzir progressivamente as barreiras naturais, humanizar a natureza e ser modificado por essa relação.” No modo de produção capitalista, o trabalho útil e concreto pode ser transformado em trabalho abstrato, alienado e estranhado, pois a produção em larga escala não é apropriada e distribuída equitativamente, e o trabalhador não recebe o valor justo pelo seu trabalho. Essas contradições ampliam a desigualdade social e a luta de classes, tornando a revolução uma possibilidade histórica de emancipação humana — uma mudança radical no modo de produção e na apropriação da riqueza socialmente produzida.

Complementando essa visão, Netto (2009) acrescenta que o método da teoria social não é apenas analítico, mas também crítico e prático. Ele explica que o método supera a dicotomia tradicional entre sujeito e objeto, na medida em que compreende o sujeito social — o pesquisador e os atores envolvidos — como parte integrante da totalidade social em análise. Portanto, o método deve considerar tanto a objetividade dos processos sociais quanto a subjetividade e consciência dos atores sociais, de modo a captar as condições reais e as possibilidades de transformação social.

Ainda segundo Netto (2009), a dialética implica uma tensão permanente entre as estruturas sociais que condicionam as ações e as possibilidades de resistência e mudança por parte dos sujeitos históricos. Essa abordagem destaca a historicidade das contradições sociais, enfatizando que as transformações sociais ocorrem por meio da luta entre diferentes classes e grupos sociais, e que o conhecimento científico deve orientar e potencializar essas lutas.

A partir dessa base metodológica, Montañó e Guerra (2024, p. 178-179) descrevem o método marxiano em três momentos e dois caminhos para o conhecimento da totalidade:

- 1º momento:** o concreto real – uma realidade singular, complexa e, por isso, caótica.
- 1º caminho:** análise ou abstração – decompor a totalidade em partes, didaticamente, para alcançar as abstrações.
- 2º momento:** o abstrato – por meio da análise chega-se a abstrações progressivamente menores, campo das mediações entre o singular e o universal.
- 2º caminho:** síntese ou reconstrução – retorno à realidade, não mais caótica, mas como um conjunto rico de determinações.
- 3º momento:** chegada ao concreto pensado.

Sant’ana e Silva (2013, p. 188) afirmam que “a realidade é rica em determinações, saturada por múltiplas mediações que explicam a dinâmica de complexos sociais materialmente existentes (trabalho, classe social, consciência, ideologia, pauperismo, entre outros).” A forma sensível e imediata da realidade chama-se singularidade e sua constituição é complexa e processual. Por isso, não podemos tomá-la como essência ou de modo inteiro. É necessário operar mediações e conexões explicativas para compreendê-la; a isso se chama particularidade. Assim, alcançam-se as relações mais universais, o que permite explicar, entre outras coisas, como a humanidade se organiza para produzir e reproduzir socialmente.

Em consonância, Netto (2009) destaca que a compreensão da totalidade social é o cerne do método marxiano. Ele sublinha que só é possível apreender a realidade social em sua complexidade quando se analisa a articulação dialética entre os diversos elementos e níveis — econômicos, políticos, culturais e ideológicos — dentro de um processo histórico. Esta visão totalizante permite identificar como as contradições internas geram mudanças e crises, insuflando o movimento social e histórico.

Além disso, Netto (2009) chama atenção para a dimensão prática da teoria: mais que interpretar o mundo, a teoria social marxiana, com seu método, pretende transformá-lo, condicionando, assim, uma práxis que alia conhecimento e ação. Para ele, o pesquisador atua como sujeito histórico, cuja intervenção se baseia no conhecimento crítico produzido, o qual deve contribuir para a emancipação humana e a construção de uma sociedade mais justa.

Desse modo, as contribuições de Netto (2009) enriquecem e ampliam as bases apresentadas por Sant’ana e Silva (2013), aprofundando o caráter dialético, totalizante e

transformador do método da teoria social marxiana, destacando a historicidade, a crítica e a interação entre teoria e prática como fundamentais para a produção de conhecimento social relevante.

Em síntese, segundo Sant’ana e Silva (2013) e Netto (2009), as consequências deste referencial metodológico são: a teoria como reconstrução da realidade, com o propósito de desvelar o imediato e revelar as particularidades na totalidade social, além do compromisso com a revolução, enquanto mudança histórica voltada à emancipação humana.

A gerontologia social crítica, conforme os estudos de Campelo e Paiva (2014), se insere neste referencial teórico-metodológico, compreendendo o envelhecimento não como um processo apenas biológico ou individual, mas como uma construção histórica e social profundamente marcada pelas desigualdades do capitalismo. A estudiosa enfatiza que a experiência da velhice está atravessada pelas condições econômicas, sociais e políticas, e que as desigualdades ao longo da vida – relacionadas a trabalho, gênero, raça e classe social – influenciam diretamente as condições de vida e o envelhecimento humano.

A Gerontologia Social Crítica, portanto, destaca a importância de analisar o envelhecimento dentro do contexto das relações sociais e das contradições do modo de produção capitalista. Isso inclui a crítica às condições de exclusão social, à precarização das condições de trabalho e à ideologia que naturaliza e marginaliza o envelhecimento e a velhice.

Segundo Haddad (2016), a ideologia da velhice refere-se a um conjunto de representações, discursos e práticas sociais que naturalizam e justificam a forma como a sociedade trata as pessoas idosas, especialmente sob a lógica do capitalismo. Haddad (2016) aponta que essa ideologia cria uma imagem idealizada do envelhecimento, marcada por espaços de lazer e propostas pedagógicas que promovem o “envelhecimento saudável” como solução. Contudo, essa visão mascara as condições reais da maioria dos idosos, que enfrentam pobreza, fragilidades na saúde, isolamento social e a retirada de direitos previdenciários. Segundo Haddad (2016), essa ideologia é operada para despolitizar e controlar o envelhecimento, responsabilizando individualmente os idosos e suas famílias enquanto o Estado se exime do dever social.

Nesse sentido, Haddad (2016) critica as propostas de que o envelhecimento deve ser tratado como uma questão pedagógica ou terapêutica, ou seja, como se o “problema” do envelhecimento fosse resolvido somente com educação para envelhecer bem, trabalho e apoio familiar, sem questionar as bases estruturais que geram a exclusão e marginalização das pessoas idosas, principalmente da classe trabalhadora. Tal crítica se coaduna com a perspectiva da Gerontologia Social Crítica.

Sobre isso, Campelo e Paiva (2014) ressalta a importância da intervenção social crítica, que busca a garantia de direitos, sobretudo frente aos efeitos das políticas neoliberais que retiram direitos sociais e fragilizam a seguridade social. A gerontologia social crítica defende políticas públicas que assegurem o acesso à saúde, previdência e condições dignas de vida para as pessoas idosas, considerando as especificidades das populações mais afetadas, como as velhas e os velhos trabalhadores.

No método marxista de análise da totalidade social que fundamenta a gerontologia social crítica, o envelhecimento humano é estudado considerando a articulação das dimensões econômicas, políticas, culturais e ideológicas. Assim, a gerontologia social crítica não só busca compreender o envelhecimento em sua dimensão total e histórica, mas também orientar uma prática comprometida com a transformação social e a luta contra as desigualdades, contribuindo para a emancipação humana e para a construção de uma sociedade mais justa.

Para facilitar a compreensão da abordagem teórico-metodológica adotada, usamos, de modo didático, nosso objeto de estudo como exemplo:

1º momento (1º caminho): o conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar e sua compreensão por profissionais de saúde.

2º momento (1º caminho): envelhecimento na sociabilidade capitalista; crise da reprodução social (suposta crise de cuidados); ideologia sobre a família e o papel da mulher; expansão dos lucros do capital via transferência de responsabilidades estatais para o âmbito familiar, entre outras.

2º momento (2º caminho): caracterização e patologização de famílias como insuficientes, no campo da geriatria e gerontologia, em prestar cuidados aos membros idosos.

3º momento (2º caminho): a velhice como produção social; luta de classes; responsabilização exclusiva das famílias pelo cuidado com seus membros idosos.

Retorno a realidade não mais caótica, mas rica em múltiplas determinações.

Sendo assim, a perspectiva teórica da Gerontologia Social Crítica perpassa toda esta pesquisa, desde a introdução até as considerações finais. Nos capítulos a seguir nos deteremos sobre as principais categorias que fundamentam nossa reflexão.

Cabe salientar que este estudo é um recorte de uma Pesquisa em Rede, multicêntrica, internacional, comparativa entre Brasil, Portugal, Espanha e França, intitulada “Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: Estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”, CAAE: 36278120.0.1001.529, número do parecer 4.267.762, coordenada pelo Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte),

representada pela UNICAP em Pernambuco. Um dos objetivos gerais da Pesquisa em Rede é caracterizar os cuidados, condutas e intervenções em saúde adotadas nos serviços de saúde e ILPI, logo o presente estudo liga-se a Pesquisa maior por meio da reflexão sobre os cuidados que deveriam ser prestados às pessoas idosas nos serviços de saúde. O projeto de pesquisa em rede se estendeu de 2021 até julho de 2025. Em anexo encaminhamos o Projeto e o Parecer do Comitê de Ética.

A pesquisa proposta manifesta, ainda, pertinência em relação ao cumprimento de uma das diretrizes da PNI (1994), que apoia estudos e pesquisas sobre o envelhecimento, além de estar de acordo com a PNSPI (2006) que estimula a formação e educação permanente de profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS.

Diante do exposto, o **objetivo geral desta pesquisa** é analisar a compreensão dos profissionais da saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas, acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar. Mais especificamente: caracterizar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais; conhecer a compreensão deles/as sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar; problematizar, a partir da compreensão dos sujeitos da pesquisa, o papel da família no que tange à Insuficiência Familiar.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, discorreremos sobre a Gerontologia Social Crítica como aporte teórico basilar para nortear as reflexões sobre o Envelhecimento Humano no modo de produção capitalista. No segundo capítulo, trataremos sobre o entrelaçamento dos sistemas de proteção: o familiar e o estatal e como essa interface se dá no cenário brasileiro. O terceiro capítulo abarcará os procedimentos metodológicos que adotamos para construir e desenvolver a pesquisa, além de uma revisão narrativa sobre o conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar. No quarto capítulo, apresentaremos os resultados, discussão e análise dos principais dados encontrados nas entrevistas que realizamos com dez profissionais de saúde sobre a compreensão da Síndrome da Insuficiência Familiar. Desejamos que esta leitura seja proveitosa e contribua com o debate sobre a temática.

CAPÍTULO I - A GERONTOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: O QUE DEVEMOS CONSIDERAR NESTE ESTUDO?

Neste capítulo, discorreremos na primeira parte, mas não dissociada da segunda, sobre a Teoria Social de Marx que embasa a Gerontologia Social Crítica. Na segunda parte, abordaremos sobre as categorias sociais primordiais para compreender o envelhecimento e a velhice como produto da realidade histórica. Na terceira parte do texto, iniciamos a problematização sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar e começamos a cumprir o terceiro objetivo específico (Problematizar sobre o papel da família no que tange à Insuficiência Familiar) para, assim, atingir o objetivo geral desta dissertação (analisar a compreensão dos profissionais da saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas, acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar à luz da Gerontologia Social Crítica).

1.1 A Teoria Social Crítica de Marx e sua influência na Gerontologia Social Crítica

Para compreender a Teoria Social Crítica de Marx ou o Materialismo Histórico Dialético, valemo-nos das interpretações de Netto (2009) e Tonet (2013) sobre o assunto. Sabemos que não se trata de uma teoria de fácil compreensão, uma vez que se propõe uma mudança de paradigma vinculada a um projeto revolucionário.

Netto (2009) explica que a teoria social é um guia de estudo que busca compreender, por meio de uma detalhada reconstrução histórica sobre a conformação da sociedade burguesa, sobre a sociabilidade humana, bem como vai além disso, pois propõe uma superação desse modo de exploração. Contudo, não se trata simplesmente de uma análise econômica da sociedade.

Quanto à categoria, Tonet (2013) esclarece que Marx toma como ponto de partida para seus estudos o ato que funda o ser social: o trabalho. Tonet (2013, p. 100-101) diz que: “Esse ato, por permanecer sempre como o fundamento ontológico de qualquer forma de sociabilidade – ou modo de produção- também permitirá entender as categorias que o integram e seu desdobramento ao longo do processo histórico”. Assim, a partir da compreensão sobre a categoria trabalho, é possível entender a sociabilidade e história da humanidade, e por conseguinte o processo de envelhecimento.

Na compreensão de Tonet (2013, p. 114), o ser social é histórico, “uma totalidade e não uma soma aleatória de partes, é composto de essência e aparência, que é resultado da

interatividade humana, que é permeado por contradições e mediações [...]”. Para estudar e interpretar a complexa sociabilidade humana e seus modos de produção por parte da teoria social, é imprescindível levar em conta todas as dimensões da atividade humana que são fundamentadas no trabalho. Nas palavras de Netto (2009, p. 673), para Marx:

A teoria é a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto de pesquisa. E esta reprodução (que constitui prioritariamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto.

Entendemos que a realidade concreta é o objeto de pesquisa, ou um dado da realidade, e o sujeito da pesquisa é caracterizado pelos participantes e o pesquisador que reconstrói no plano ideal (no pensamento) essa realidade. Netto (2009), ao discorrer sobre o assunto, esclarece ainda que a realidade tem existência objetiva e independente do sujeito. O objetivo da pesquisa é ir além da aparência fenomênica, imediata do objeto, é buscar apreender a essência (estrutura e dinâmica do objeto), sem, no entanto, descartar a aparência, pois esta se constitui como um nível de realidade.

Netto (2009) discorre que a reprodução do real no plano do pensamento (ideal) não é o espelhamento da realidade. Caso fosse, “o papel do sujeito seria passivo”. No dizer de Netto (2009, p. 675):

Para Marx, ao contrário o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada do objeto, mas a sua essência e dinâmica (mais exatamente para apreendê-lo como um processo), o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação.

Sobre a relação entre o sujeito e o objeto da pesquisa, Netto (2009) explica que não é uma relação de externalidade, como é o caso da física ou citologia, mas sim uma relação na qual o sujeito está implicado/imerso no objeto e, por isso, não é possível elaborar uma pesquisa neutra. O objeto da nossa pesquisa é a compreensão de profissionais de saúde sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar. Em outras palavras, o familismo das políticas públicas reverberado ou não nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde às pessoas idosas e seus familiares. Logo, o sujeito da pesquisa está imerso no seu objeto, e é atravessado por essa realidade. Apesar disso, a objetividade do conhecimento compilado pode ser comprovada por meio da prática social e histórica. Com isso, cabe o registro das palavras de Tonet (2013, p. 105):

Ao superar a dicotomia entre subjetividade e objetividade, demonstrando que a própria realidade é o resultado da síntese entre consciência (momento subjetivo) e realidade (momento objetivo), síntese essa realizada pela prática social, Marx pode sustentar, de modo sólido, a possibilidade de conhecer não apenas a aparência (o fenômeno), mas a essência (o número).

Ainda na concepção de Netto (2009) e Tonet (2013), o conhecimento da realidade figura como mediador para intervir nesta e sendo completamente importante para autoconstrução do ser humano, além de ser resposta para alguma situação encarada pela humanidade. Assim, o conhecimento é aproximativo, processual, uma vez que a realidade é dinâmica.

Em consonância com a teoria social crítica, levantamos alguns pontos das condições materiais da vida social da classe trabalhadora que envelhece para discutir sobre o familismo e os cuidados ou não cuidados dispensados à população idosa a partir da perspectiva de profissionais de saúde. Para tanto, foi necessário realizar algumas abstrações. Nas palavras de Netto (2009, p. 684), abstração é: “a capacidade intelectual que permite extrair da sua contextualidade determina (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo; é um procedimento intelectual sem o qual a análise é inviável [...]”. É possível perceber determinações mais concretas até chegar às determinações mais simples. Por determinações, Netto (2009, p. 685) compreende que são traços dos elementos que constituem a realidade: “As determinações mais simples” estão postas no nível da universalidade; na imediatez do real, elas mostram-se singulares – mas o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade”.

Tonet (2013, p. 115) também explica que a realidade social tem um caráter de totalidade; de articulação entre singularidade, particularidade e universalidade. Por isso mesmo, “a totalidade não é sinônimo de tudo, mas significa um conjunto de partes, articuladas entre si, com uma determinada ordem e hierarquia, permeadas por contradições e mediações em constante processo de efetivação”. Para Tonet (2013), isso quer dizer que um dado da realidade não pode ser compreendido de maneira isolada e sem considerar sua dinâmica contraditória.

Pasqualini e Martins (2015, p. 364) esclarecem que captar a essência da realidade “implica abstrair momentaneamente ou suspender as formas fenomênicas e decodificar as leis explicativas que regem o desenvolvimento do fenômeno”. Na busca por esse desvendamento da realidade, a aclaração dos nexos entre a singularidade, a particularidade e a universalidade são fundamentais.

Por singularidade, Pasqualini e Martins (2015) compreendem que se trata de uma ocorrência singular, única e irrepetível. É a aparição imediata do acontecimento, porém não é a concretude do fenômeno. Somente pela ultrapassagem dos dados aparentes (do imediato) é possível se aproximar da essência da realidade e conectar os fatos aparentes com a universalidade. Essa ultrapassagem ou mediação chama-se de particularidade, contudo, não significa que seja o equilíbrio entre os polos (singular-universal). Antes, é a reconstrução contraditória e aplicação das leis gerais ao imediato com o objetivo de fazer a singularidade se reconectar com as múltiplas e ricas determinações da universalidade. Sendo assim, consideramos que a compreensão da categoria totalidade social é fundamental para desvelar o que está na essência do conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar. Por isso, adotamos essa perspectiva para aprofundar o conhecimento e afinar nossa prática em busca de melhores condições de vida para população idosa e seus familiares.

Queremos reafirmar também o nosso compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo com a Gerontologia Social Crítica que tem suas bases na Teoria Social Crítica de Karl Marx. De acordo com Campelo e Paiva (2021), a Gerontologia Social Crítica se propõe a realizar as mediações indispensáveis para compreender o fenômeno do envelhecimento sendo uma produção social permeada por contradições. Dessa maneira, busca apreender a totalidade social que perpassa o envelhecimento humano, como também procura assumir um posicionamento revolucionário em defesa de uma sociedade mais justa e equânime. Nas palavras de Campelo e Paiva (2021, p. 36):

Destarte, a Gerontologia Social Crítica vem reivindicar as mediações necessárias para o conhecimento teórico e o conhecimento prático na perspectiva da totalidade; o movimento das constantes aproximações para desvelar as relações sociais que conformam esse “concreto constituído” por múltiplas determinações e, consequentemente, enfrentar a tradição e conservadorismo nos estudos sobre a velhice humana. E o rompimento com a conspiração do silêncio para denunciar a desigualdade social que condiciona a velhice em sua versão trágica.

Sabemos também que realizar a análise do nosso objeto a partir da perspectiva crítica da Gerontologia Social não é simples e destoa de muitos escritos da Gerontologia de modo geral. No entanto, compreendemos que é pertinente realizá-la, pois buscamos romper com análises generalistas e homogêneas sobre o envelhecimento e a velhice. Sendo assim, no tópico a seguir buscamos nos debruçar sobre algumas categorias que defendem a compreensão da totalidade do envelhecimento humano.

1.2 Categorias sociais fundamentais para compreender o envelhecimento e a velhice na perspectiva crítica

Para Teixeira (2018), o envelhecimento humano é um processo complexo e multidimensional. A autora propõe uma análise que considere a historicidade e dialética do envelhecimento, na qual as vivências individuais são ligadas à totalidade. Para isso, faz-se necessário realizar as mediações entre singularidade/particularidade/universalidade em relação à realidade de cada pessoa que envelhece para, então, compreender as determinações sociais que incidem sobre o envelhecimento humano. Apesar de existir um critério cronológico para demarcar a velhice, ela apresenta várias faces.

Para a Geriatria, de acordo com Netto (2006), o envelhecimento biológico e fisiológico é caracterizado por um processo orgânico que envolve o declínio e a redução das funções. Esse processo orgânico, visto pela perspectiva histórica, aponta diferentes maneiras de envelhecer. Para exemplificar, podemos citar que o marcador cronológico para definir a velhice nos países desenvolvidos é de 65 anos de idade. Nos países em desenvolvimento, é de 60 anos de idade. Até mesmo dentro do Brasil existem diversas expectativas de vida ao nascer. Conforme dados do IBGE (2023b), os estados do sul do Brasil têm o menor índice de Gini¹ e, conseqüentemente, maior expectativa de vida, enquanto os estados do norte e nordeste têm um índice de Gini elevado e menor expectativa de vida. Isso aponta que a desigualdade social interfere diretamente na qualidade de vida, como também na velhice.

Queremos destacar que a fase da velhice, contudo, nas palavras de Campelo e Paiva (2014), não é responsabilidade exclusiva do indivíduo que envelhece, e/ou de sua família, mas do conjunto de atores (indivíduo, sociedade, família e Estado). Podemos dizer, em concordância com Campelo e Paiva (2014) e Teixeira (2018) que a pessoa idosa é, em parte, resultado das condições objetivas de uma vida toda. Como veremos no próximo item, uma categoria fundamental para analisar as condições objetivas de vida é o trabalho. Para Marx (2009), é a mediação pela qual o ser humano transforma a natureza com objetivo de responder às suas necessidades.

¹ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. O índice 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 (IPEA).

1.2.1 O trabalho

Adotamos aqui a análise feita por Lessa e Tonet (2011) sobre a filosofia elaborada por Marx e Engels para explicar a construção da sociabilidade humana a partir da centralidade do trabalho. Para os estudiosos, é a partir do trabalho que a humanidade produz a sociedade, pois, à medida que modifica a natureza para satisfazer determinada necessidade, ocorre também a transformação do próprio indivíduo. Os autores ainda esclarecem que os seres humanos, diferente dos animais, têm a capacidade de antecipar no mundo das ideias um objeto, antes mesmo dele existir concretamente, a isso nomeou-se de **prévia-ideação**. Geralmente, essa prévia-ideação é concebida para responder uma necessidade. Então, o ser humano procede para transformar a natureza e produzir aquilo que foi projetado. Essa conversão de prévia-ideação em objeto é nomeada de **objetificação**.

Para Miranda (2024), à medida que transforma a natureza, o indivíduo gera também novos conhecimentos, novas necessidades e novas possibilidades. Para sairmos do nível da abstração, gostaríamos de apresentar um exemplo citado pelos mesmos autores: um homem dos primórdios da história da humanidade necessita quebrar um coco. Várias são as possibilidades: construir um machado foi a solução escolhida. Ao produzir o machado, transformou-se a natureza, e produziu-se conhecimentos e habilidades. Os estudiosos referem, então, que esse **conhecimento** passa de **singular** (construção do machado) para **genérico** (favorável em outras circunstâncias – escolha de pedras e madeiras para construção de habitações). Nas palavras de Lessa e Tonet (2011, p.73), “os homens se organizaram em sociedades prioritariamente para produzirem o indispensável à vida humana, são as necessidades e possibilidades geradas nessa esfera o fator predominante do desenvolvimento histórico”.

Lessa e Tonet (2011) explicam ainda que, com o acúmulo de conhecimentos e desenvolvimento do trabalho, as necessidades humanas se complexificaram e a capacidade de transformar a natureza também. Os desdobramentos dessas transformações levaram a humanidade a dominar a agricultura e a pecuária, produzindo o excedente e isso possibilitou a exploração do homem pelo homem². As primeiras sociedades baseadas na exploração humana foram as asiáticas e escravistas, tal como apresentaremos a seguir.

² O estudo sobre o desenvolvimento da produção e reprodução humana é complexo e exigiu dos estudiosos aprofundamento. Estamos ligeiramente resumindo para que tenhamos um panorama de como se deu a

1.2.2 As classes sociais

Em consonância com Lessa e Tonet (2011), nas sociedades asiáticas a riqueza produzida nas aldeias era apropriada pela classe dominante por meio dos impostos. O modo de produção asiático refere-se à maneira como se organizava a produção de bens e a economia nas primeiras sociedades estatais como, por exemplo, Índia, China e Egito, do período histórico conhecido como Antiguidade Oriental. Na concepção dos estudiosos, para que esse tipo de dominação fosse instituído, foi necessária a criação de outros complexos sociais, a saber: o Estado e o Direito, entre os mais importantes. Nessa concepção, o Estado serve como um meio de dominação da classe que está no poder, ou seja:

[...] o Estado é a organização da classe dominante em poder político. Tal poder apenas pode existir apoiando-se em um conjunto de instrumentos repressivos (exército, polícia, sistema penitenciário, funcionalismo público, leis etc.). Independente da forma que ele assuma e das formas de exercer o poder, segundo Marx, o Estado é essencialmente um instrumento de dominação de classe (Lessa; Tonet (2011, p. 54).

Por sua vez, o Direito foi instituído para evitar que a sociedade vivesse em constante guerra civil, tendo em vista os interesses (os que detêm a propriedade dos meios de produção e aqueles que detêm apenas a força de trabalho) que são incompatíveis. Portanto, para Lessa e Tonet (2011, p. 55), “o objetivo fundamental do Direito será o de regulamentar a vida social de modo que ela possa se reproduzir sobre a base da sociedade privada”. Todavia, o modo de produção asiático sucumbiu, pois era caracterizado pelo parco e vagaroso crescimento.

Tal como explicado por Lessa e Tonet (2011), às sociedades escravistas (principalmente as sociedades grega e romana da Idade Antiga) também eram caracterizadas pela existência de duas classes: senhores e escravos. Nesse período, os avanços das técnicas de produção não foram significativos, tendo em vista que nada do que se produzia ficava com os escravos e, assim, para aumentar a produção era necessário ter um grande número de pessoas escravizadas. Dois exemplos desse tipo de sociedade são: a grega e a romana. Todavia, esse modo de produzir e reproduzir a vida tornou-se insustentável, uma vez que escravizar muitas pessoas elevava as despesas dos senhores e, acrescente a isso, os custos para

manter a máquina estatal e o exército que também oneravam ainda mais os gastos dos senhores.

Cerca de três séculos seguiram até que fosse desenvolvido e se constituísse o modo de produção feudal. Lessa e Tonet (2011, p. 61) ensinam que “[...] a principal característica do feudalismo foi a organização da produção em unidades autossuficientes, essencialmente agrárias e que serviam também de fortificações militares para defesa: os feudos”. Seguindo a linha de pensamento dos estudiosos que tomamos por base, o diferencial do modo de produção feudal estava no fato de que os servos podiam ficar com uma parcela daquilo que produziam e, por isso, procuravam produzir sempre mais. Então, com o aumento da população e da produção ocorreram crises entre os senhores e servos ao ponto de quebrarem o acordo entre eles. Alguns servos foram expulsos dos feudos e, com isso, nasceu o comércio e se expandiram as rotas comerciais. A transição do feudalismo para o capitalismo foi um processo gradual que ocorreu na Europa, nos séculos XV e XVI, marcado por conflitos sociais e transformações econômicas. Nesse ponto da história humana, são reconhecidas duas novas classes: os burgueses e os comerciantes.

Salienta-se que o desenvolvimento das forças produtivas não ocorreu de maneira linear e bem sincronizada como uma sequência de fatos rigidamente organizada. Pelo contrário, em cada lugar, em cada tempo avançavam e retrocediam os embates em torno da produção e reprodução social³, e que estamos fazendo essa reconstrução para explicar brevemente como se formaram as classes sociais e como a inserção em uma dada classe condiciona o envelhecimento e faz da velhice uma expressão da questão social. Assim, pretendemos desmistificar o conhecimento que homogeneiza a velhice a partir de marcadores cronológicos e mudanças físicas sem, no entanto, desprezá-las.

Retomando a reconstrução histórica do desenvolvimento das classes produtivas, de acordo com a Organização Política Emancipação Socialista (2023), a burguesia crescia continuamente e realizou a Revolução Industrial (1776-1830). Constituíram-se, assim, duas outras classes antagônicas: a burguesia e o proletariado. Lessa e Tonet (2011, p. 63) caracterizam o nascente modo de produção capitalista de forma concisa e clara:

O modo de produção capitalista tem em sua essência uma nova forma de exploração do homem pelo homem: do trabalhador, a burguesia compra apenas a sua força de trabalho. Como a utilidade desta é apenas uma, produzir; e como ela possui uma

³ De acordo com Miranda (2024), a reprodução social pode ser compreendida como um complexo conjunto de normas, valores, imposições, instituições que organizam as relações sociais, e está fundada no trabalho, mas não reduzida a este.

propriedade única entre as mercadorias, que é a de empregada adequadamente, produzir um valor maior do que ela própria vale, o burguês que comprou a força de trabalho tem, ao final do mês, um valor maior do que aquele que paga ao trabalhador sob forma de salário. Esse valor maior é a mais-valia.

O avanço da reprodução social no capitalismo, bem como a complexificação de sua maneira de acumular riquezas reduziu a força de trabalho⁴ à mercadoria⁵. No capitalismo, o que predomina é a busca incansável pelo acúmulo de riquezas e o trabalho que antes pretendia satisfazer as demandas humanas passa a ser empregado para atender a necessidade de acumulação. A riqueza produzida por uma classe (trabalhadora) é apropriada e acumulada por outra classe (burguesa).

Para que todas essas relações se tornassem aceitáveis, foi oportuna a elaboração de um complexo social para aparelhar o Estado burguês, a democracia burguesa. Seguindo as formulações teórico-críticas do materialismo histórico, Netto e Braz (2021) esclarecem que neste tipo de democracia todos os indivíduos são considerados iguais, descartando-se as reais diferenças entre eles. E, nesse sentido, compreendemos neste tipo de democracia que a burguesia é mais poderosa que o trabalhador. Cria-se a ilusão política de que capitalista e trabalhador são absolutamente iguais, o que na prática significa a máxima liberdade para o capital explorar a força de trabalho, motivo pelo qual compreendemos ser necessário discutir a importância da ideologia nesse processo.

1.2.3 A ideologia

Em razão disso, compreendemos que o Estado burguês desempenha importante papel na conformação da ideologia. De acordo com Marx e Engels (2009, p. 67), as ideias dominantes são expressões das relações materiais das pessoas da classe dominante. A classe dominante é aquela que tem ou detém os meios de produção material e consegue não só a dominação da produção, mas também das ideias. Sendo assim, domina como classe a produção e a distribuição das ideias de seu tempo. Nas importantes palavras de Haddad (2016, p. 60):

⁴ A força de trabalho de cada indivíduo é parte do que ele tem de mais essencial como ser humano. A força de trabalho de cada um de nós, ou seja, nossa capacidade de produzir os bens que necessitamos, é herdeira de todo o desenvolvimento da humanidade (Lessa; Tonet, 2011, p. 66).

⁵ A reificação (ou coisificação), que é a essência das alienações capitalistas, é esta absurda redução do que é uma das expressões mais humanas do indivíduo, sua capacidade produtiva, a mera mercadoria, a uma coisa. (Lessa; Tonet, 2011, p. 69).

Na medida em que a produção das relações capitalistas implica a reprodução de ideias, valores, princípios e doutrinas, o conjunto de representações sobre a etapa final da vida humana é organizado segundo as determinações básicas do modo capitalista de produção. As sociedades capitalistas, transformando as pessoas em mercadorias, condenam o trabalhador à degradação durante toda sua trajetória de sua vida.

Na compreensão de Haddad (2016), a ideologia é entendida como a visão de mundo, como o conjunto de ideias que fazem frente à ideologia dominante. É fundamental aclarar que a velhice é produto da existência objetiva e histórica dos seres humanos, e não somente dos aspectos biológicos- fisiológicos e da “vontade” (no que se refere aos estilos de vida).

Na segunda parte deste escrito, discorreremos brevemente sobre alguns dos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice, pois julgamos importantes para compreender a vida humana, bem como acreditamos ser pertinente afirmar que tais conhecimentos, caso não sejam articulados com a totalidade social na qual o ser humano está inserido, poderão incorrer em representações abstratas do envelhecimento e da velhice, em uma ideologia da velhice irreal.

Não é justo homogeneizar o envelhecimento e a velhice, não é justo desconsiderar a forma de inserção no mundo do trabalho, o trabalho desenvolvido, os salários recebidos, o consumo de bens e serviços ao ponto de realizar reformas previdenciárias que alonguem os dias de trabalho de uma classe que adocece e envelhece à medida que vendem sua força de trabalho, como ocorreu com a contrarreforma feita na previdência social, no Brasil em 2019⁶.

Mais injusto ainda e, de acordo com Teixeira (2021), é apelar para o individualismo e subjetivismo idealista, dando a ideia de que a velhice depende exclusivamente dos estilos de vida desenvolvidos. Essa é a ideologia que por vezes o Estado e a elite intelectual, a serviço da classe dominante, desejam introjetar na classe trabalhadora, isso enfraquece a luta coletiva.

Haddad (2016) ilustra ainda que os receituários dos organismos internacionais como, por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU), prescrevem que para envelhecer de forma saudável é preciso ter uma boa alimentação, boas horas de sono, exercício físico, manter uma vida intelectualmente produtiva, viver em um ambiente bem saneado, em uma cultura de paz, produzir algo para gerações futuras por meio de seu trabalho, trabalhar por mais anos para manter vivo o sentido da vida, como também uma enorme lista de orientações que ultrapassam a vontade/desejo individual. Para seguir esse tipo de receituário, é preciso ter

⁶ Ver Emenda constitucional n. 103, de 12 de novembro de 2019 que altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm.

acesso aos emprego, renda e políticas sociais de proteção social que possibilitem um envelhecimento seguro ou saudável.

Na compreensão de Campelo e Paiva (2014, p. 52), é de suma importância realizar o estudo do envelhecimento e da velhice pela via também da história e da totalidade⁷ porque

[...] a velhice vem sendo estudada pela sua magnitude, ou seja, como se apresenta em números, com ênfase no seu desenho epidemiológico, numa via de apreensão deslocada das relações de produção e reprodução capitalista. Como os estudos tendem a ser delimitados no âmbito das questões que se manifestam enquanto problemas de ordem social, está explicado, a priori, por qual manobra teórico-metodológica a velhice senil, com perdas acentuadas da capacidade funcional aparece cientificamente comprovada como sendo [quase] um dado natural dessa fase da vida humana. Se o contingente estudado, foco das necessidades mínimas não saciadas e das demandas sociais históricas, devidamente encaminhadas aos “experts” ou “ideólogos” do envelhecimento e às instituições legitimadas pela intervenção do Estado, é o que compõe a versão atual do “velho proletariado”, a verdadeira “tragédia do envelhecimento” é, por sua vez, o resultado das condições objetivas de vida dos (as) trabalhadores (as) e não um dado natural do envelhecimento do ser humana na sua universalidade.

Seguindo o pensamento de Campelo e Paiva (2014) e Haddad (2016), no que tange ao papel da ideologia na propagação de receitas sobre como envelhecer, descoladas da realidade e que isentam o Estado da formulação e execução de políticas sociais, gostaríamos de alertar sobre o perigo de imputar à Família a culpa por causar adoecimento à pessoa idosa, membro do grupo familiar, como parece fazer a conceituação e a própria nomenclatura: Síndrome da Insuficiência Familiar. Com isso, questionamos: a quem serve esse saber- essa ideologia?

A cientista social Haddad (2016, p. 106), em seus estudos sobre a Ideologia da velhice, explica que, em alguma medida, os campos da geriatria e da gerontologia podem responsabilizar, exclusivamente, às famílias pelo cuidado com a pessoa idosa.

Assim, gerontologia e geriatria procuram atingir a família: buscam sensibilizá-la, vigiá-la, assisti-la, *protegê-la*, para que não falhe com os velhos (as), para que assuma o papel de protetora da velhice a serviço do Estado, dimensão essencial do capitalismo, expressão e condição das relações e antagonismos de classe.

Compreendemos que seguir o receituário do envelhecimento ativo e bem-sucedido é possível apenas para uma pequena parte das pessoas idosas e suas famílias, aquelas que fazem parte da burguesia e aquelas das frações da classe trabalhadora, para as quais o tempo de

⁷ Esta categoria é tomada a partir de uma leitura de Luckás feita por Tonet. Este ressalta que a realidade é um “complexo de complexos”, um conjunto de partes articuladas e entrelaçadas entre si. Cada parte é um complexo e não pode ser apreendida sem ser remetida a sua relação com as outras partes. Deste modo, adotamos como ponto de partida que para compreender o envelhecimento é necessário aprender as relações sociais na história da humanidade.

trabalho é melhor remunerado e, via mercado, conseguem atender às necessidades básicas para manutenção de uma boa saúde e bem viver. No tocante às pessoas que vivem em uma condição mais desfavorável, de empobrecimento e acesso comprometido às políticas de proteção social, o apelo, à responsabilização individual e a moralização das famílias ocorrem no sentido de fazer com que sejam culpabilizadas pelo “fracasso” do envelhecimento comprometido por doenças. Assim, a resolução de questões coletivas é levada para o âmbito particular.

O cuidado e o autocuidado que são reproduzidos no âmbito individual e familiar são perpassados pelas desigualdades sociais, como veremos no tópico a seguir, no qual discorreremos sobre a reprodução social e o cuidado.

1.2.4 Reprodução Social e Cuidado

Em relação ao trabalho do cuidado desempenhado pela família, Miranda (2024) esclarece que, a partir do momento que a família deixou de ser uma unidade produtiva, no sentido de produzir bens e mercadorias para comercialização, o trabalho que lhe restou foi o trabalho do cuidado e o trabalho doméstico, invisibilizado e naturalizado, uma vez que não produz diretamente lucro. Na vida privada, coube à mulher, quase exclusivamente, o cuidado e as atividades domésticas, as quais, objetivamente e subjetivamente, reproduzem as relações sociais.

Ainda de acordo com Miranda (2024), os debates em torno do trabalho (doméstico e de cuidado) ligados à reprodução social foram desenvolvidos a partir de estudos feministas e, conforme o movimento maturava, a discussão se expandiu e tornou-se mais crítica. Sobre reprodução social, Miranda (2024, p.134) diz que:

[...] é um processo no qual se organizam as relações sociais, ela exige não só reprodução das forças produtivas (força de trabalho e meios de produção), mas também a reprodução das relações sociais, que atingem um nível de complexibilidade para além do trabalho. A reprodução social envolve um aspecto ideológico; no seu âmbito, leis, normas e valores são criados e reproduzidos através das instituições sociais, gerando expectativas de comportamentos para manter determinada ordem.

Em concordância com a estudiosa, podemos dizer que é no âmbito da reprodução social que se originam as relações sociais desiguais. Ademais, é reproduzida também a divisão sexual do trabalho: aos homens à vida pública, e às mulheres à vida privada. Apesar

de não produzir uma mercadoria que seja passível de extrair mais-valia, reproduz a vida humana (Miranda, 2024).

Passos (2016, p. 282) também contribui com essa discussão em torno do cuidado como trabalho, ao afirmar que, na contemporaneidade, o cuidado pode ser caracterizado como trabalho reprodutivo, pois tem o objetivo de favorecer a “[...] satisfação das necessidades primárias dos indivíduos que se encontram incapacitados para realizá-los em determinados períodos e/ou por toda vida”. A autora pontua ainda que a conformação da família é imprescindível para organizar a atividade do cuidado, além de ter um papel crucial na reprodução de valores e desigualdades sociais.

Passos (2016) e Miranda (2024) compreendem que o cuidado não pode ser responsabilidade apenas da Família. Por isso, não podemos caracterizá-la como sindrômica e insuficiente. A atividade referida (cuidado) também é responsabilidade da sociedade e do Estado por meio de políticas públicas. Miranda (2024), por outro lado, esclarece que com a reforma do Estado para enxugar os gastos sociais e aumentar os lucros do capital, ocorreu também o repasse das responsabilidades pela proteção social do Estado para as famílias (Famíliismo), bem como a convocação, a refilantropização e a ampliação do mercado no que toca a oferta de serviços.

Bernardo (2024), com base nos estudos de Esping Andersen, considera o familismo a partir da retração do papel do Estado na provisão das necessidades sociais por meio das políticas públicas e o chamamento da família para atender tais necessidades. A referida estudiosa ressalta que essa relação entre Estado e Família é uma marca das Políticas sociais brasileiras. Bernardo (2024) esclarece ainda que o familismo se sobressai na arena das políticas sociais a partir da crise do Estado de Bem-Estar. Entre as principais características dessa crise estão: “o arrefecimento do crescimento econômico, o desequilíbrio fiscal e a perda da legitimidade das políticas públicas [...]” (Bernardo, 2024, p. 3). Deste modo, o mercado, as famílias e as instituições filantrópicas são chamadas para atender às necessidades sociais da população. O Estado se encarregará de intervir somente nas situações extremadas de calamidades.

Toda essa lógica de transferência das responsabilidades perpassa, acreditamos que seja uma escolha ideológica, alguns estudos da geriatria que se assentam em seus escritos, sendo o construto da Síndrome da Insuficiência Familiar. Assim, acreditamos ser importante estudar sobre as relações familiares no contexto da pessoa idosa, como também nos debruçar sobre a necessidade objetiva de cuidados ao segmento populacional em pauta. Entretanto, não

concordamos com a responsabilização individual para questões coletivas, como a proteção social e o cuidado.

A seguir, discorreremos sobre alguns a suposta crise de reprodução social e como isso impacta sobre as famílias na prestação de cuidados aos seus membros idosos e dependentes.

1.3 O Trabalho de Cuidados e a “Crise dos Cuidados”

As mudanças fisiológicas e orgânicas pelas quais passam os seres humanos são fortemente influenciadas por fatores históricos, culturais e socioeconômicos. Outro ponto que gostaríamos de destacar está ligado à necessidade de cuidados abrangentes para as pessoas idosas.

Muller e Mouser (2020) ressaltam que o trabalho de cuidados tem recaído principalmente sobre as mulheres, podendo ser executado de diversos modos como, por exemplo, no auxílio para realização das atividades diárias, no acompanhamento em cuidados prolongados, na realização de atividades domésticas, entre outros.

Todavia, tem-se discutido sobre uma “crise de cuidados”. A respeito do assunto, Guimarães (2024, p. 1) explica que esse “déficit de cuidado” nos países mais desenvolvidos está relacionado com vários fatores, tais como: “a relutância dos homens em se envolver em cuidados não remunerados; o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho; o crescimento da população idosa; a redução no tamanho das famílias e a contração das políticas de proteção social”. A estudiosa profere ainda que, para se falar em crise de cuidados na América Latina e especificamente no Brasil, é necessário compreender o contexto de desenvolvimento sócio-histórico e econômico do país, uma vez que este é marcado por desigualdades sociais gritantes, insegurança econômica e pobreza.

Para Guimarães (2024), existe uma ligação entre o trabalho do cuidado e o trabalho da reprodução social, sem deslocá-los das dimensões emocionais e afetivas do cuidar. A estudiosa parte do pressuposto e nós concordamos que o cuidado é uma forma de trabalho, embora, como dito anteriormente, não produza uma mercadoria concreta, produz condições para a reprodução da vida. Logo, o cuidado é algo que todos necessitam ao longo da vida, é uma condição ontológica.

No cenário brasileiro, Guimarães (2024, p. 4) destaca três principais formas de nomear o trabalho do cuidado, a saber: o cuidado como “obrigação”, como “profissão” e como “ajuda”. Sobre a percepção do cuidado como “obrigação”, este é assim nomeado, pois é

invisibilizado, naturalizado e não remunerado ou “pago” com afeto. Com certeza, é uma obrigação que pesa sobre os ombros das mulheres. Nas palavras de Guimarães (2024, p. 4),

São cargas que pesam tanto mais quanto menos efetiva é a presença do Estado, essencial para socializar tarefas, externalizando-as e desfamiliarizando-as. Por isso mesmo, há que ter em conta uma outra característica que marca o cuidado que se provê como “obrigação”: ele impõe penalidades àquelas que cuidam privando-as de direitos.

Guimarães (2024) salienta que as penalidades são para as meninas que deixam de ir à escola (por um curto ou longo período) para cuidar dos mais novos, ao passo que as mulheres vão ao mercado de trabalho (formal ou informal). Em outras situações, as mulheres precisam sair do mercado de trabalho para cuidar de um membro que necessita e, quando permanecem no mercado, acumulam o trabalho doméstico do cuidado e aquele executado de modo remunerado.

Sobre o provimento do cuidado como profissão no Brasil, Guimarães (2024) diz que as mulheres são protagonistas, exercendo profissões tradicionais como àquelas ligadas à saúde, mas também aquelas que são consideradas como cuidadoras domiciliares ou em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) e as trabalhadoras domésticas. Nessa linha de pensamento, Guimarães (2024) destaca que a figura da mulher negra é central no cenário brasileiro, no trabalho de cuidados e domésticos, pois nossas raízes históricas baseadas na escravização das pessoas provenientes da África impuseram, mas não sem resistência, esse lugar às mulheres negras, mesmo depois do fim da escravidão.

Outra importante contribuição do nosso estudo é a explicação de Guimarães (2024) sobre o cuidado na perspectiva da “ajuda”, assim como na perspectiva da “obrigação”, pois tais fatores não são vistos como trabalho. Sendo assim, a “ajuda” ou o cuidado se baseia em relações de reciprocidade e solidariedade entre famílias, amigos ou vizinhos. Sobre isso Guimarães (2024, p. 6) diz: “Ela (*a ajuda*) se refere àquelas formas que se proliferam em contextos sociais em que a pobreza extrema veda aos indivíduos o acesso aos serviços mercantilizados e em que igualmente claudicam as iniciativas de políticas públicas”. Acréscimo em *itálico* nosso, para melhorar a compreensão.

Diante dessas formas de nomear o cuidado, Guimarães (2024) conclui que, embora nos países do norte global a crise de cuidados seja entendida como déficit de cuidados por motivo de mudanças sociodemográficas, no Brasil, essa crise é anterior ao processo de mudanças demográficas. Está relacionada com as crises econômicas, política e sanitária (para falar da pandemia da Covid-19). A pesquisadora levanta a possibilidade de estarmos diante de

uma “crise de reprodução social”, baseada na intersecção das desigualdades de classe, sexo e raça e isso leva a um envelhecimento desigual e os cuidados dispensados a essa população também.

Para compor a nossa argumentação, devemos ainda considerar o que destacam Debert, Guimarães, Hirata (2020) ao sinalizarem que, por causa das desigualdades sociais existentes no Brasil, a classe trabalhadora é mais penalizada durante o processo de envelhecimento. Uma vez que o acesso aos direitos, bens e serviços sociais que provêm dos mínimos sociais, geralmente, ocorre de modo precário e isso pode condicionar o aparecimento de doenças ao longo da vida e na velhice, somando-se às perdas funcionais inerentes ao envelhecimento. Isso pode resultar na perda progressiva da capacidade funcional, o que é denominado como envelhecimento secundário, e demandar um crescente trabalho de cuidados.

Debert, Guimarães, Hirata (2020) argumentam que, aos que podem pagar, o mercado oferta a custos altos os serviços e instituições provedoras de cuidados, mas as pessoas mais empobrecidas contam apenas com o cuidado dos familiares ou dos amigos e vizinhança. Em suas palavras, Debert, Guimarães e Hirata (2020, p. 100) registram:

Pour les plus pauvres, les réseaux familiaux et de voisinage restent toujours essentiels. Ainsi, les Brésiliens âgés sont en même temps pourvoyeurs de revenu pour leur famille et personnes à charge; leurs rôles et leurs besoins se chevauchent et sont «en tension».

Tradução: Para os mais pobres, as redes familiares e de vizinhança ainda permanecem essenciais. Assim, os idosos brasileiros são ao mesmo tempo provedores de renda para seus familiares e dependentes; seus papéis e necessidades se sobrepõem e estão “em tensão”.

Em seus estudos, as pesquisadoras Debert, Guimarães e Hirata (2020) fazem uma comparação das políticas de cuidados entre três países: França, Japão e Brasil. No país europeu, existe uma medida denominada *Allocation Personnalisée d'autonomie (APA)*, ou seja, um subsídio de autonomia personalizada, em que, dependendo do grau de autonomia, a pessoa idosa receberá recursos para custear seus cuidados, mesmo que ela já tenha renda. A partir dessa medida, os familiares que cuidam de seus parentes idosos podem receber uma remuneração pelo trabalho desempenhado. No país asiático, existe o *Long Term Care Insurance (LTCI)*, isto é, um seguro de cuidados de longa duração. Este seguro é financiado por uma contribuição social obrigatória para todas as pessoas a partir dos 40 anos de idade, até mesmo os estrangeiros. Quando a pessoa idosa é identificada como necessitando de cuidados, esta paga 10% das despesas e o estado paga os 90% restantes. Uma diferença entre a França e o Japão é que neste o cuidado a um parente idoso não é remunerado.

Em relação ao Brasil, Debert, Guimarães e Hirata (2020) evidenciam que existem importantes documentos que positivam os direitos das Pessoas Idosas como, por exemplo, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 10.741 de 2003, alterada pela Lei n. 14.423, de 22 de julho de 2022) e a Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei n. 8.842 de 1994), no entanto, tais direitos contemplam de modo privilegiado as pessoas idosas com alto grau de autonomia e as independentes, deixando de lado as pessoas idosas dependentes. Outro ponto que as pesquisadoras destacam sobre o Brasil em seus estudos diz respeito ao chamamento das famílias em prestar cuidados às pessoas idosas. Desde a Constituição Federal do Brasil (1988), que é considerada a Carta Maior da nação, a família é assinalada como instituição privilegiada para cuidar das pessoas idosas, e isso transpõe para as demais legislações que tratam dos direitos das pessoas idosas

Cependant, lorsqu'il s'agit de prendre en charge la vieillesse, c'est la famille qui est considérée comme l'institution par excellence qui fournit les soins. Les revendications envers l'État ne signifient pas un abandon de la dimension « familialiste » des soins, mais il est certain que ce biais, qui s'inscrit aussi bien dans la législation que dans la conscience collective, est un mécanisme de consolidation des iniquités parce qu'il existe des différences sociales marquantes en termes de ressources. En ce sens, la prise en charge des personnes âgées aura les mêmes caractéristiques d'inégalité que celles des milieux familiaux pour ce qui a trait à leurs moyens, matériels et symboliques, pour faire face au vieillissement. (Debert; Guimarães; Hirata, 2020, p. 104).

Tradução: No entanto, quando se trata de cuidar da velhice, é a família que é considerada a instituição por excelência que presta cuidados. As reivindicações ao Estado não significam um abandono da dimensão “familiar” do cuidado, mas é certo que este preconceito, que faz parte tanto da legislação como da consciência colectiva, é um mecanismo de consolidação de iniquidades porque existem desigualdades sociais significativas. diferenças em termos de recursos. Nesse sentido, o cuidado aos idosos terá as mesmas características de desigualdade dos ambientes familiares no que diz respeito aos seus meios, materiais e simbólicos, para enfrentar o envelhecimento (Debert; Guimarães; Hirata, 2020, p. 104).

Quando a família é colocada nas legislações como fonte privilegiada de cuidados em relação à pessoa idosa, isso leva à perpetuação das desigualdades sociais. Em outras palavras, os cuidados produzidos em grupos de famílias empobrecidas será uma reprodução das desigualdades sociais vivenciadas por seus membros e se refletirá na qualidade da assistência aos membros idosos.

Em relação ao suporte financeiro que o Brasil prevê em suas legislações para auxiliar no cuidado à pessoa idosa, Debert, Guimarães e Hirata (2020) falam sobre o Benefício da Prestação Continuada (BPC), previsto na Constituição Federal (1988, art. 203) e na Lei n. 8.742, de 1993. Tal benefício se caracteriza pela garantia do valor de 1 salário mínimo

concedido para as pessoas com 65 anos ou mais que não tenham tempo de contribuição necessária para se aposentar pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família; e que tenham renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Observamos, a partir desses critérios, que é necessário viver em extrema pobreza para acessar ao BPC, além de garantir que sua família permanecerá nessa condição, pois se a renda formal do grupo familiar ultrapassar o estabelecido em lei, o pagamento do benefício poderá cessar. Diferente da França, no Brasil, não há nenhum benefício monetário que custeie as despesas dos cuidadores familiares. Pelo contrário, é necessário que a pessoa idosa comprove que nem ela e nem a sua família têm renda para que consigam acessar o BPC.

No que se refere aos serviços e equipamentos públicos no território brasileiro, poucas são as instituições públicas que ofertam algum tipo de cuidado profissional às pessoas idosas como, por exemplo, Centros de Convivência, Centros Dia e ILPIs públicas, demonstrando que o financiamento com as formas assistenciais de cuidados é irrisório. De acordo com Censo do Sistema Único de Assistência Social, de 2023, sobre os Centros de Convivência (SUAS, 2024), existem no Brasil 8.025 Centros de Convivência, assim separados por região: na Região Norte 334, Região Nordeste 1.666, Região Sudeste 4.015, Região Sul 1.387, Região Centro Oeste 650. Em relação aos Centros Dia e Similares, existem 4 em todo país, dois na Região Norte e dois na Região Nordeste, SUAS, 2024-b.

A necessidade de cuidados especializados, público e de qualidade é urgente na atual conjuntura brasileira que conta com uma população numerosa de pessoas idosas com alguma necessidade de cuidado, vivendo em situação de pobreza. Pesquisas do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2023) apontaram que, em 2012, no Brasil, 2,9% das pessoas idosas estavam em situação de pobreza. Em 2022, essa porcentagem aumentou para 4,2% de pessoas idosas que estavam vivendo em situação de pobreza. Em números absolutos, isso significa um aumento de 2 para 2,8 milhões de pessoas idosas vivendo abaixo da linha de pobreza. A pesquisa revelou ainda que quem tem menor renda tem piores indicadores de saúde e menos acesso aos cuidados em saúde. Em outros termos, o acesso aos cuidados em saúde é de suma importância para que a população idosa continue a envelhecer de modo mais saudável.

Diante dos dados apresentados sobre a realidade brasileira em relação aos investimentos nas políticas sociais voltadas ao público idoso, pudemos perceber que estes são insuficientes. A família é condenada a viver em condição de pobreza para que a pessoa idosa consiga acessar o BPC, isto quando há um grupo familiar. Em outras palavras, no

Brasil, a legislação existente mostra-se pouco efetiva. Não obstante, a população idosa que demanda cuidados cresce rapidamente. Seria o Estado Burguês Brasileiro ineficiente/insuficiente? Vivemos uma crise de cuidados por causa da ausência de políticas sociais efetivas?

CAPÍTULO II – SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E FAMÍLIA NO CENÁRIO BRASILEIRO

Neste capítulo, abordaremos a temática da Proteção Social. Na primeira parte do texto, trataremos sobre o entrelaçamento dos sistemas de proteção (o familiar e o estatal) e como essa interface ocorre no cenário brasileiro.

Na segunda parte do texto, abordaremos sobre aspectos relativos aos diversos grupos familiares. Nesse sentido, o capítulo desenvolvido caracteriza uma tentativa de contribuição em meio a um grande universo literário acerca do tema. Destacamos também que seguimos com a problematização a respeito da Síndrome da Insuficiência Familiar para, assim, alcançar o objetivo geral do estudo e abarcar um dos objetivos específicos, a saber: a problematização sobre o papel das Famílias no que tange à Síndrome da Insuficiência Familiar.

2.1 As Bases do Sistema de Proteção Social

Os sistemas de proteção social vigentes na contemporaneidade, no Brasil e no mundo, foram elaborados a partir das demandas das classes emergentes no modo de produção capitalista e da necessidade de expansão dos lucros do grande capital. Para Mattei (2019), as respostas dadas a essas demandas se traduzem em um conjunto de equipamentos, ações e serviços públicos ou não como objetivo de melhorar ou manter as condições objetivas de vida da classe trabalhadora.

Di Giovanni (1998) especificam que toda sociedade humana desenvolveu alguma forma de proteção social, desde aquelas mais iniciais até as mais aprimoradas, exercidas por instituições não-especializadas (igrejas ou associações, entre outras) ou plurifuncionais (como a família), ou mesmo por meio de sistemas específicos (desenvolvidos pelo Estado). Geralmente, esses sistemas são criados em torno das vicissitudes da vida, como doença, infortúnio, privações e velhice.

Os principais Sistemas de Proteção Social desenvolvidos e que serviram de modelo para muitos países foram os da Europa no pós-guerra. Vale destacar que eram gerenciados pelo Estado. O Brasil, por exemplo, espelhou-se nos modelos desenvolvidos pela Alemanha e pela Inglaterra, conhecidos como modelos *bismarckiano* e *beveridgiano*, respectivamente.

Para Alcântara e Filho (2018), o modelo *bismarckiano* surgiu em 1883 na Alemanha, no governo de Otto Von Bismark, como resposta às greves e reivindicações dos trabalhadores. Funda-se na lógica de seguro privado, segundo a qual possuem direito aos benefícios os

trabalhadores que colaboram com o seguro. Os benefícios são reunidos em Caixas, geralmente administradas pelo Estado com a participação de empregadores e trabalhadores.

Ainda conforme Alcântara e Filho (2018), em 1942, um novo plano foi formulado na Inglaterra e intitulado “Plano *Beveridge*”. Este assinalou a consolidação do *Welfare State*. O modelo *beveridgiano* fez surgir um conceito ampliado de seguridade social, no qual os direitos são universais, independentemente de contribuição, garantindo os mínimos sociais a todos que necessitarem. O financiamento vem de impostos e a gestão é estatal. Nesse sentido, os modelos *bismarckiano* e *beveridgiano* inspiram Sistemas de Proteção Social em todo o mundo.

Deste modo, Di Giovanni (1998, p.12) esclarece que “a proteção social exercida através do Estado é socialmente assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através da intervenção político-administrativa”. O Estado é quem formula o Sistema de Proteção Social legalizado por meio de políticas públicas que têm caráter prescritivo, normativo e operativo, com objetivos, financiamentos e públicos específicos.

Todavia, essa forma de proteção social estatal não exclui outras formas de proteção social privada, seja da família, da filantropia, Igreja ou do mercado (empresas de seguro, cooperativas, empresas prestadoras de serviços, entre outras). A grande diferença entre os sistemas estatais (público) e o privado está na força da lei e na garantia do direito independente do poder de compra dos serviços, no caso do mercado.

Em relação à proteção social exercida pela família, Teixeira (2008) diz que se constitui como uma forma de proteção primária para os indivíduos e se baseia no princípio da solidariedade local e da proteção face a face. Não obstante, a estudiosa ressalta que as transformações ocorridas na sociedade capitalista como, por exemplo, o aprofundamento das desigualdades, empobrecimento de grande parte da população, entre outros motivos, culminaram no enfraquecimento da solidariedade de parentesco, da assistência mútua e até da assistência filantrópica organizada. A despeito de compor a proteção social, a família não substitui a proteção social formatada pelo estado, que é caracterizada por ser generalizada e universal. Na atualidade, as famílias precisam ser alvo das políticas públicas.

Sobre a conformação dos Sistemas de Proteção Social Estatais, Di Giovanni (1998) esclarece que a sua estruturação vai depender de alguns fatores, a saber: o embate entre as classes sociais, a organização política dos atores (seja por meio de organização partidária, seja por meio de organizações trabalhistas e dos movimentos sociais); a conjuntura na qual o país

está inserido em relação ao jogo de forças mundial; sua organização interna, sua cultura; as agendas nacional e internacional.

A respeito do assunto, Netto (2017, p. 32) esclarece sobre como se conformam as políticas sociais:

Não há dúvidas de que as políticas sociais decorrem fundamentalmente da capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, a que o Estado, por vezes, responde com antecipações estratégicas. Entretanto, a dinâmica das políticas sociais está longe de esgotar-se numa tensão bipolar — segmentos da sociedade demandantes/Estado burguês no capitalismo monopolista. De fato, elas são resultantes extremamente complexas de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos. A diferenciação no seio da burguesia, os cortes no conjunto dos trabalhadores e as próprias fissuras no aparelho do Estado (que, com a autonomização da atividade política, levam alguns de seus atores profissionais a uma relação muito mediatizada com as classes sociais) tornam a formulação das políticas sociais processos que estão muito distanciados de uma pura conexão causal entre os seus protagonistas, os seus interesses e as suas estratégias.

Podemos inferir que as políticas sociais como resultado desse tensionamento complexo e contraditório entre classes sociais antagônicas podem produzir mudanças nas classes e nas relações sociais, mas também nos depararemos com seus limites (manutenção da ordem vigente).

Na concepção de Behring (2009), as políticas sociais são instrumentos que operam tanto a favor da acumulação capitalista quanto contraditoriamente, tendo em vista que operam em favor de melhores condições de vida para os trabalhadores. A partir dessa concepção, podemos dizer que as políticas sociais podem melhorar a condição de vida da população idosa, se forem articuladas entre si, principalmente.. No tópico a seguir, veremos como o Sistema de Proteção Social Brasileiro se conformou e as nuances do familismo aqui anunciado.

2.2 Conformação da Proteção Social Brasileira

Com relação à **proteção social estatal brasileira**, Behring e Boschetti (2008) vão explicar que não tivemos o mesmo ritmo e desenvolvimento dos países de capitalismo central. Por ter sido colônia de exploração, vivenciou-se a escravização da população indígena e das pessoas provenientes da África, entre outros motivos. A conformação de uma classe trabalhadora ocorreu apenas no século XX. As primeiras lutas dos trabalhadores foram por reivindicações ligadas às relações trabalhistas. As estudiosas ressaltam ainda que, até 1887,

dois anos antes da proclamação da República, não existe registro de legislação social. Somente em 1923 acontece a elaboração de uma lei que abre caminho para a conformação da política social: a Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP).

Em suas importantes contribuições, Behring e Boschetti (2008) frisam que os embates entre os trabalhadores e a burguesia, por melhores condições de vida e de trabalho, não garantiam que a efetivação dos direitos conquistados ocorresse de modo fluido. Pelo contrário, muitas eram as dificuldades para sua implementação. Ao longo dos anos, muitas lutas, avanços e retrocessos ocorreram em torno da construção da proteção social brasileira, tanto em nível global quanto local como, por exemplo, a crise internacional de 1929-1932 e suas repercussões na “Revolução” de 1930 no Brasil. Podemos citar também a Era Vargas, que marcou um período de lento crescimento dos direitos sociais e o golpe militar de 1964.

Sobre o período da ditadura militar, Behring e Boschetti (2008, p. 137) explicam que o bloco militar-tecnocrata-empresarial buscou expandir e modernizar as políticas sociais por meio da institucionalização da previdência, saúde e assistência social (a partir da Lei Brasileira de Assistência - LBA). Contudo, de acordo com as autoras,

[...] no mesmo passo em que se impulsionavam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar. Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social e que nos aproxima mais do sistema norte-americano de proteção social que do *Welfare State* europeu.

Evidencia-se no estudo proposto que o movimento de redemocratização do país foi valioso para a positivação de direitos sociais. A Constituição Federal de 1988 configura-se como uma perspectiva de proteção social pública e universal.

Behring (2009, p. 307-308) sinaliza que o mundo vivenciava uma recessão econômica e se atribuía isso a dois principais fatores: I) a política keynesiana, que preconizava a interferência do Estado na economia “[...] por meio de uma política fiscal creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem, nos períodos de depressão, como estímulo à economia”; e II) ao *welfare state*, vivenciado na Europa, que previa basicamente o pleno emprego e a universalidade dos serviços sociais. Assim, todos gozariam de vida mais confortável. No entanto, a combinação da política keynesiana ao *welfare state* conseguiu amortecer por um tempo a crise. Como não há compatibilidade entre acumulação e equidade no capitalismo, uma nova crise econômica se instaurou entre os anos 1970 e 1980.

Diante de mais uma crise, a reedição do liberalismo foi levantada como uma saída para a alta da inflação e o aumento dos lucros. Sobre esse aspecto, Behring (2009, p. 309) pontua seis premissas do neoliberalismo para contornar a crise, a saber: a) Um Estado forte para barrar a força dos sindicatos e controlar a moeda; b) Um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; c) Estabilidade monetária como meta maior; d) Contenção dos gastos sociais e restauração da taxa de desemprego em oposição ao pleno emprego; e) Diminuição dos impostos sobre os altos rendimentos; e f) Desmonte dos direitos sociais existentes.

Para Teixeira e Silva (2020, p. 2), o neoliberalismo caracteriza-se como “uma política econômica de redução de gastos sociais e do tamanho do Estado, aliada à maximização do mercado e do seu papel na sociedade”. É, pois, dentro desse contexto que o Brasil vivencia o processo de redemocratização e a elaboração da Constituição Federal (CF), considerada Cidadã (1988), visto que nela se expressam muitas conquistas em forma de direitos sociais.

Seguindo as orientações internacionais e o receituário neoliberal, as conquistas dos trabalhadores foram barradas, protelando a regulamentação dos direitos e a previsão orçamentária para seu cumprimento. Um exemplo claro sobre isso diz respeito ao sancionamento do Estatuto da Pessoa Idosa, que só aconteceu em 2003, e ainda sem uma previsão orçamentária para a execução de suas propostas.

Ocorreu uma redução drástica nos investimentos das políticas sociais e na intervenção estatal para a proteção social. Logo, existe um chamamento do mercado para comercializar os serviços e ações, apenas interessando a parcela da população que é capaz de comprar os bens e serviços. Nesse processo, a família também é convocada para suprir as necessidades de seus membros no lugar do Estado, no lugar das políticas sociais.

Para compor este estudo, ainda é importante registrar que, conforme **Esping – Andersen (1991), uma característica dos modelos de proteção social diz respeito à atuação da família na provisão de cuidados destinados aos seus membros.** Em sua análise, de acordo com as requisições demandadas às famílias, o modelo de proteção social pode ser considerado familista ou de desfamiliarização.

No modelo familista, a família é requisitada como principal responsável pelo bem-estar de seus membros. Nas palavras de Teixeira e Silva (2020, p. 5), “a família deve arcar com a sobrevivência, assistência, cuidados dentre outros. O estado cuida daquelas que faliram nessas funções”. A desfamiliarização, conforme abordam Passos e Machado (2021, p.3), refere-se ao “grau em que o bem-estar dos indivíduos não estaria dependente de reciprocidades familiares e maritais”.

Um exemplo nacional de retração estatal na proteção social foi a Emenda Constitucional n. 95 de 2016, que congelaria gastos com a saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e defesa social. A partir dessa emenda, foram introduzidos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) alguns meios que estruturariam um novo regime fiscal e redimensionariam um limite para os gastos do Governo Federal, que permaneceria em vigor pelos próximos 20 (vinte) anos a partir de 2016. Nas palavras de Mariano (2017, p. 261):

As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte) anos, o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira.

A estudiosa Mariano (2017) alertou sobre os rebatimentos que esse regime fiscal causaria na qualidade de vida do povo brasileiro. A Emenda Constitucional n. 95 de 2016 foi revogada em razão da pandemia de Covid-19, porém o Governo Federal, entre 2018-2022, não fez questão de esconder os ataques à proteção social. Sobre isso, Vazquez e Schlegel (2023, p. 2) esclarecem:

No Governo Jair Bolsonaro (2018-2022), o desmonte da rede de proteção social foi feito às claras. Corte nos recursos e fila para entrada no Programa Bolsa Família, retração de R\$ 20 bilhões no orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em 2019, fim da política de aumentos reais para o salário mínimo, achatamento do financiamento do programa Minha Casa, Minha Vida e extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar são exemplos dessa direção. A reforma da Previdência foi completada.

Em 2020, fomos surpreendidos com a pandemia do COVID-19, e o teto de gastos foi ultrapassado para amparar a população que vivia em estado de calamidade. Em 2023, a Emenda Constitucional da Morte (n. 95/2016) foi substituída pela Lei complementar n. 200, de 30 de agosto de 2023, que institui o novo Regime Fiscal Sustentável (RFS) para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional n. 126, de 21 de dezembro de 2022. Eis o que explicam Bastos, Deccache e Alves Jr. (2023, p. 7) sobre o RFS:

O novo regime sustentável (RFS) substituiu a desmoralizada Lei do Teto de Gasto, impondo um teto móvel, mas baixo, para as despesas primárias federais. A prioridade é a mesma, de nítido corte neoliberal: de início estabilizar e depois reduzir a relação dívida pública bruta/PIB através do controle do gasto público resulta em outra finalidade neoliberal mais geral: a redução do gasto público na economia.

Como foi possível notar, as reformas feitas enfatizam o crescimento econômico e a contenção dos gastos com a proteção social. Tem-se que o sistema de proteção social brasileiro sofreu desde o seu nascedouro moderno, com a Constituição Federal de 1988, severos ataques pautados na agenda neoliberal até os dias correntes. O mercado e as famílias são os principais entes convocados a ocupar o lugar no Estado em relação à execução de políticas públicas no neoliberalismo.

Vale frisar que desde o texto constitucional são apontados, em ordem de prioridade, os seguintes entes para prover cuidados aos membros de cada família: família, a sociedade e o Estado. Observemos, portanto, a ênfase na família, no artigo 227 da CF (1988), no qual se lê: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade o direito à vida, [...]”. No artigo 230 da CF (1988), está escrito: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Na concepção de Santos (2017), nos referidos textos, embora o Estado seja listado como um dos agentes responsáveis por prover cuidados, a família é a primeira na ordem de prioridade a ofertar o trabalho de cuidado, independente das suas condições objetivas e subjetivas.

Certamente, não estamos defendendo que a família precisa ou deve ser eximida de suas responsabilidades. Sem o respaldo das políticas públicas de proteção, a família não tem como exercer as suas responsabilidades. Para Santos (2017, p. 393), o fato é que “o reforço legal das responsabilidades às famílias, descoladas de políticas públicas que auxiliam, em alguma medida, significa a desresponsabilização do Estado, o que pode prejudicar o exercício da cidadania dos sujeitos”.

Podemos ainda inferir em relação à proteção social da velhice no Brasil, que vários são os dispositivos legais que regulamentam as propostas de cuidados com os velhos e velhas. A exemplo dessa assertiva podemos citar, além do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003, alterado pela Lei n. 14.423, de 22 de julho de 2022), a Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006 do Ministério da

Saúde). Vale destacar que o corte dos investimentos na área social atinge essas políticas e, assim, as famílias são penalizadas e culpabilizadas por não cuidar bem de seus membros idosos, o que pode estar refletido no conceito de Síndrome da Insuficiência Familiar. Claramente observamos uma compreensão de política social de cunho familista inserida na conceituação da SIF. A ideologia dominante perpassa a produção de conhecimento na área da geriatria e gerontologia e, com isso, as famílias são patologizadas (insuficientes), e o indivíduo social é cirurgicamente dividido em biológico e social, como se isso fosse possível. Nossa análise sobre o conceito e a nomenclatura é de que eles não comportam a complexa totalidade social da velhice e da família. Ou seja, não se sustentam a crítica na perspectiva da totalidade social.

As pesquisadoras em políticas sociais e famílias Mito, Campos e Lima (2006) apontam que, no contexto da crise do Estado de Bem-Estar Social, são as famílias — em especial as mulheres — que assumem a responsabilidade por suprir as lacunas deixadas pelo Estado. Na análise das autoras sobre o ressurgimento da família como núcleo central das políticas sociais, destaca-se que tal importância ocorre principalmente em momentos nos quais o Estado reduz seu compromisso com a proteção social, por meio de cortes nos gastos públicos, especialmente a partir do final do século XX. No Brasil, por exemplo, as famílias são convocadas, inclusive por força normativa, a assumir quase que integralmente a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros. Essa forma de transferência das obrigações estatais para as famílias, no âmbito das políticas, é denominada familismo.

Nesse sentido, Carvalho e Almeida (2003) assinalam que, embora as famílias sejam reconhecidas como provedoras de bem-estar para seus membros, elas são constituídas sob determinadas condições históricas, culturais e materiais, o que pode implicar na reprodução de desigualdades de gênero, geracionais e de outras ordens. Ademais, conforme ressaltam Carvalho e Almeida (2003, p. 111), a família funciona como um amortecedor social, dado que as condições de reprodução social da população brasileira são marcadas por limitações e deficiências de serviços públicos, de modo que as famílias operam como “unidades de formação de renda e de consumo, buscando maximizar os recursos disponíveis”.

De modo semelhante a Mito, Campos e Lima (2006), Carvalho e Almeida (2003) evidenciaram que, a partir da década de 1990, o Brasil implementou um conjunto de políticas associadas ao denominado “ajuste estrutural”, recomendado por organismos multilaterais. Entre as medidas de austeridade, destacam-se “a abertura econômica intensa e rápida; amplo programa de privatização; ênfase nos mecanismos de mercado; e profunda reformulação do papel do Estado, não apenas na economia, mas também como provedor de políticas sociais”

(Carvalho e Almeida, 2003, p. 113). Tais medidas são decisivas para a reprodução e o aprofundamento das desigualdades sociais. Segundo os autores (2003, p. 117), “fragilizadas pelos processos e pelas mudanças que marcam a realidade atual, as famílias vêm crescer, paradoxalmente, suas responsabilidades como mecanismo de proteção social”.

À luz desse panorama, Teixeira (2020) ressalta que, no contexto da reestruturação econômica, a família assume centralidade nas políticas sociais, embora essa centralidade se caracterize sobretudo pela transferência de responsabilidades do Estado para o âmbito familiar. Conforme afirma Teixeira (2020, p. 41):

Sob essa ótica, a família é incluída nas políticas sociais de forma contraditória, ora como sujeito de direitos, que orienta a criação de serviços, benefícios e programas; ora como agente de proteção social, que assume o dever de proteger, cuidar, vigiar, garantir a sobrevivência e a sociabilidade de seus membros.

Em consonância com Carvalho e Almeida (2003), Teixeira (2020, p. 42) vai nos explicar que o projeto neoliberal ganhou proeminência no Brasil a partir da década de 1990, sustentando-se em alguns pilares, no campo das políticas sociais, entre eles: “o repasse das responsabilidades do Estado para a sociedade; a focalização, seletividade e privatização de bens e serviços”. Esses pilares evidenciam e reforçam o caráter familiar das políticas sociais brasileiras. Ademais, a autora enfatiza que as famílias, inseridas em um contexto de profundas desigualdades sociais características da sociedade capitalista brasileira, acabam por reproduzir desigualdades e violações, uma vez que as políticas sociais vigentes não objetivam a transformação estrutural da realidade.

Nessa perspectiva, Teixeira (2020, pp. 40-41) associa o familismo das políticas sociais à concepção de “gestão do risco social”, destacando que “mesmo quando preveem serviços em domicílio, são fornecidos apenas orientações e informações; ou seja, capacitam as famílias para que implementem os cuidados no seu próprio ambiente”. Assim, desprovidas de conhecimento técnico, sem recursos adequados e sem que suas condições materiais sejam devidamente consideradas, as famílias — especialmente as empobrecidas — são sobremaneira sobrecarregadas, o que pode resultar em rupturas, violências e no aprofundamento das desigualdades sociais. Esse é o caráter familiar das políticas sociais brasileiras.

Bernardo (2024) contribui para esse debate ao relacionar o familismo com o conceito de insuficiência familiar, particularmente no contexto dos cuidados à pessoa idosa na geriatria e gerontologia. Segundo a geriatria, a insuficiência familiar surge como uma síndrome

geriátrica que evidencia a fragilização do suporte familiar, especialmente diante das transformações sociais e demográficas que alteram a estrutura e a dinâmica das famílias brasileiras. O envelhecimento populacional, a redução do número de filhos, a crescente participação feminina no mercado de trabalho e o individualismo impactam diretamente a capacidade das famílias de prover os cuidados necessários aos idosos dependentes.

Além disso, Bernardo (2024) critica a abordagem conservadora presente nas políticas públicas e profissionais que naturalizam e responsabilizam as famílias, especialmente as mulheres, pela prestação dos cuidados domiciliares, sem a devida atenção às desigualdades sociais, de gênero, raça e classe que permeiam essas demandas. Destaca que a perspectiva familiar nas políticas de envelhecimento legitima um modelo que subestima a intervenção estatal e mercadológica, contribuindo para a sobrecarga das famílias e a reprodução das desigualdades estruturais. Na saúde, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família incorpora a família como fonte principal de proteção social, mesmo com suas limitações e dificuldades, sem que haja ampliação significativa de políticas públicas para o cuidado com as pessoas idosas.

Para Bernardo (2024) e concordamos com a estudiosa, é necessário desconstruir a lógica familista e seu caráter conservador nas políticas sociais contemporâneas, adotando uma perspectiva crítica que reconheça as múltiplas determinações sociais que atravessam as famílias e seus papéis no cuidado social, com vistas a fortalecer políticas públicas que garantam direitos e promovam a justiça social.

Ademais a produção de cuidados tanto por meio das famílias quanto através das políticas sociais são profundamente atravessada pelo modo de produção e pela ideologia dominante, logo é imprescindível uma mudança de paradigma para que a crise de reprodução social não leve a humanidade a uma situação pior de barbárie social.

A seguir trataremos sobre as diversas configurações familiares e sobre as duas principais vertentes teóricas que abordam o tema família.

2.3 As Famílias e seus contornos

Compreendemos que a instituição conhecida como Família é tão antiga quanto as relações entre os seres humanos, uma vez que, para sobreviver, precisam uns dos outros. O ajuntamento de pessoas para proteção mútua é imprescindível à sobrevivência. Não necessariamente a família da antiguidade se assemelha à família contemporânea. Até mesmo porque o grupo, os laços e as necessidades que uniam as pessoas nem sempre foram os mesmos. O que nos faz concordar com Prado (1988), ao caracterizar a família como uma

instituição social que varia no decorrer da história e pode apresentar diversas formatações, conforme a época e o lugar.

No dizer de Reis (1991), a família caracteriza-se também como espaço de formação e desenvolvimento da vida emocional de seus integrantes. É a partir desta instituição que é possível se relacionar com o mundo. Esse autor reitera que a família é *locus* da estruturação da vida psíquica, gerando códigos de conduta e de valores. Como sinalizado por Osorio (2011), além da função de preservação da espécie em seu aspecto físico, outras funções se desenvolveram ao longo do tempo, como a transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais, que contribuem com a formação de identidades pessoais e coletivas.

No tocante à definição conceitual dessa instituição, consta no Dicionário Houaiss (2024). Trata-se de um núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos que, geralmente, compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si relação solidária e estável. Pode ser caracterizada também como um grupo de pessoas que têm uma ancestralidade comum ou provêm do mesmo tronco. Como é possível observar, esta definição ampliou o leque de possibilidades de configurações familiares. No que diz respeito à sua estruturação, manteve, de modo imprescindível, a necessidade de compartilhamento e solidariedade/cuidado entre seus membros.

Hirata (2022) afirma que os indivíduos precisam de cuidados⁸ para viver, pois a vulnerabilidade e interdependência são características de todo ser humano, independente do sexo, etnia ou classe social. Embora, a prestação e a produção de cuidados não é algo que se faz igualitariamente, mas considerando-se todas as condicionalidades da pessoa e do contexto social. Geralmente, a responsabilidade de prestar esses cuidados recai sobre as mulheres (jovens ou idosas), pois seu trabalho⁹ é invisibilizado por ser exercido no âmbito familiar. Comumente é um trabalho não remunerado, mas fundamental para produção e reprodução da vida.

Inferimos que os cuidados prestados à pessoa idosa pelo grupo familiar é trabalho geralmente não remunerado, desvalorizado e baseado na divisão sexual do trabalho, mas imprescindível para a manutenção da vida. Compreendemos também que, sem a devida

⁸ Hirata (2022, p. 29) “Parto da ideia, então, de que o cuidado é uma relação social, entre prestador (a) e beneficiário (a), que é em princípio sexuada e que pode ser não remunerada (o cuidado no “âmbito” doméstico) ou remunerada (a profissionalização e os ofícios do cuidado)”.

⁹ Para Marx (2009), trabalho é a transformação intencional da natureza para produzir bens e mercadorias necessárias à sobrevivência humana. Para Muller e Mouser (2021, p.115), o trabalho do cuidado é a valorização do valor, que é a força de trabalho no capitalismo.

proteção estatal por meio das políticas sociais, a família é a instituição mais sobrecarregada na prestação de cuidados com seus membros idosos.

2.3.1 As relações familiares

Para Osorio (2011), **as relações construídas dentro desta instituição** são caracterizadoras de três tipos: aliança (entre o casal), filiação (entre pais e filhos) e consanguinidade (entre os irmãos). Notamos, no entanto, que tais relações delimitadoras da família nuclear, aquela composta por pai-homem, mãe-mulher, filhos-descendentes, este tipo de instituição é a mais idealizada e funcional na sociedade capitalista, mas ela existe em menor número.

Gois e Oliveira (2023) proferem que existem diversas **configurações familiares, entre elas estão**: as famílias monoparentais (formada por um dos pais e seus descendentes); as famílias biparentais (formada a partir do casamento ou união de duas pessoas – heterossexuais com ou sem descendentes); as famílias multiparentais (aquelas formadas a partir da segunda união de um ou de ambos os cônjuges, com ou sem filhos da união anterior. Ou formada por famílias homoafetivas, casados legalmente ou não, com ou sem filhos); por fim, as famílias parentais (formada por pessoas de orientação heterossexual ou homossexual que querem compor uma parceria para fins parentais, mesmo que não exista o interesse de formar uma parceria sexual ou conjugal).

Na concepção de Bertelli e Moser (2020), existem ainda aquelas chamadas de **extensa**, composta por parentes de modo geral e a **abrangente**, constituída por parentes e não parentes que convivem. Neste ponto, cabe ressaltar que muitas pessoas idosas estão compondo o núcleo familiar. Conforme Camarano e Ghaouri (2003), **os arranjos familiares de pessoas idosas** fazem referência àquele que é chefiado por uma pessoa idosa. Já os arranjos familiares **com** pessoas idosas fazem referência àqueles nos quais convivem na condição de parente do chefe ou do cônjuge. Em geral, muitos idosos são os responsáveis por seus grupos familiares, até porque sustentam financeiramente com seus recursos de trabalho e aposentadorias.

Para Miotto (2020), pode-se falar de uma diversidade de famílias ao longo do tempo. A título de exemplo, trazemos duas famílias mais próximas de nossos dias: **a família moderna e a família contemporânea**. A primeira é datada historicamente do século XVIII e meados do século XX. Estava aportada no ideário do amor romântico, no casamento a partir da correspondência de sentimentos e na complementaridade de papéis, por meio da divisão sexual do trabalho entre os parceiros. A **família contemporânea** se caracteriza pela união de

dois indivíduos em busca de relações íntimas ou de prazer sexual; pela busca na quebra da divisão sexual do trabalho; pelas diferentes composições e a mudança do vínculo de casamento, além da união de pessoas do mesmo sexo.

Para corroborar com a assertiva de que **a família contemporânea difere da moderna**, Osorio (2011) aponta algumas mudanças nas relações sociais que contribuíram com a conformação das famílias de nossos dias: a) o reconhecimento dos direitos das crianças, adolescentes e mulheres que acarretou em mudanças no exercício do poder; b) mudança no paradigma sexual – desvinculando o ato sexual da procriação; c) resolução das insatisfações matrimoniais pela via da separação e do recasamento; d) aumento da expectativa de vida e sobrecarga com os cuidados ministrados aos progenitores senis; e) instabilidade no mercado de trabalho e insegurança financeira; f) expansão da desigualdade social e aumento da violência; g) transformações e avanços nos meios de comunicação que repercutem diretamente na vivência doméstica; h) a luta do movimento LGBTIA+ para reconhecimento legal das famílias homoafetivas. Todos esses fatores impactam na maneira como os grupos familiares, na contemporaneidade, são estruturados e como seus membros se relacionam entre si e com a sociedade.

Diante dessas alterações, observamos que a família é uma instituição diretamente impactada com as mudanças das relações sociais. Sua formatação é alterada conforme o tempo passa e as relações sociais se complexificam. Por outro lado, continua sendo uma instituição com aspectos positivos, como a solidariedade e a afetividade que podem se desenvolver na relação entre seus membros, e com aspectos negativos, como a imposição de normas, ideologias e a perpetuação de violências.

Com o avanço do entendimento jurídico, a compreensão sobre quem são os membros de uma família também mudou. Espera-se que a compreensão sobre as transformações ocorridas nos grupos familiares se estenda para as legislações e estudos que se debruçam sobre as pessoas idosas, bem como que sejam reeditados os escritos sobre a primazia da responsabilidade familiar. Que essa responsabilidade seja efetivamente compartilhada entre Estado, família e sociedade.

2.4 Abordagens divergentes na concepção de família: o estrutural funcionalismo e a teoria social crítica

Uma reflexão sobre as mudanças apontadas acima reforça a ideia de que é necessário compreender os grupos familiares, ao longo da história. Nesse sentido, salientamos que

existem na atualidade duas principais correntes de pensamento que divergem na concepção de família, dentro do campo do Serviço Social: **a estrutural funcionalista e a teoria social crítica**. Como indica Mioto (2020), a compreensão que se baseia na corrente teórica estrutural funcionalista delinea a família com base no casamento e na complementaridade de papéis, com função de socialização primária, apoio e proteção de seus membros. Conforma-se como sustentáculo da harmonia e coesão social, cujo modelo ideal é o da família nuclear. Os processos ocorridos na família são considerados restritos à instituição, não levando em conta a totalidade (contexto econômico e cultural) na qual está inserida. Tal compreensão favorece a interpretação de que a família é uma organização natural e apartada das outras esferas sociais.

Na concepção sobre **família baseada na teoria social crítica**, Mioto (2020) explica que se pauta no entendimento de que esta instituição tem um caráter histórico; é um espaço de troca de afetos e socialização, mas também é permeada por relações de poder e tensões; é uma instituição econômica e de serviços. Caracteriza-se como uma instância público-privada; sofre os impactos e se modela de acordo com as transformações no mundo trabalho, a multiplicidade de organizações e arranjos familiares decorre das transformações societárias.

Sobre as Famílias, Reis (1991) também faz três grandes ponderações, **com base na teoria social crítica**, assim elencadas: I) foi criada pelos humanos em relação e para responder às necessidades sociais, configurando-se como uma representação social que orienta a conduta de seus membros; II) constitui-se em torno da reprodução social humana a partir de uma necessidade material, e de perpetuação da espécie; III) exerce também uma função ideológica, favorecendo a transmissão de códigos de conduta e valores, influenciando assim na construção de uma determinada visão de mundo.

É importante esclarecer essas concepções, porque, a depender da corrente teórica adotada, as proposições de políticas sociais podem mudar radicalmente. Os grupos da sociedade compreendem que as famílias são afetadas pelo modo de produção vigente e tendem a colocar o Estado como maior responsável pela proteção social. Contudo, aqueles grupos societários, quando entendem que as famílias não sofrem com as alterações do mundo do trabalho e societárias, colocam o maior peso de responsabilidade pela proteção social sobre a própria família, como é o caso da realidade do Brasil.

Com o avanço do Neoliberalismo e do conservadorismo nas últimas décadas e diante da pressão internacional a partir do preceito de que a política social deve ser restritiva e destinada apenas aos mais miserabilizados, muitas famílias são forçadas a permanecer nessa condição para acessar o mínimo dos direitos sociais. Ocorre que as famílias que deveriam ser

o alvo das políticas sociais passam a ser o esteio da proteção social, uma vez que passam a assumir (como podem) os gastos com educação, saúde, previdência privada, lazer etc.

Em outras palavras, o descaminhar das políticas sociais brasileiras, o avanço do neoliberalismo e as transformações do mundo do trabalho levaram à crise do sistema de proteção social estatal, sobrecarregando as famílias de modo injusto no tocante à proteção de seus membros.

Visualizamos a partir do mirante da **teoria social crítica** o apelo à solidariedade familiar para subsidiar o Sistema de Proteção Social Brasileiro, dada a redução de gastos públicos e das responsabilidades do Estado, uma vez que se vive uma política de austeridade. Assim, compreendemos e concordamos com as estudiosas sobre a temática como Bernardo (2024) que o familismo é um dos pilares das políticas sociais no Brasil. Posto isto, o Estado burguês se exime de investir na reprodução social para maximizar os lucros do grande capital com a culpabilização e responsabilização da família, já que o trabalho doméstico fornece as bases para a vida humana.

No próximo capítulo, exibiremos os procedimentos metodológicos adotados para a realização deste estudo.

CAPÍTULO III - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, exibiremos aos leitores e pesquisadores os procedimentos metodológicos realizados para alcançar os objetivos: **geral** - analisar a compreensão dos profissionais da saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas, acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar à luz da gerontologia social crítica; e os **específicos** - caracterizar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais; conhecer a compreensão dos/as profissionais sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar; problematizar, a partir da compreensão dos sujeitos da pesquisa, o papel da família no que tange à Insuficiência Familiar.

Será evidenciado o caminho percorrido para construção deste trabalho, bem como as estratégias e ações utilizadas para coleta e análise dos dados.

Na segunda parte, traremos uma revisão narrativa sobre o conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar, ponto que ponderamos como necessário para realizar uma crítica fundamentada em estudos anteriores. Apontaremos também os procedimentos metodológicos utilizados para construção da revisão.

3.1 Caminho Metodológico

Durante a pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico em busca de informações acerca dos estudos contemporâneos sobre família, envelhecimento humano, políticas públicas e sobre o trabalho do cuidado em relação às pessoas idosas. A busca foi realizada tanto em materiais quanto em livros, artigos científicos, em plataformas de busca, a exemplo da *Scielo* e outras, que possuísem publicações sobre a nossa temática de estudo. O percurso nas bases dados acadêmicos está detalhado no item 3.3 deste capítulo, tratando-se de uma revisão narrativa.

Para compreendermos como a legislação define qual o papel da família no cuidado com o idoso, buscamos informações em documentos oficiais, a exemplo da legislação. Neste sentido, a pesquisa também se caracteriza como documental. Após a leitura acurada dos materiais, iniciamos a escrita deste estudo e desenhamos os instrumentais de coleta de dados junto aos participantes.

De modo conciso, podemos dizer que este é um trabalho de natureza qualitativa e explicativa. Buscou-se empreender uma análise baseada na descrição, apreensão e explicação das relações sociais entre os profissionais de saúde, as pessoas idosas e as suas famílias. Logo, o estudo se comprometeu em descrever as características de determinada população,

estabelecer relação entre as variáveis e realizar sua análise, constituindo-se como uma pesquisa explicativa. Nos termos de Gil (2008), este modelo de pesquisa aprofunda o conhecimento da realidade, o que potencializa o trabalho de investigação ora pretendido, viabilizando o alcance de seus objetivos, na perspectiva da Gerontologia Social Crítica.

Em seguida, para alcançarmos o objetivo geral da pesquisa elaboramos um roteiro de entrevista semiestruturada, no qual elencamos questões que estimulasse os/as profissionais a falar sobre sua compreensão acerca do papel da família para com a pessoa idosa, sobre sua prática profissional no tocante à população mencionada e sobre o que conhecem das legislações que norteiam as iniciativas de cuidado com o segmento idoso. Questionamos também sobre a compreensão acerca da “Síndrome da Insuficiência Familiar”.

O questionário sociodemográfico foi composto por perguntas que nos permitissem conhecer dados como: idade, gênero, etnia, grau de escolaridade, profissão, estado civil, religião e tempo de atuação junto às pessoas idosas. O roteiro da entrevista semiestruturada e o questionário sociodemográfico estão nos anexos deste trabalho.

Os participantes foram escolhidos por conveniência, uma vez que a pesquisadora trabalha e estuda em instituições de saúde, nas quais existem setores e profissionais destinados ao atendimento às pessoas idosas. Seleccionamos o quantitativo de 10 participantes de modo que permitisse uma análise detalhada dos dados, tendo em vista o curto período de tempo que o mestrado proporciona.

Os participantes da pesquisa foram profissionais do convívio profissional da pesquisadora, que trabalhavam em duas unidades de saúde. Uma unidade de saúde ligada à Secretaria de Saúde da cidade do Recife, no nível da básica e média complexidade, e outra unidade ligada à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco ligada à alta complexidade.

Os participantes foram convidados a partir da pesquisa, independente de gênero, classe social, etnia, estado civil, religião. **O critério de inclusão foi atuar profissionalmente com pessoas idosas.** Após a apresentação do protocolo da pesquisa aos convidados, informamos sobre o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e, após a concordância e assinatura, prosseguimos com a aplicação da entrevista que foi gravada em equipamento de áudio. Os arquivos dos áudios estão sob a guarda da pesquisadora e serão mantidos por um período de 10 anos. A pesquisa de campo foi realizada no período de fevereiro a abril de 2024.

Os dados sociodemográficos foram catalogados por meio de tabelas desenvolvidas no *Word* e, assim, pudemos traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais. Em seguida,

procedemos com a transcrição das entrevistas. Após as transcrições, separamos as respostas dos profissionais por meio de categorias temáticas.

A sistematização e análise dos dados foi pautada pela abordagem metodológica da Análise de Conteúdo, visto que, de acordo com Bardin (2016), esta abordagem busca ir além dos conteúdos manifestos, além das aparências do que está sendo comunicado. Minayo (2013) apresenta um caminho para realizar a análise. O percurso começa com a pré-análise, depois segue com a exploração do material e, por fim, passa para o tratamento dos resultados e interpretação.

No momento da pré-análise, escolhemos os documentos que foram analisados (a partir dos objetivos da pesquisa), depois elaboramos os indicadores que orientaram a compreensão do material. Passamos, em seguida, para a leitura flutuante do conjunto de comunicações. Por fim, precisamos lembrar os objetivos. Em nossa pré-análise, separamos as transcrições das entrevistas, procuramos com minúcia os indicadores para responder nossos objetivos. Refizemos a leitura e passamos para o próximo passo: a exploração do material.

Na etapa da exploração, buscamos encontrar as categorias a partir das respostas dos entrevistados. **Nossas categorias** foram as seguintes: Conhecimento acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar; O impacto que a nomenclatura causa; O papel da família no cuidado direcionado às pessoas idosas; as principais dificuldades que os profissionais percebem por parte da família em prestar os devidos cuidados; Estratégias que são traçadas junto aos familiares.

Na parte dos resultados, colocamos em relevo as informações selecionadas e propomos inferências para realizar as interpretações interrelacionando-as com o referencial teórico desenhado anteriormente ou abrindo novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pelo material. Isso será posto no capítulo seguinte.

Salientamos que este estudo é um recorte de uma Pesquisa em Rede, multicêntrica, internacional, comparativa entre Brasil, Portugal, Espanha e França intitulada “Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: Estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”, CAAE: 36278120.0.1001.529, número do Parecer 4.267.762, coordenada pelo Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte), representada pela UNICAP em Pernambuco. Será preservada a identidade dos participantes. Todos receberam nomes fictícios a partir de um representante de sua profissão.

O Objetivo geral da pesquisa em Rede é analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosa atendida na atenção

primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha.

Seus objetivos específicos são: - Identificar as características sociodemográficas e sociais dos idosos; - Avaliar as condições de saúde dos idosos quanto aos aspectos do declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, depressão em geriatria, Pressão Arterial Sistêmica, Avaliação nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência; - Verificar os indicadores de saúde dos países/cidades cenários do estudo (cobertura AB e ESF, número de leitos/UTI, % Médicos e Enfermeiros) no início do estudo e final da coleta de dados; - Verificar os indicadores sociais dos países/cidades cenários do estudo (GINI, IDH, % Pobreza, Renda Per capita e outros auxílios governamentais) no início do estudo e final da coleta de dados; - **Caracterizar os cuidados, condutas e intervenções em saúde (tipo, frequência e forma de aplicação individual/coletiva) adotadas nos serviços de saúde e ILPI no início do estudo e final da coleta de dados;** - **Analisar a qualidade do cuidado e segurança nos serviços de saúde e ILPI;** entres outros. A presente pesquisa se vincula à pesquisa em rede por dois últimos objetivos específicos citados anteriormente.

3.2 Uma revisão narrativa sobre a insuficiência familiar relacionada à pessoa idosa

Nas áreas da Geriatria e da Gerontologia, que se dedicam ao estudo do envelhecimento humano nas perspectivas biológica, psicológica e social, a saúde é avaliada a partir da capacidade que o indivíduo tem de gerir sua vida e de cuidar de si mesmo. Essa avaliação é feita levando em conta o desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIDV). A pessoa idosa é considerada saudável quando é independente e autônoma, de acordo com Moraes, Marino e Santos (2010), o que não necessariamente significa ausência de doenças. Para Lourenço (2012), a autonomia é a capacidade do indivíduo de tomar decisões e comandar suas ações. Também está diretamente ligada à cognição e ao humor. Já a independência é a capacidade de realizar algo por meios próprios e está ligada à mobilidade e à comunicação.

Moraes (2012) explicita que a perda de alguma dessas funções ou mesmo de parte delas pode resultar em síndromes geriátricas que são definidas como um conjunto de sinais e sintomas consequentes de doenças e declínio da reserva funcional. Moraes (2012) afirma ainda que o britânico Bernard Isaacs, em 1969, mencionou pela primeira vez as quatro

principais síndromes, a saber: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinências esfínterianas. Com o passar do tempo e o avanço dos estudos sobre o envelhecimento humano, outras três síndromes foram acrescentadas, são elas: incapacidade comunicativa, iatrogenia e Síndrome da Insuficiência Familiar.

Esta última chamou-nos a atenção no que se refere à sua conceituação e nomenclatura: insuficiência. Com base no *Dicionário Oxford Languages - On Line*, **insuficiência** (2023) significa incapacidade para executar uma tarefa, para ocupar um cargo, incompetência. Não entraremos no mérito das outras síndromes, uma vez que dizem respeito à área biomédica, na qual temos pouca ou nenhuma expertise. Nesse sentido, e numa leitura rápida da nomenclatura, diríamos que nessa compreensão a família é incompetente, inapta, incapaz.

Outro aspecto que chamou a atenção na definição da Síndrome da Insuficiência Familiar é a abordagem prática. Muitos esforços são empregados pelos profissionais da saúde no sentido de solicitar o suporte familiar no cuidado com a pessoa idosa que apresenta algum declínio da reserva funcional, conforme minha experiência profissional sendo assistente social, trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma e inquieta com a terminologia em destaque, iniciamos uma busca nas bases de dados como *Scielo*, Periódicos da CAPES e outras, buscando encontrar artigos e dissertações que contivessem de forma inaugural alguma definição mais aprofundada e manejo da Síndrome da Insuficiência Familiar. Em português, encontramos primeiro descrita e caracterizada por Moraes, Marino e Santos (2010, p. 65) em um artigo de revisão sobre as principais síndromes geriátricas. Neste artigo, caracterizaram a Síndrome da Insuficiência Familiar da seguinte maneira:

A transição demográfica, entretanto, atinge diretamente essa “entidade”, reduzindo drasticamente a sua capacidade de prestar apoio a seus membros idosos. Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões importantes na capacidade de acolhimento às pessoas com incapacidades, que historicamente dependiam de apoio e cuidado familiar. [...]. Essa fragilização do suporte familiar deu origem a outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa.

O trecho acima aborda sobre as mudanças ocorridas na família e sua “redução da capacidade” de prestar cuidado à pessoa idosa. Anteriormente ao trecho acima apresentado, os autores apontam que a família é a principal instituição cuidadora de pessoas idosas e deve ser privilegiada nesta função. Em seguida, evidenciam algumas transformações que ocorreram nas configurações familiares e nas relações sociais, tais como: redução da taxa de fecundidade e, com isso, o número cada vez menor de filhos; também a maior participação da mulher no

mercado de trabalho; o individualismo; e os conflitos intergeracionais. Tais transformações contribuíram, de acordo com os estudiosos referidos, com a diminuição da capacidade familiar de cuidar de seus membros idosos.

A partir das pesquisas realizadas nas bases de dados científicos em português, a Síndrome da Insuficiência Familiar, identificada agora com a sigla SIF, aparece descrita nos escritos de Moraes, Marino e Santos (2010). Apesar de não concordarmos com o que foi posto, pois compreendemos que as famílias precisam de suporte para cuidar de seus membros e não podem ser rotuladas como insuficientes, quando não contam com o aparato das Políticas Públicas para tanto, mesmo assim demos prosseguimento ao estudo da temática que nos interessa, já que o trabalho do/a Assistente Social lida diretamente com as famílias e a própria pessoa idosa, nas instituições de saúde principalmente.

Dando continuidade à nossa busca por mais informações sobre o assunto, encontramos outro artigo científico intitulado “Conceito de Insuficiência Familiar na Pessoa Idosa: uma análise crítica da literatura”, Souza *et al* (2015). Nesta produção, foi realizada uma exploração nas bases de dados para sistematizar o conceito de SIF. Antes, definiu-se a Família com base no conceito utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residam na mesma unidade domiciliar. Também lançaram mão do conceito utilizado por Teixeira (2008), que compreende a família como espaço de proteção social, à medida que se caracteriza como lugar de apoio, solidariedade, reprodução social e de cuidados com os seus membros.

O diferencial de Souza *et al.* (2015) é a metodologia utilizada para sistematização do conceito. Para Morse (1995 *apud* Souza *et al.*, 2015), conceitos são representações cognitivas de uma realidade percebida, formada por experiências diretas ou indiretas, com base em situações, acontecimentos ou comportamentos reais. Para se chegar a um conceito, é necessário verificar seus antecedentes, atributos definidores e seus consequentes.

Os antecedentes encontrados por Souza *et al.* (2015) foram os seguintes: transformações contemporâneas no sistema familiar; inversão de papéis; ninho vazio; conflitos intergeracionais; comprometimento das relações familiares; vulnerabilidade social da família. Os atributos definidores: baixo apoio social total, baixo apoio familiar, baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado. Os consequentes foram: vulnerabilidade social da pessoa idosa; declínio da saúde psicológica; declínio funcional; menor qualidade de vida; envelhecimento mal sucedido.

Após a análise dos artigos, Souza *et al.* (2015, p. 1183) concluíram o seguinte sobre a SIF, em uma proposição:

Insuficiência familiar na pessoa idosa caracteriza-se 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 mal sucedido são consequentes da insuficiência familiar na pessoa idosa (p. 1183).

Os trechos sublinhados são destaques nossos. Observamos que a família é indicada, quase com exclusividade, como a responsável pelo cuidado destinado à pessoa idosa. Além disso, sugere-se que a SIF pode acarretar o envelhecimento mal sucedido. Diante do exposto, observamos que os antecedentes apresentados para compor a definição da Síndrome da Insuficiência Familiar são dados da aparência, fazem parte da realidade. No entanto, se nos debruçarmos sobre o contexto no qual vive a maioria das pessoas idosas, iremos compreender que a essência, o concreto pensado, ultrapassa as impressões do cotidiano. Perceberemos que a crise política e socioeconômica do modo de produção capitalista está na base da Insuficiência e poderíamos dizer que a Insuficiência do Sistema de Proteção Social leva ao envelhecimento e à velhice “trágica”.

3.2.1 Percurso metodológico da Revisão Narrativa

Tendo em vista as definições levantadas anteriormente, realizamos em abril de 2023 uma nova busca para refinamos o conteúdo em tela e especificamos uma datação para a seleção das produções científicas: 2018 a abril de 2023.

A partir das inquietações geradas com base nesses dois estudos, buscamos realizar uma Revisão Narrativa sobre a Insuficiência Familiar. Para tanto, seguimos seis etapas, sendo elas: definição do objetivo; definição de estratégia de busca; seleção dos estudos; organização dos estudos; análise e síntese dos resultados; e apresentação da revisão.

Para Galvão e Pereira (2022), o objetivo da revisão narrativa é viabilizar o primeiro contato ou atualizar-se sobre um tema. Na pesquisa desenvolvida, buscamos encontrar nas produções científicas a compreensão brasileira sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar relacionada à Pessoa Idosa e como manejá-la. Para a definição das estratégias de busca,

utilizamos os termos Insuficiência Familiar, *Family Insuficiency*, Insuficiencia familiar, associados ao uso do operador booleano OU, assim como OR quando se fez necessário. Gostaríamos de destacar que os termos Insuficiência Familiar, *Family Insuficiency*, Insuficiencia familiar não aparecem como Descritores em Ciências da Saúde DeCS/MeSH. A aplicação o método de busca, descrito acima, foi realizada nas seguintes plataformas: Scielo, Portal Regional da BVS, Pubmed/Medline, Scopus, OASISbr, Web of Science, Google acadêmico, Epistemonikos, Dimensions, Catálogo de teses e dissertações da Capes.

Os critérios de inclusão foram: as produções científicas publicadas em português, que retratem a temática de estudo sobre Insuficiência Familiar relacionada à Pessoa Idosa, disponíveis na íntegra e publicadas no período de 2018 a abril de 2023, pois desejávamos encontrar produções atualizadas. Os critérios de exclusão foram: produções duplicadas, cartas do editor, trabalhos publicados em congressos, anais, manuscritos incompletos e duplicados, produções sem tradução na língua portuguesa, bem como publicações fora do intervalo de tempo pré-estabelecido.

Com a aplicação do método de busca nas plataformas citadas, foram localizadas 45 publicações entre artigos, dissertações e teses. Foram aplicados os critérios de inclusão, na seguinte ordem a partir da seleção das publicações com texto completo disponíveis. Ao serem selecionados apenas os artigos, dissertações e teses que referissem ao tema da Insuficiência Familiar relacionadas apenas à Pessoa Idosa, então, foram encontradas 15 publicações. Por fim, ao buscar as produções no período de 2018 até abril de 2023 foram selecionadas 8 produções; sendo 4 artigos e 4 dissertações. Abaixo segue o quadro síntese com as bases de dados e o quantitativo de produções sem duplicidade.

Quadro 1 - Síntese das Estratégias de busca em base de dados científicos

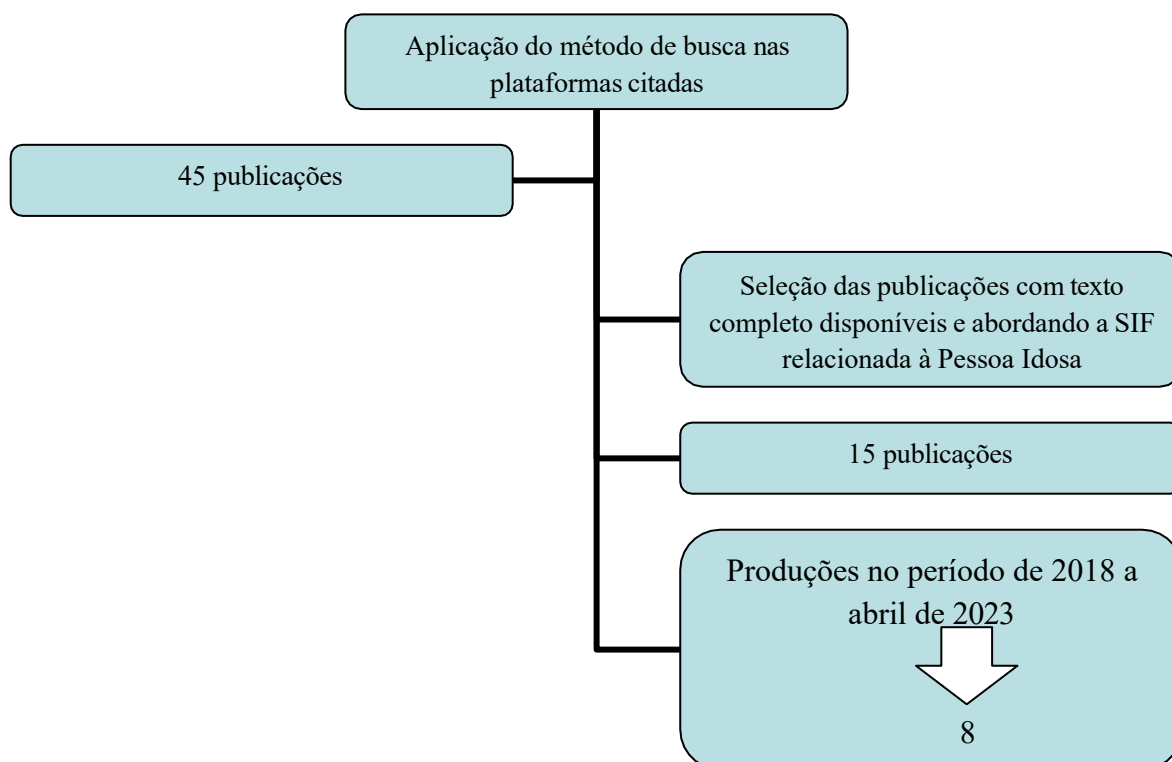
BASE DE DADOS	CHAVE DE BUSCA	Resultados
Scielo (Título resumo e assunto)	"Insuficiência Familiar" OR "Family Insuficiency" OR "Insuficiencia familiar"	<u>4</u>
Portal Regional da BVS	"Insuficiência Familiar" OR "Family Insuficiency" OR "Insuficiencia familiar"	<u>10</u>
Pubmed/Medline (All Fields)	"Family insufficiency"	<u>1</u>

Scopus (Título, Resumo, Palavras-chave)	TITLE-ABS-KEY ("family insufficiency")	<u>2</u>
OASISbr (Todos os campos)	"Insuficiência familiar" OR "Family insufficiency"	<u>12</u>
Web of Science (Todos os campos)	"Family insufficiency"	0
Google acadêmico	allintitle: "Insuficiência familiar"	7
Epistemonikos	"family insufficiency"	1
Dimensions (Título e resumo)	"family insufficiency"	<u>5</u>
Catálogo de teses e dissertações da Capes	"Family insufficiency" OR "Insuficiência familiar"	<u>3</u>
Total	45	
Sem duplicidade com texto completo	15	

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em forma de figura, ilustramos o fluxo da seleção dos estudos para produção desta Revisão Narrativa:

Figura1 - Fluxo da seleção de estudos sobre SIF para compor a revisão narrativa



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

A seguir, elencamos os títulos, ano e tipo da publicação que foram selecionados para leitura e avaliação sobre importância para compor a revisão. Por fim, decidimos utilizar apenas os artigos publicados em revistas eletrônicas. A literatura cinzenta foi excluída da revisão.

Quadro 2 - Síntese das publicações sobre SIF com texto completo entre 2018 e 2023

I. ENGEL, C. “A gente médica de acordo com a família”: a geriatria cuidando das demências. Mana , v. 29, n. 1, p. e2023006, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/mana/a/7WQmGjLy9tjRHF6QyzFHTnd/
II. SETOGUCHI, Larissa Sayuri <i>et al.</i> Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. Escola Anna Nery , v. 26, p. e20210375, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/DKqrDMDbr6y5Gc7zZy5TwGb/?lang=pt# .
III. BENEVIDES, Kaio Giordan Castelo Branco <i>et al.</i> Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência. Revista de Enfermagem UFPE on-line , [S.l.], v. 13, n. 3, p. 594-603, mar. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237427
IV. SÉTLIK, Clarice Maria. <i>et al.</i> Relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos da assistência ambulatorial. Acta Paulista de Enfermagem , v. 35, p. eAPE01797, 2022. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01797
V. GATTI, Adriana Cristina. Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente . 2019. 1 recurso <i>on-line</i> (124 p.) Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Limeira, SP. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12733/1636470 .
VI. SILVA, Thainara Lopes da. Vulnerabilidade De Queda Em Idosos: Estudo De Método Misto . 2019. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG. Disponível em: https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/10935 .
VII. SETLIK, Clarice Maria. Fragilidade física em idosos e a correlação entre as síndromes geriátricas . 2019. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Paraná. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66339 .
VIII. SETOGUCHI, Larissa Sayuri. Insuficiência familiar e fragilidade física em idosos . Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, 2018. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/59433 .

Fonte: Quadro elaborado pela autora (2024).

3.2.2 Resultados da Revisão Narrativa

Em seguida, traremos um breve resumo dos artigos para que possamos conhecer o que diz a literatura, disponível *on-line*, sobre a SIF. Consideramos pertinente analisar apenas os artigos para compor esta revisão. A literatura cinzenta não será utilizada neste estudo.

Engel (2023) discorre sobre as hipóteses diagnósticas encontradas nos prontuários médicos de um Centro Especializado no Distrito Federal em um Hospital Universitário de atendimento a pessoas com algum tipo de demência. O que chamou a atenção da estudiosa foi o campo nos prontuários da Hipótese Diagnóstica, que também continha as seguintes hipóteses: “sobrecarga da cuidadora” e “insuficiência familiar”. Engel (2023), após observar etnograficamente como a equipe de geriatria lidava com a família de pessoas idosas com alguma demência, chegou à conclusão sobre o assunto de que é necessário ampliar o olhar da geriatria para a família no contexto de retração estatal no tocante às políticas sociais. A estudiosa chegou a falar sobre o caráter familista das políticas.

Engel (2023, p. 23) diz que: “Talvez mais potente do que incluir o mundo social e a família no escopo biomédico como elementos a serem diagnosticados e patologizados, seja refletir sobre as transformações sociais necessárias para ampliar redes de cuidado.” A partir desse trecho, pudemos perceber que se mostra diferente dos demais no tocante à crítica que a estudiosa faz em relação à sobrecarga da família para cuidar de um membro idoso. Ela fez um movimento de ultrapassagem dos dados aparentes para conhecer um pouco mais sobre essa sobrecarga e caracteriza a Família como insuficiente. Salientamos que Engel é doutora em Antropologia Social, isso possivelmente direcionou seu olhar para a realidade vivida por muitas das famílias.

Setoguchi *et al.* (2022) analisaram a relação entre Síndrome da Insuficiência Familiar e a condição, os marcadores de fragilidade física de pessoas idosas acompanhados em ambulatório de Geriatria e Gerontologia. As estudiosas ponderam a família como um determinante expressivo para o bem-estar da pessoa idosa. Sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar, Setoguchi *et al.* (2022, p. 2) caracterizaram-na como a “perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso por ausência da família ou por falta de condições”. Em relação à Síndrome da Fragilidade Física, Setoguchi *et al.* (2022, p. 2) compreendem que é “estado clínico caracterizado por um aumento da vulnerabilidade no indivíduo, quando exposto a estressores internos e externos, além de ser um dos principais contribuintes para o declínio funcional e a mortalidade precoce de idosos”.

Para avaliar se as pessoas idosas tinham uma boa funcionalidade familiar, ou não, e assim classificá-las como tendo ou não a SIF, utilizaram o APGAR da Família. De acordo com Silva (2014), Smilkstein desenvolveu o instrumento APGAR de Família, cuja denominação representa um acrônimo em inglês, derivado dos domínios: *adaptation* (adaptação), que compreende os recursos familiares oferecidos quando se faz necessária assistência; *partnership* (companheirismo), que se refere à reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas; *growth* (desenvolvimento), relativo à disponibilidade da família para mudanças de papéis e desenvolvimento emocional; *affection* (afetividade), compreendendo a intimidade e as interações emocionais no contexto familiar; e *resolve* (capacidade resolutiva), que está associada à decisão, determinação ou resolutividade em uma unidade familiar. No Brasil, a validação desse teste ocorreu em 2001 e ele está disponível nos Cadernos da Atenção Básica (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa), elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Assim, O APGAR da Família constitui-se como um instrumento que avalia como a pessoa, nessa situação a pessoa idosa, percebe a “funcionalidade” de sua família. No Caderno da Atenção Básica n.19 do Ministério da Saúde (2006), a classificação da funcionalidade familiar¹⁰ pode ser dividida da seguinte maneira e conforme a pontuação obtida no teste: 0 a 4 = elevada disfunção familiar; 5 e 6 = moderada disfunção familiar; 7 a 10 = boa funcionalidade familiar.

Para avaliar a Síndrome da Fragilidade Física, utilizaram o Miniexame do Estado Mental, questionário sociodemográfico e autorrelatos de perda de peso e fadiga, exaustão e nível de atividade física, força da pressão na mão e velocidade média. Os resultados apontaram que entre as 384 pessoas idosas, 212 foram classificados como pré-frágeis, 118 não frágeis e 54 como frágeis. Quanto à avaliação do APGAR de família, 286 possuíam boa funcionalidade familiar, 62 elevada Disfunção Familiar (DF) e 36 moderada DF.

Setoguchi *et al.* (2022) concluíram que o quantitativo de pessoas idosas com a síndrome insuficiência familiar foi expressivo (elevada e moderada disfunção, 98 pessoas idosas), apesar de não haver uma associação significativa com a síndrome da fragilidade física.

¹⁰ De acordo Santos, Rodrigues e Paulino (2024, p. 9340), em uma **família** funcional, os membros encaram os conflitos e as adversidades de forma unânime com vistas à resolutividade e estabilidade emocional, utilizando os próprios recursos para alcançarem a eficiência no ambiente. Já o sistema familiar disfuncional é caracterizado por ser incapaz de suprir de forma satisfatória as necessidades dos integrantes. Nesse sistema, os membros não são capazes de enfrentar as adversidades e desempenhar com eficiência suas funções, como o companheirismo, afetividade, adaptação, resolução de problemas e desenvolvimento dos membros.

Este estudo não faz uma crítica sobre o construto da SIF, apenas expõe os dados e os correlacionam. O APGAR foi o instrumento utilizado para verificar a funcionalidade familiar a partir da percepção de um de seus membros. No caso da investigação proposta, por intermédio de uma pessoa idosa. Os grupos familiares podem ser estudados a partir de algumas vertentes teóricas e a perspectiva utilizada pelo Caderno da Atenção Básica n.19 do Ministério da Saúde (2006, p. 41) é a Teoria Sistêmica, na qual a família é compreendida como:

Como sistemas baseados nas relações, como base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações como o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo. Dessa grande interação surge o seu potencial transformador em busca de equilíbrio.

Com a devida compreensão, o grupo familiar é visto como um sistema funcional ou disfuncional. Sendo assim e baseado nessa perspectiva, o APGAR é utilizado para verificar o nível de funcionalidade familiar pelos profissionais da assistência em saúde para que planejem a terapêutica destinada à pessoa idosa em atendimento. A avaliação baseada apenas na família não abarca a complexidade dos fatores macroestruturais nos quais as famílias estão inseridas e, por isso, incorre no lapso de tentar extrair da própria família “recursos que as tornem funcionais”. A responsabilidade do Estado passa de largo quanto à proteção social e, mais uma vez, o grupo familiar é culpabilizado por seu “fracasso” no cuidado para com seus membros idosos.

Apesar de Setoguchi *et al.* (2022) chegarem à conclusão de que a “funcionalidade familiar” não está associada à Síndrome da Insuficiência Familiar, uma das suposições para justificar isso foi argumentar que as pessoas idosas entrevistadas achavam delicado falar de sua própria família. Mais uma vez, a família é posta na berlinda. Por fim, não encontramos as hipóteses, no referido estudo, sobre a ausência de políticas públicas como uma das causas da SIF, menos ainda como causadora da Síndrome da Fragilidade Física.

Em outro estudo, Benevides *et al.* (2019) traçaram o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) e identificaram os diagnósticos de Enfermagem para cada pessoa estudada. O estudo foi realizado com 59 pessoas idosas, sendo 28 do sexo feminino e 31 pessoas eram do sexo masculino. As idades variaram de 60 a 105 anos. Para delinear o perfil das pessoas institucionalizadas, além do

levantamento da idade e do sexo, outras duas variáveis foram salientadas: o tempo e o motivo da institucionalização.

O motivo mais incidente de institucionalização, em ambos os sexos, destacado pelas estudiosas foi insuficiência familiar. Então, Benevides *et al.* (2019, p. 4) formularam a categoria de análise intitulada “Insuficiência Familiar” para categorizar um dos motivos da institucionalização e inseriram nesta categoria as pessoas idosas que: “foram admitidas na instituição por diversos motivos, como o fato de morar sozinha, a falta de cuidadores familiares, a não responsabilização da família pelo idoso ou a falta de estrutura dos familiares para cuidar”. Outras categorias foram elaboradas a fim de categorizar o motivo da institucionalização, a saber: maus tratos, pessoas em situação de rua e outros.

Para a discussão da categoria Insuficiência Familiar como motivo de institucionalização, Benevides *et al.* (2019) lançaram mão do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003) para argumentar que, em casos de inexistência familiar, abandono e deficiência de recurso financeiro próprio ou da família a pessoa idosa poderá ser institucionalizada. Disso depreendemos que os estudiosos não avançaram na problematização sobre a SIF, limitaram-se a responsabilizar o grupo familiar pela ausência de cuidados. Além disso, assinalaram a falta de estrutura da família para cuidar, sem, no entanto, mencionar a falta de estrutura do Estado em prover os mínimos sociais para sobrevivência de cada família.

No estudo de Sétlik *et al.* (2022), os pesquisadores analisaram a correlação entre fragilidade física e as síndromes geriátricas (instabilidade postural, incontinência urinária e insuficiência familiar). Tratou-se de um estudo quantitativo transversal, desenvolvido com uma amostra de 381 pessoas idosas com 60 anos ou mais. Na introdução do trabalho, Sétlik *et al.* (2022, p. 2) conceituaram as síndromes geriátricas, porém destacamos apenas a Síndrome da Insuficiência Familiar:

processo psicossocial de construção complexa, fundado no vínculo familiar prejudicado e baixo apoio social. Apresenta como padrão a perda da capacidade da família em promover os cuidados, oferecer apoio, seja pela ausência dos familiares ou por falta de condições.

Observamos que essa conceituação se baseia nas formulações de Moraes, Marino e Santos (2010) elencando a perda da capacidade funcional, porém desponta um novo elemento: a falta de condições. Tais condições não foram detalhadas, mas presumimos que sejam condições estruturais como a ausência de políticas públicas eficazes.

Para avaliar a condição clínica das pessoas, foram utilizados os seguintes instrumentos: a aplicação do Miniexame do Estado mental¹¹, um questionário sociodemográfico (constituído pelas variáveis de interesse como sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça e rendimento familiar mensal), os marcadores do fenótipo da fragilidade física¹², a Escala de Equilíbrio de Berg¹³ (EEB) e o APGAR de família.

Nos resultados, Sétlik *et al.* (2022) ressaltaram, quanto à fragilidade física, que 56 pessoas idosas foram classificadas como frágeis, 217 pré-frágeis e 108 não frágeis. Em relação às síndromes geriátricas avaliadas, 103 apresentaram incontinência urinária, 98 foram consideradas com a Síndrome da Insuficiência Familiar, 62 com instabilidade postural.

No caso da insuficiência familiar, apesar de não apresentar associação com a fragilidade, verificou-se que a disfuncionalidade familiar está mais presente em pessoas idosas frágeis e pré-frágeis, ou seja, o grau de fragilidade física entre as pessoas idosas corresponde ao nível de disfunção familiar. Os autores finalizam ressaltando que a SIF foi relatada recentemente, de modo que ainda são necessários ensaios com testagem para validar instrumentos próprios, que forneçam acurácia no reconhecimento e avaliação da disfunção familiar relacionada às pessoas idosas. cremos, por outro lado, que não existe um teste que resulte em números que traduzam as reais insuficiências que muitas famílias enfrentam e que aponte as lacunas deixadas pelo Estado efetivação dos direitos sociais conquistados no Brasil.

A partir dos estudos analisados, nesta revisão foi possível inferir que a conceituação da SIF parte dos dados da aparência, da redução do número de membros para executar o trabalho do cuidado, da fragilização dos vínculos afetivos, da “falta de estrutura familiar”, entre outros. Todavia, a problematização dos dados do imediato não é aprofundada e isso transparece na

¹¹ O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado em 1975. O objetivo do instrumento era o de avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos). Desde o final da década de 1980, têm sido usadas versões traduzidas do MMSE original e adaptadas para as peculiaridades da população idosa brasileira (Melo; Barbosa, 2015, p. 3866).

¹² “Perda de peso não intencional; autorrelato de fadiga/exaustão; baixo nível de atividade física; redução da Velocidade da Marcha (VM) e diminuição da Força de Preensão Manual (FPM)” (Setoguchi; Lenardt; Betiulli, 2022).

¹³ A EEB avalia o equilíbrio dinâmico e estático dos indivíduos e o risco de quedas considerando a influência ambiental na função. A EEB avalia o desempenho do equilíbrio funcional com 14 testes, sendo estes direcionados para a habilidade do indivíduo de sentar, ficar de pé, alcançar, girar em volta de si mesmo, olhar por cima de seus ombros, ficar em apoio unipodal e transpor degraus. Apresenta pontuação máxima de 56 pontos e mínima de 0 pontos, onde cada teste possui cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. A EEB foi traduzida para o português e adaptada transculturalmente para sua utilização no Brasil (Souza; Santos, 2012, p. 309).

literatura, que se pauta em análises superficiais sobre as reais dificuldades enfrentadas pelas famílias em prover cuidados para seus membros idosos.

Destacamos também que esta revisão não esgota o debate sobre a caracterização da SIF. Analisar dissertações e teses pode mostrar outros caminhos sobre o debate em torno da temática. Outras publicações de artigos e livros podem ter ocorrido no período de tempo em que escrevíamos este texto. Sugerimos a partir das pesquisas que fizemos, mas de modo tímido, que a Síndrome da Insuficiência Familiar seja revista e, quiçá, que essa nomenclatura seja modificada. Isso porque, quando estudamos a temática a partir da perspectiva da totalidade social, chegamos a um entendimento mais próximo da realidade concreta e identificamos a ineficiência das políticas sociais. Concordamos que os contornos das famílias estão em mudanças, que o quantitativo de membros diminuiu, que a mulher entrou no mercado de trabalho, mas também somos de acordo que: a retração da políticas sociais prejudica a proteção social de responsabilidade do Estado; que a mulher busca melhores condições de vida para si e para os seus e, por isso, vai ao mercado de trabalho. As masculinidades precisam tomar seus lugares de cuidadores também, a rede de suporte estatal a pessoa idosa precisa ser efetivada; que o debate em torno da culpabilização precisa ultrapassar a superficialidade para que tracemos estratégias reais em direção a construção de uma sociedade mais justa e equânime para todas as pessoas, inclusive, para a velhice.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO, DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E ANÁLISE

Neste capítulo, apresentaremos os resultados encontrados nas entrevistas que realizamos com 10 (dez) profissionais de saúde, tendo como objetivo conhecer as compreensões sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar. Delinearemos também o perfil sociodemográfico dos participantes, consolidando os objetivos específicos desta pesquisa: caracterizar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais; conhecer a compreensão dos/as profissionais sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar. Na sequência, explanaremos a discussão sobre resultados.

4.1 Breve Perfil dos Profissionais Homenageados

Entrevistamos 10 (dez) profissionais de saúde que atuavam junto às pessoas idosas. Para nomear cada entrevistado, valemo-nos de nomes de profissionais brasileiros que se destacaram na trajetória de cada profissão. Discorreremos brevemente sobre cada profissional que homenageamos para que o leitor compreenda a importância deles para a conformação das profissões. Ademais, fizemos uma associação entre a personalidade das pessoas participantes desta pesquisa com o profissional homenageado.

Sílvia Tatiana Maurer Lane, em conformidade com a homenagem prestada pela Revista Psicologia: Ciência e Profissão vol 23 (2003), nasceu em São Paulo, em 1933. Sua mãe era proveniente da Lituânia e seu pai era um brasileiro filho de suíço-alemão. Sílvia Lane era filha única. Sua primeira formação profissional foi no curso técnico de secretariado, na tradicional escola Mackenzie.

Aos 19 anos, ingressou na Faculdade de Filosofia da Universidade de São Paulo (USP). Conforme o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2006), ela fez Doutorado em psicologia e especialização na mesma área. Atuou como precursora da Psicologia Comunitária, socio-histórica e fundou a Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO. Sílvia Lane também dirigiu a Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), atuou na construção de um currículo da Pós-graduação em Psicologia Social da mesma universidade e divulgou o crítico em Psicologia. Para a Revista Psicologia para a América Latina (2006), a professora Silvia defendia que a ciência só tinha sentido se buscasse por soluções para os problemas vividos pela maioria da população. Ela faleceu em abril de 2006. Relacionamos o nome da Silvia Lane, a primeira profissional

entrevistada, uma psicóloga sensível às causas macroestruturais do adoecimento emocional das pessoas.

Olga Verderese, conforme Mancia, Salles e Padilha (2008), nasceu em 1917 na cidade de Piracicaba, São Paulo, descendente Antônio Verderese e Anna Joaquina da Rocha Verderese. Sua primeira formação foi como professora primária. No entanto, desejava cursar Enfermagem. Sendo assim, no período de 1944 a 1947 foi aluna da segunda turma da Escola de Enfermagem da USP. A enfermeira Olga Verderese participou da organização do primeiro curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, UFBA, quando se destacou como professora, e ocupou o cargo de vice-diretora, além de ter assumido a direção da Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFBA. Olga participou também da criação da Escola de Enfermagem de Nível Superior no Rio Grande do Sul, em 1950. Entre os anos de 1982 a 1986, atuou no Conselho Federal de Enfermagem. Dentre muitos outros cargos importantes que a enfermeira Olga ocupou, conforme Mancia, Salles e Padilha (2008) destacam, a consultoria regional em Educação de Enfermagem da Organização Pan-Americana de Saúde de 1958 a 1980. Ela faleceu em 2008. A entrevistada número dois desta pesquisa também é enfermeira e atua como professora na formação de novos profissionais da enfermagem. Assim, ponderamos ser significativo nomeá-la ficticiamente como Olga Verderese.

Maria Barbosa Fernandes nasceu em 1918 em Santa Bárbara, município do interior de Minas Gerais. Santos, Rabelo e França (2020) discorrem sobre a vida dessa enfermeira. Ela era solteira, católica e nasceu em 1918 no interior de Minas Gerais. Cursou Enfermagem na Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), que posteriormente tornou-se a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Maria Barbosa Fernandes foi a primeira mulher negra a se formar na EECC e sua trajetória profissional foi marcada por cuidados de enfermagem sensíveis à singularidade e à realidade sociocultural dos seres humanos. Ela trabalhou na saúde pública fazendo visitas domiciliares aos prostíbulos, em Belo Horizonte e orientando pacientes com doenças infectocontagiosas no Centro de Saúde Carlos Chagas. Além disso, Maria Barbosa Fernandes teve participação bastante ativa na Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Minas Gerais (ABEn-MG) e aposentou-se em 1987, com 50 anos de profissão. A terceira pessoa entrevistada é uma enfermeira que rompe com os padrões de classe e cor de sua época. Decidimos nomeá-la ficticiamente como Maria Barbosa Fernandes.

Maria Josephina Rabello Albano nasceu em 1916, no Ceará. Migrou para o Rio de Janeiro em 1924 com seus pais e seus três irmãos. Segundo Silva (2012), Maria Josephina Rabelo Albano ingressou em 1937 na Escola de Serviço Social do Instituto Social (ESSIS),

hoje Departamento de Serviço Social da PUC do Rio de Janeiro, formando-se na primeira turma, três anos depois. Ao mesmo tempo, ela cursava na Universidade Federal do Rio de Janeiro História e Geografia, formando-se nesse curso em 1940. Ela foi a primeira aluna a se matricular na primeira turma de Serviço Social do ESSIS. Ela seguiu estudando. Para Silva (2012), ela fez mestrado nos Estados Unidos e voltou para lecionar no Brasil. Prestou consultorias para organismos nacionais e internacionais. Silva (2012) informa ainda que Maria Josephina Rabelo lecionou muitos anos, contando sua experiência brasileira e internacional. Faleceu em 1995. Ela era uma grande articuladora e ajudou a consolidar a profissão no Brasil. Diante desse perfil desbravador, nós o relacionamos com o perfil da entrevistada número 4, uma assistente social que procura sempre compartilhar seus conhecimentos e realizar articulações entre os profissionais que lhe rodeiam. Chamar-lhe-emos ficticiamente de Maria Josephina Rabelo.

Maria Rosa Sousa Pinheiro. Tal como explicitado por Oguisso (2003), nasceu em Araraquara-SP, em 1908, e era a filha mais velha de uma família com seis filhos. Ainda criança foi morar na Capital, com a avó, que tinha o mesmo nome. Oguisso (2003) informa também que, em 1930, Dona Maria Rosa como gostava de ser chamada, fez o curso de Educadora Sanitária, no então Instituto de Higiene, atualmente Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP). Oguisso (2003) explica que, em 1937, formou-se também em Letras Estrangeiras, na Faculdade de Filosofia da USP. Em 1940, ela foi para Universidade de Toronto com uma bolsa de estudos custeada pela Fundação Rockefeller para fazer o curso de Enfermagem. Regressou a São Paulo, em 1944, para ajudar a lançar as bases da atual Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Dentro muitos outros cargos ocupados pela enfermeira, ela foi a primeira Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Faleceu em junho de 2002. A enfermeira Maria Rosa constitui-se como um exemplo de liderança e simplicidade, nas palavras de Oguisso (2003). A entrevistada número cinco é uma jovem enfermeira, mas com uma capacidade admirável de liderar, por isso a nomearemos ficticiamente de Maria Rosa.

Annita de Castilho Marcondes Cabral. Para o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), nasceu em 1911 na cidade de Novo Horizonte, interior de São Paulo. Em 1920, ela fez o curso normal no Instituto de Educação Caetano de Campos. Entre 1931 a 1932, realizou o Curso de Aperfeiçoamento Pedagógico e foi nomeada para trabalhar no Serviço de Psicologia Aplicada, posteriormente, transformado em Laboratório de Psicologia Educacional do Instituto de Educação da USP. Em 1938, na primeira turma da Seção de Filosofia, na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFCL/USP). No ano

seguinte, exerceu o cargo de Primeira Assistente das duas cadeiras de Sociologia da FFCL/USP. De acordo com o IPUSP (2025), no início dos 1940 ela foi assistente da Cadeira de Psicologia, no Curso de Filosofia da FFCL/USP. Em 1941, recebeu bolsa de estudos e foi para os Estados Unidos para aprender sobre Psicologia Experimental e Psicologia da Gestalt.

Com base no que foi ressaltado pela Revista Psicologia Ciência e Profissão (1997), Annita de Castilho, após retornar ao Brasil com o título de mestre em psicologia, continuou a estudar e iniciou um movimento para desvincular a cadeira de Psicologia da seção de Filosofia, pois, naquele período, a Psicologia era um núcleo inserido na seção de Filosofia. Annita compreendia que a autonomia da psicologia, enquanto curso propriamente dito, ocorreria a partir da separação da seção de filosofia. Em 1958, com outros expoentes da profissão, Annita consegue criar o Curso de Especialização em Psicologia Clínica da Cadeira de Psicologia da FFCL da USP. Em meio ao clima de lutas, é fundada em 1948 a Sociedade de Psicologia de São Paulo, atual Associação de Psicologia de São Paulo (ASPSP), da qual Annita de Castilho foi presidente entre os anos de 1948 a 1949. Annita de Castilho faleceu em 1991. A essa psicóloga, que não fugia à luta e procurava conquistar o seu espaço profissional, associamos a entrevistada número seis, também psicóloga que busca reafirmar cotidianamente a importância e o espaço de seu saber em meio a uma equipe multiprofissional de um hospital estadual em Pernambuco. Por isso, vamos nomeá-la ficticiamente como Annita Castilho.

Sobre **Luís Carlos Mancini**, Ferreira (2010) informa que foi da segunda turma da Escola de Serviço Social (ESS) de São Paulo, a primeira a receber homens. Outrossim, atuava no Centro de Estudos e Ação Social. Depois de formado, em 1940, compôs o corpo fundador do Instituto de Serviço Social de São Paulo, uma escola masculina de Serviço Social. Teve importante participação na criação e implantação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC). Faleceu em 2011. Em meio a um universo profissional predominantemente feminino, Luís Carlos Mancini constitui-se como um dos primeiros homens na profissão. Ainda hoje, o Serviço Social é composto majoritariamente por pessoas do sexo feminino. Então, ao encontrar um Assistente Social homem, o sétimo entrevistado para esta pesquisa, busquei associá-lo e nomeá-lo ficticiamente com Luís Carlos Mancini.

Nadir Gouvêa Kfouri, conforme descrevem Wanderley e Raichelis (2011), nasceu em Avaré – SP, em 1913. Sua família era de origem libanesa. Sua família mudou-se para São Paulo quando ela tinha 14 anos. Seu pai, era comerciante. Mesmo não tendo frequentado a escola, ele falava e escrevia bem em português, francês e árabe. Influenciada por seu pai, Nadir Kfour i tornou-se amante da leitura. Estudou em escolas públicas e participou dos Movimentos da Ação Católica. Isso despertou nela o desejo por justiça social e influenciou

sua decisão de ingressar em 1936 na 1ª turma de Serviço Social do Brasil, na Escola de Serviço Social em São Paulo, hoje na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Formou-se em Serviço Social em 1938.

Wanderley e Raichelis (2011) destacam que Nadir Gouvêa Kfoury foi professora do Curso de Serviço Social da PUCSP e diretora da Legião Brasileira de Assistência em São Paulo. Assumiu também o cargo de reitora da PUCSP e foi a primeira mulher nessa reitoria. Foi perito da Organização das Nações Unidas (ONU) e deu aulas nos países da América do Sul e na Espanha. Enfrentou a ditadura como reitora eleita pelo voto direto da comunidade da PUC. Seu legado é imenso para nossa profissão. Uma desbravadora. Faleceu em 2011. A oitava pessoa entrevistada é uma assistente social que se formou em uma das primeiras turmas de uma Especialização em Residência Multiprofissional em Recife, por seu pioneirismo chamar-lhe-emos ficticiamente de Nadir Gouvêa Kfoury.

Oswaldo Gonçalves Cruz. Segundo informações da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2017), o famoso médico nasceu em São Luís do Paraitinga (SP), em 1872. Filho de Bento Gonçalves Cruz e Amália Bulhões Cruz. Sua família mudou-se para o Rio de Janeiro em 1877. Graduiu-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1892. Seu interesse pela microbiologia foi despertado desde a graduação, pois obteve seu “doutoramento” com o trabalho intitulado “A veiculação da microbiana pelas águas”. Em 1897, Oswaldo Cruz foi para Paris, onde passou dois anos estudando microbiologia, soroterapia e imunologia, no Instituto Pasteur, e medicina legal no Instituto de Toxicologia.

A FIOCRUZ (2017) informa que, de volta ao Rio de Janeiro, assumiu a direção técnica do Instituto Soroterápico Federal. O jovem médico teve que começar uma campanha sanitária de combate às principais doenças que assolavam a então capital federal: febre amarela, peste bubônica e varíola. Para tanto, adotou medidas como o isolamento dos doentes, a notificação compulsória dos casos positivos, a captura dos vetores – mosquitos e ratos –, e a desinfecção das moradias em áreas de focos.

Com base em registros da FIOCRUZ (2017), ele também deflagrou campanhas de saneamento e, em poucos meses, a incidência de peste bubônica diminuiu com o extermínio dos ratos, cujas pulgas transmitiam a doença. Em 1904, vivenciou a Revolta da Vacina. Em 1905 e 1906, o jovem médico foi responsável, também, pela elaboração de um código sanitário para os Portos Marítimos e Fluviais do Brasil. Outros tantos feitos fizeram deste profissional um homem memorável para sua profissão e para saúde brasileira. Faleceu em 1917 com 44 anos. O entrevistado número 9 foi um jovem médico. Por isso, ele será chamado, ficticiamente, de Oswaldo Cruz.

Com base na entrevista concedida ao Conselho Regional de Fisioterapia da 5ª Região (2009), a Dr^a **Sônia Gusman** relata que nasceu em 1943, em Taquaritinga, interior de São Paulo. Sua família foi morar na capital quando Sônia tinha 11 anos. No colegial, começou a interessar-se pela área da saúde, viu um anúncio no jornal falando dos cursos oferecidos pelo Centro de Reabilitação. Aos 19 anos fez o vestibular da USP e, em 1965, começou o curso de Fisioterapia no Centro de Reabilitação. Ainda não havia o reconhecimento do diploma pela USP. Formou-se em 1967, e sua turma foi a primeira a ter o diploma da universidade reconhecido como Fisioterapeuta, depois de muita luta. A turma da qual ela fazia parte organizou uma comissão para falar com o Reitor e pedir o reconhecimento do curso por meio do diploma. Tal comissão saiu vitoriosa.

Nesta mesma entrevista, a Dra. Sônia Gusman relatou que juntou dinheiro para ir para Inglaterra e estudar no Centro Bobath. De volta ao Brasil, mesmo com pouco reconhecimento ao trabalho desenvolvido pela Fisioterapia seguiu firme na luta e fundou em 1971, junto a outros profissionais, a Associação Paulista de Fisioterapia, da qual foi presidente. Em 1972, ela voltou a Inglaterra e fez o curso de Licenciatura com a própria Mrs. Berta Bobath. A Dra. Sônia participou de tantas outras conquistas como, por exemplo, a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em 1975. E a luta continuou pela afirmação da profissão. De acordo com o COFFITO (2012), Dra. Sonia Gusman foi uma das fundadoras da Associação Brasileira de Fisioterapia em Neurologia para o Desenvolvimento (ABRADIMENE). Foi coordenadora e instrutora do Conceito Bobath no Brasil e representante brasileira na *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT). Faleceu em maio de 2012. A entrevistada número 10 é uma fisioterapeuta formada em uma das primeiras turmas do Mestrado em Gerontologia em Pernambuco e doutora em Neurologia. Diante disso, associei-a ficticiamente a Sônia Gusman.

4.2 Perfil dos Profissionais de Saúde Entrevistados na Pesquisa de Campo

Do conjunto dos profissionais, oito eram do sexo feminino e todas se reconheceram como mulher cisgênero. A idade das mulheres ficou entre os 33 anos e os 62 anos. Quatro eram casadas civilmente, duas disseram viver em união estável, uma era solteira e uma era divorciada. Cinco dessas profissionais se autodeclararam pardas e três brancas. Sobre a religião, informaram cinco mulheres serem católicas, duas cristãs protestantes e uma delas sem religião, porém esta acompanhava seu companheiro em seus atos de caridade incentivados pela maçonaria. Em relação às profissões, duas eram psicólogas, duas assistentes

sociais, três enfermeiras e uma fisioterapeuta. Nomeamos-as respectivamente e ficticiamente de Silvia Lane, Annita de Castilho, Maria Josephina Rabello, Nadir Gouvêa Kfourir, Olga Verderese, Maria Barbosa Fernandes, Maria Rosa, Sônia Gusman. O tempo de trabalho profissional variou de 4 até 35 anos. E todas tinham alguma especialização na área da saúde, variando entre o curso de especialização em saúde coletiva ou saúde da família; Mestrado e Doutorado. **Todas trabalhavam em uma unidade de saúde pública, desde uma Policlínica Municipal até um Hospital Estadual.**

Durante as entrevistas, pudemos perceber que aquelas mulheres que estavam envolvidas em sua trajetória pessoal no cuidado de algum parente, eram mais sensíveis às questões de sobrecarga do cuidador familiar e fizeram uma crítica aos serviços públicos e privados de atendimento às pessoas idosas. Por exemplo, a entrevistada Maria Barbosa Fernandes (nome fictício), 62 anos, enfermeira, teve dificuldade de responder às perguntas, mesmo sendo uma profissional que lidava com pessoas idosas portadoras de hanseníase, pois ela trabalhava na coordenação da Programa de Combate à Hanseníase do Estado de PE. Em quase todas as perguntas, ela se colocava como uma das cuidadoras de sua mãe, já idosa, de seu marido também idoso e os diversos conflitos que enfrentava com seu irmão em relação à partilha do cuidado com sua genitora e a administração do dinheiro. Ao final da entrevista com Maria Barbosa Fernandes (nome fictício), acolhemos suas inquietações e orientamos sobre os órgãos públicos disponíveis para auxiliar a dirimir o conflito familiar apresentado. Deste modo, concebemos as pessoas participantes da pesquisa como sujeitos desta pesquisa e respeitamos os preceitos éticos.

A entrevistada Silvia Lane (nome fictício), 37 anos, psicóloga, também respondeu à maioria das perguntas da entrevista com dois pontos de vista, o de única cuidadora familiar de sua mãe idosa e a partir de sua experiência profissional. Maria Josephina Rabello (nome fictício), 59 anos, assistente social, mostrou-se preocupada com a sobrecarga dos cuidadores que ela atendia, pois ela era uma das cuidadoras de seus pais idosos e conseguia compartilhar isso com seus outros irmãos, além de contratar serviços de cuidadores e de instituições para auxiliar neste cuidado. Maria Josephina Rabello (nome fictício) procurava colocar-se no lugar daquelas pessoas que cuidavam de seus familiares idosos e não tinham suporte de outros parentes, bem como dos serviços públicos ou privados, encaminhando geralmente as famílias que ela atendia para a Promotoria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos da Pessoa Idosa de Recife para que pudessem entrar em acordo na partilha do cuidado ou para que o órgão da Justiça provocasse os serviços públicos que não estavam prestando a assistência adequada ao segmento idoso. As outras profissionais que não informaram estar envolvidas na sua vida

privada com o cuidado a algum parente idoso, foram mais objetivas e curtas em suas respostas, restringindo-se apenas ao âmbito profissional.

Apenas dois entrevistados eram do sexo masculino, a quem chamaremos de Oswaldo Cruz (nome fictício), o médico, e Luís Carlos Mancini (nome fictício), o Assistente Social. Um com idade de 36 anos, pardo, cisgênero, casado, católico, médico, com especialização em Saúde da Família e medicina intensiva, 11 anos de profissão. Atuava em um serviço de pronto atendimento da cidade do Recife e havia rompido o contrato há pouco tempo com a Unidade de Saúde da Família. O outro participante tinha 38 anos, autodeclarou-se branco, não-binário, solteiro, Espírita, Assistente Social, com especialização em saúde pública, saúde mental e dependência química, com 10 anos de profissão, atuando naquele momento em uma emergência de um hospital estadual e em uma Organização Não Governamental da Assistência Social.

As entrevistas foram realizadas em local de preferência das pessoas participantes e em horário de melhor conveniência. Após a apresentação da pesquisa, pedimos para que o termo de Consentimento Livre Esclarecido fosse assinado. O convite para participar da pesquisa foi feito a profissionais de saúde conhecidos pela pesquisadora. Todos os convidados aceitaram os termos da pesquisa. O período de realização foi de fevereiro a abril de 2024.

Observe a seguir o quadro síntese do perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados.

Quadro 3 - Perfil Sociodemográfico dos Profissionais de Saúde deste trabalho

Nomes Fictícios	Silvia Lane	Olga Verderese	Maria Barbosa Fernandes	Maria Josephina Rabello	Maria Rosa	Annita de Castilho	Luís Carlos Mancini	Nadir Gouvêa Kfourri	Oswaldo Cruz	Sônia Gusman
Idade	37	32	62	59	26	54	38	30	36	33
Cor	Parda	Parda	Parda	Branca	Parda	Parda	Branco	Branca	Pardo	Branca
Gênero	Mulher Cisgênero	Mulher Cisgênero	Mulher Cisgênero	Mulher Cisgênero	Mulher Cisgênero	Mulher Cisgênero	Homem Não-Binário	Mulher Cisgênero	Homem Cisgênero	Mulher Cisgênero
Estado Civil	Solteira	Casada	União Estável	Casada	União Estável	Divorciada	Solteiro	Casada	Casado	Casada
Religião	Cristã Protestante	Católica	Sem religião/ Maçonaria	Católica	Cristã Protestante	Católica	Espírita	Católica	Católica	Católica
Profissão	Psicóloga	Enfermeira	Enfermeira	Assistente Social	Enfermeira	Psicóloga	Assistente Social	Assistente Social	Médico	Fisioterapeuta
Escolaridade	Resid. Mult. Em Saúde Mental	Doutorado	Espec. em Saúde da Família	Espec. em Saúde Coletiva	Espec. em Saúde da Família. Cursando Medicina	Mestrado Psicologia Clínica	Espec. Saúde Pública; Saúde Mental; Dependência Química.	Resid. Mult. Cuidados Paliativos	Resid. Saúde da Família e Espec. Med. Intensiva	Mestrado em Gerontologia e Doutorado em Neurociências
Tempo de atuação com pessoas idosas	05 anos	10 anos	35 anos	17 anos	04 anos	10 anos	10 anos	09 anos	11 anos	11 anos

Local de Trabalho	Enfermarias de um Hospital Geral e CAPS Jaboatão	Ambulatório de Policlínica Municipal (Progr.. de TB) e Profª de Enf. no EASD	Hospital Estadual (Assis.t) e SES-PE (Coord. Hanse.)	Serviço de Pronto atendimento municipal de Recife	Serviço de Pronto atendimento municipal de Recife	UTI Coronária do Hospital Estadual. Ambulatório Particular. Professora em Facul. Particular	Emergência do Hospital Estadual e ONG para atendt. de pessoas idosas	Emergência do Hospital Estadual e UPA	Serviço de Pronto atendimento municipal de Recife e USF	Ambulatório de Policlínica Municipal; Enfermarias de um Hospital Geral
OBS:	Cuidadora principal de sua genitora		É uma das cuidadoras de sua genitora	É uma das cuidadoras de sua genitora						

Fonte: Elaboração própria da autora (2024).

4.3 Categorias de análise

A seguir, iremos exibir e discutir os resultados. Estes estão descritos por eixo temático/categoria de análise, de modo a responder ao objetivo geral proposto nesta pesquisa. Especificamente, apresentaremos os eixos temáticos e as respectivas respostas. Em relação aos respondentes da pesquisa, como explicado anteriormente, foram utilizados nomes fictícios de um representante de destaque na profissão, a ocupação profissional e há quantos anos eles trabalham com pessoas idosas, para identificá-los.

4.3.1 Compreensão acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar

Neste item, a maioria respondeu que não conhecia o conceito “Síndrome da Insuficiência Familiar” (oito participantes). Acreditamos que a maioria dos entrevistados não conhecia o conceito porque essa síndrome foi evidenciada pela primeira vez no Brasil em 2009, por Moraes *et al.* (2009), de modo que os profissionais que não são especialistas em geriatria ou gerontologia não tiveram aproximação com a temática no decorrer deste período de tempo, entre 2009 e 2024. Moraes *et al.* (2009) informam que a abordagem desta síndrome é complexa. No referido estudo, observamos que, além da abordagem, o conceito também não é de fácil compreensão, uma vez que traz consigo termos da área biomédica sem, contudo, aludir às funções orgânicas do ser humano. Entretanto, refere-se às relações sociais objetivas e subjetivas. Outro motivo que inferimos para o desconhecimento do conceito pode ser a ausência de busca por atualização profissional na área do envelhecimento, muito embora a Universidade aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) oferece de modo exaustivo cursos gratuitos, *on-line* e com certificação sobre envelhecimento e velhice, isto se coaduna com as diretrizes da Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Entre os itens elencados como diretrizes estão a produção de material e o provimento de ações de qualificação profissional na atenção à saúde da pessoa idosa. Observamos pouco engajamento entre os profissionais pesquisados em relação à busca por aprimoramento em atendimento à pessoa idosa.

Diante do crescimento da população idosa e de suas muitas demandas para área de saúde, é preocupante a ausência de preparo acadêmico para lidar com os aspectos sociais objetivos e subjetivos do público em tela. Corroborando com esta interpretação, Moraes *et al.* (2009, p. 55) dizem que o desconhecimento das particularidades do processo de

envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar o estado de saúde da pessoa idosa - a iatrogenia, que representa todo o malefício causado pelos profissionais da área de saúde.

Observe nos excertos das falas dos profissionais pesquisados o desconhecimento do conceito da Síndrome da Insuficiência Familiar.

Quadro 4 - Respostas sobre o desconhecimento acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar

Silvia Lane (Psicóloga, cinco anos)	“Esse termo eu nunca ouvi não .”
Maria Barbosa Fernandes (Enfermeira, 35 anos)	“ Não , nunca ouvi falar.”
Oswaldo Cruz (Médico, 11 anos)	“ Não ”
Luís Carlos Mancini (Assistente social, dez anos)	“Esse termo síndrome não . A gente sabe que existe insuficiência de cuidado, mas essa nomenclatura não ouvi. “

Fonte: Elaboração da autora (2024).

Por outro lado, duas profissionais afirmaram que compreendiam o conceito. Vale destacar que estas entrevistadas tinham aproximação com a temática, uma por ser mestre em Gerontologia e a outra por ter Residência em Cuidados Paliativos:

Quadro 5 - Respostas sobre o conhecimento acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar

Nadir Gouvêa Kfour (Assistente social, nove anos)	“ Já. Sei que é um dos grandes Is da geriatria, sei disso porque quando estava na residência de cuidados paliativos eu tinha uma amiga que estudou sobre isso. A insuficiência familiar seria para ser tratada pelo Serviço Social. [...] precisamos entender que muitas vezes a família não pode ser responsabilizada por isso... tem muita coisa por trás. É importante que esse termo esteja lá, mas é necessário entender o porquê que essa insuficiência acontece, precisa melhorar esse termo. Precisamos entender para buscar maneiras de que essa família volte a ficar perto, não de modo culpabilizador. A gente precisa entender a relação social por inteiro. Entender a família por inteiro, a totalidade de baixo para cima. É importante fazer um estudo social em casos muito complexos. Precisamos treinar melhor os profissionais porque o número de idosos está aumentando e a rede precisa melhorar muito. ”
Sônia Gusman (Fisioterapeuta, 11 anos)	“ Sim. Um dos pontos que se fala é a redução do número de pessoas vivendo numa mesma família, então os núcleos familiares estão reduzidos , então os idosos têm menos pessoas com quem contar, então esse idoso fica mais restrito dentro dos papéis da sociedade uma vez que ele é menos assistido. Aí vem o suporte reduzido que gera a insuficiência familiar. ”

Fonte: Elaboração da autora (2024).

Conhecer o conceito passou por ter especialização na área da gerontologia ou áreas afins. As profissionais conheciam o conceito, e sabiam listar características do conceito. A

entrevistada Sônia Gusman (nome fictício) cita que a SIF é caracterizada pela redução do número de membros das famílias, característica referida por Moraes (2010), que destaca dentre outros aspectos do seu conceito, que o número de filhos está cada vez menor e as demandas familiares são crescentes, restringindo a disponibilidade tanto dos pais de cuidar de seus filhos para fazer o mesmo na vida adulta para com seus pais idosos. Apesar de existirem outras características que constituem esse conceito como, por exemplo, a taxa da fecundidade, a participação da mulher no mercado de trabalho, o individualismo e os conflitos intergeracionais, conforme Moraes (2010).

A despeito de não acreditarmos que tais particularidades sejam geradoras de uma família insuficiente no provimento de cuidados aos seus membros; por outro lado, mudanças ocorreram na formação das famílias isso é inegável, contudo, há mais para se analisar no que se refere aos cuidados e proteção dos membros idosos de uma família.

Nesse sentido, Pasqualini e Martins (2015) afirmam que a análise da realidade a partir do materialismo histórico-dialético fornece as bases para a ultrapassagem aparente da realidade (a queda da taxa de fecundidade, redução do número de membros, entrada da mulher no mercado de trabalho) em busca do que realmente está na concretude do que se chama de SIF, observando a processualidade e totalidade da realidade, como o enxugamento das políticas de proteção social, o desemprego, a desvalorização dos salários, entre outros motivos.

Sétlik *et al.* (2022) ressaltam que a SIF é a perda da capacidade da família em promover os cuidados, oferecer apoio, seja pela ausência dos familiares ou por falta de condições. Estes estudiosos acrescentam ao conceito a “falta de condições”. Quais seriam essas condições? Financeiras, condições de aparato das políticas públicas? A partir desses questionamentos, começamos a nos aproximar das particularidades do conceito em questão: Síndrome da Insuficiência Familiar.

A entrevistada Nadir Gouvêa Kfoury (nome fictício) em um movimento de mediação da realidade faz uma reflexão acerca do conceito de SIF: “*Precisamos entender que muitas vezes a família não pode ser responsabilizada por isso... tem muita coisa por trás. É importante que esse termo esteja lá, mas é necessário entender o porquê que essa insuficiência acontece*”. Na continuidade de sua fala, a entrevistada salientou que é necessário compreender as relações sociais e a totalidade.

4.3.2 Impacto que a nomenclatura causou no participante

A pergunta mencionada era a que mais causava apreensão, porque as pessoas entrevistadas eram todas da área da saúde e estavam familiarizadas com os termos **síndrome** e **insuficiência**, porém não relacionados à família. Outro motivo que despertou a curiosidade pelas respostas foi o fato de a maioria dos profissionais entrevistados não conhecerem a definição existente da SIF. Então, nesse ponto da entrevista a experiência e a racionalidade que permeavam a prática e o conhecimento de cada um tiveram destaque.

Apesar disso, apenas dois profissionais mostraram estranheza ante a nomenclatura. De acordo com o Dicionário *on-line* Priberam (2025), síndrome pode ser definida como um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma doença. Por sua vez, a palavra insuficiência na área da saúde corresponde a incapacidade, total ou parcial, do “órgão” de exercer satisfatoriamente suas funções, por exemplo, insuficiência renal, conforme o Dicionário *on-line* de Português (2025). Sendo assim, síndrome da insuficiência seria um conjunto de sinais e sintomas de um determinado órgão. Nessa situação, a “família” que se mostra “incapaz” de exercer sua “função” e isso resulta em uma doença. Logo, os profissionais Sílvia Lane e Luís Carlos Mancini (nomes fictícios) mostraram-se confusos, pois não relacionam a doença aos grupos familiares.

Sem dúvida, a compreensão de que algumas famílias podem ser caracterizadas como um grupo sindrômico e incapaz é perpassada pelo pensamento positivista. Andrade e Gianna (2024) proferem que o pensamento positivista tem grande influência no modo de pensar capitalista, pois equipara a sociedade à natureza, na qual operam as leis naturais e imutáveis. Andrade e Gianna (2024) esclarecem ainda que, nesse modo de pensar, a sociedade é compreendida como um organismo dentro do qual cada grupo precisa cumprir naturalmente uma função, e um grupo não pode ocupar o lugar de outro. Isso gera engessamento de comportamentos e individualização de condutas, além de segmentar as responsabilidades coletivas, e assim o que seria uma responsabilidade compartilhada do Estado, da família e da sociedade é tratado como um “problema/ doença” individual. O modo como os profissionais Sílvia Lane e Luís Carlos Mancini (nomes fictícios) foram impactados pela nomenclatura em questão rompeu ou pelo menos questionou essa culpabilização da família.

Podemos compreender que essa crítica se aproxima da racionalidade dialética, que busca pensar sobre as contradições que estão encobertas na realidade. Para Andrade e Gianna (2024, p. 10), a racionalidade crítico-dialética “permite analisar a realidade e reconhecer, com profundidade, as contradições que se ocultam ou se fetichizam nela para, só então, propor

uma intervenção que tenha alcance e efetividade”. Abaixo é possível observar parte das falas dos profissionais que tiveram certa estranheza ao termo.

Quadro 6 - Impacto que a nomenclatura SIF causou nos profissionais

Silvia Lane (Psicóloga, 05 anos de profissão)	[...] Na Psiquiatria, quando se fala em síndrome diz respeito a um conjunto de sintomas, mas eu acho que nesse caso não é sintoma físico, deve ser uma questão mais psicossocial.
Luís Carlos Mancini (Assistente Social, 10 anos de profissão)	É um termo relacionado à doença, muito estranho.

Fonte: Elaboração Própria (2024).

De outra forma, cinco profissionais foram impactados de modo diferente, em consonância com o pensamento de Setoguchi *et al.* (2022), que compreende a SIF como “perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso por ausência da família ou por falta de condições” (p. 2). Observemos os excertos abaixo:

Quadro 7 - Impacto negativo que a nomenclatura SIF causou nos profissionais

Maria Josephina Rabello (Assistente Social, 17 anos de profissão)	Eu acho que é um déficit, falhas, algumas negligências dos familiares com relação aos idosos.
Annita de Castilho (Psicóloga, 10 anos de profissão)	[...] o primeiro impacto que essa nomenclatura causa em mim é que a família se sente incapaz de lidar com o que essa fase demanda , que aí envolve alguma desorganização, questão de memória, questões cognitivas, própria independência física... as questões próprias do envelhecimento que surgem durante esse período.
Oswaldo Cruz (Médico, 11 anos de profissão)	Eu penso que idoso foi abandonado pela família , é o que me vem à cabeça. Várias formas de abandono, não necessariamente deixando ele sozinho num lugar, mas não ouvindo e não prestando atenção nele... alguns sinais que ele apresenta, ali largado. Deve ser nesse sentido.

Fonte: Elaboração Própria, 2024.

A entrevistada Annita de Castilho (nome fictício) ressalta alguns pontos importantes como as alterações que acontecem no corpo humano que são ligadas ao envelhecimento fisiológico, como a memória e a independência. Papalia e Martorell (2022) mencionam que, biologicamente, o envelhecimento natural ou primário é baseado nas mudanças biológicas que ocorrem ao longo da vida. O envelhecimento secundário não natural é resultante do contexto socioeconômico e ambiental. A reflexão feita por esta entrevista em relação à necessidade de

cuidado para com o segmento idoso é pertinente. Para Passos (2016), o objetivo do trabalho de cuidar é contribuir com a “[...] satisfação das necessidades primárias dos indivíduos que se encontram incapacitados para realizá-los em determinados períodos e/ou por toda vida” (p. 282). Sim, é uma fase da vida na qual as pessoas que envelhecem com algum comprometimento de saúde, geralmente aquelas que não tiveram acesso satisfatório aos direitos sociais, irão necessitar de auxílio/cuidado.

Outro ponto da fala de Annita Castilho (nome fictício) que chama a atenção é que ela expressa sensação familiar: “A família se sente incapaz de lidar com o que essa fase demanda [...]”. Por que a família se sente incapaz? Será que a família se sente insuficiente? Seria porque não tem o aparato suficiente para prestar esse cuidado, como instituições e profissionais capacitados. Muller, Fernandes e Moser (2018, p. 8) esclarecem que, para exercitar o trabalho do cuidado, são necessários determinados conhecimentos além do suporte de alguns serviços públicos.

O cuidado assim, a depender da faixa etária que o necessita, implica em conhecimentos distintos e não deve ser tarefa essencialmente familiar. É um processo que pressupõe além das condições já citadas, que os indivíduos que o exercem tenham a seu dispor condições econômicas, financeiras, sociais, de tempo e serviços de apoio.

Percebemos que, apesar de o grupo familiar ser colocado como central, o impacto que a nomenclatura causou na Psicóloga Annita Castilho (nome fictício) foi inverso quando ela levantou a sensação deste grupo familiar por sentir incapacidade, fosse por pouca ou ausência de conhecimento sobre como cuidar, fosse por falta de suporte de serviços públicos para aqueles que não podem pagar, ou privado para aqueles que pudessem pagar.

Para o médico Oswaldo Cruz (nome fictício), o impacto causado foi negativo, pois ele associou a nomenclatura ao abandono. O artigo 98 do Estatuto da Pessoa Idosa diz que é crime com pena de 6 meses de detenção a 1 (um) ano e multa: “Abandonar a pessoa idosa em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado”. Desse ponto de vista, a SIF poderia ser caracterizada como um crime, já que o médico a relacionou com o abandono. A culpabilização familiar foi ao extremo: a criminalização dos grupos familiares que, geralmente, são alijados das condições básicas de sobrevivência e, por isso, não conseguem proporcionar a proteção social que a pessoa idosa necessita.

Antes de prosseguirmos, é importante deixar claro que não estamos defendendo a tese de que necessariamente os grupos familiares empobrecidos não cometem atos criminosos

contra pessoas idosas, nem que os grupos familiares ricos também não cometem esses e outros tipos de crime e não concordamos com essa associação. Estamos partindo da associação feita entre a SIF e o abandono. Destacamos que todos os profissionais entrevistados trabalham em instituições públicas. Logo, o público que atendem diretamente é composto principalmente por pessoas das classes sociais com baixo poder aquisitivo, pessoas empobrecidas.

Isso está relacionado com o que Pereira (2010) chama de “cidadania invertida”, quando os sujeitos ou grupos familiares são decretados como sem condições de cuidar de si e de seus membros e o Estado é acionado, via justiça, para que entre em cena na provisão dos mínimos sociais. Tanto na criminalização dos grupos familiares empobrecidos, seja pela denúncia dos profissionais de saúde da família aos órgãos da justiça, seja pela autodecretação de fracasso de sujeitos e grupos familiares, o Estado não é colocado como causador, por negligência ou omissão, de crimes, e a penalização recai somente nos grupos familiares.

De outro modo, uma entrevistada verbalizou sobre o impacto negativo da terminologia, de outro ângulo. Observemos o trecho de sua fala:

Quadro 8 - Impacto negativo que a nomenclatura SIF causou nos profissionais – Fala de Nadir Gouvêa Kfourì (nome fictício)

Nadir Gouvêa Kfourì (Assistente Social, 09 anos de profissão)	Esse termo remete a uma culpabilização da família em prestar assistência a pessoa idosa. A insuficiência familiar não é só culpa da família, mas têm uma série de situações que estão envolvidas. [...]. Não podemos reduzir tudo à família.
--	---

Fonte: Elaboração própria (2024).

A entrevistada Nadir Gouvêa Kfourì (nome fictício), de modo mais crítico e procurando a essência da realidade, buscou ultrapassar o impacto da terminologia em questão e refletir sobre o que está por trás. Nesse movimento de descortinar, ela fala de uma série de situações envolvidas. Para Teixeira (2008), a família se constitui como uma forma de proteção primária para os indivíduos, bem como baseia-se no princípio da solidariedade local e da proteção face a face. Entretanto, não substitui a proteção social formatada pelo estado, que é caracterizada por ser generalizada e universal. O acesso precarizado ou a ausência de acesso às políticas sociais dão lastro para que a condição de saúde das pessoas (idosas) piore: inefetividade do Estado burguês para com as demandas da classe trabalhadora.

4.3.3 O papel da família no cuidado às pessoas idosas

De maneira unânime, todas as pessoas entrevistadas consideraram que o papel da família é essencial na prestação de cuidados, no suporte emocional e busca pela efetivação dos direitos sociais das pessoas idosas. Observemos os trechos abaixo:

Quadro 9 - O papel da família no cuidado às pessoas idosas

Olga Verderese (Enfermeira, 10 anos de profissão)	Eu trabalho com pacientes com tuberculose e aí quando a gente observa que família participa ativamente do processo de cuidado, do apoio, do estímulo a adesão à medicação, do suporte a esse idoso a gente consegue resultados mais exitosos na obtenção da cura da doença, pois esse idoso tem o suporte da família, então ele vai ter um cuidado...
Luís Carlos Mancini (Assistente Social, 10 anos de profissão)	Eu considero de suma relevância o papel da família no cuidado com a pessoa idosa , só que o que eu percebo na minha prática profissional é o afastamento da família no que pese a pessoa idosa. E ao mesmo tempo que eu penso nessa pessoa idosa eu penso na família porque muitas vezes a família que cuida daquele idoso já famílias que estão em vulnerabilidade, eu penso na perspectiva de onde está o Estado para esse idoso e para essa família que muitas vezes não tem condições elementares de prestar o cuidado. Quando você vai olhar de forma ampliada para a problemática aí você tem essas apreensões que a família tem que cuidar desse idoso, mas a família também tem que ser cuidada.
Nadir Gouvêa Kfour (Assistente Social, 09 anos de profissão)	Eu acredito que a família está presente no cuidado não só no suporte de ajudar, mas também muito na parte emocional. O papel da família é muito importante nesse processo de cuidado porque é quem desempenha isso em casa , é quem tem que ter noção do que está acontecendo com aquele familiar idoso, é quem vai brigar por ele para que ele consiga acessar um direito, vai ser essa pessoa. [...]. A gente encontra familiares extremamente sobrecarregados, às vezes é apenas uma pessoa que cuida do idoso, só é um familiar e não tem mais ninguém para ajudar. Às vezes esse idoso nem família tem.
Oswaldo Cruz (Médico, 11 anos de profissão)	Depende do perfil do idoso. Mas, de forma geral o idoso precisa de sua família e ela é muito importante para as orientações que a gente passa... medicações, às vezes cuidado com a alimentação... sem o familiar isso é muito difícil de ser feito.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Tal como salientado pelo Dicionário Houaiss (2024), Família é um núcleo social de pessoas unidas por laços afetivos que, geralmente, compartilham o mesmo espaço e mantêm entre si uma relação solidária e estável. Observamos em todas as entrevistas que essa percepção sobre a existência de uma relação de solidariedade na família é forte e comum. Nas

palavras de Teixeira (2008), as famílias se constituem como uma forma de proteção social primária para os indivíduos, como também um espaço de reprodução das desigualdades.

Apesar de existirem algumas classificações diferentes para nomear e caracterizar os diversos arranjos familiares, pareceu ser um ponto pacífico na fala de todas as pessoas entrevistadas que a pessoa idosa compõe o grupo familiar. Bertelli e Moser (2020) proferem que a família **extensa** é composta por parentes de modo geral e a **abrangente** constituída por parentes e não parentes que convivem. As pessoas entrevistadas consideraram principalmente a família extensa. O Censo de 2022 revela que o percentual de pessoas com 60 anos ou mais **sendo responsável** pela unidade doméstica¹⁴ estendida¹⁵ que foi de 21,7%, isso pode estar relacionado ao fato de as pessoas idosas estarem convivendo com filhos e/ou netos (IBGE, 2024).

Observamos no trecho da fala de Nadir Gouvêa Kfourri (nome fictício) que: “Muitas pessoas idosas não têm família”. Conforme o Censo 2022, os domicílios que têm apenas uma pessoa são chamados de unipessoais e os dados apresentados pelo IBGE (2024) mostraram que 28,7% dos domicílios unipessoais pertencem a pessoas idosas. Isso pode decorrer de inúmeros fatores como saída dos filhos de casa, viuvez ou divórcio.

Almeida *et al.* (2020, p. 8) salientam que, “embora os domicílios unipessoais possam representar uma conquista quanto à autonomia e independência, com o avançar da idade as pessoas idosas que residem sozinhas se tornam mais vulneráveis nas questões ligadas à saúde e ao adoecimento”. No entanto, residir com alguém nem sempre se traduz em efetivamente ser receptor de cuidados.

Arruda, Silva e Silva (2017) ressaltam que existem complexidades e contradições que influenciam nos grupos familiares que levam as pessoas idosas a morar ou viver sozinhas, seja pelos motivos já elencados anteriormente (saída dos filhos de casa, viuvez ou divórcio), seja por escolha ou pela “precariedade ou inexistência de laços familiares”. O fato é que este quantitativo de pessoas idosas morando sozinhas é crescente e isso demanda das políticas sociais estratégias de organização do cuidado para que todos possam ter qualidade de vida, inclusive, na fase da velhice.

¹⁴ Unidade doméstica é a denominação que se dá ao conjunto de pessoas que vivem em um domicílio particular, cuja constituição se baseia em arranjos feitos pela pessoa, individualmente ou em grupos, para garantir para ela mesma alimentação e outros bens essenciais para sua existência. Sua formação se dá a partir da relação de parentesco ou convivência com o responsável pela unidade doméstica, assim indicado e reconhecido pelos demais membros da referida unidade como tal. (IBGE, 2024, p. 29).

¹⁵ Formada pela pessoa responsável pelo domicílio e pelo menos um parente, mas diferente da nuclear (IBGE, 2024).

Outro ponto das falas dos entrevistados que chama a atenção é o seguinte trecho: “*Eu penso na perspectiva de onde está o Estado para esse idoso e para essa família que muitas vezes não tem condições elementares de prestar o cuidado*”. (Luís Carlos Mancini, Assistente Social – nome fictício). Este apontamento sobre as condições de vida das famílias que têm um membro idoso e vivem em condições precárias não é uma exceção da realidade brasileira. Behring (2009) esclarece que um dos atos da política neoliberal é contenção de gastos com a área social e o desmonte dos direitos sociais, pois assim fazendo o Estado poderá sair da suposta crise causada pela ampliação do Estado de Bem-Estar Social.

Ademais, Teixeira e Silva (2020, p. 2) vão dizer com outras palavras: “O neoliberalismo caracteriza-se como uma política econômica de redução de gastos sociais e do tamanho do Estado, aliada com a maximização do mercado e do seu papel na sociedade”. Este modo de conduzir os jogos de interesses para ampliação do capital faz com que grande parte da população empobrecida não tenha condições ou recursos próprios para organizar o cuidado para com as pessoas idosas. Soma-se a isto a redução das políticas sociais que inviabiliza a criação de uma rede de cuidados direcionada à população idosa. É necessário recorrer às redes de amizades ou vizinhança para que consigam cuidar. Com isso, o cuidado pode ser percebido como “ajuda”.

Nas palavras de Guimarães (2024, p. 6): “Ela (a ajuda) se refere àquelas formas que se proliferam em contextos sociais em que a pobreza extrema veda aos indivíduos o acesso aos serviços mercantilizados e em que igualmente claudicam as iniciativas das políticas públicas.” Assim, é quase impraticável a velhice da classe trabalhadora com dignidade.

Na categoria a seguir, discorreremos sobre as principais dificuldades da família observadas por profissionais de saúde em prestar cuidados direcionados à pessoa idosa.

4.3.4 Principais dificuldades da família em prestar cuidados direcionados à pessoa idosa

Nesta categoria, vamos discutir as principais dificuldades percebidas pelas pessoas entrevistadas em relação à prestação de cuidados às pessoas idosas por seus familiares. As dificuldades relatadas pelos entrevistados foram as mais diversas: a atribuição o trabalho de cuidados ao gênero feminino, a sobrecarga do cuidador, a falta de estrutura adequada nos serviços de saúde para comportar os cuidadores, as questões financeiras, a fase da vida dos cuidadores (familiares), a dificuldade de compreender a pessoa idosa.

Em relação à atribuição da prestação de cuidados ao gênero feminino, podemos observar nos excertos abaixo as falas de Silvia Lane e Maria Josephina Rabello (nomes fictícios), bem como a percepção que as entrevistadas têm sobre isso no seu cotidiano de trabalho. Sobre o trabalho de cuidado, Passos (2016) esclarece que está localizado na esfera da reprodução social porque é resultado do desenvolvimento do ser social e de sua sociabilidade. Passos (2016, p. 282) ressalta que o objetivo do trabalho reprodutivo é “contribuir na satisfação das necessidades primárias dos indivíduos que se encontram incapacitados para realizá-las em determinados períodos e/ou por toda a vida”.

Por muito tempo, o trabalho do cuidado foi desenvolvido no âmbito doméstico pelas mulheres de modo não remunerado. Por isso, esse ofício foi naturalizado e desvalorizado.

Observemos que a mulher, durante muito tempo, ficou relegada ao âmbito privado cuidando das pessoas e das atividades domésticas, o que teve grande influência na divisão sexual do trabalho. Muller e Mouser (2020) vão explicar que quando o trabalho de cuidar é associado com a solidariedade e o altruísmo, ele se esvazia de sua natureza econômica. Quando ligado ao ser feminino, que o faz por dom, reforça a sobrecarga da mulher. Vale frisar que, além de cuidar das atividades domésticas (passar, lavar, cozinhar, organizar, gerenciar, entre outras), elas também cuidam de alguém. Mesmo sabendo que existe um grande enfrentamento dessa situação pelo movimento feminista, uma parcela significativa dos postos de trabalho disponíveis para as mulheres está na área do cuidado e com salários injustos.

Ainda com base em Muller e Mouser (2020, p. 119), as formas e os meios de cuidar estão intimamente ligados à classe social. É fato que pessoas idosas mais empobrecidas demandam cuidados por parte dos familiares ou dos vizinhos “devido à insuficiência de políticas, programas e serviços públicos”. Observemos os trechos de falas das entrevistadas que levantaram a questão da sobrecarga feminina, no Quadro 10:

Quadro 10 - Principais dificuldades da família em prestar cuidados a pessoa idosa – Sobrecarga Feminina

Silvia Lane (Psicóloga, 05 anos de profissão)	[...] Outra coisa que acontece muito é quando a pessoa idosa é uma mulher e o filho é um homem, porque assim, normalmente o idoso tem alguma limitação de mobilidade e precisa de ajuda para ser manipulado, limpado... para os homens é muito difícil, eles se sentem constrangidos... além de ter que o filho cuidar da mãe, agora ele tem que limpar, levar no banheiro, trocar fralda... ele já acha que isso não é função de homem. Eles dizem assim: eu sou homem e quem tem que cuidar disso é minha irmã que é mulher.
Maria Josephina Rabello (Enfermeira, 10 anos de profissão)	Primeiro a própria logística das instalações da emergência para o acompanhante/ familiar, pois não tem uma cadeira confortável para eles ficarem, não tem alimentação, não tem passagem para ir em casa. Às vezes, eles não têm como revezar.

	E questões da vida pessoal: filhos, outro pai idoso em casa. E principalmente quando se trata da cuidadora, quando é uma mulher, porque fica sobre ela todas as responsabilidades inclusive da casa. [...]
Olga Verderese (Enfermeira, 10 anos de profissão)	Sobrecarga do cuidador que já tem as atividades dele, já tem filhos, já têm outras atribuições e aí vem esse papel de cuidar do idoso , de comparecer às consultas com esse idoso, fica um pouco cansativo.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

A Assistente Social Maria Josephina Rabello (nome fictício) ainda fez uma denúncia sobre alguns serviços de saúde que não cumprem o Estatuto da Pessoa Idosa, o qual diz no artigo 16 que para a pessoa idosa internada ou em observação deve ser assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. É realmente inconcebível que ao acompanhante de uma pessoa idosa internada não sejam ofertadas as condições para sua permanência. Nessa situação, o descumprimento da lei foi levado ao conhecimento da direção da unidade para providências necessárias, decorrido algum tempo sem resolução da situação, o fato foi levado ao Ministério Público para que o direito à permanência do/a acompanhante fosse cumprido.

Sob outro prisma, a Annita Castilho e a Nadir Gouvêa Kfourri (nomes fictícios) apontaram como dificuldades dos familiares em prestar cuidado às pessoas idosas a questão financeira. De acordo com a Agência de Notícias do IBGE (2024), o rendimento médio mensal real domiciliar per capita em 2023 chegou ao maior valor da série histórica da pesquisa: R\$ 1.848, com alta de 11,5% ante 2022. Se considerarmos os rendimentos do trabalho mais os rendimentos de outras fontes (aposentadoria e pensão; aluguel e arrendamento; pensão alimentícia, doação e mesada de não morador; programas sociais de transferência de renda; seguro desemprego e seguro defeso; rentabilidade de aplicações financeiras, bolsas de estudos, direitos autorais, exploração de patentes etc.) a renda per capita também aumentou, considerando a população residente com rendimento, 7,5% em relação a 2022, atingindo R\$ 2.846 e, com isso, se aproximando do valor máximo da série histórica (R\$ 2.850), registrado em 2014.

Para o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2024), o valor do salário mínimo, necessário para aquisição de cesta básica de alimentos deveria ser de R\$ 7. 067,68 em dezembro de 2024. Isso significa que grande parte da população brasileira não tem suas necessidades básicas providas por meio do salário

mínimo. Quando pensamos em uma família com pessoas idosas que dependem de cuidados de terceiros (nessa situação de familiares) precisamos levar em conta que apenas a renda advinda da pessoa idosa (seja proveniente de pensão, aposentadoria ou benefício social) não é suficiente para suprir suas necessidades e de sua cuidadora. Como observamos na fala da Annita de Castilho (nome fictício), existem familiares que não dispõem nem mesmo do valor do vale transporte para se locomover e chegar à unidade de saúde na qual tem seu parente internado. Observemos os trechos a seguir, no Quadro 11.

Quadro 11 - Principais dificuldades da família em prestar cuidados a pessoa idosa – Situação Financeira

Annita de Castilho (Psicóloga, 10 anos de Profissão)	Como eu trabalho num hospital público a questão financeira ... as passagens para deslocamento, o transporte. [...]. Essa é a maior dificuldade que eu vejo no momento...
Nadir Gouvêa Kfour (Assistente Social, 09 anos de profissão)	[...] as maiores dificuldades são exatamente essas: ter um familiar para acompanhar no hospital, pois a rede de apoio é restrita. E outra coisa que os familiares trazem muito é o vínculo familiar fragilizado, um idoso que só tem um filho e esse filho não foi “criado” pelo pai, mas por lei ele é responsável pelo cuidado com o idoso. [...]. Então, são essas: rede restrita porque cada um tem sua vida; dificuldade financeiras , pois a família só recebe um salário mínimo e precisar desse dinheiro para tudo na vida. [...]

Fonte: Elaboração própria.

A situação financeira do grupo familiar repercute diretamente na prestação dos cuidados à pessoa idosa. Os grupos familiares mais abastados conseguem via compra de bens e serviços oferecer cuidados personalizados e melhores. Os grupos familiares mais empobrecidos não conseguem ter suas necessidades básicas saciadas por meios próprios ou pelo mercado, e pela via das políticas sociais percorrem um longo percurso enfrentando burocracias e filas para comprovar que “fracassaram” e assim alcancem a proteção social garantida por lei seja efetivada.

4.3.5 Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa

Nesta categoria, iremos discutir sobre quais os tipos de estratégias que as pessoas entrevistadas geralmente ofereceram aos familiares das pessoas idosas para auxiliá-los no cuidado. Dividimos em dois grupos os tipos de estratégias. No primeiro, exibiremos aquelas do tipo orientações na perspectiva do que Teixeira (2020) chama de gestão do risco, a este

grupo inserimos seis das respostas das pessoas entrevistadas. No segundo grupo, abordaremos sobre aquelas que ultrapassaram as orientações e instaram os familiares a acionarem os órgãos de proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas. Quatro entrevistadas responderam nesse sentido.

No Quadro 12, é possível observar nas palavras da Silvia Lane (nome fictício) que ela procura psicoeducar, orientar e sensibilizar os familiares diante da dificuldade apresentada. Ela busca articulação com outros profissionais da equipe multiprofissional para sanar as demandas que lhe fogem da alçada. A entrevistada Maria Barbosa Fernandes (nome fictício), que é enfermeira, verbalizou que prestar orientações era uma prática constante, embora ela também a encaminhasse para a Assistente Social e Psicóloga. Nesse trecho, infiro que a profissional entrevistada separou as dificuldades sociais e emocionais das fisiológicas (de saúde), por isso transferiu para outros profissionais as demandas dos familiares, como se fosse possível dissociar o social do biológico. Souza (2016, p. 343) explica que a essência do processo saúde-doença é de natureza radicalmente histórica, engendrada a partir das (e nas) relações sociais, e não como uma espécie de núcleo imutável definido aprioristicamente. Essa perspectiva de totalidade é quebrada nas formações acadêmicas e isso se revela na prática dos profissionais quando ocorre nitidamente essa dissociação entre social e saúde.

De outro modo, o entrevistado Oswaldo Cruz (nome fictício) referiu orientações que envolveram a pessoa idosa e seus familiares, sem acionar outros atores que poderiam contribuir com a melhoria do cuidado como, por exemplo, os outros profissionais da atenção básica em saúde. A esse grupo de estratégias denominamos de gestão do risco, pois, conforme esclarece Teixeira (2020, p. 150), “esse suporte tende a ser apenas na perspectiva da gestão do risco social, com orientações, aconselhamento, visitas domiciliares e outras que incidem e exigem mudanças de comportamento e conduta”. Sobre isso, observe o Quadro 12 com alguns dos trechos das falas das pessoas entrevistadas:

Quadro 12 - Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa – Orientações

Silvia Lane (Psicóloga, 05 anos de profissão)	É nossa função psicoeducar, orientar, sensibilizar, não só na parte da Psicologia, sendo psicóloga, mas de modo geral a gente tá cuidando de pessoas que tem uma vida não só emocional, mas tem uma vida como um todo, aí a gente trabalha de forma de forma interdisciplinar e dialogamos mais e acabamos tendo conhecimento gerais fora do nosso núcleo de atuação; é a gente orienta algumas coisas e quando não dá a gente direciona para quem possa resolver.
--	---

Maria Barbosa Fernandes (Enfermeira, 35 anos de profissão)	As orientações, a gente da saúde nunca deixa de orientar as pessoas, eu sempre encaminho para Assistente Social e Psicóloga. Nas unidades de saúde deveria ter um local de acolhimento preferencial para o idoso e para a família que está cuidando dele.
Oswaldo Cruz (Médico, 11 anos de profissão)	Às vezes eu dou... tem idoso que é analfabeto, não sabe a hora de tomar os remédios, então eu desenho o sol e a lua para dizer que um toma de dia e outro à noite. Tentar separar os remédios em um lugar para não misturar. São pequenas coisas, mas grandes orientações para os familiares eu não tenho.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Teixeira (2020) explica que, a partir dos anos 1990 e 2000, as famílias foram colocadas no centro das políticas sociais no Brasil, porém essa centralidade tem um caráter contraditório, uma vez que é resultado de lutas contrárias, de um lado os movimentos que defendem a convivência familiar e comunitária das pessoas com o aparato estatal, de outro lado o avanço da lógica neoliberal de gestão que preconiza o corte de gastos públicos, políticas sociais focalizadas e seletivas para os mais empobrecidos, a parceria com a família, mercado e filantropia para compor a proteção social e assim o Estado se exime de muitas responsabilidades sociais e expande para o capital os lucros, já que a riqueza produzida coletivamente não é equanimemente dividida. Teixeira (2020) esclarece ainda que o Estado assume o papel de gestor de riscos, já nas normativas das políticas sociais o suporte oferecido às famílias dificilmente ultrapassam os aconselhamentos e orientações, com poucos serviços, equipamentos e equipes que efetivamente compartilhem as responsabilidades da proteção social.

Sendo assim, a lógica neoliberal ultrapassa as políticas e alcança, sem grandes questionamentos, a prática de alguns profissionais da saúde, uma vez que as estratégias que estes propõem para auxiliar os familiares no cuidado às pessoas idosas, são restritas as palavras, sem orientações e encaminhamentos de ordem material, que visem a alteração da realidade concreta.

Quatro das profissionais entrevistadas, Maria Josephina Rabello, Annita de Castilho, Nadir Gouvêa Kfourir, Sônia Gusman (nomes fictícios), responderam que as estratégias propostas aos familiares das pessoas idosas para auxiliar no cuidado são de ordem prática, instigando-os a procurar os órgãos públicos para garantia de direitos e muitas vezes provocando as instituições estatais sobre a necessidade de ampliação dos direitos sociais. Observe o quadro 13 com esses tipos de estratégias.

Ressaltamos que na fala de Maria Josephina Rabello (nome fictício) que a profissional enfatizou o papel o Ministério Público, mais especificamente da Promotoria Especializada de Cidadania com atuação na Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa de Recife que atende às pessoas idosas desta capital bem como seus familiares e atua na defesa e efetivação dos direitos deste segmento. O artigo 71 do Estatuto da Pessoa Idosa elenca o Ministério Público como um dos órgãos de defesa da pessoa idosa. A entrevistada Maria Josephina Rabello (nome fictício) encaminha a este órgão os familiares que se sentem sobrecarregados e que necessitam de compartilhar essa responsabilidade com outros membros da família ou mesmo com órgãos públicos, tais como Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI), serviços de saúde como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Policlínicas, Unidades de Saúde da Família (USF).

A entrevistada Annita de Castilho (nome fictício) destacou a estratégia de acionar a Secretaria de Saúde da cidade de residência da pessoa idosa para requer o direito ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD). De acordo com o Tribunal Regional Federal da 2ª Região (2012) o TFD é instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, e caracteriza-se como instrumento legal que possibilita o encaminhamento de pacientes com doenças não tratáveis em seu município/estado de origem a outros municípios/estados que realizem o tratamento necessário. O direito é constituído pela disponibilização de valor monetário para arcar com o transporte e traslado do paciente e de seu acompanhante a unidades de saúde de outro município/estado. Esta entrevistada mencionou esse direito, pois ela trabalha em um hospital estadual, localizado em Recife, que recebe pessoas idosas advindas de vários municípios que distam mais de 50km da capital. Uma das dificuldades percebidas por ela para que a família estivesse presente no hospital foi obter transporte para as idas e as vindas. Assim, ela encaminhava os familiares a Prefeitura de seu município para requerer o TDF.

Na fala de Nadir Gouvêa Kfoury (nome fictício), identificamos que esta profissional procura instrumentalizar os familiares acionando a rede de saúde e de assistência social, ela cita o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), e rede básica de saúde. O Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (2023, p. 139) diz que tais equipamentos formam a rede de apoio formal à pessoa idosa e “são responsáveis por fornecer, principalmente, apoio material ou instrumental na forma de cuidados de saúde, proteção social básica e especializada, além de acesso à Justiça e garantia de direitos”. Ao tensionar esses equipamentos com a demanda da população idosa ganha visibilidade e assim provoca a ampliação e efetivação de direitos.

A entrevistada Sônia Gusman (nome fictício) frisou sobre os encaminhamentos que ela faz para pessoas idosas participarem dos grupos de convivência. De acordo com Oliveira et.al. (2019) os grupos de convivência para pessoas idosas visam estimular a autonomia, as potencialidades e a sociabilidades colaborando para o convívio comunitário e para o fortalecimento de vínculos sociais, bem como para o desenvolvimento de ações que valorizem as experiências e incentivem a luta pelos direitos sociais. Os grupos, quando desenvolvidos em equipamentos e por agentes públicos, representam uma resistência ao sucateamento das políticas sociais, além de tecerem a proteção social estatal, já que podem ser caracterizados como espaços de cuidado. Observe no quadro abaixo os trechos das falas que discutimos acima.

Quadro 13 - Estratégias que os profissionais de saúde ofereceram aos familiares para auxiliar no cuidado à pessoa idosa – Ações práticas

Maria Josephina Rabello (Assistente Social, 17anos de profissão)	[...] Então a primeira orientação que fazemos é sobre a Promotoria do idoso para que esse papel de cuidador não fique só com um membro da família, mas acredito que isso tem que ser dividido e a Promotoria pode fazer esse papel de articulador desse cuidado para que esse papel de cuidador não fique apenas com um membro da família, mas que fique com todos, todos tem a missão e isso tem que ser dividido. [...]
Annita de Castilho (Psicóloga, 10 anos de profissão)	Geralmente quando eles falam da dificuldade financeira eu proponho a eles tentarem articular outras formas para que o idoso tenha uma visita [...] ver outra forma para que a família que não tenha carro próprio articule com a Prefeitura da Cidade para venham em horários diferentes da visita.
Nadir Gouvêa Kfour (Assistente Social, 09 anos de profissão)	Então primeiro eu falo da rede de apoio da pessoa idosa, tento ver se é um caso que vai precisar de encaminhamento para gente poder auxiliar essa família , vê com eles a rede familiar, quem é família, quem, está no jogo e fazer uma fala, ligar, fazer uma conversa, porque as vezes quando um profissional que liga e explica a situação e diz que o cuidado precisa ser compartilhado... de acordo com os horários de cada um... eu tento ver quem são os personagens dessa família e com quem a gente pode dialogar para ver as possibilidades.. [...]. Então eu acho que é isso conhecer bem a situação, ver quem é a família e conhecer a rede a rede apoio como CRAS, CREAS para ver se vai precisar acionar algum órgão para que essa família também seja acolhida lá fora, porque não adianta essa família ser acolhida aqui e lá fora ficar sem auxílio, tanto a rede básica de saúde, quanto de assistência... é avaliar muito bem o caso... e dialogar bem com a equipe do hospital, ser claro, dizer o que a família tem condições de fazer e não podemos cobrar a mais... sem ficar culpabilizando...
Sônia Gusman (Fisioterapeuta, 11 anos de profissão)	Geralmente as recomendações são: psicoterapia, grupos de convivência comunitária e aumentar o convívio social dentro da família

Fonte: Elaboração Própria (2024).

Superar o familismo das políticas sociais e das práticas profissionais é um exercício que exige o esforço de reflexão crítica sobre a responsabilidade do Estado, das famílias e sociedade com as pessoas idosas, além de um posicionamento a favor do cuidado como trabalho e direito social.

Sobre o trabalho do Assistente Social, Guerra (2007) vai explicar que, além da intervenção no cotidiano, nesse caso nas dificuldades que as famílias encontram em prestar cuidados à pessoa idosa, que visa manipular a realidade é imprescindível que isso esteja conectado a razão crítica dos sujeitos, a um referencial teórico metodológico e a princípios éticos-políticos que estejam comprometidos com a emancipação humana. Sabemos que a formação acadêmica nem sempre está comprometida com um projeto de sociedade que vise a mudança do modo de produção e exploração do homem pelo homem e isso tem implicações diretas nas práticas profissionais.

A pioneira do estudo sobre o envelhecimento humano sob a perspectiva crítica no Brasil Haddad (2016) vai esclarecer que, os gerontólogos e geriatras exercem o papel de ideólogos da classe dominante e com isso proporcionam que tanto a formação de profissionais quanto a prática sejam perpassadas por valores éticos, morais e políticos que reproduzam a dominação. Observamos, a partir da fala da entrevistada Nadir Gouvêa Kfoury (nome fictício), que existe um movimento contra a correnteza de chamar o Estado quanto à sua responsabilidade pela proteção social e a busca por romper com práticas culpabilizadoras, quando a entrevista menciona que a família precisará de uma rede para auxiliá-la no território de seu domicílio.

4.4 Análise

Partindo do estudo delineado neste trabalho e dos resultados da pesquisa, compreendemos que o envelhecimento humano é um processo complexo, heterogêneo e que engloba aspectos biopsicossociais. Por um lado, se existem segmentos da população idosa que vivem uma velhice protegida socialmente, existem também àqueles que vivenciam uma velhice “trágica”.

Sem tentar polarizar uma fase tão importante da vida, busca-se destacar que elementos como a classe, o gênero, os marcadores étnicos raciais, a cultura, a escolaridade, entre outros são condicionantes na vivência da velhice. De outra maneira, não estamos negando que mudanças orgânicas ocorrem com o passar dos anos, porém, até tais mudanças são

influenciáveis pelos condicionantes já citados. Fato é que o fluxo natural da vida é nascer, crescer, envelhecer e morrer. Todavia, esse fluxo também é atravessado pela história, pela cultura, por tensões e por contradições.

A perspectiva da gerontologia social crítica permite analisar o envelhecimento e a velhice com uma visão de totalidade, pois busca superar a aparência e imediatez da realidade, sem desprezar a singularidade, sabendo que é um ponto da análise e não o único ponto. Em outras palavras, a velhice é resultado de múltiplas e ricas determinações decorrentes de relações sociais de produção e reprodução no capitalismo.

Presumindo que no modo de produção capitalista a lógica que impera é a da acumulação e expansão dos lucros por meio da exploração da força de trabalho, sem a qual não é possível produzir mais valia, tendo em vista que o trabalho do cuidado é fundamental, uma vez que ocorre no âmbito da reprodução social. Com isso, as famílias são imprescindíveis nesse processo de exploração. Compreendemos também que a família é uma instituição conforme a história da humanidade vai se alterando. As famílias vão se transformando e podem ser caracterizadas como espaços de socialização, de proteção social, de troca de afetos ou desafetos, de transmissão de valores éticos, morais e políticos, como também da ideologia dominante e de reprodução das desigualdades. No papel de provedoras de proteção social, as famílias não são exclusivas nessa responsabilidade. Sabe-se que no modo de produção capitalista o Estado figura como provedor da proteção social por meio de políticas públicas.

Com a ampla implementação do neoliberalismo com redução drástica da intervenção e dos investimentos do Estado nas políticas sociais, as famílias, o mercado e as ONGs são chamadas para ocupar o lugar da proteção social estatal. Como discutido ao longo deste estudo, quanto mais o Estado se distancia de suas funções e sobrecarrega as famílias no que toca à proteção social, mais as políticas sociais são caracterizadas como familistas. Tal lógica neoliberal e familista perpassa alguns estudos da geriatria e gerontologia, de modo que as famílias podem ser diagnosticadas com a Síndrome da Insuficiência Familiar. A referida nomenclatura é de difícil entendimento, visto que a família da pessoa idosa é patologizada, sem que se realizem mediações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas, entre outras), por não conseguir cuidar da pessoa idosa sem o aparato da proteção social estatal.

Tendo em vista a ideia mencionada, objetivou-se apreender e problematizar a compreensão de alguns profissionais da saúde sobre tal conceito. Deparamo-nos com o desconhecimento do conceito da SIF, além da estranheza quanto ao termo. Inferimos, a partir disso, que a busca ou interesse em aprofundar os estudos sobre a gerontologia ainda não é

algo comum entre os profissionais da saúde. Por outro lado, a estranheza que as pessoas entrevistadas demonstraram ante o termo Síndrome da Insuficiência Familiar é positiva, pois pode sinalizar que as mudanças ocorridas na história da humanidade, que incidiram diretamente nas famílias e na proteção social estatal, não podem se refletidas nesta nomenclatura e conceituação da SIF.

Sugerimos, então, que os estudos sobre a importância da família no cuidado com as pessoas idosas levem em conta o contexto macroestrutural no qual as famílias estão inseridas, sem culpabilizar cada uma delas, nem mesmo atribuir uma espécie de patologia indiscriminada, fazendo dessa forma um enfrentamento a respeito das medidas de austeridade em relação às políticas sociais que compõem a proteção social estatal. Na realidade, entre os temas de estudo e pesquisa na área da gerontologia que merecem nosso debruçar estão as crises e contrarreformas que afetam diretamente o envelhecimento humano, isso a Gerontologia Social Crítica vem fazendo com grande esforço. Mesmo que não seja uma linha de pensamento hegemônica, vem ganhando espaço e fazendo ecoar a necessidade de enfrentar a questão social da velhice trágica.

Foi oportuno apreender também que as pessoas entrevistadas identificaram a sobrecarga feminina em relação ao cuidado destinado às pessoas idosas. Embora o conceito da SIF aponte que a entrada da mulher no mercado de trabalho se constitui como uma das dificuldades para prestar cuidados às pessoas idosas e venha causar adoecimento, as pessoas entrevistadas relataram que a mulher continua sendo a principal cuidadora das pessoas idosas. Isso demonstra que, mesmo trabalhando fora de casa, a mulher continua trabalhando também dentro de casa, acumulando ações e fazendo várias jornadas (nas atividades domésticas e de cuidado). Isso é altamente rentável para o capital que não custeia a reprodução social, mas lucra em cima disso. A mulher, ao executar o trabalho doméstico e de cuidado sem remuneração, desonera o Estado capitalista e, assim, permite que investimentos nas políticas sociais sejam destinados à expansão dos lucros que não são socialmente divididos.

Contatou-se ainda que as pessoas entrevistadas observaram as condições socioeconômicas, pois são importantes na prestação dos cuidados por parte dos familiares. Isso alerta sobre o Estado de desproteção social, visto que este não garante os mínimos sociais necessários à sobrevivência. Cabe aqui uma proposição sobre um dos aspectos que pode contribuir ou piorar a condição de saúde das pessoas idosas: a ineficiência proposital do Estado capitalista em relação à proteção social. A crise que estamos enfrentando para cuidar das pessoas idosas vem se arrastando há décadas, sendo provocada pela ineficiência das políticas públicas e pelo modo de exploração da força de trabalho.

Por fim, identificamos nesta pesquisa que, apesar de existir uma legislação social que garante à pessoa idosa direitos, nem todos os profissionais que trabalham com o segmento idoso conhecem tais documentos legais ou mesmo a rede de proteção social preconizada nas leis. Isso inferimos a partir das estratégias oferecidas às famílias para cuidar da pessoa idosa, pois, seis das pessoas entrevistadas ofertaram estratégias do tipo orientação à família por si só, no sentido de enfrentar e vencer as dificuldades, sem considerar os equipamentos, serviços e programas que são previstos em lei. Mesmo que a rede de apoio citada não seja ampla e nem bem articulada, ela está prevista nos documentos legais brasileiros que versam sobre a pessoa idosa e, por isso, precisa ser provocada e demandada. É inegável a necessidade de fortalecimento dessa rede de proteção social para população idosa, que cresce rapidamente e envelhece de modo desigual.

De outra maneira, também entrevistamos profissionais que conheciam e encaminharam os familiares à rede proteção da saúde, da assistência social e judiciária. O movimento de buscar alternativas para mudar a realidade concreta se relaciona diretamente com um posicionamento a favor da construção de alternativas concretas que beneficiem a velhice e, conseqüentemente, a toda população. Ainda que as políticas sociais operem em meio à acumulação capitalista, contraditoriamente também operam em favor de melhores condições de vida para a classe trabalhadora e contribuem com a construção de uma sociedade mais justa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se caracterizou como um estudo exploratório, visto que buscamos conhecer a compreensão que profissionais de saúde têm sobre a “Síndrome da Insuficiência Familiar (SIF)”. Em seguida, procuramos problematizar acerca do papel da família nos cuidados com a pessoa idosa no contexto de desmonte das políticas sociais. Para tanto, realizamos uma revisão de literatura sobre o construto da SIF no cenário brasileiro, bem como sobre as novas formatações dos grupos familiares e sua relação com o sistema de proteção social brasileiro.

Observamos que boa parte da literatura da geriatria e também da gerontologia, que trata sobre a SIF, considera que as transformações sociais nos grupos familiares como, por exemplo, a redução do número de membros, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a fragilidade dos vínculos afetivos entre os parentes, podem ocasionar adoecimento à pessoa idosa. Discordamos desse construto, visto que este não levou em conta as condições objetivas do grupo familiar para prestar cuidados aos membros idosos, nem apresentou o contexto social de retração, sucateamento e privatização das políticas sociais que se caracteriza como um dos entraves para garantia de vivenciar uma velhice saudável, o que não se traduz como ausência de doenças.

Para sustentar nossa contra-argumentação em relação ao construto da SIF, valemo-nos de estudos sobre o familismo que se constitui a partir das transferências de responsabilidades do Estado com a proteção social para as Famílias na lógica das políticas neoliberais; como também na discussão sobre uma possível crise de cuidados no sul global. A partir de estudos feministas, fica claro que a crise não foi provocada pelas mudanças ocorridas nas formatações das famílias, mas sim na ausência ou ineficiência das políticas de proteção social. Todo este trabalho foi perpassado pela Gerontologia Social Crítica, que compreende o envelhecimento e a velhice humana na perspectiva da totalidade social e como produção social.

Alcançamos os objetivos específicos propostos a partir da pesquisa de campo, na qual aplicamos um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestrutura com vista a traçar um perfil de profissionais da saúde que lidam com pessoas idosas e suas famílias além de conhecer a compreensão deles sobre o conceito da SIF. O perfil dos profissionais é composto por 8 pessoas do sexo feminino e 2 pessoas do sexo masculino. Dentre as profissões estão Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Medicina e Fisioterapia. As idades das pessoas entrevistadas variaram entre 30 a 62 anos, e todas trabalhavam com pessoas idosas em

unidades de saúde do SUS. Os resultados apontaram o desconhecimento do conceito da SIF e a estranheza ante a nomenclatura/terminologia que sincretiza termos biomédicos com uma instituição social, patologizando-a. Apenas duas profissionais conheciam o conceito da SIF, bem como haviam realizado especializações na área da gerontologia. Apesar de ter compreensão do conceito, uma delas não concordou nem com a terminologia e nem com os aspectos que caracteriza a SIF, fazendo uma crítica à culpabilização da família e ampliando o olhar para responsabilização do Estado. Os resultados foram os que gostaríamos de enfatizar.

Na análise das entrevistas, chegamos à conclusão de que a Síndrome da Insuficiência Familiar não é amplamente conhecida pelos profissionais de saúde e o seu conceito não reflete a essência da realidade. As famílias estão mudando quanto ao número de membros e as mulheres adentraram ao mercado de trabalho sim, no entanto, esses não são os motivos que podem causar piora na condição de saúde das pessoas idosas.

À luz da Gerontologia Social Crítica, foi possível compreender que, no modo de produção capitalista, fundado na exploração do homem pelo homem e na extração da mais valia, a riqueza socialmente produzida não é justamente dividida. Por isso, muitas famílias que vivem em condição de exploração se desdobram para garantir condições de reprodução de seus membros, em meio ao enxugamento do Estado.

A ausência de políticas sociais públicas para compor uma proteção social que compartilhe com as famílias a responsabilidade pelo cuidado com seus membros ainda não é uma realidade no Brasil. Em dezembro do ano de 2024, foi aprovada a Política Nacional de Cuidados (Lei n.15.069, de 23 de dezembro de 2024), que se constitui como um marco legal importante para a discussão sobre a responsabilidade e o direito ao cuidado. Mesmo que distantes do alvo (proteção social integral e equânime para toda sociedade), podemos ver parte dos trilhos que poderão nos conduzir a este patamar.

Diante do exposto, cabe sinalizar que o Estado capitalista serve aos interesses da classe dominante e segue, atualmente, a lógica neoliberal de gestão. Sendo assim, os poucos investimentos na área social tornam ineficientes as políticas de proteção social. As condições de sobrevivência e envelhecimento da classe trabalhadora são as piores possíveis, logo o envelhecimento dessa classe tende a ser também ruim.

Em meio a esse processo, ocorreram transformações nas famílias: diminuição do número de membros, entrada das mulheres no mercado de trabalho e relações familiares conflituosas. Determinados ideólogos da geriatria e gerontologia atribuíram a tais mudanças parte da responsabilidade pelos agravos na saúde da pessoa idosa. Esqueceram, porém, de observar que as mulheres, ainda que tenham entrado no mercado de trabalho, geralmente em

empregos precários, continuam a empenhar seu tempo e trabalho do cuidado como recurso para ampliação dos lucros do capital em uma época de austeridade para as políticas de proteção social. As relações familiares, por assim dizer, são permeadas por contradições e, ao passo em que podem proteger, também podem violar os direitos de seus membros. Por isso, não podem ser em si mesmas o começo e o fim da responsabilidade pelo cuidado com as pessoas idosas.

Entretanto, as medidas neoliberais de redução do Estado colocam as famílias em patamar de destaque na provisão de proteção social. Aqui, leia-se que as mulheres são as mais sobrecarregadas. A suposta crise de cuidados constitui-se, na realidade, em uma crise de proteção social estatal. Assim, as sugestões para saída da suposta crise de cuidados caracterizam a responsabilização individual por demandas coletivas, tais como: o chamamento das famílias, do mercado e da filantropia para dar conta da proteção social. Cria-se uma cortina de fumaça ao redor da verdadeira crise de produção e reprodução social. É oportuno frisar que discordamos da culpabilização e da patologização das famílias, tal como são apontadas e diagnosticadas pela Síndrome da Insuficiência Familiar. Sabemos também que a linha de pensamento que estigmatiza e responsabiliza as famílias é fruto da ideologia dominante. Com isso, sugerimos que os estudos sobre as famílias e as pessoas idosas sejam aprofundados e que considerem a totalidade social antes de responsabilizar unicamente as famílias pelo adoecimento de seus membros idosos.

As famílias precisam ter centralidade, mas não para compor a proteção social e sim para ser alvo das ações, programas e serviços sociais, dando-lhes suporte material, objetivo e concreto para que possam cuidar de seus membros idosos, quando se fizer necessário. Dito isto, esta pesquisa propõe o aprofundamento do debate sobre Ineficiência da Proteção Social Estatal, como pauta de estudos sobre os condicionantes do processo saúde doença na pessoa idosa.

Gostaríamos de frisar que reflexão sobre Envelhecimento, Famílias e Profissionais de Saúde também se mostra pertinente para a Psicologia Clínica, Programa no qual foi desenvolvido o mestrado, pois traz para o debate do campo da Psicologia o olhar da totalidade e esse movimento é fundamental para compreender a pessoa idosa e os diversos arranjos familiares, para traçarmos junto a este segmento alternativas de melhores condições de vida.

Sabemos que este trabalho tem limitações, razão pela qual recomendamos que outros estudos sejam realizados, levando em conta os diversos países a fim de conhecer a produção internacional sobre o assunto e ampliar o debate. Ademais, sugerimos conhecer a compreensão de profissionais especialistas em geriatria e gerontologia a respeito do tema e

como isso atravessa a prática profissional. Entendemos que as especialidades e o número de profissionais entrevistados nesta pesquisa pode ser expandido para uma maior representação no universo dos profissionais de saúde. A investigação desenvolvida é um recorte da complexa realidade e precisa de continuidade em decorrência da dinâmica das relações humanas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA GOV. **Expectativa de vida sobe para 76,4 anos no Brasil, após queda durante a pandemia.** Empresa Brasil de Comunicação. 2024. Disponível em: [https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/expectativa-de-vida-sobe-para-76-4-anos-no-brasil-apos-queda-durante-a-pandemia#:~:text=e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas-,Expectativa%20de%20vida%20sobe%20para%2076%2C4%20anos%20no%20Brasil,ap%C3%B3s%20queda%20durante%20a%20pandemia&text=No%20pa%C3%ADs%2C%20a%20esperan%C3%A7a%20%2D%20ou,anos%20para%2079%2C7%20anos](https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/expectativa-de-vida-sobe-para-76-4-anos-no-brasil-apos-queda-durante-a-pandemia#:~:text=e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas-,Expectativa%20de%20vida%20sobe%20para%2076%2C4%20anos%20no%20Brasil,ap%C3%B3s%20queda%20durante%20a%20pandemia&text=No%20pa%C3%ADs%2C%20a%20esperan%C3%A7a%20%2D%20ou,anos%20para%2079%2C7%20anos.). Acesso em: 11 out. 2024.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE. **Em 2023, massa de rendimentos e rendimento domiciliar per capita atingem recorde.** Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39809-em-2023-massa-de-rendimentos-e-rendimento-domiciliar-per-capita-atingem-recorde#:~:text=O%20rendimento%20m%C3%A9dio%20mensal%20real,foi%20de%206%2C0%25](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39809-em-2023-massa-de-rendimentos-e-rendimento-domiciliar-per-capita-atingem-recorde#:~:text=O%20rendimento%20m%C3%A9dio%20mensal%20real,foi%20de%206%2C0%25.). Acesso em: 21 jan. 2025.

ALCANTARA, Ariana Celis.; FILHO, José Luiz Alcantara. Considerações sobre seguridade e Previdência Social. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Espírito Santo, 2018. **[Anais...]** 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.

ALMEIDA, Priscilla Kelly Pereira de.; SENA, Rômulo Mágnus de Castro.; PESSOA JÚNIOR, João Mário. Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 5, p. e200225, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/SyXwdhHBt9jSL9sPjgnw5nJ/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ANDRADE, Mariana Alves de.; GIANNA, Sergio Daniel. A instrumentalidade na formação e na prática do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, v. 147, n. 1, p. e-6628417, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/yjQj7cNXhmMC3M6YFqqC5KR/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ARRUDA, Fernanda Tavares.; SILVA, Ionara do Nascimento.; SILVA, Jéssica Alline de Melo. O direito de ser velho (a) e sozinho (a): pessoas idosas sem acompanhantes nos serviços de saúde e reflexos ao Serviço Social. In: COSTA, J. S.; MASSO, M. C. S.; SOARES, N.; PAIVA, S. O. C. **Aproximações e Ensaios sobre a velhice**. UNESP- FCHS. Cultura Acadêmica. Franca, São Paulo, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth.; DECCACHE, David.; ALVES JR, Antonio José. **O novo regime fiscal restringirá a retomada do desenvolvimento em 2024?** Nota 22 do CECO, out. 2023. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota-cecon/bastos-p-deccache-d-alves-jr-a-2023-o-novo-regime-fiscal-restringira-a-retomada-do-desenvolvimento-em-2024-cecon-ie-unicamp-nota-23-outubro-2023.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2025.

BEHRING, Elaine Rosseti. Política Social no contexto da crise capitalista. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, 2009. Brasília: CEFSS/ ABEPSS.

BENEVIDES, Kaio Giordan Castelo Branco. et al. Quadro clínico de idosos em uma instituição de longa permanência. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 594-603, mar. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237427>. Acesso em: 4 jun. 2023.

BERNARDO, Maria Helena de Jesus. Familismo e Gerontologia: da “insuficiência familiar” ao conservadorismo no trato com as famílias cuidadoras. [Anais...] Encontro de Pesquisadores em Serviço Social (ENPSS). Fortaleza- CE, 2024. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/paginas/enpess-2024>. Acesso em: 4 dez. 2024.

BERTELLI, Eliane.; MOSER, Lilian, O que dizer das famílias? Concepções, mudanças e contradições. In: DAL PRÁ, K. R.; MOSER, L. **Família e Política Social – Gênero, gerações e cuidado**. Florianópolis-SC: Editora UFSC, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. **Estatuto do Idoso e outros atos legais**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Brasília. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: out. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.423, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei n. 10.741, de 1. de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 5 jan. 2025.

BRASIL. **Lei n. 15.069, de 23 de dezembro de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm. Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Ministério da Saúde. Brasília. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 3 fev. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/18080.pdf. Acesso em: 4 fev. 2024.

CABRAL, Annita de Castilho Marcondes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 17, n. 3, p. 49–49, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000300008>. Acesso em: 4 fev. 2025.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *In*: CAMARANO, Ana Amélia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.

CAMARANO, Ana Amélia.; GHAOURI, Solange Kanso El. Famílias com idosos: ninhos vazios? **Texto para discussão**, n. 950. ISSN 1415-4765. Instituto de Pesquisa Economia Aplicada. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/2879>. Acesso em: 4 dez. 2023.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de ; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109–122, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/Gk5TM4qgVRJBpHgPTMRGJJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia perde Silvia Lane**. 2006. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/psicologia-perde-silvia-lane/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

DEBERT Guita Grin.; GUIMARÃES, Nadya Araújo.; HIRATA, Helena. Vieillissement et inégalités sociales: le cas du Brésil. **Retraite et société**, n. 84, p. 97-120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3917/rs1.084.0098>. Acesso em: 30 nov. 2024.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. DIEESE. **Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos**. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em: 21 jan. 2025.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. *In*: OLIVEIRA, M. A. (org.). **Reforma do Estado & políticas de emprego no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 1998. Disponível em: <https://www.Oliveiraeco.unicamp.br/images/publicacoes/Livros/geral/Reforma-do-estado-politicas-de-empego-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

ENGEL, Cíntia. “A gente medica de acordo com a família”: a geriatria cuidando das demências. **Mana**, v. 29, n. 1, p.e2023006, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442023v29n1e2023006.pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, p. 85–116, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Acesso em: 19 jun. 2024.

ETOGUCHI, Larissa Sayuri.; LENARDT, Maria Helena.; BETIOLLI, Susanne Elero. Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. **Escola Anna Nery**, v. 26, p.e20210375, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0375pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

FERREIRA, Camila Manduca. A História do Serviço Social Pensada a Partir da “Revista do Padre Saboia”. *Revista de Serviço Social – São Paulo. Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, [S. l.]*, n. 24, p. 253–271, 2010. DOI: 10.12957/rep.2009.531.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/531>. Acesso em: 4 fev. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A trajetória do médico dedicado à ciência. História**, 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/trajetoria-do-medico-dedicado-ciencia#:~:text=O%20m%C3%A9dico%20e%20cientista%20Oswaldo,no%20Externato%20Dom%20Pedro%20II>. Acesso em: 5 fev. 2025.

GALVÃO, Taís Freire.; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas e outros tipos de síntese: comentários à série metodológica publicada na Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 3, p.e2022422, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300023>. Acesso em: 30 jan. 2025.

GATTI, Adriana Cristina. **Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente**. 2019. 124 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Limeira, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1636470>.

GIL, Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GOIS, Dalva Azevedi.; OLIVEIRA, Rita C.S. **Serviço Social na Justiça de Família – demandas contemporâneas do exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2023.

GUIMARÃES, Nadya Araujo. A “Crise do Cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira. **Sociologia & Antropologia**, v. 14, n. 1, p. e230050, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2238-38752024V1418> Acesso em: 19 nov. 2024.

HADDAD, Eneida Gonçalves Macedo. **A Ideologia da Velhice**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

HIRATA, Helena. **O cuidado: teorias e práticas**. São Paulo: Boitempo, 2022.

HOUAISSON. **Dicionário on-line. Família**. 2024. Disponível em: <https://houaiss.online/houaission/apps/www2/v7-0/html/index.php>. Acesso em: 2 out. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEFSS/ABEPSS, 2009.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022 - População por idade e sexo. Pessoas de 60 anos ou mais de idade**. Resultados do universo Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2023.b. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102052.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2024.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Composição domiciliar e óbitos informados. Resultado do Universo. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em:

<https://static.poder360.com.br/2024/10/Composicao-domiciliar-obitos-informados.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. População por idade e sexo. Pessoas de 60 anos ou mais. Resultados do Universo-Brasil, grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102052.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE ESTUDO INSTITUCIONAL. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**: o Brasil está preparado? São Paulo, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/idosos-de-menor-renda-tem-piores-indicadores-de-saude-e-menos-acesso-a-cuidados-medicos-aponta-estudo-do-ieps/#:~:text=O%20impacto%20das%20desigualdade%20socioecon%C3%B4mica,ao%20grupo%20com%20menor%20renda>. Acesso em: 16 out. 2024.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP. **Annita de Castilho e Marcondes Cabral**. 2025. Disponível em: <https://www.ip.usp.br/site/annita-de-castilho-e-marcondes-cabral/>. Acesso em: fev. 2025.

LESSA, Sérgio.; TONET, Ivo. **Introdução à Filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

LOURENÇO, Tânia Maria.; LENARDT, Maria Helena.; KLETEMBERG, Denise F. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 176-85, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>. Acesso em: abril. 2023

MANCIA, Joel Rolim.; SALLES, Eliane Brandão.; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Olga Verderese: uma vida para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 122–124, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100020>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MARIANO, CYNARA MONTEIRO. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n.1, p. 259–281, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 29 jan. 2025.

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MATTEI, Lauro Francisco. Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza. **Revista Katálisis**, v. 22, n. 1, p. 57–65, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p57>. Acesso em: 29 maio 2024.

MELO, Denise Mendonça de.; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Miniexame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 20, n.12, p. 3865–3876, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>. Acesso em: 3 fev. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>. Acesso em: 3 mar. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio de pesquisa social. *In*: MINAYO, C.S [et al.] (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro. *In*: FÁVERO, E. T. **Famílias na cena contemporânea: (des) proteção social, desigualdades e judicialização**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: https://j.pucsp.br/sites/default/files/123_encaminho_2020_familias_na_cena_contemporanea_coletanea.pdf. Acesso em: 1ª out. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Martha Silva; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. QUEM COBRE AS INSUFICIÊNCIAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS? : contribuição ao debate sobre o papel da família na provisão de bem-estar social. **Revista de Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 165–183, 26 Jul 2015 Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3797>. Acesso em: 25 ago 2025.

MIRANDA, Libia Mafra Benvindo. **Envelhecimento e políticas de cuidado no Brasil e na Espanha: uma análise comparativa dos serviços de cuidados em domicílios para pessoas idosas dependentes**. Teresina, Edufpi, 2024. E-book. ISBN: 978-65-5904-311-8. Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/Livro_Envelhecimento_e_Politicas_E-BOOK.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

MONTAÑO, Carlos Eduardo; GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio. **Serviço Social Crítico - Teoria e Prática**. Uma análise dos fundamentos do Serviço Social para construção de uma perspectiva crítica na profissão. Campinas, Editora Papel Social, 2024.

MORAES, Edgar Nunes.; MARINO, Marília Campos de Abreu.; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n.1, p. 54-66, 2010. Minas Gerais. ISSN (*on-line*): 2238-3182. ISSN (Impressa): 0103-880X. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/383>. Acesso em: 3 mar. 2023.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à Saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2023.

MORAES, Patricia Maccarini *et al.* Familismo e Política Social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v. 24, n. 2, p. 802–818, 27 dez 2020 Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/13675>. Acesso em: 11 set 2024.

MULLER, Eliane Fransieli.; MOSER, Lilian. Trabalho de cuidado de idosos, reprodução social e desigualdades de gênero. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 109-122. 2021. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2874>. Acesso em: 8 out. 2024.

NETTO, Francisco Luiz de Marchi. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a prática**, v. 7, n. 1, 75-84. 2006. <https://doi.org/10.5216/rpp.v7i1.67>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/67>. Acesso em: 23 out. 2024.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2017. E-book. p.32. ISBN 9788524925634. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788524925634/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

NETTO, José Paulo.; BRAS, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. v.1. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social). São Paulo: Cortez, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555550771/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFSS/ ABEPSS, 2009.

OGUISSO, Taka. Maria Rosa Sousa Pinheiro - A grande líder da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 76–78, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100016>. Acesso em: 4 fev. 2025.

OLIVEIRA, Maria Iolanda de. *et al.* Grupo de Convivência: assegurando o direito da pessoa idosa. [Anais...] 7º Congresso Paranaense de Assistente Sociais. O trabalho do/a Assistente Social em tempo de retrocessos: Defesa de direitos e lutas emancipatórias. Ponta Grossa, Paraná, 2019. Disponível em: <https://cresspr.org.br/wp-content/uploads/2022/07/GRUPO-DE-CONVIVE%CC%82NCIA.-assegurando-o-direito-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO POLÍTICA EMANCIPAÇÃO SOCIALISTA. **Materialismo histórico, 2023**. Disponível em: <https://www.emancipacaosocialista.org/2023/materialismo-historico/#>. Acesso em: 28 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU quer mais apoio para população em envelhecimento, 2023**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>. Acesso em: 18 out. 2024.

OSORIO, Luiz Carlos. Novos rumos da família na contemporaneidade. In: OSORIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de Terapia Familiar**., v. 2. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OXFORD ENGLISH DICTIONARY. **Significados**: Insuficiência, 2023. Disponível em: <https://www.oed.com/search/advanced/Meanings?q=insufficient&sortOption=Frequency>.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e. A instrumentalidade do Serviço Social e a Gerontologia Social Crítica: reflexões e contribuições ao debate na atualidade. **Envelhecimento, Trabalho e instrumentalidade do Serviço Social: Questões emergentes da prática profissional do/a assistente social**. Recife: EDUPE, 2021.

PASQUALINI, Juliana Campregher.; MARTINS, Lígia Márcia. Dialética Singular-Particular-Universal: Implicações do Método Materialista Dialético para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 362–371, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>. Acesso em: 3 mar. 2023.

PASSOS, Luana.; MACHADO, Danielle Carusi. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p.e0166, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0166>. Acesso em: 10 maio 2024.

PASSOS, Rachel Gouveia. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, n.126, p. 281–301, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/QLCTvGtczmzhx74rfNQgRLGS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2024.

PEREIRA, Potyara A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: uma crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M.C. (org.). **Política Social, Família e Juventude – uma questão de direitos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, Sílvia Regina Mendes. Fisiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. p. 139-150. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2017.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

PRADO, Danda. **O que é família?** São Paulo: Brasiliense, 1988.

REIS, Carla.; BARBOSA, Larissa Maria de Lima Horta.; PIMENTEL, Vitor Paiva. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 44 , p. 87-124, set. 2016. Disponível em: <http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>. Acesso em: 28 jan. 2025.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. 9. ed. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (org.). **Psicologia Social – o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

SANT'ANA, Raquel Santos. SILVA, José Fernando Siqueira da Silva. O método na teoria social de Marx: e o Serviço Social? **Revista Temporalis**, ano 13, n. 25, p. 181-203, 2013. DOI: 10.22422/2238-1856.2013v13n25p181-203. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/4889>. Acesso em: 15 de ago. 2025.

SANTOS, Cláudia Mônica. **Na prática a teoria é outra?** Mitos e dilemas na relação entre teoria, prática e instrumentos e técnicas no Serviço Social. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, Gabriel Basilio dos *et al.* Funcionalidade familiar por meio do instrumento APGAR: avaliação das produções. **Nursing (Ed. bras., Impr.)**, v. 28, n. 312, p. 9339-9344, 2024. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3200/3902>. Acesso em: 30 jan. 2025.

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira.; RABELO, Ana Renata Moura.; FRANÇA, Bruna Dias. Black women in nursing history: the cultural competence in Maria Barbosa Fernandes' trajectory. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 73, p.e20190221, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0221>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SANTOS, Wederson Rufino dos. O circuito familista na política de assistência social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 388–402, 2017. DOI: 10.15448/1677-9509.2017.2.24250. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/24250>. Acesso em: 11 jun. 2024.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto.; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585–593, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNMZyb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2024.

SÉTLIK, Clarice Maria.; LENARDT, Maria Helena.; BETIOLLI, Susanne Elero. Relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos da assistência ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p.eAPE01797, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01797>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SÉTLIK, Clarice Maria. **Fragilidade física em idosos e a correlação entre as síndromes geriátricas**. 2019. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Paraná. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66339>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SETOGUCHI, Larissa Sayuri. **Insuficiência familiar e fragilidade física em idosos**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/59433>.

SILVA, Maria Josefina da.; VICTOR, Janaína Fonseca.; MOTA, Fernanda Rochelly do Nascimento. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 527–532, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140075>. Acesso em: 30 jan. 2025.

SILVIA, Lane. Psicologia. **Ciência e Profissão.**, v. 23, n. 1, p. 101–101, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100014>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SILVIA, Lane. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 7, ago. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300015&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 4 fev. 2025.

SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da. **Maria Josephina Rabello Albano – A intrépida desafiadora**. 7. ed. Conselho Regional de Serviço Social., Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2020/05/artigo-maria-josephina-2012-.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SILVA, Cirlene Francisca Sales.; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 637–652, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014> Acesso em: 6 abril 2023.

SILVA, Thainara Lopes da. **Vulnerabilidade de Queda em Idosos: estudo de método misto**. 2019. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/10935>.

SOUZA, Ana Carolina da Silva.; SANTOS, Gilmar Moraes. Sensibilidade da Escala de Equilíbrio de Berg em indivíduos com osteoartrite. **Motriz: Revista de Educação Física**, v.18, n. 2, p. 307–318, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742012000200011>. Acesso em: 3 fev. 2025.

SOUZA, Diego de Oliveira. A Saúde na perspectiva da ‘Ontologia do Ser Social’. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 337–354, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>. Acesso em: 12 fev. 2025.

SUAS. BRASIL. **Censo SUAS 2023 – Resultados Nacionais**. Centro de Convivência Municipal. Coordenação-Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Brasília, março 2024. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Acesso em: 25 dez. 2024.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e política social em tempos de contrarreformas: ampliação das responsabilidades familiares. In: DAL PRÁ, Keli Regina; MOSER, Liliane. **Família e política social - gênero, gerações e cuidado**. Florianópolis, Editora UFSC, 2020.

TEIXEIRA, Solange Maria.; SILVA, R. N. L. M. da. Política de Assistência Social: entre o familismo e a desfamíliação. **Emancipação**, Ponta Grossa - PR, Brasil., v. 20, p. 1–18, 2020. DOI: 10.5212/Emancipacao.v.20.2013115.012. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13115>. Acesso em: 29 jan. 2025.

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

TEIXEIRA, Solange Maria. Política Social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R. C. T. [et al] (orgs.). **Familismo, Direitos e Cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade**, n.137, p.135–154, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>. Acesso em: 10 ago. 2023.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas. **Serviço Social & Sociedade**, n.142, p. 447–466, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.259>. Acesso em: 28 jan. 2025.

TEIXEIRA, Solange Maria. O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo. **Textos & Contextos**, v. 17, n. 1, p. 126 -137, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/27635/17157>. Acesso em: 22 out. 2024.

TONET, Ivo. **Método Científico – Uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

UNIVERSIDADE DE HARVARD. **Centro de Desenvolvimento Infantil**. O que é Epigenética? 2024. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/translation/o-que-e-epigenetica/>. Acesso em 17 out. 2024.

VAZQUEZ, Daniel Arias.; SCHLEGEL, Rogerio. Do Bolsa Família ao Arcabouço Fiscal: perspectivas sobre a agenda social do terceiro Governo Lula. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 7, p.e00108623, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT108623>. Acesso em: 29 jan. 2025.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acesso em: 14 abr. 2023.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore *et al.* Patrimônio do Serviço Social brasileiro e da PUC-SP. **Serviço Social & Sociedade**, n. 108, p. 781–783, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000400012>. Acesso em: 5 fev. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A “SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA FAMILIAR” A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS**. Este estudo tem como objetivo geral analisar a compreensão dos profissionais da saúde, que atuam no cuidado às pessoas idosas, acerca da Síndrome da Insuficiência Familiar e problematizar o papel da família. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos/as profissionais; conhecer a compreensão deles/as sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar; Problematicar, a partir da percepção dos sujeitos da pesquisa, o papel da família no que tange à Insuficiência Familiar.

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico internacional, comparativo entre Brasil, Portugal, Espanha e França, acerca da Vulnerabilidade, Segurança e Qualidade de vida da pessoa idosa, coordenado pelo Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte), representada pela UNICAP em Pernambuco.

Você foi selecionado pelo método de seleção por conveniência e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. O parecer favorável a pesquisa está sob o número do CAAE 36278120.0.1001.5292, registro interno CEP UNICAP 005/2021.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual você trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada. Os riscos relacionados com sua participação é causar algum tipo de constrangimento com as perguntas formuladas que se encontram na entrevista. Os benefícios relacionados com a sua participação consistem em fomentar o debate sobre a temática, além de abrir portas para uma ação reflexiva sobre a responsabilização da família no que toca ao cuidado para com a pessoa idosa.

As informações obtidas, através dessa pesquisa, serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Arquivaremos as entrevistas por meio eletrônico e ficarão salvas em drive da própria pesquisadora. Você

receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR)

Cirlene Francisca Sales da Silva

Endereço: Rua do Príncipe, 526 – Boa Vista – bloco G4 – Secretária da Pós-Graduação, Térreo – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL.

Comunicação:

E-mail: cirlene.silva@unicap.br

Telefone: 2119-4488; Celular e WhatsApp: 81 9 9530-5399

DADOS DA PESQUISADORA DE CAMPO

Anita Rheno Morethe

Endereço: Rua Estrela do Mar, 70, Brasília -Teimosa, Recife-PE. CEP 51010-050. Brasil.

E-mail: anitinha2005@hotmail.com

Telefone: 81 9 9882-8571

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na Rua do Príncipe, 526 – Boa Vista – bloco G4 – 6º andar, sala 609 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. telefone: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – endereço eletrônico: cep@unicap.br - Horário de funcionamento: 8h às 12h e das 13h às 17h - segunda a sexta-feira.

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço citado.

_____, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do PARTICIPANTE DA PESQUISA

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-000 - Brasília-DF

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Pesquisa: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A “SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA FAMILIAR” A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS

Identificação: _____

Data: _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- | | |
|--|---|
| 1. Idade: | 5. Religião: |
| 2. Cor/Raça: | 6. Profissão: |
| 3. Gênero: | 7. Grau de escolaridade: |
| 4. Estado civil: | 8. Tempo de atuação profissional junto às pessoas idosas: |
| 9. Local de trabalho (público ou privado): | |

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Você já ouviu falar sobre a Síndrome da Insuficiência Familiar – SIF?
- 2) Se não ouviu falar, qual o primeiro pensamento/impacto que essa nomenclatura causa em você?
- 3) Na sua prática profissional, como você percebe o papel da família no cuidado à pessoa idosa?
- 4) Quais as dificuldades que você percebe, por parte dos familiares, no cuidado à PI?
- 5) Quando os familiares compartilham com você as dificuldades encontradas, no dia a dia no cuidado à PI, quais as estratégias ou orientações que são oferecidas para ajudá-los?
- 6) Você já ouviu falar em rede de suporte social à PI? Se sim, qual sua compreensão sobre o que é essa rede?
- 7) Quais os serviços ou instituições que o/a senhor/a conhece que compõem a rede de suporte social à PI?
- 8) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa (atitudes, ações, intervenções) que você acha que pode contribuir para minimizar o fenômeno da Insuficiência Familiar?

APÊNDICE II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO NO BRASIL, PORTUGAL E ESPANHA

Pesquisador: GILSON DE VASCONCELOS TORRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36278120.0.1001.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio
CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E
TECNOLOGICO
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.267.762

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa projeta ser um estudo multicêntrico em rede internacional, analítico comparativo, longitudinal com abordagem quantitativa, multiprofissional e interdisciplinar.

Este estudo será realizado no Brasil, Portugal e Espanha com a população idosa nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) /Residências conforme denominação em cada País, e atende ao Edital 01/2020 - Redes de Pesquisa da UFRN, o que fomentou já a criação da rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal e Espanha. No Brasil, serão pesquisados idosos residentes em 24 municípios, sendo no Nordeste (Natal/RN, Macaíba/RN, Parnamirim/RN, Santa Cruz/RN, João Pessoa/PB, Jequié/BA, Vitória da Conquista/BA, Recife/PE, Sobral/CE, Teresina/PI, Maceió/AL), Norte (Porto Velho/RO, Palmas/TO, Rio Branco/AC), Centro-Oeste (Goiânia/GO), Sudeste (São Roque/SP, Campinas/SP, Jundiaí/SP, Araras/SP, Divinópolis/MG, Carmo do Cajuru/MG e Viçosa/MG) e Sul (Maringá/PR e Foz do Iguaçu/PR).

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

No âmbito internacional, em Portugal (Cidade de Évora) e Espanha (Cidade de Murcia). Para compor a amostra proposital do estudo, foi adotado a formula de cálculo da amostra levando-se em consideração as populações finitas estimadas de idosos atendidos na atenção primária e residentes em ILPI /Residências de idosos de cada país. Serão pesquisados 3834 idosos nos três países (Brasil, Portugal e Espanha), com base nas estimativas da população idosa assistidas pela atenção básica/cuidados primário em saúde e residentes em ILPI, casas de caridade e residências para idosos nas cidades e instituições a serem pesquisadas. No Brasil, utilizando-se uma estimativa população alvo de 1.802.390 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), erro amostral ($e= 0,08$), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos atendidos na atenção básica e/ou residente em ILPI nas 24 cidades pré-selecionadas como cenários da pesquisa e a amostra estimada ficou em 3534 idosos. Em Portugal, Évora, utilizando-se uma estimativa população alvo de 40.808 idosos, considerando-se, nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), erro amostral ($e= 0,08$), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes em casas de caridade/centro dia pré-selecionadas como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. Na Espanha, cidade de Murcia, utilizando-se uma estimativa população alvo de 77.488 idosos, considerando -se, nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), erro amostral ($e= 0,08$), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de idosos nos cuidados primários e/ou residentes para idosos como cenários da pesquisa, a amostra estimada ficou em 150 idosos. A coleta de dados ocorrerá de forma simultânea em todos os países em dois momentos nos cenários/idosos (T1-2º semestre 2021 entre os meses de julho a dezembro; T2-2º semestre 2022, entre os meses de julho a dezembro), pela equipe de pesquisa em cada país/cidade, previamente treinada com os todos os procedimentos a serem utilizados na pesquisa. Os dados serão organizados e analisados pelo Software Estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 23.0.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: analisar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde e cuidados/intervenções na pessoa idosos atendida na atenção primária à saúde e instituições de longa permanência para idosos no Brasil, Portugal e Espanha.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

Objetivo Secundário:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as características sociodemográficas e sociais dos idosos;
- Avaliar as condições de saúde dos idosos quanto aos aspectos do declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, depressão em geriatria, Pressão Arterial Sistêmica, Avaliação nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência;
- Verificar os indicadores de saúde dos países/cidades cenários do estudo (cobertura AB e ESF, número de leitos/UTI, % Médicos e Enfermeiros) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Verificar os indicadores sociais dos países/cidades cenários do estudo (GINI, IDH, % Pobreza, Renda Per capita e outros auxílios governamentais) no início do estudo e final da coleta de dados;
- Caracterizar os cuidados, condutas e intervenções em saúde (tipo, frequência e forma de aplicação individual/coletiva) adotadas nos serviços de saúde e ILPI no início do estudo e final da coleta de dados;
- Analisar a qualidade do cuidado e segurança nos serviços de saúde e ILPI; - Analisar o uso das Práticas Integrativas e Complementares na saúde integral do idoso desenvolvidas nos serviços de saúde e ILPI;
- Verificar a associação entre as características sociodemográficas, de saúde, cuidados, condutas e intervenções em saúde desenvolvidas para as pessoas idosas atendidas nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após);
- Verificar a relação da vulnerabilidade com as condições sociais, de saúde, cuidados/intervenções em saúde desenvolvidas nos idosos atendidos nos serviços de saúde e ILPI participantes do estudo (T1: Início do estudo, T2: 12 meses após).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em vista que não serão realizados procedimentos invasivos, os pesquisadores projetam que os serão mínimos, que estaremos atentos a identifica-los e buscar imediatamente suspender a coleta de dados e reparar o eventual dano causado. Em caso de complicações ou danos à saúde

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Para os pesquisadores que possam ter relação com a pesquisa, compete aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa em cada cenário/país garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada na sua cidade que a coleta de dados for realizada. O tempo para a avaliação será distribuído em dias alternados (segundas, quartas e sextas) e a equipe terá o máximo de cuidado para que todas as informações já existentes sejam anotadas para evitar reavaliações desnecessárias. O tempo em cada dia de aplicação dos instrumentos será de no máximo 1 hora em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante. Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos durante os procedimentos de avaliação e das entrevistas. Esses riscos poderão ser minimizados uma vez que a equipe será treinada antes de realizar as avaliações, o local será restrito ao pesquisador e ao idoso. Durante as entrevistas, qualquer pergunta que cause constrangimentos ao idoso, o mesmo terá o direito de não responder ou de parar a qualquer momento. Na avaliação da gordura do corpo do idoso poderá ter algum desconforto quando for usado os aparelhos no braço ou barriga, porém o pesquisador e/ou membro da equipe será treinado para fazer o mais breve possível o exame e sem desconfortos.

Benefícios:

Como benefícios direto da pesquisa o idoso receberá todas as informações das avaliações sobre sua saúde e seus dados sociais e encaminhamentos para atendimentos direcionados a sua necessidade serão garantidos pelo pesquisador. Os benefícios indiretos serão contribuir para as informações sobre envelhecimento tanto no Brasil, quanto em Portugal e Espanha. Espera-se que a pesquisa possa promover a troca de experiências bem-sucedidas de intervenções na atenção primária e ILPI, e que promova a formulação de estratégias, ações, programas e políticas voltadas para o envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Diante do exposto, esperamos que os resultados da pesquisa permitam:

- A capacitação os profissionais de saúde quanto ao uso adequado da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos países que utilizam;
- A identificação, descrição e proposição de resolução das fragilidades da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e que permita sua aplicabilidade nos diversos cenários de convivência do idoso (domicílio, centro de convivência, ILPI e unidades de saúde);
- A identificação das necessidades sociais e saúde dos idosos usuários dos serviços de saúde e

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

ILPI;

- O rastreamento precoce da presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo, fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade familiar, capacidade e fragilidade funcional, qualidade de vida, alteração da PAS, alteração nutricional, risco de quedas, segurança do idoso e violência no idosos avaliados;
- A identificação das condições e indicadores sociais e saúde nos diferentes cenários e países envolvidos e sua relação com o risco da vulnerabilidade dos idosos;
- A melhora da qualidade de vida dos idosos por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos;
- O estabelecimento de planos de cuidados para idosos na atenção primária e ILPI com base nos problemas sociais e saúde identificados;
- A discussão, formulação e adoção de estratégias, programas e políticas na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ILPI, segurança, redução do risco de quedas e violência contra a pessoa idosa;
- A discussão de pesquisas multicêntricas de pesquisas, transferência tecnológica e produção científica qualificada sobre o envelhecimento em rede com os grupos de pesquisas dos três países envolvidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Exequível e de elevada relevância especialmente por tratar e construir conhecimentos sobre as vulnerabilidades da pessoa idosa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes.

Recomendações:

- O CEP HUOL/UFRN ALERTA que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, após o fim do distanciamento social e da redução dos riscos relacionados ao Coronavírus (COVID-19);
- O pesquisador deve priorizar pela adoção de medidas de coleta de dados por meio virtual;
- Caso o(a) coordenador(a) da pesquisa decida executar as etapas com participantes de pesquisa antes do fim do distanciamento social, deverá colher Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.267.762

– Covid-19;

- Caso o cronograma apresentado no projeto de pesquisa aprovado seja alterado, em decorrência da pandemia do Coronavírus (COVID-19), solicitamos que seja encaminhado um novo cronograma ao CEP HUOL/UFRN, sob a forma de notificação do tipo "Comunicação de Início do Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a correção das pendências, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1605614.pdf	08/09/2020 10:06:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	MODELO_HUOL_Declaracao_de_Nao_Inicio_da_Pesquisa_Prof_Gilson_Torres.pdf	08/09/2020 10:00:02	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atual.docx	08/09/2020 09:59:12	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.267.762

Outros	Chamada_PQ2020_cronogramanovo_lin k.pdf	05/08/2020 09:35:19	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	EDITAL_N_01_2020_REDES_DE_PES QUISA_ERRATA.pdf	05/08/2020 09:33:49	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Nao_Inicio_Pesquisa_Prof_ Gilson.pdf	05/08/2020 09:30:59	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/08/2020 09:26:23	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROPOSTO_ATUAL.pdf	01/08/2020 15:50:43	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPQ_GILSON_TORRES_CEP _UFRN_COMPLETO.pdf	01/08/2020 15:47:57	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Instrumentos_Projeto.pdf	01/08/2020 15:46:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade_Pesquisadore s.pdf	01/08/2020 15:45:52	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Folha_Identificao_Pesquisador_Gilson_ Torres.pdf	01/08/2020 15:42:42	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Declaração de concordância	Termo_AnuencialInstituicoes.pdf	01/08/2020 15:41:10	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	01/08/2020 15:40:09	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROPOSTO.pdf	01/08/2020 15:39:03	GILSON DE VASCONCELOS TORRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.267.762

NATAL, 10 de Setembro de 2020

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br