

Envelhecer e adoecer: Quais os sentidos atribuídos pelos idosos? ¹

Eduarda Stachelski²

Resumo: Este artigo tem como finalidade compreender os sentidos do adoecimento para idosos hospitalizados objetivando entender quais são as esferas que garantem a proteção do contexto social e econômico do idoso durante este período, os enfrentamentos construídos diante das adversidades oriundas do adoecimento e o que os idosos esperam de sua rede de apoio e dos serviços de saúde. A pesquisa constitui-se como exploratória, qualitativa e de campo. Foi desenvolvida junto a dez idosos hospitalizados por meio de entrevistas semiestruturadas. A amostra da pesquisa foi ilustrativa, composta por cinco homens e cinco mulheres, com participantes que acessaram a política de saúde pelo Sistema Único de Saúde e também através de convênio. Os resultados apontam que a oferta de proteção social diante das vulnerabilidades é realizada pelo poder público, pela família e pela comunidade, com a complementaridade do setor privado para aqueles com maior poder aquisitivo. Também que os idosos esperam de suas famílias a retribuição do cuidado de forma afetuosa. E, que o adoecimento transforma a realidade do idoso, tendo a preocupar-se mais com a funcionalidade do corpo e com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, sendo estas a relação com os familiares, técnicas para a diminuição do estresse, entre outros. Todos estes fatores influenciam o sentido atribuído pelo idoso ao adoecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Sentidos. Proteção social. Família. Corpo. Adoecimento.

Introdução

O processo de envelhecimento acompanha o indivíduo desde o início de sua existência, porém a velhice propriamente dita, caracteriza-se como um fenômeno heterogêneo, que é permeado por condicionantes sociais e fatores como classe, gênero, raça, além de questões culturais, econômicas, políticas (COSTA; SOARES, 2016). Estes aspectos determinam a realidade do idoso, tornando cada indivíduo único em sua subjetividade.

Para Santos e Damico (2009), a velhice é uma construção, que advém de um contexto histórico e temporal que pode modificar-se em cada sociedade. Ainda conforme os autores “em nossa sociedade – ocidental, moderna – vivemos o paradoxo de aspirar uma vida mais longa ao

¹Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Passo Fundo (UPF) em 2020/02, orientado pela professora doutora do curso de Serviço Social da Universidade de Passo Fundo Cristina Fioreze.

²Acadêmica do curso de Serviço Social da Universidade de Passo Fundo.

mesmo tempo em que recusamos as marcas do envelhecimento e da velhice, suas fraquezas” (SANTOS; DAMICO, 2009, p. 3).

Este paradoxo aponta para uma criminalização do idoso, principalmente quando o envelhecimento está associado ao adoecimento, algo que é recorrente na população idosa, uma vez que o perfil epidemiológico desta parcela populacional caracteriza-se “pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas” (BRASIL, 2014, p. 21).

O processo de adoecimento pode suscitar muitas adversidades na realidade do idoso e de sua família, posto que o tratamento em saúde demanda investimentos pessoais, econômicos e de tempo, podendo afetar o trabalho, as relações, entre outros aspectos da vida cotidiana. Diante desta realidade, o presente artigo tem como origem o seguinte problema de pesquisa: Qual o sentido de adoecer para os idosos hospitalizados no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, no segundo semestre de 2020? O termo “sentido” é entendido nesta pesquisa como algo singular a cada indivíduo, construído através de suas experiências, da relação com seus pares, com a doença, com os serviços de saúde, entre outros, como elucida o exemplo de Vieira sobre o termo: “Se digo, por exemplo, ‘sol’, podemos procurar o significado: ‘estrela de quinta grandeza, centro do sistema solar...’ Mas se digo para minha esposa: ‘você é meu sol’, embora a palavra tenha uma definição, para nós dois terá uma construção semântica própria” (VIEIRA, 2019, p. 125), isto é, o significado da palavra passa a ser único para o indivíduo, baseado na sua vivência. Isto posto, esta pesquisa tem o intuito de compreender, de modo geral, o contexto social e econômico do idoso durante o período de adoecimento, buscando entender as estratégias de enfrentamentos desenvolvidas diante das dificuldades. Também o papel dos serviços de saúde e da família neste contexto de fragilidade.

Este artigo foi fundamentado em uma pesquisa de caráter exploratório, por ser “a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (SANTOS, 2000, p. 27). Além disso, trata-se de pesquisa qualitativa e também de campo, por permitir, conforme Minayo (2015), uma aproximação com indivíduos que fazem parte da realidade na qual o pesquisador busca investigar.

Metodologicamente, a pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, no ano de 2020, após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética (CAAE: 34825120.7.0000.5342). Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com dez pacientes

idosos hospitalizados na instituição, cinco do sexo feminino e cinco do sexo masculino, de diferentes Postos de Enfermagem, ou seja, englobando tanto pacientes que ingressam no complexo hospitalar através do Sistema Único de Saúde como aqueles que possuem plano de saúde, e/ou condições para prover seu tratamento de modo particular.

O artigo está dividido em duas partes, além desta introdução e das considerações finais. A primeira propõe uma reflexão a respeito do conceito saúde-doença e sobre como a realidade do idoso impacta o contexto de envelhecimento e adoecimento, a partir da literatura. A segunda apresenta os dados da pesquisa, contendo quatro subitens, sendo que o primeiro traz a ideia de segurança social e discute, através dos dados da pesquisa, quais são as instituições que tendem prover a mesma. O segundo refere-se ao cuidado, aquele realizado por si próprio e pela família e, por último são abordadas reflexões sobre o corpo diante de um processo de envelhecimento e adoecimento, os impactos dos dois na vida cotidiana e as estratégias de enfrentamento oriundas do período de vivência da patologia. E, por último, a relação entre os dados e o problema de pesquisa.

1 Saúde-doença e o contexto social do idoso

O adoecimento pode ser entendido como a ausência de saúde que, por sua vez, conforme a Organização Mundial da Saúde caracteriza-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidade” (OMS, 1978, p. 1), isto é, incorpora determinantes sociais, econômicos, culturais como o lazer, a habitação, o ambiente em que se vive, as relações que se estabelece.

Assim como o fenômeno do envelhecimento, que se deu pelo avanço no campo da saúde, pelo planejamento familiar, pelo acesso a água, ao saneamento básico, além do acesso aos direitos da seguridade social, a políticas de habitação, trabalho, entre outros, (TEIXEIRA, 2020), o adoecimento também pode ter suas origens ou seu agravamento no contexto social do idoso, uma vez que a doença não é mais entendida meramente como ausência de doenças e sim um evento incluso em um contexto histórico e social.

No adoecimento há a existência inegável de uma ligação entre o contexto social e o processo de saúde-doença, tendo o primeiro maior impacto que o fator biológico, porém ele sozinho não propicia o aparecimento de patologias, sendo necessário maiores estudos e

observações acerca desta relação (LAURELL, 1982). A velhice é plural e homogênea, para Costa e Soares (2016) o gênero, o sexo, a cor dos indivíduos são desigualdades que determinam a diversidade e a homogeneidade do envelhecimento. Isto quer dizer que, “as particularidades explicam as diversidades de expressões singulares do fenômeno” (TEIXEIRA, 2020, p. 143).

Ainda para Teixeira (2020) estas singularidades não se restringem apenas a diferenciação dos idosos e sim, no modo como envelhecem em sociedade e no impacto que estes determinantes têm no fator biológico, como elucidada o seguinte exemplo

se Maria teve uma trajetória de trabalho estável e protegido, ela se diferencia dos que não a tiveram, dos que sempre compuseram a superpopulação relativa, como exército de reserva, estagnada ou a “camada lazarenta”, que vive da solidariedade dos outros para sua sobrevivência (TEIXEIRA, 2020, p. 143)

À vista disso, é possível afirmar que os idosos em situação de desfavorecimento nos quesitos classe, raça, localidade, também estão propensos a vivenciar uma patologia ou ter a mesma agravada devido a sua realidade.

O Estado e as políticas públicas são fatores determinantes na construção da saúde e na atenuação das desigualdades anunciadas no sistema, atualmente vigente, capitalista. No Brasil a inquietação com o processo de envelhecimento é recente e foi impulsionada, em grande medida, pela organização dos movimentos sociais dos aposentados (SILVA; YAZBEK, 2014). Como resposta às demandas da população idosa, o Estado desenvolveu políticas públicas destinadas a esta faixa etária, colocando-os em sua agenda pública, como por exemplo a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outras (SILVA; YAZBEK, 2014).

Mesmo com o inegável avanço em relação à proteção social destinada à população idosa, as políticas públicas construídas não alcançam o âmago da questão. O capitalismo, na perspectiva do envelhecimento, é um sistema que prioriza o tempo e a produção em detrimento a evolução do ser humano, havendo privilégios para aqueles que estão em uma localização e classe social favorável (COSTA; SOARES, 2016). Associado ao Estado, que segue uma perspectiva neoliberal, onde as políticas têm “um caráter compensatório das desigualdades econômicas e sociais, originadas de um modo de produção extremamente desigual e competitivo, motor propulsor e perpetuador da desigualdade social” (GASPAROTTO; GROSSI; VIEIRA, 2014, p. 7), os idosos passam a vivenciar uma desproteção social, onde apenas os mais vulneráveis recebem auxílio estatal.

Silva e Silva (2010), após uma análise das categorias pobreza, exclusão, desigualdade concluem que “temos tido a proliferação de políticas de inclusão precárias e marginais, orientadas pela focalização na população pobre ou extremamente pobre, incapazes de alcançar as determinações mais gerais e estruturais da situação de pobreza no país” (SILVA E SILVA, 2010, p. 161).

Neste contexto, conforme Silva (2016)

as dificuldades que cercam o processo do envelhecimento se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios (SILVA, 2016, p. 219).

Ainda na perspectiva da autora, o entendimento da longevidade como algo positivo só será possível com ações direcionadas a população idosa e a todas as gerações. Englobando “ações permanentes de sustentabilidade e emancipação” (SILVA, 2016, p. 219).

Para a superação das desigualdades no contexto socioeconômico do idoso é necessário a superação de preconceitos, estigmas e valores existentes no sistema capitalista, onde a utilidade do indivíduo é mensurada por sua produtividade (SILVA, 2016). As estratégias para seu enfrentamento devem ser realizadas através da agenda pública, considerando a equidade e a justiça social e priorizando o desenvolvimento humano (SILVA, 2016).

2 Apresentando os dados da pesquisa

Nesta seção serão apresentados e analisados os dados advindos da pesquisa de campo desenvolvida. A mesma foi aplicada junto a dez idosos que apresentaram múltiplas realidades. Participaram desta pesquisa dez idosos, cinco do sexo feminino, cinco do sexo masculino. Sendo metade internados pelo Sistema Único de Saúde e a outra metade através de plano de saúde. Cinquenta por cento dos pacientes têm diagnóstico de câncer, tendo como período de tratamento a oscilação de um mês a quatro anos. A rede de apoio dos idosos entrevistados durante o adoecimento é composta em maioria por cônjuges e seus filhos, principalmente mulheres, corroborando com a literatura existente. (MOSER; PRÁ, 2016)

Na sequência serão apresentados os dados e a discussão dos resultados, com base em três categorias, intituladas como: (In)segurança social, Família e cuidado e Corpo que adocece.

2.1 (In)segurança social

O conflito capital e trabalho, as desigualdades sociais, a vulnerabilidade de saúde do idoso, coloca-o em um contexto de desproteção, incumbindo instituições como o Estado e a família principalmente, à oferta de condições mínimas para a sua sobrevivência. Nesta categoria serão analisadas as principais instituições que garantem proteção social aos idosos com algum tipo de vulnerabilidade, neste caso o adoecimento, conforme as informações coletadas durante esta pesquisa. O primeiro garantidor é o Estado, que deve oferecer segurança através das políticas sociais públicas, tais como saúde, previdência, assistência social. A segunda acontece por via do setor privado, de maneira contributiva por parte do usuário, por meio da aquisição de planos de saúde ou de previdência privada, por exemplo. E, por último a família, com a articulação de seus membros que, em tempos de neoliberalismo, acaba tendendo a assumir grande parcela das responsabilidades por proteção de seus integrantes.

A intervenção estatal, através das políticas públicas, surge devido ao conflito entre capital e trabalho, durante a Revolução Industrial (HÖFLING, 2001). As políticas públicas neste contexto têm como objetivo a garantia de direitos essenciais à população, em dimensões culturais, sociais, econômicas, contribuindo também para atenuar a Questão Social, entendida como um “conjunto de desigualdades sociais engendradas pelas relações sociais constitutivas do capitalismo contemporâneo” (YAZBEK, 2005). Conforme Yazbek (2005, p. 76):

a Política Social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. Interesses que não são neutros ou igualitários e que reproduzem desigual e contraditoriamente relações sociais, na medida em que o Estado não pode ser autonomizado em relação à sociedade e as políticas sociais são intervenções condicionadas pelo contexto histórico em que emergem.

As políticas sociais públicas tornam-se, portanto, ações “voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (HÖFLING, 2001, p. 31). Porém, diante de um posicionamento neoliberal do Estado, estas apresentam uma perspectiva compensatória e seletiva, onde os recursos vão apenas para os mais necessitados (HÖFLING, 2001). Diante desta conjuntura, o enfrentamento das desigualdades fica sob responsabilidade da sociedade, isto é, da família, das organizações sociais e da comunidade em geral. Esta maneira de

estruturação da proteção social demonstra um sistema misto que combina as ações do Estado e do terceiro setor (YAZBEK, 2005) ou seja, a proteção social, que deveria ser garantida pelo Estado, passa a ser uma responsabilidade segmentada entre o poder público, a família, a comunidade e o setor privado, este último apenas para aqueles que possuem maior poder aquisitivo.

A população brasileira passou por um processo de envelhecimento gradual e repentino, impossibilitando o desenvolvimento de políticas públicas eficazes para a garantia de proteção social à parcela populacional envelhecida. Para Küchemann “As leis e medidas elaboradas pelo Estado têm por objetivos proteger o/a idoso/a, fornecer subsídios que garantam sua participação na comunidade, defender sua dignidade, zelar pelo seu bem-estar e garantir o direito à vida” (2012, p. 168). Esta proteção dos direitos do idoso é materializado através das políticas públicas. Entre os entrevistados, há o entendimento de que o Estado é eficiente em ofertar serviços de saúde de forma gratuita e resolutiva, conforme os relatos:

“Sim, eu sou aposentada sim, é que aqui a gente não gastou nada, ganha tudo né”. (Idosa 10)

“A gente aqui, tamo pelo SUS, não, nada é exame, tudo, tudo, tudo, não tem, não se puxa dinheiro nenhum pra saúde aqui né”. (Idosa 10)

O Sistema Único de Saúde, instituído pela lei nº 8080/1990 promove a proteção, a promoção e a recuperação em saúde de forma gratuita, seguindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 1990). Os idosos entrevistados relataram ter acesso a rede de saúde desde a atenção primária, através das Unidades Básicas de Saúde, na retirada de remédios, para a realização de check-ups, entre outros. O mesmo ocorreu no acesso a serviços especializados, através do hospital no qual estavam internados, de forma qualificada, como ressaltam os idosos entrevistados: *“aqui graças a Deus aqui foi tudo bem, bem atendido, tudo, né, não farto comida, não farto atendimento.”* (Idoso 6)

Os profissionais destas instituições, são os agentes responsáveis por operacionalizar as políticas públicas que garantem a proteção social. Durante sua atuação são responsáveis por assegurar a oferta do serviço de modo qualificado, garantindo a participação dos pacientes em seus processos de saúde-doença. A relação com os profissionais, conforme os relatos dos entrevistados, demonstrou-se positiva, uma vez que os idosos descreveram a dedicação na recuperação dos pacientes, o bom humor, a disponibilidade dos médicos, enfermeiras.

Apesar da resolubilidade e da oferta de tratamento gratuito através do Estado, muitos idosos optam por realizar seu tratamento através dos planos de saúde, de modo contributivo, como relatam as seguintes falas:

“não tenho queixa do IPE, é um plano que cobre assim muuuita coisa, é um tratamento beem caro né, que eu tenho que fazer” (Idosa 2)

“eu tenho convênio médico mesmo que me ajuda, por que o salário, seis anos sem aumento querida” (Idosa 2)

Esta preferência deve ser observada e entendida, dado que há na fala de alguns idosos o entendimento de que a oferta de saúde no modo privado é de maior qualidade: *“Tem que pagar particular, se pagar particular é muito mais melhor, só que a renda não da né”*. (Idoso 8). Conforme a lei 8080/1990 a iniciativa privada é livre para ofertar assistência à saúde, além do Sistema Único de Saúde utilizá-la de maneira complementar. (BRASIL, 1990) Entretanto, a oferta de modo privado gera uma desigualdade, dado que grupo de pessoas com status socioeconômico elevado tem duplo acesso ao sistema de saúde (ANDRADE; MAIA, 2007).

Conforme Reis (2000), nos anos 90, a crise econômica do Estado associada ao neoliberalismo e a força do setor privado foram fatores que favoreceram a posição do setor privado no modelo assistencial. Resultando no “colapso da oferta e da qualidade dos serviços públicos de saúde e, em decorrência, a consolidação dos planos” (REIS, 2000, p. 124).

Santos, Santos e Borges (2013) argumentam sobre o aumento da convicção de que o setor privado é a alternativa ideal diante das dificuldades do setor público de saúde, devido ao entendimento de que o setor privado é capaz de diminuir as filas do sistema público, além de ser de maior qualidade. Porém, ainda conforme os autores, é necessário ponderar que o setor privado prioriza as demandas individuais e a obtenção de lucros, em detrimento do direito à cidadania e dos valores coletivos (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013).

Apesar da oferta de serviços de saúde, a política pública sozinha normalmente não é capaz de suprir todas as necessidades dos idosos nesse âmbito, corroborando com o texto de Küchemann (2012) que argumenta sobre a insuficiência de medidas para o cuidado da população idosa, principalmente àqueles de longa duração. Diante disto, é necessário a família complementar este cuidado. No contexto neoliberal, essa assistência, ao invés de ser provida pelo Estado, acaba por ser assumido pela família. Essa, diante de um contexto neoliberal acaba por incorporar a responsabilidade na provisão do bem-estar, assumindo os custos financeiros, emocionais, entre outros (MOSER; PRÁ, 2016). Como ressaltam as falas a seguir:

“sempre dava pra pagar as continhas, coisas assim sempre dava, mas as minhas filhas sempre me ajudavam nas coisas, se precisava de alguma coisinha, iam lá e sempre me davam”. (Idoso 8)

“os filhos ajudam bastante, agora medicação é bem cara, é bem difícil, a gente tá sentindo isso claro, não é que, não, mas eles tão dando jeito, o jeito deles”. (Idosa 2)

O Estado neste contexto, passa a ser “o gestor e coordenador de uma rede em que muitos atores e instituições se responsabilizam pela proteção social, sob o apelo de serem formas participativas, democráticas e de relações horizontais, redefinindo a própria noção de política pública” (TEIXEIRA, 2020, p. 149). Ainda conforme a autora, as políticas públicas, teoricamente, ofertam o suporte do qual as famílias necessitam para ofertar o cuidado, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos, porém, “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. Mesmo os serviços em domicílio da política de saúde não ofertam cuidados materiais em si” (TEIXEIRA, 2020, p. 150).

Esta proteção destinada ao público idoso pode acontecer antes, durante e após o processo de adoecimento, dependendo das condições socioeconômicas e biopsicossociais do idoso e também da família. O cuidado pode ser referente à renda, às tarefas do dia a dia, às questões relacionadas à saúde, entre outros.

Conforme a literatura, frequentemente o cuidado do dia a dia é ofertado por um familiar do sexo feminino, como esposas, filhas, irmãs, devido a “obrigação ou dever moral, pois existe uma responsabilidade social e familiar e normas sociais que ‘devem’ ser respeitadas; reciprocidade; gratidão; sentimento de culpa ou mesmo para evitar a censura da família, de amigos e de conhecidos” (MOSER; PRÁ, 2016, p. 385). Nesta pesquisa foi constatado que pelo menos seis dos dez idosos têm como seu/sua principal cuidador uma mulher, corroborando com a literatura existente e demonstrando a sobrecarga que há no sexo feminino quando a questão é o cuidado dos membros da família.

As famílias apresentam novas configurações e arranjos. Há na atualidade o aumento das separações, da participação da mulher no âmbito público, aumento das famílias monoparentais e unipessoais, movimentos migratórios, diminuição dos membros que compõem a família (KÜCHEMANN, 2012), que dificultam a oferta de cuidados aos familiares idosos. Para corroborar esta assistência é preciso que haja um acompanhamento da família para identificar

sua estrutura e suas condições para prestar os cuidados, o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, além de ser necessário um olhar especial ao familiar cuidador, para que o mesmo mantenha sua qualidade de vida (KÜCHEMANN, 2012).

A desigualdade no Brasil é marcante e determinante. Os condicionantes sociais como raça, gênero, classe social determinam a realidade do idoso, demarcando a segurança social ou a falta dela durante seu processo de envelhecimento. À frente desta questão, o Estado constitui-se como a instituição capaz de prover proteção social à população. Porém, diante de sua perspectiva neoliberal esta incumbência torna-se responsabilidade da família e do setor privado, instituições que têm suas complexidades e limitações, que dificultam esta oferta.

Diante do exposto, um sistema de proteção social estruturado é fundamental para a realidade do idoso, devido a sua vulnerabilidade em saúde, assim como por estarem inseridos em um contexto de desigualdades. Este deve considerar as dificuldades da família e suas novas configurações, não sobrecarregando-a, além da realidade do idoso e de suas necessidades.

2.2 Corpo que adocece

O corpo é uma construção social, afetado pela cultura, “é nele e com ele que cada um de nós constrói nossa história e nossa identidade” (SANTOS; DAMICO, 2009, p. 1). Nele também se manifesta a idade, e nele que são demarcadas as exclusões e os pertencimentos (SANTOS; DAMICO, 2009).

O corpo revela as condições de vida do indivíduo e os acessos ou a falta deles durante a mesma, como por exemplo as condições de trabalho, a escolaridade, as atividades físicas, o acesso a bens e serviços, dentre outros (SANTOS; DAMICO, 2009). A imagem que se tem sobre o corpo constrói-se na relação com os outros, nos valores, nas histórias, em expressões e gestos (BLESSMANN, 2003).

Se o corpo é entendido através das experiências com o outro, observa-se então, junto aos dados da pesquisa, dois fenômenos. O primeiro é a percepção do processo de envelhecimento intrinsecamente ligado ao adoecimento, como demonstram alguns dos relatos: *“eu penso que que no fim todos, a gente passa por isso eu acho né depois de alguma idade”* (Idosa 5)

O segundo fenômeno é o envelhecimento ligado a um momento de aproveitamento da vida, devido ao maior tempo disponível pelo acesso ao direito a aposentadoria. Para Motta (2002, p. 48)

ainda coexistem as duas imagens: a tradicional, ‘naturalizada’, do velho inativo, respeitável, mas ‘inútil’; e a nova imagem, mais dinâmica e participante, embora apenas em determinadas situações sociais. Esta ironicamente propiciada, grosso modo, pela sociedade de consumo, ávida pelas pensões e pelos ‘benefícios’ dos aposentados.

Esta segunda imagem denota uma intenção em retardar as marcas do envelhecimento com produtos e serviços. Este propósito demonstra que o corpo velho é o lado fraco da sociedade, representando o oposto do ideal imposto pela sociedade capitalista e vendido pelas empresas (SANTOS; DAMICO, 2009).

O idoso que vivencia um processo de adoecimento, ainda que componha este dualismo, passa a entender o corpo para além do estético. Para Blessmann (2003) os traços, o cabelo branqueado, anuncia a chegada da velhice, porém estas transformações são acompanhadas por alterações relacionadas à funcionalidade. Ainda para a autora, as consequências do envelhecimento, que se concretizam na diminuição da agilidade, nas dificuldades dos gestos motores, entre outros, ocorrem para todos em algum momento e, quando isto acontece, o idoso passa a priorizar a funcionalidade e a saúde em detrimento da beleza (BLESSMANN, 2003).

O adoecimento, assim como o envelhecimento, provoca modificações na estrutura do corpo e no seu funcionamento, acarretando em transformações no dia a dia e dificultando o cuidado com a casa, trabalhos braçais, a permanência no mercado de trabalho, dentre outros, como demonstram as falas a seguir:

“faz mais de um ano que eu tô sentindo assim que não era mais aquela pessoa de antes, pra trabalhar, pra tudo né, até pra comer, parece que a comida já não ia muito, perdi bastante o apetite né, e assim foi indo” (Idosa 10).

“a gente modifica muito, eu não sou mais a [nome da idosa] que eu era né, eu tô conseguindo entender que as minhas capacidades são outras e que agora eu preciso me cuidar, eu preciso me curar, eu preciso de um tempo pra mim” (Idosa 2).

O idoso, durante este processo, percebe as limitações que o envelhecimento e o adoecimento deixam no corpo. Aspectos relacionados a dificuldades no desempenho de tarefas e o sentimento de ameaça ao bem-estar “podem gerar angústia ou afetar o senso de significado pessoal, gerar sentimentos de solidão, problemas de saúde mental, ou mesmo crise espiritual,

imprimindo um quadro sintomático depressivo” (FORTES-BURGO; NERI; CUPERTINO, 2007, p. 80).

Diante disto, a fim de evitar o sofrimento que está relacionado com a dependência, Mazza (2008), em sua pesquisa desenvolvida na cidade de São Paulo, conclui que os idosos tendem a utilizar os recursos possíveis para preservar sua autonomia, pois depender do outro é uma tarefa penosa, sendo a realização das tarefas do dia a dia a comprovação da permanência da independência.

Este momento de adoecimento pode ser entendido como um período no qual não é possível vivenciar experiências agradáveis, sendo observado uma atitude de conformismo, como relatam os idosos entrevistados: *“Mas eu tava, eu me aposentei pra viver a vida né e aí não aproveitei a vida, ela tá assim, ela não tá ruim e não tá boa, eu to sobrevivendo, bastante remédio e cuidados né, não posso viajar, não posso fazer esforço”* (Idoso 1).

A notícia do surgimento da patologia, no caso dos entrevistados, em primeiro momento aflige, porém, após assimilar a informação, o sentimento é de conformismo e esperança na recuperação em saúde, como mostram as falas que seguem:

“O cara se sente, até que, até que eu tô conformado que eu tô levando uma vida tranquila até, não me dá aquele desânimo, mas tá bem, tá bem” (Idoso 3).

“Podia mudar alguma coisa mas apareceu vai fazer o que, agora pra gente levar pra curar [...] [incompreensível]” (Idoso 8).

Diante das adversidades oriundas do adoecimento os idosos tendem a desenvolver múltiplas estratégias de enfrentamentos, como por exemplo, buscar conversar e receber apoio dos familiares, realizar caminhadas e principalmente fortalecer a resiliência. A religiosidade também é uma das estratégias desenvolvidas pelos idosos, como demonstram as seguintes falas:

“ah eu rezo peço a Deus que, que volte a minha saúde né, pra fazer as minhas atividades de novo, tá levando a vida assim” (Idosa 10).

“mas eu sempre pedi pra Deus me ajudar e ele me ajudou” (Idoso 7).

Conforme Fortes-Burgo, Neri e Cupertino (2007), o foco na religiosidade, utilizado principalmente pelas mulheres, auxilia na aceitação da falta de controle, diminuindo os impactos negativos e o estresse. Isto é, torna-se um relevante mecanismo de superação das dificuldades.

O adoecimento transforma a relação do idoso com o seu corpo. Este momento, que pode ser vivenciado com limitações na funcionalidade costuma ser um período de redescobertas do idoso, pois os mesmos passam a perceber as dificuldades oriundas do envelhecimento e da patologia e tendem a retardá-las. A família e as políticas públicas são fundamentais no auxílio do indivíduo neste momento, pois contribuem na manutenção da vida e no cuidado.

2.3 Percepção do cuidado

O cuidado pode ser entendido como uma aproximação, onde observa-se as particularidades e a individualidade daquele que é cuidado (KÜCHEMANN, 2012). Devido à fragilidade da saúde da população idosa e do aumento das doenças crônicas degenerativas, há uma crescente requisição de instituições que possam responsabilizar-se com os cuidados desta parcela populacional. Este pode ser ofertado por profissionais, pelos membros da família, por instituições, pelas políticas públicas, entre outros. Além de poder ser um autocuidado, que se constitui como ações realizadas a si próprio para a promoção de bem estar.

Para Mazza é por meio do cuidado “que o homem é dignificado na sua condição de Ser Humano, e sem ele transforma-se em ser amorfo, sem significado, sem identidade, sem valor, sem dignidade” (MAZZA, 2008, p. 157). Ainda para a autora, é através do cuidado que sentimos afeto, carinho, ações estas que fazem com que o indivíduo se sinta vivo (MAZZA, 2008)

A necessidade de cuidados depende da autonomia e das condições físicas e emocionais do idoso, ou seja, quanto maior a dificuldade do paciente, mais ele irá requisitar o apoio de um cuidador durante seu processo de adoecimento. O grau de dependência, conforme Caldas (2003), é avaliado com base na função e na capacidade de execução das tarefas da vida diária, que se divide em:

- (a) atividades básicas da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, etc.;
- (b) atividades instrumentais da vida diária – indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc.;
- e (c) atividades avançadas da vida diária – marcadoras de atos mais complexos, e em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos, etc (CALDAS, 2003, p. 775).

Em uma perspectiva da área da saúde e considerando a operacionalização da atenção em saúde da população idosa, “o cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão” (BRASIL, 2014, p. 16).

Na perspectiva dos idosos entrevistados o cuidado ideal é aquele ofertado com amor e atenção diante das vulnerabilidades, principalmente quando se necessita. Como ressaltam os seguintes discursos:

“Ser bem cuidado é quando eu preciso, quando eu não consigo fazer as coisas, que eu não tenho mais capacidade de fazer, daí eu vejo que sou bem cuidada” (Idosa 2).

“É a pessoa ter carinho, ter dedicação, sincero comigo, né, não precisa me dar tudo que eu preciso, dando o necessário é o suficiente, é amor, compreensão, essas coisas, bom senso, a gente tem que ter assim bom senso sempre né, e amizade sincera né, nada por interesse” (Idoso 1).

Para Kuchemann o cuidado “possibilita um encontro dialógico entre o ser que cuida e o ser que é cuidado” (2012, p. 167), envolve atenção, dedicação, afeto e valorização do outro, porém, ainda conforme o autor, o mesmo não pode ser baseado apenas na ética e em questões humanitárias, deve ser exercido por alguém com boa saúde e qualidade de vida de maneira eficiente e técnica. (KUCHEMANN, 2012)

A percepção do cuidado, durante a fala dos idosos, foi associada à imagem da família, mesmo que a mesma não tenha sido diretamente citada durante o questionamento referente a esse ponto. Isto deve-se ao fato de que a família é a primeira instituição responsável pelo cuidado dos seus membros e normalmente, diante de um processo de adoecimento, é a que se responsabiliza por esta tarefa, auxiliando nos cuidados essenciais, na manutenção da saúde, assim como prestando apoio emocional.

A família é uma das formas de organização coletiva que possibilita o estabelecimento de relações. A organização familiar é responsável, em muitos casos, pela criação e manutenção de um vínculo de solidariedade que possibilita a superação de obstáculos vivenciados pelos seus membros (ANDREATTI, 2011, p. 106).

Alguns dos idosos entrevistados, apesar de esperaram o auxílio da família durante o processo de adoecimento, também demonstraram preocupação com os seus cuidadores. Devido

a isto, entendem que o cuidado deve ser ofertado principalmente nos momentos de doença ou vulnerabilidade, conforme a disponibilidade e sem afetar a vida pessoal e profissional, principalmente a dos filhos:

“como é que digo, eles tão, que não é responsável só por mim, eles tem que pensar pra eles também, daí eu no fim tenho que deixar meio ansim né, porque os filhos não podem fazer que nem nois fizemos com nossos filhos” (Idosa 5)

Este momento de adoecimento é caracterizado pela mobilização dos recursos e das energias da família (BELATTO, et al, 2015). Dependendo de sua configuração e dos recursos disponíveis, a oferta de cuidados pode ser uma tarefa difícil, requisitando a ação do poder público, das instituições de saúde, entre outros. Devido a estas adversidades, somadas a apreensão de possuir um familiar adoecido, a família passa por um processo de crise e reestruturação, como ressaltam as seguintes falas:

“meus parentes ficaram meio apavorado por que o marido e agora eu, né, e os parente dele também, ele e agora eu, né” (Idosa 4).

“a gente sempre, a gente sempre, um se preocupa com o outro, se um fico doente o outro já fica, abala a estrutura né, mas a gente sempre foi...” (Idosa 9).

Para Minayo é comum que neste momento uma mulher da família escolha ou seja escolhida para a realização do cuidado ou assuma este papel por falta de opções, estas familiares abrem mão da sua vida pessoal, e “mesmo quando seu trabalho é banhado de amor e reconhecimento, ela se empobrece do ponto de vista econômico e social e passa a ter, desde então, uma existência restrita e confinada, unicamente dedicada ao familiar em situação de dependência” (MINAYO, 2020, p. 5). Ainda conforme Minayo (2020), mesmo as que recebem auxílio financeiro consideram que o mesmo não é suficiente. Isto é, mesmo que o cuidado seja realizado com amor e dedicação é necessário considerar a precariedade deste serviço, que é penoso e não remunerado, além de contribuir com a sobrecarga do público feminino.

O processo de adoecimento pode fragilizar os vínculos familiares, devido às dificuldades impostas durante o processo de saúde-doença, como também fortalecê-los. No caso dos entrevistados, este foi um momento de apoio entre os membros da família. Os idosos demonstraram valorizar o apoio recebido durante este período, sendo este fundamental para a recuperação dos mesmos, não apenas pela oferta dos cuidados essenciais, mas sim pelo carinho obtido:

“se eu não tivesse ela eu taria perdido, ela é tudo pra mim, é minha esposa, minha patroa, minha conselheira, é minha amiga né, é tudo pra mim” (Idoso 1).

“Ah tá louco, sem elas, olha, quase 40 dias que eu tô aqui, tá sempre me acompanhando, sem ela eu não sei o que faria” (Idoso 3).

Quando dependentes, os idosos também criam mecanismos para manter sua qualidade de vida. Em relação ao autocuidado, alguns dos entrevistados trouxeram a cultura dos tratamentos caseiros para a recuperação em saúde. Esta maneira de cura diz respeito a uma construção histórica e cultural de cada idoso e pode ser aliada ao tratamento de saúde:

“a gente tomava comprimido caseiro, primeira coisa a gente né, mas depois daí tivemos que apelar pelo médico, que daí não adiantava né” (Idoso 6).

“Aham, eu não ia, eu não acreditava, eu pra mim, eu achava que tomar remédio caseiro se fumentava” (Idoso 7).

Diante de um processo de adoecimento o cuidado é necessário para a recuperação de saúde do idoso. Este pode ser entendido como uma maneira de afeto que deve ser ofertado em sua sociabilidade com a família, com a comunidade, para que se garanta o fortalecimento dos vínculos e a qualidade de vida. Porém, também é necessário pontuar que com a escassez de políticas públicas que garantam a saúde e o auxílio ao cuidador, esta atenção também fica comprometida, sendo necessário a articulação e o desenvolvimento de estratégias envolvendo a agenda pública e a sociedade civil.

2.4 Respondendo o problema de pesquisa

Devido ao entendimento de que os sentidos se constroem através das relações e das condições de vida e acesso dos idosos durante toda sua existência, esta pesquisa propôs-se a identificar as homogeneidades e as particularidades destas relações, a fim de compreender a complexidade do fenômeno do envelhecimento associado ao adoecimento e seus diversos sentidos. Estes sentidos, conforme as percepções decorrentes da análise das categorias anteriores, são singulares a cada indivíduo e, portanto, cada um deles vivenciará e entenderá este período baseado na sua realidade. Porém existem semelhanças que condicionam a realidade

do idoso adoecido e podem auxiliar na superação ou não das vulnerabilidades que são próprias deste momento da vida.

Conforme evidenciado na pesquisa, a proteção social ofertada pelo Estado de maneira seletiva e fragmentada, como acontece atualmente, condiciona o idoso a vivenciar maiores adversidades, doenças e agravos em saúde. O sentido para cada indivíduo será condicionado ao acesso, por exemplo, à alimentação de qualidade, ao acesso à políticas públicas, como a previdência social, à educação, à saúde, dentre outros fatores associados aos direitos sociais.

No contexto neoliberal vigente, por exemplo, se um idoso tiver acessado, durante sua vida, alimentação, educação, saúde, e ainda tiver uma família com condições de auxiliar no cuidado e/ou ainda tiver provimentos para contratar pessoas para ampará-lo nas funções do dia a dia, o sentido do adoecimento para este idoso será demasiadamente melhor e menos dificultoso do que para aquele idoso que não tiver algum destes recursos. Por isso, é necessário articular e desenvolver estratégias e políticas públicas para que as pessoas usufruam, durante sua vida e também diante de uma adversidade, todos os direitos fundamentais, a fim de adquirir qualidade de vida.

As desigualdades sociais no Brasil dificultam o acesso a serviços. Como resultado disto, muitos idosos e seus cuidadores vivem em precárias condições de vida, mesmo aqueles que acessam os benefícios previdenciários não conseguem suprir todas as suas necessidades, como alimentação, medicamentos, moradia, dentre outros (MINAYO, 2020). Isto é, os idosos que não tem acesso a bens e serviços tem o seu adoecimento agravado por suas condições de vida e conseqüentemente passarão por maiores dificuldades durante este processo, tendo o sentido do adoecimento influenciado por estes condicionantes.

Este exemplo se estende também as outras questões que estão presentes neste artigo. O corpo é um reflexo das condições de vida e da visão da sociedade que se tem sobre ele. O sentido do adoecimento para um idoso com limitações severas é diferente daquele que possui autonomia e independência. A necessidade de cuidados permanentes gera múltiplos sentidos. Para Caldas (2003) a assistência a uma pessoa enferma tem um alto custo financeiro para os familiares, por não existir nenhum sistema de saúde que provenha todos os serviços a uma população com dificuldades na autonomia. Todas essas adversidades denotam um sentido a realidade do idoso, a falta de autonomia é associada a menos recursos, maior necessidade de cuidados, entre outros fatores.

As estratégias de enfrentamentos, que podem ser a espiritualidade, a articulação e o apoio da família, técnicas para a diminuição do estresse, entre outras, também são fatores para a definição de como será o período de convivência com a patologia. Dizem respeito à capacidade de resiliência dos idosos, mas principalmente das redes sociais de apoio formadas durante sua vida. Ou seja, estas relações, como demonstram os dados da pesquisa, podem ser fatores de auxílio ao idoso em questões como a renda, a prestação de cuidados, a manutenção da saúde, entre outros.

Todas estas questões são transversais à questão da família. A mesma é provedora de segurança social, contribui para a construção de estratégias de enfrentamento diante de adversidades, além de ser prestadora de cuidados. O apoio da família determina o sentido que o idoso atribui ao adoecimento, uma vez que o auxílio das mesmas é extremamente relevante “pois, além da garantia da sobrevivência, permitem a formulação de novas expectativas de vida que promovem o prolongamento existencial” (ANDREATA, 2011, p. 103). Os dados da pesquisa evidenciam que os idosos esperam a união e o amor da família, a retribuição do cuidado prestado, além de carinho e afeto.

Embora o apoio da família contribua neste processo, é necessário considerar que a mesma passou por transformações sócio-históricas e têm particularidades que podem impossibilitar o cuidado, dado que o adoecimento exige recursos e sacrifícios que os membros da família nem sempre podem disponibilizar, devido ao mercado de trabalho, a escassez de recursos financeiros, a necessidade de cuidar de outros membros, como por exemplo as crianças, entre outros fatores. Devido a isto, “urge promover uma política clara que proteja a pessoa idosa, a pessoa que cuida dela e assim, valorize a dignidade que a longevidade no país precisa, sem discriminação de classe, sexo, raça cor e condições de saúde” (MINAYO, 2020, p. 12).

Portanto, os sentidos são construídos através das políticas públicas, dos serviços de saúde, socioassistencial, da relação com os profissionais de saúde, da funcionalidade do corpo, das estratégias de enfrentamentos, das condições da família, dentre outros fatores, que condicionam o contexto social e econômico do idoso.

Considerações finais

O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo e complexo, que é determinado por fatores de ordem social, tais como raça, renda, gênero, local de moradia, que fazem parte da vida cotidiana. O desfavorecimento de idosos nestes quesitos, pode propiciar patologias e agravos de saúde, tornando-os duplamente vulneráveis.

Mediante os dados da pesquisa é possível concluir que face a um período de insegurança há o surgimento de três esferas que se responsabilizam pelo cuidado da população desprotegida: o Estado, a família e a sociedade. A sobrecarga e o não acesso a algum deles resulta em maiores vulnerabilidades na realidade social e econômica do idoso, que já é, na maior parte das vezes, mais vulnerável e frágil. Com o adoecimento presente há a necessidade de maiores cuidados, recursos, políticas, tanto para os idosos vivenciando a patologia, para a aquisição de recursos que facilitem este processo, como para a família, por ser a principal instituição provedora de cuidados relacionados as tarefas do dia a dia e a manutenção da saúde. Estes devem ser desenvolvidos e oferecidos pelo poder público, através das políticas públicas, de maneira urgente, devido ao acelerado número de idosos na população mundial. Também se evidenciou o mix público-privado instituído na política de saúde, fenômeno este que favorece e facilita o acesso dos idosos com maior poder aquisitivo em detrimento daqueles que possuem menores condições financeiras. Além de desqualificar os serviços de ordem pública, consolidando a imagem negativa que se tem destes. Estas reflexões dizem respeito sobre um dos fatores que influenciam o contexto social e econômico do idoso diante do processo de adoecimento.

O corpo velho enfrenta uma marginalização devido a imagem social negativa instituída no sistema capitalista. O corpo adoecido sofre com alterações em sua estrutura e funcionamento, que acarreta em transformações na vida cotidiana e requer o desenvolvimento de estratégias, como por exemplo a relação com a família, atividades para a diminuição do estresse, dentre outras.

A família é a principal instituição de cuidados e é recorrentemente associada ao cuidado, por sua notoriedade durante o período de adoecimento. Os idosos, neste período, esperam a retribuição do cuidado por parte de seus familiares, de maneira afetuosa e carinhosa, apesar da percepção de que o momento do adoecimento é motivo de desgastes e abdições por parte dos cuidadores, evidenciando a sobrecarga colocada na família em momentos de vulnerabilidades.

Diante do exposto, como dito anteriormente, é necessário a construção de estratégias e políticas que visem cuidados permanentes para a recuperação de saúde da população idosa, além daquelas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde. São exemplos: mais vagas em

instituições de longa permanência, políticas de escuta, acolhimento e capacitações aos cuidadores, maior auxílio de equipe multiprofissional com idosos dependentes, entre outros, uma vez que há um considerável aumento desta parcela populacional e das doenças crônicas. Estas devem ser desenvolvidas para ressignificar os sentidos atribuídos pelos idosos ao processo de adoecimento, além de garantir qualidade de vida para os pacientes e seus familiares cuidadores durante deste período. Além disso, a partir desta pesquisa surgem diversas outras possibilidades de estudos, como por exemplo o desenvolvimento da compreensão do contexto social e econômico do idoso diante do processo de adoecimento com maior profundidade, uma vez que esta ateu-se apenas às esferas de proteção social, também uma comparação das legislações e ofertas dos serviços de saúde e das expectativas dos idosos com relação a isto.

Referências

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: SILVEIRA, Fernando Gaiger; SERVO, Luciana Mendes Santos; MENEZES, Tatiane; PIOLA, Sérgio Francisco (org.). **GASTO E CONSUMO DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS CONTEMPORÂNEAS**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2007. Cap. 8. p. 279-326.

ANDREATTA, Ana Paula Fabbris. **Implicações do processo de hospitalização no cotidiano e nas relações familiares do idoso**. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

BLESSMANN, Eliane Jost. **Corporeidade e envelhecimento**: o significado do corpo na velhice. 2003. 165 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

BELLATO, Rosney *et al.* O cuidado familiar na situação crônica de adoecimento. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2015, **Artigo**. Aracaju, 2015. v. 1, p. 393-398.

BRASIL. Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann (org.) Ministério da Saúde. **DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL**. 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 09 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública (SciELO)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 773-781, mai./jun. 2003.

COSTA, Denise Gisele Silva; SOARES, Nanci. ENVELHECIMENTO E VELHICES: HETEROGENEIDADE NO TEMPO DO CAPITAL. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 25, n. 2, p. 57-68, 2016.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L. & CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 74-82. mai./ jul. 2007

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSS, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. O IDEÁRIO NEOLIBERAL: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. In: XI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLITICAS PUBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 2014, 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/search/results>. Acesso em: 09 out. 2020.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, [S.L.], v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-32622001000300003>.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 165-180, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922012000100010>.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, p. 1-22, 1982. Disponível em: https://www3.fmb.unesp.br/sete/pluginfile.php/20541/mod_page/content/4/saudedoenca.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **SciELO**, [S.L.], 5 out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.1279>.

MOTTA, Alda Britto da. Envelhecimento e Sentimento do Corpo. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOSER, Liliane; PRÁ, Keli Regina dal. Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. **Textos & contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382-392, ago. 2016.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto. **O cuidado em família sob o olhar do idoso**. 178 f. Tese (Doutorado) - Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra, 1978.

REIS, Carlos Octávio Ocké. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, p. 123-147, jan. 2000.

SANTOS, Flávia da Cruz; DAMICO, José Geraldo Soares. O mal-estar na velhice como construção social. **Pensar A Prática**, p. 1-9, jan./abr. 2009.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.

SANTOS IS, SANTOS MAB, BORGES DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 4, p.73-131.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da Silva. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 2, p. 155-163, 2010.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 1, p. 102-110, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-49802014000100011>.

SILVA, Maria do Rosário de Fátima. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, [S.L.], n. 126, p. 215-234, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.066>.

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

VIEIRA, Adriano José Hertzog. **A docência no paradigma educacional emergente**. Curitiba: Appris, 2019. 227 p.

YAZBEK, Maria Carmelita. Política e Serviço Social: elementos históricos e debate atual. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 18, p. 72-94, segundo semestre. 2005.