



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JACYRA GOMES DE FREITAS

**O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE ATRELADA A DESUMANIZAÇÃO DE
MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: AFINAL, O CUIDADO
TEM GÊNERO?**

Recife

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JACYRA GOMES DE FREITAS

**O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE ATRELADA A DESUMANIZAÇÃO DE
MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: AFINAL, O CUIDADO
TEM GÊNERO?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Ana Cristina de Souza
Vieira

Recife

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Freitas, Jacyra Gomes de .

O Desmonte da Política de Saúde Atrelada a Desumanização de Mulheres Idosas no Contexto Hospitalar: afinal, o cuidado tem gênero? / Jacyra Gomes de Freitas. - Recife, 2024.

92

Orientador(a): Ana Cristina de Souza Vieira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

1. Desumanização. 2. Mulheres Idosas. 3. Políticas Públicas. 4. Neoliberalismo. 5. Patriarcado. I. Vieira, Ana Cristina de Souza . (Orientação).
II. Título.

360 CDD (22.ed.)

JACYRA GOMES DE FREITAS

**O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE ATRELADA A DESUMANIZAÇÃO DE
MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO HOSPITALAR: AFINAL, O CUIDADO
TEM GÊNERO?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 18/10/2024..

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Maria Alexandra da Silva Monteiro Mustafá
(Examinador Interno) Universidade Federal de Pernambuco

Esta dedicatória é para todas as “Marias” que encontrei durante minha trajetória acadêmica e de estágio, as “Marias” que me ensinaram mais do que eu poderia ter aprendido. A vocês, mulheres guerreiras, que mesmo diante da luta contra a doença, nunca puderam descansar de forma justa e respeitosa. Especialmente a Dona Maria José, mulher a qual tive a honra de conhecer e praticar meu exercício profissional, o meu mais sincero obrigada, este trabalho é por você.

Dona Maria José?

Presente!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu avô José Benigno, por ter sido instrumento de conhecimento e de maturidade em minha vida. Através da vivência com ele em hospitais pude conhecer o Serviço Social e me apaixonar por essa profissão tão necessária, desde então, mesmo que não esteja mais entre nós, tenho certeza que celebra essa vitória de onde quer que esteja.

Agradeço à minha mãe Jaildes e a minha tia e segunda mãe Jaci por me apoiarem em todos os momentos da minha vida e por nunca soltarem a minha mão, independente das circunstâncias, me fortalecendo em todas as ligações necessárias e com todas as orações possíveis.

Agradeço às minhas irmãs Patricia e Suzana por serem minhas fortalezas, minhas inspirações e meus puxões de orelha, sou infinitamente grata por tudo que vocês fizeram e fazem por mim, eu jamais conseguiria sem vocês duas.

Agradeço ao meu noivo Mauricio por me ajudar nessa caminhada e por me incentivar todos os dias a ser uma pessoa focada no meu sucesso, agradeço pelas idas e vindas da faculdade, por me guiar nos primeiros dias da universidade e por nunca sair do meu lado, pelos almoços pós aula e por todo companheirismo nesses cinco anos, eu te amo.

Agradeço aos meus amigos pessoais Deise, Irisnaldo, Vitória e Victor por estarem comigo mesmo à distância, me ouvindo e me abraçando sempre que possível, desde a infância e/ou ensino médio, vocês fazem parte da minha história e sou grata por tudo que já vivemos e ainda iremos viver.

Agradeço às minhas amigas de graduação Gílvia, Mariana, Marcela, Rayanne, Saffira e Yasmim por me acolherem de forma genuína e por compartilharem comigo a rotina da universidade, tornando tudo mais leve e satisfatório, não vejo a hora de sermos amigas de profissão.

Agradeço a Wilma que foi minha preceptora de estágio e que me ensinou como ser uma profissional excelente mesmo no meio do caos, seus ensinamentos e conselhos foram fundamentais na minha trajetória acadêmica e tenho certeza que serão fundamentais na minha vida profissional. Com ela pude viver experiências únicas no Serviço de Saúde que me inspiraram a realizar este trabalho.

Agradeço a Mustafá por ter dado a disciplina de Gerontologia Social divinamente e por ter me despertado o desejo em pesquisar nessa área. Através dela pude ter contato com vários órgãos, palestras e cursos que discutem essa temática tão urgente e necessária.

Agradeço a Ana Vieira por ter dado a disciplina de Política de Saúde no Brasil com tanto empenho, através dela realizei a minha primeira monitoria acadêmica e pude vivenciar experiências únicas. Além de agradecer por todas as orientações durante o processo de escrita deste trabalho e por me ajudar nessa caminhada exaustiva com muita paciência, dedicação e competência.

Agradeço a minha sogra Lúcia e a voinha Alzira por me acolherem perfeitamente em sua família e por me incentivar todos os dias a buscar o melhor para a minha vida, sem vocês eu não teria conseguido permanecer em Recife e continuar estudando, o meu mais sincero obrigada.

Agradeço aos meus padrinhos Carla e Cincinato por me acolherem, me apoiarem e por me mostrarem que eu sempre pude e pude muito, com vocês aprendi como a vida pode ser bela mesmo sendo caos, muito obrigada por fazerem parte de tudo isso. Mesmo sem meu padrinho mais entre nós, sinto a presença dele em todas as minhas conquistas e sei que tem festa, de onde ele estiver, para comemorar cada uma delas.

Agradeço aos meus sobrinhos Breno e Ronald por serem parte de mim e por me fazerem rir sempre que estamos juntos, mas também chorarem comigo quando se é necessário, toda essa minha dedicação também é por vocês.

Agradeço as minhas primas Jackelline, Janylle, Maria Eduardda e Thamyres por me apoiarem em todas as áreas da minha vida e por sempre me incentivarem a conquistar o que eu me proponho a fazer, obrigada por cada contribuição de vocês e por me abraçarem em cada vitória.

Agradeço a minha companheira fiel, minha filha de quatro patas Aya por sempre estar comigo em todos os dias, sejam eles tristes ou felizes, por deitar ao meu lado quando estou estudando e por sempre me lembrar que eu tento ser melhor a cada dia por ela.

Expresso minha imensa gratidão a Deus e ao universo por me permitirem chegar onde cheguei e por me proporcionarem uma vida cercada de pessoas especiais, sou extremamente grata por cada serzinho que fez e faz parte da minha vida e da minha trajetória, seja ela acadêmica ou pessoal.

Por fim, agradeço a todos que se fizeram presente, aos que passaram, aos que ficaram e aos que se foram, todos vocês têm um certo espaço em meu coração. A trajetória acadêmica não é fácil, mas com as pessoas certas em nosso caminho tudo se torna mais confortável, o meu mais sincero obrigada.

*“Maria, Maria é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta*

*Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria mistura a dor e a alegria”*

(Milton Nascimento)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso é fruto da investigação sobre as implicações do desmonte das políticas de saúde no contexto neoliberal que corroboram para a desumanização de mulheres idosas em hospitais, sendo este o objetivo geral da pesquisa. Com isso, a discussão inicial faz um resgate das políticas públicas no contexto neoliberal desde o governo Collor, até o governo Bolsonaro. O primeiro objetivo específico tenta identificar mudanças nessas políticas e como elas contribuem para a desumanização de mulheres idosas que precisam ser hospitalizadas, o segundo objetivo específico propõe caracterizar como o patriarcado influencia a condução do cuidado feminino na velhice, como uma forma de estrutura social. Por fim, o último objetivo deste trabalho busca relacionar as razões por trás do abandono de mulheres idosas no contexto hospitalar e a sua relevância como uma questão de saúde pública. Partimos do materialismo histórico dialético enquanto método, que permite compreender a totalidade desse contexto e, de forma crítica, analisar o abandono de mulheres idosas em hospitais, adotamos como procedimentos metodológicos, a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, para identificar as consequências dos desmontes das políticas de saúde no contexto neoliberal, trazendo luz à temática do abandono de mulheres idosas que, por muitas vezes, é invisibilizado ou menosprezado no contexto de uma sociedade capitalista e patriarcal. Ademais, soma-se a análise das relações intrínsecas entre o cuidado e cuidador e como isso está diretamente ligado às modificações do processo Saúde-doença. Com isso, o presente estudo tem a função de servir como anteparo para desenvolvimento de futuras análises críticas voltadas ao fomento de pesquisas nesta temática, com o intuito de trazer vez e voz a uma abordagem que almeja prioridade e destaque dentro do campo de estudo do Serviço Social.

Palavras-Chave: desumanização; mulheres idosas; políticas públicas; neoliberalismo; patriarcado; saúde.

ABSTRACT

This final paper is the result of research into the implications of the dismantling of health policies in the neoliberal context that corroborate the dehumanization of elderly women in hospitals, which is the general objective of the research. With this, the initial discussion provides a review of public policies in the neoliberal context from the Collor government to the Bolsonaro government. The first specific objective attempts to identify changes in these policies and how they contribute to the dehumanization of elderly women who need to be hospitalized; the second specific objective proposes to characterize how patriarchy influences the conduct of female care in old age, as a form of social structure. Finally, the last objective of this work seeks to relate the reasons behind the abandonment of elderly women in the hospital context and its relevance as a public health issue. We use dialectical historical materialism as a method, which allows us to understand the entirety of this context and critically analyze the abandonment of elderly women in hospitals. We adopt bibliographical and documentary research as methodological procedures to identify the consequences of the dismantling of health policies in the neoliberal context, shedding light on the issue of the abandonment of elderly women, which is often made invisible or underestimated in the context of a capitalist and patriarchal society. In addition, we analyze the intrinsic relationships between care and caregiver and how this is directly linked to changes in the health-disease process. Thus, this study serves as a framework for the development of future critical analyses aimed at promoting research on this topic, with the aim of giving voice to an approach that seeks priority and prominence within the field of study of Social Work.

Keywords: dehumanization; elderly women; public policies; neoliberalism; patriarchy; health.

LISTA DE ABREVIações

HGV	Hospital Getúlio Vargas
MP	Ministério Público
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
PNPSI	Política Nacional de Saúde para o Idoso
EUA	Estados Unidos da América
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
FOMI	Fundo Monetário Internacional
MARE	Ministério da Administração e de Reforma do Estado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
PT	Partido dos Trabalhadores
EC	Emenda Constitucional
CF	Constituição Federativa
BTG	Banking and Trading Group
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
PNI	Política Nacional do Idosos
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional da Seguridade Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE AO AVANÇO DAS POLÍTICAS NEOLIBERIAS CORROBORANDO COM A DESUMANIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA	15
2.1 O cerne do Neoliberalismo	16
2.2 Avanço do Neoliberalismo no Brasil	21
2.3 O avanço das Políticas Públicas de Saúde e inserção da Pessoa Idosa	32
2.4 Políticas de Saúde e a Pessoa Idosa	35
2.5. Como as políticas neoliberais atuam no desmonte da política de saúde	40
3. A HERANÇA DO PATRIARCADO ATRELADO A CONDUÇÃO DO CUIDADO FEMININO E COMO ISSO IMPACTA NA VELHICE	45
3.1 Distribuição de Papéis de Gênero, Expectativas Sociais e como isso afeta na saúde física e mental das mulheres cuidadoras.	45
3.2 O Abismo econômico entre gêneros gerado pela manutenção do patriarcado e seus impactos na velhice.	53
4. O ABANDONO DA MULHER IDOSA NO CONTEXTO HOSPITALAR COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	59
4.1 Os tipos de violência contra a pessoa idosa e as contradições sociais.	59
4.2 A intervenção do Serviço Social frente ao abandono de idosos no contexto hospitalar.	64
4.3 Fatores motivadores que levam ao abandono de mulheres idosas e como isso se torna uma questão de política pública	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS:	80

1. INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como tema central o desmonte das políticas públicas de saúde que culminam com a desumanização da pessoa idosa, preponderantemente mulheres, no contexto hospitalar. Busca-se realizar uma análise dos diversos fatores que circundam essa realidade, como a relação do patriarcado e dos avanços das políticas neoliberais e privacionistas no Brasil, a fim de elucidar quais os elementos-chaves que contribuem para o caráter desumanizador das políticas públicas em relação à pessoa idosa.

A aproximação com a escolha do tema se deu a partir de vivências do estágio obrigatório curricular, relacionadas ao abandono de mulheres idosas nas enfermarias de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Getúlio Vargas (HGV). Ao longo do processo da troca de informações, diálogos e vivências com os profissionais de Serviço Social da instituição, surgiram as inquietações inerentes sobre o porquê os homens idosos possuem uma rede de apoio diferente das mulheres idosas que permaneciam nas enfermarias.

Além disso, no decorrer das articulações com as famílias, o Ministério Público (MP), com Instituições de Longa Permanência (ILPIs), casas de apoio e, até mediações com o Consulado Francês, percebeu-se que era necessária uma análise estrutural da sociedade atual e das questões intrínsecas que levam ao abandono e, por vezes, a desumanização dessas mulheres idosas por parte de todo esse sistema estrutural.

Na atual conjuntura social, a problemática do abandono familiar e da desumanização das mulheres idosas em ambientes hospitalares, emerge como um campo crítico de reflexão, especialmente quando analisado sob a luz do Serviço Social. O envelhecimento populacional, atrelado às transformações nas estruturas sociais e familiares e aos desafios enfrentados pelo Sistema de Saúde, indica a necessidade de colocar em destaque a demanda premente de uma abordagem sensível, crítica e ética por parte de toda a equipe multidisciplinar.

No que se refere ao contexto brasileiro, o artigo 5º da Constituição Federativa de 1988, versa que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Garante, assim, aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, seja ela material ou intelectual. Essa determinação inclui a pessoa idosa, assegurando-lhes por lei o status de sujeito de direitos (Brasil, 1988).

No entanto, a desumanização das mulheres idosas em hospitais, se refere à perda da dignidade, respeito e status de consideração por parte da família, como também por parte da equipe multiprofissional da instituição e, pelo sistema como um todo. Muitas vezes, as mulheres sentem na pele tratamentos impessoais, falta de comunicação efetiva e, comumente, etarismo e discriminação por conta do seu gênero e de sua idade. A desumanização vai muito além do contexto hospitalar, no qual estão presentes descaso com as necessidades pessoais e emocionais básicas, aumento indiscriminado de medicações e descaso com as preferências individuais de cada paciente.

O abandono familiar e a questão da desumanização sofridos por essas mulheres idosas revelam não apenas uma lacuna nos cuidados prestados, mas também uma falha sistêmica movimentada pelo patriarcado, no qual se imputa às mulheres os cuidados domésticos para além das suas vivências individuais, levando a uma situação de invisibilidade por parte da sociedade e pelo sistema capitalista neoliberal, o qual culmina com ações políticas que concretizam a desumanização dos pacientes do Sistema Único de Saúde. O enfraquecimento do SUS e a prospecção de aumento das privatizações no âmbito do mesmo, revelam a grande cisma existente nas relações sociais da sociedade brasileira.

Assim como reflete Bezerra, *et al.* (2010), a velhice se torna o último período da evolução da vida, implicando, assim, uma mudança conjuntural biológica, fisiológica, no âmbito psicológico, social e político que compõem o cotidiano das pessoas que vivenciam este momento, em que os idosos avaliam de maneira linear como foi a sua vida, bem como a balança de perdas e ganhos durante a mesma.

Não obstante, tal conteúdo se apresenta de forma muito relevante, sendo fundamental e urgente que se mobilizem reflexões e pesquisas acerca dessa temática que, por muitas vezes, é escassa e negligenciada. Com isso, também, se tornando

fundamental, uma análise constante frente aos indicadores sobre abandono e violência contra as mulheres idosas, para destacar assim uma maior compreensão crítica sobre esse fator.

Nesse contexto, este estudo visa avaliar as questões inerente ao patriarcado, relações de gênero, avanço das políticas neoliberais e como esse aglomerado de contextos interferem nas relações de cuidados com as mulheres idosas. Busca mostrar a real conjuntura política e social que envolve o tema e servir como subsídio para estudos futuros sobre esta temática tão importante.

Nesse viés, a referida pesquisa inclui uma abordagem documental conforme Gil (2002), sendo feita a partir de documentos, relatórios, arquivos de órgãos públicos. Foram utilizados, também, documentos relativos a políticas públicas, decretos, legislações como a Constituição Federativa do Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) entre outros.

Para a fundamentação do estudo, foi procedido um levantamento bibliográfico, contando com autores para o referencial teórico como Ana Maria Santana de Alcântara, Tereza Amin, Ricardo Antunes, Simone de Beauvoir, Elaine Behring, Giuliana Bertolin, Cristina Bruschini, Maria Valéria Correia, Vicente de Paula Faleiros, Maria Cecília de Souza Minayo, Ana Elizabete Mota, Jairnilson Silva Paim, entre outros. Em relação aos achados da pesquisa, a utilização do método dialético permitiu a problematização crítica do que foi avaliado, articulada aos fenômenos. Pretendo, assim, não apenas descrevê-los, mas apontar conexões entre suas causas e consequências, avaliando assim, desvelar a realidade em sua totalidade (Diniz, 2008).

Quanto à forma de estruturação deste estudo, está subdividido em três capítulos, além da introdução e das considerações finais. Diretamente após a introdução, o segundo capítulo é intitulado " O Desmonte das Políticas Públicas de Saúde frente ao avanço das Políticas Neoliberais Corroborando para a Desumanização da Pessoa Idosa", tratando das definições das políticas neoliberalistas no Mundo e no Brasil, bem como os avanços e quebras das Políticas Públicas de Saúde e a inserção da pessoa idosa. O terceiro capítulo é denominado " A Herança do Patriarcado atrelado à condução do Cuidado Feminino e como isso impacta na Velhice", voltado para a discussão da manutenção do patriarcado na atualidade, da concepção estereotipada das mulheres e da população idosa. Por fim,

o quarto capítulo é intitulado como " O abandono da Mulher Idosa no Contexto Hospitalar como uma questão de Saúde Pública", o qual tem o intuito de versar sobre as formas de abandono e violência sofridos por parte das mulheres idosas no contexto hospitalar e as formas interventivas do Assistente Social frente a esta problemática.

2. O DESMONTE DA POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE AO AVANÇO DAS POLÍTICAS NEOLIBERIAIS CORROBORANDO COM A DESUMANIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

2.1 O cerne do Neoliberalismo

Com a finalização da Primeira Guerra Mundial foi demonstrada a superioridade hegemônica do capitalismo sustentado na Europa com a ascensão e consolidação dos Estados Unidos, se tornando o maior credor do mundo, sendo responsável por mais de 30% da produção fabril do planeta. Segundo Fonseca (2010) As tensões econômicas, sociais e políticas que se colocaram pelo caminho, serviram de demonstração de como a ideologia do Liberalismo Francês poderia ser frágil a longo prazo, levando a colocar em xeque todos os dogmas liberais formulados nos séculos que se passaram, levando a consciência que o mesmo necessitava de uma revisão.

Partindo desta avaliação, o avanço das políticas clássicas não obteve êxito no século XX, dando provas concretas que o modelo de mercado decidido por agentes econômicos independentes e com decisões baseadas em mercado concorrencial não era mais uma opção viável. Com a explosão da crise de 1929 nos Estados Unidos, o papel do Estado passou a ser visto como o principal meio de lastrear uma solução viável à recuperação do capitalismo, através da consolidação de um "novo liberalismo", com isso os sistemas capitalistas necessitavam de uma reformulação que os definissem como um sistema mais consciente dos anseios econômicos e sociais, para que com isso pudesse de maneira mais concreta definir as realizações dos objetivos pautados para a civilização mercantil e não terminasse em uma destruição anunciada.

O 'novo liberalismo' repousa sobre a constatação da incapacidade dos dogmas liberais de definir novos limites para a intervenção governamental. Em nenhum outro lugar essa incapacidade foi tão bem documentada quanto

no domínio da teoria econômica de John Maynard Keynes cujo título de um dos seus artigos do período entre guerras é significativo do espírito da época: o fim do 'laissez-faire' (1926). Se Keynes se tornaria mais tarde o alvo preferido dos neoliberais, não devemos esquecer que o keynesianismo e o neoliberalismo compartilham das mesmas preocupações durante algum tempo: como salvar do próprio liberalismo o que é possível do sistema capitalista? (Dardot e Laval, 2016).

Nesse sentido, nessa nova forma de liberalismo, o Estado tem um papel importante na regulação das atividades econômicas, funcionando como uma espécie de regime social democrático. Este modelo tenta administrar as forças do capitalismo com uma visão de prevenção de problemas sociais e políticos. Para estimular o crescimento econômico, estimular os níveis de gastos públicos e neutralizar o desemprego e a estagnação, vários países adotaram uma abordagem direta ao intervir em suas economias.

Essas práticas são baseadas principalmente nas ideias de John Maynard Keynes, apresentadas em seu livro "A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda", e em outros economistas que defendem a reforma do capitalismo através do intervencionismo e de políticas expansionistas do Estado. Em tese, Keynes defendia que, além de garantir o bem-estar social por meio desse método, ele buscava uma distribuição equitativa de recursos e uma melhoria da vida das pessoas, de modo a ser consistente com as ideias de "justiça social".

A metade da sabedoria de caderno de caligrafia de nossos estadistas se baseia em supostos que foram verdadeiros, ou parcialmente verdadeiros, em sua época, mas que agora são cada vez menos verdadeiros, à medida que passam os dias. Temos que inventar uma nova sabedoria para uma nova época. E, entretanto, devemos, se houvermos de fazer algo bom, parecer heterodoxos, incômodos, perigosos e desobedientes com os que nos têm forjado (Keynes, 1972, apud Fonseca 2010).

O "novo liberalismo" foi mais amplamente usado durante o New Deal de Roosevelt (1882-1945), quando houve muitos gastos governamentais. Isso ajudou a América a se reerguer após a Grande Depressão e a tornou uma potência global novamente. A produção de armas aumentou durante a Segunda Guerra Mundial e desempenhou um papel importante na revitalização das economias na América e em outras nações industrializadas por meio de investimentos de capital e guerras, ajudando-as a sair conclusivamente da depressão.

Nos 30 anos que sucederam o término da Segunda Guerra Mundial, os instrumentos da política econômica keynesiana foram amplamente usados, e a construção do valor em ação do estado, em uma economia mista, foi prestigiada em virtude da sua "dinamicidade", principalmente devido aos resultados econômicos positivos dos resultados de implementação dessas políticas. Os EUA, cuja estrutura econômica é baseada nos princípios de John Maynard Keynes, desempenhou um papel importante na reconstrução de economias devastadas pela guerra por meio da intervenção governamental no cenário pós-conflito conhecido como missão de reconstrução global (Gill, 2002).

No início da década de 1970, quando as pessoas pensavam que era impossível para qualquer nação evitar crises significativas, essas estratégias econômicas ajudaram a manter os países industrializados produzindo. Por três décadas, elas foram implementadas por empresas e administradores governamentais. Após um período de três décadas de intensa aplicação por parte dos agentes econômicos e da administração estatal, emergiram problemas de relevância significativa que questionaram a integridade do sistema: uma crise de acumulação que se tornava iminente, o aumento do desemprego e uma inflação crescente que permeia praticamente todas as nações capitalistas, resultando em um descontentamento em relação ao sistema.

Ainda de acordo com Gill (2002) à medida que o mundo tentava entender esse novo contexto, devemos ter em mente que as circunstâncias econômicas têm sido geralmente difíceis globalmente. Por exemplo, houve a crise do petróleo em 1973, que foi causada por uma proibição imposta pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), aumentando drasticamente os preços mundiais do petróleo e levando a uma inflação mundial.

No que tange o desenvolvimento Consenso de Washington a união entre O Fundo Monetário internacional, o Banco Mundial e os Estados Unidos, desenvolveram um conjunto de dez estratégias com o intuito de balizar a economia mundial aos olhos do capital. Essa doutrina foi feita em 1989 e esses princípios foram criados com a finalidade de auxiliar na recuperação de crises econômicas em países em desenvolvimento, principalmente na região da América Latina. Entre as recomendações estavam a liberalização do comércio, a privatização de empresas estatais, a desregulamentação dos mercados, a disciplina fiscal e a abertura para

investimentos estrangeiros. O objetivo era promover o crescimento econômico e a estabilidade financeira por meio de políticas de mercado livre e menor intervenção estatal.

Porque, na época, [o termo Consenso de Washington] preenchia um vácuo ideológico e era relativamente simples para os políticos entenderem e usarem em seus discursos. Também deu aos ministros um plano de ação prático com objetivos específicos; tinha o aval de instituições e indivíduos de prestígio e, por último, mas não menos importante, tinha dinheiro. A adoção do Consenso de Washington, prometia-se (e se esperava), traria toneladas de dinheiro estrangeiro. O FMI e o Banco Mundial abriram seus cofres. Os investidores estrangeiros, ansiosos por se beneficiar da prosperidade que as novas políticas trariam para os países em reforma, também contribuíram para a bonança financeira (Naim, 2000).

Emergindo amplamente como uma nova interpretação das doutrinas liberais, o neoliberalismo defende a desregulamentação dos mercados e a renúncia de empresas do setor público, propósitos que visavam reduzir a participação do governo na economia. O objetivo era aumentar a confiança dos investidores, ao mesmo tempo em que permitia crescimentos econômicos menos regulados porque o estado perderia sua função reguladora. Por outro lado, alguns detratores argumentam que tais reformas podem levar a efeitos adversos nas transferências de seguridade social e distribuição de renda para os pobres como resultado da diminuição do comprometimento do estado com os direitos dos trabalhadores e financiamento do bem-estar social.

No neoliberalismo, o estado atua apenas para proteger o dinheiro, estabelecer um sistema de defesa militar e policial robusto, bem como criar uma estrutura legal onde a propriedade privada seja protegida. Portanto, o papel do estado é limitado apenas a fornecer e manter o ambiente necessário para que mercados eficazes operem, como execução de contratos e resolução de disputas.

De acordo com uma abordagem estrutural dialética, como no marxismo, o conceito neoliberal é definido como uma artimanha política que visa à reiteração da hegemonia de classe e a sua expansão global, sendo marcado como novo patamar do capitalismo que se difundiu com o apoio da crise de 1970. O neoliberalismo tem por característica ser uma ordem social disciplinadora que é imposta ao trabalho e

com isso novas divisões gerenciais são estabelecidas, amparando-se de instrumentos como a livre mobilidade de capital e o livre comércio (Duménil & Lévy, 2014).

A legitimação deste modelo está amparada ideologicamente por meio de uma teoria político-econômica, que tem como base o livre comércio como garantidor da liberdade individual de empreender, conferindo assim ao Estado o papel mínimo de defesa da ordem e da preservação institucional necessária. A justificativa da crescente desigualdade, advinda do neoliberalismo, se ampara com o estímulo dos empreendedores aos riscos e às inovações, elementos primordiais do crescimento econômico e da competitividade. Assim, de acordo com Harvey (2008):

Podemos, portanto, interpretar a neoliberalização seja como um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas. Defenderei a ideia de que o segundo desses objetivos na prática predominou. A neoliberalização não foi muito eficaz na revitalização da acumulação de capital global, mas teve notável sucesso na restauração ou, em alguns casos (a Rússia e a China, por exemplo), na criação do poder de uma elite econômica. O utopismo teórico de argumento neoliberal, em conclusão, funcionou primordialmente como um sistema de justificação e de legitimação do que quer que tenha sido necessário fazer para alcançar esse fim. Os dados sugerem, além disso, que quando os princípios neoliberais conflitam com a necessidade de restaurar ou sustentar o poder da elite, esses princípios são ou abandonados ou tão distorcidos que se tornam irreconhecíveis (Harvey, 2008).

Sobre essa temática, torna-se concernente destacar que o neoliberalismo, como corrente ideológica e política, defende a redução do papel do Estado no social, uma vez que ele atua e é necessário como guardião da prosperidade privada e para favorecer as condições legais que dêem sustentação à acumulação do capital e incentivar a promoção da livre iniciativa. Sendo assim, essa abordagem tem implicações profundas nas políticas públicas e na distribuição de recursos. Para além disso o campo das ciências sociais tem sua própria perspectiva sobre o que tange tal ideologia, assim, sendo uma perspectiva transversal atravessa os fenômenos intrinsecamente econômicos. Segundo Hilgers (2011),

É apenas quando o neoliberalismo é implementado e suas práticas e linguagem associadas afetam nossa compreensão dos seres humanos,

modificando relações sociais, instituições e seus funcionamentos, que ele se torna um objeto apropriado para a antropologia. Uma vez que ele se torne envolvido na estruturação concreta do mundo da interação social e da experiência e exerça uma influência real sobre a maneira pela qual os agentes pensam e problematizam suas vidas, pesquisas podem ser levadas a cabo no campo e teorias emergem buscando analisá-lo e estabelecer seus efeitos, ao mesmo tempo evitando a sua reificação (Hilgers, 2011).

2.2 Avanço do Neoliberalismo no Brasil

A gestão de Fernando Collor de Mello, foi marcada por uma abrupta alteração no mecanismo de Estado, que de início tentou se encaixar às mudanças neoliberais e à nova ordem internacional. Collor, se intensificou para se demonstrar o mais confiante possível para as elites dominantes, arquitetando uma série de mudanças que teriam "resultados rápidos" economicamente falando. Motivado pelas alterações sugeridas no Consenso de Washington, de acordo com Filgueiras (2006, p. 58),

pode ser resumida pelos seguintes pontos: combate à inflação através de planos de estabilização alicerçados na valorização das moedas nacionais frente ao dólar e na entrada de capitais especulativos; abertura da economia, com a desregulamentação dos mercados de produtos e financeiros; e, adicionalmente, as chamadas reformas estruturais do Estado – com destaque para a privatização – e da economia, com a quebra dos monopólios estatais (Filgueiras, 2006, p. 58).

Rebaixando as tarifas alfandegárias sem exigir contraproposta para os produtos de cunho nacional, com a idealização da criação de uma nova moeda que tinha a função de controlar a inflação e as taxas de juros com a idealização da privatização de indústrias estatais realizando o confisco das poupanças e batalhando contra a inflação às custas de uma alarmante recessão econômica. Segundo Netto (2001),

O que desejam e pretendem não é “reduzir a intervenção do Estado”, mas encontrar as condições ótimas (hoje só possíveis com o estreitamento das instituições democráticas) para direcioná-la segundo seus particulares interesses de classe. A grande burguesia monopolista tem absoluta clareza da funcionalidade do pensamento neoliberal e, por isto mesmo, patrocina a sua ofensiva: ela e seus associados compreendem que a proposta do “Estado

mínimo” pode viabilizar o que foi bloqueado pelo desenvolvimento da democracia política – o Estado máximo para o capital (Netto, 2001, p.81).

Nesse cenário, seriam situações limítrofes, reconhece Lamounier (1991), "entre o apocalipse que eles se aludem e as formas que de fato se desenvolvem o nosso começo de legislatura, muitos matizes e várias possibilidades se interpõem", ainda descreve:

Neste cenário, uma vertiginosa perda de prestígio e popularidade debilita politicamente o Presidente [...], tornando-o incapaz de persuadir ou pressionar o Congresso a aprovar o seu programa econômico; mas isso acontece sem que ele se disponha a negociar com o Congresso uma política alternativa. Aferrando-se às suas preferências e às prerrogativas que lhe são inerentes sob o regime presidencialista, o chefe de Estado passa a exercer autoridade fictícia, enquanto o país caminha rapidamente para o desgoverno [...] do lado do Congresso, o risco seria se o conflito entre suas principais correntes, ou a fragmentação interna de todas elas, impedisse tanto a aprovação dos programas do Executivo como o oferecimento a ele de alguma alternativa aceitável. Nesta hipótese, a capacidade de ação coletiva dos congressistas se reduziria a efêmeras coalizões de veto contra as propostas do Executivo, com a consequente paralisia do sistema (Lamounier, 1991, p. 83).

No entanto, não havia um acordo entre as classes dominantes sobre Collor, culminando com o abandono da sua base aliada, tornando-o fragilizado politicamente. Àquela altura, o processo de impeachment seria um ato político eminente, aberto pelo Congresso Nacional, Collor para se esquivar de uma futura inelegibilidade renunciou ao seu mandato em dezembro de 1992, mas sua renúncia não o livrou do processo de impeachment que já estava aberto, o que culminou na perda dos seus direitos políticos por 8 anos.

Tendo como base essa problemática assumiu em seu lugar a presidência da república o seu vice Itamar Franco (1992 – 1994), que teve um papel de reconstruir a visibilidade do governo com alianças entre grandes partidos tradicionais, com o auxílio do Banco Mundial e do FMI fornecendo créditos e dos Estados Unidos alinhando a administração brasileira com seus interesses. A sequência de elogios que Itamar recebeu, se devem, em resumo, por suas ações em prol da consolidação de um

neoliberalismo em território brasileiro. Precisamente, Antunes descreveu os movimentos políticos do então presidente:

Itamar praticou, sob pretexto da interinidade, aquela ambiguidade que o caracterizou desde o início do seu governo: quanto mais fala no “social”, na “miséria e sofrimento de milhões de compatriotas”, conforme a peça final do discurso em que anunciou o seu plano econômico, mas implementa um projeto com traços de continuidade do Projeto Collor: critica a fome e concede mais de um bilhão de dólares aos usineiros; fala em um projeto autônomo e independente, mas dá continuidade às privatizações escandalosas [...]” (Antunes, 2005 [1993], p. 21).

Em 1993, o atual ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso comandou a implementação do Plano Real, plano esse que tinha como base a diminuição de gastos do estado, privatização das empresas estatais e a conexão do valor da moeda brasileira com o dólar norte-americano.

Seguindo a ideia do Consenso de Washington, a implementação do Plano Real precisou inserir diversas cláusulas de medidas caso quisessem receber investimento internacional, dentre elas: A responsabilidade fiscal, redução de gastos públicos, reforma tributária, abertura comercial, privatização de estatais e afrouxamento de leis trabalhistas, esse último foi o mais criticado na época pois atingia diretamente o “final da linha”, a base da pirâmide econômica, o trabalhador assalariado que estava vendo um aumento das liberdades dos patrões nas relações de contrato e demissão de funcionários, no aumento indiscriminado de jornadas de trabalho, redução de descansos e férias, se alinhando com um inicial momento de incentivo à terceirização. Acerca dessa abordagem Maccalóz (1997) versa:

Falavam da “necessidade” de flexibilizar as leis sociais porque eram “velhas” e “desatualizadas”, impediam a competitividade dos produtos brasileiros no exterior, oneravam sobremaneira o empresariado nacional, impediam a ampliação dos mercados de trabalho, geram o desemprego, não estavam adequadas à modernidade, bloqueiam o desenvolvimento, agrediram a liberdade das partes no contrato de trabalho, anularam o papel dos sindicatos, afastaram a livre negociação, enfim, a legislação social (sob esta expressão compreende-se as leis trabalhistas e previdenciárias na sua maior abrangência) passou a ser a causa de todos os males; sem ela, com a flexibilização, tudo seria possível, viável, um mundo risonho e sem problemas ao alcance das mãos (Maccalóz, 1997, p. 8).

Com o início do governo de Fernando Henrique Cardoso no ano de 1995, foi instaurado o ápice das políticas neoliberais e de "reestruturação" do Brasil. As medidas indicadas pelo Consenso de Washington, foram em grande parte seguidas, e o Brasil estava para se tornar um dos melhores países segundo o conceito do FMI e da sua diplomacia com os Estados Unidos. A inserção do projeto atingiu todas as dimensões da sociedade brasileira sendo efetivado no chamado Plano Diretor da Reforma do Estado, projeto este realizado pelo Ministério da Administração e de Reforma do Estado (MARE), impactou diretamente as políticas públicas e os direitos sociais. Segundo Giannotti (2007):

Em seu discurso de posse, reafirma o propósito de implementar as chamadas "reformas estruturais" e que, para isso, pretendia rever a Constituição de 1988, que as impedia. Para os trabalhadores, manda um recado direto: "É preciso enterrar a Era Vargas", ou seja, era necessário flexibilizar as leis trabalhistas na sua opinião, engessadas pela CLT (Giannotti, 2007, p. 288).

O sistema público de saúde e as unidades de ensino foram diretamente afetadas pela "realocação" das verbas do Estado. Com isso as filas para o atendimento no Sistema Único de Saúde se tornavam um problema crônico, enquanto as escolas privadas, responsabilidade em relação ao serviço público, os municípios se responsabilizam pelo ensino fundamental, e os estados, pelo ensino médio. As escolas privadas não são responsáveis por um nível específico de ensino. Elas podem oferecer ensino fundamental, médio, técnico e superior. Com isso a conjuntura social do país se tornava dispare, pois a conjuntura trouxe a redução de direitos dos trabalhadores, ampliando as desigualdades sociais, ao tempo que se tinha avanço no capital, muito desse avanço era às custas de subsídios realocados de políticas públicas tanto no cunho social quanto no âmbito da saúde e da educação.

Isso demonstra que durante oito anos de mandato de FHC, apesar do ciclo de modificações, as lutas desenvolvidas pelo movimento sindical, impediram de alguma maneira, a implementação almejada da flexibilização dos direitos trabalhistas. Essa conjuntura quebrou a expectativa de Cardoso em "encerrar" a era Vargas, de romper as amarras da CLT, impedindo assim que o negociado viesse a prevalecer inteiramente sobre o legislado. (Maccalóz 1997, p. 5)

Com a mudança na cadeira de Presidente da República, entram em vigor os 8 anos do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) demonstrando desde o começo mudanças significativas em relação ao governo do seu antecessor, em especial ao que toca no tema " Promoção dos direitos dos mais pobres e integração regional em relação aos tratados de livre comércio".

A concepção econômica de conjunto dessas Diretrizes pode talvez ser chamada de "social desenvolvimentista". Combina uma retomada das propostas desenvolvimentistas com uma maior preocupação com a distribuição de renda e principalmente com a defesa [de] uma maior participação dos trabalhadores e do povo na direção do processo, bem como uma maior ênfase no caráter nacional do projeto de desenvolvimento. Aponta, além disso, a necessidade de uma "ruptura global" com o modelo existente [...]. Assim, embora sua formulação seja mais moderada do que o "programa democrático e popular" tradicional do PT, essa concepção pode ser considerada como uma versão desse programa [...] (Neto, 2003, p.182).

Houve uma certa recomposição dos quadros de recursos humanos do governo federal, condicionado pelo desenvolvimento de diversos concursos em áreas que se encontravam desprofissionalizadas, de maneira especial, no tocante da assistência, como a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O programa Bolsa Família trouxe diversas atualizações por tratar-se de um meio de programa de transferência de renda unificando diversas bolsas pré existentes, tendo financiamento com verbas orçamentárias, promovendo assim um acesso de maior quantidade de pessoas. Do mesmo modo levando a um impacto "a economia dos pequenos municípios e o cotidiano da vida das pessoas, em especial, na área da alimentação" (Behring, 2008). Essas e outras ações diferenciam Lula do seu antecessor.

Ao analisar a legislação da época, é observada uma tendência, do governo Lula, de flexibilizar as leis, aprovando gradativamente, no congresso, sessões pontuais da legislação e com isso, expandindo portarias. Logo, buscou enfraquecer os sindicatos reativos, fortalecendo aqueles que se alinhassem como instrumento de controle, pois toda legislação vigente no governo Lula foi acompanhada e debatida por organizações de trabalhadores. No tocante às medidas neoliberais tomadas no governo Lula, elucida-se por Sampaio Jr. (2005),

Seguindo à risca as recomendações do FMI, Lula da Silva aprofundou as reformas liberais, transformando o Brasil num verdadeiro paraíso dos grandes

negócios. Sob a consigna “tudo pelo capital”, à burguesia e aos endinheirados a administração petista ofereceu vantagens tangíveis: mega superávits primários, populismo cambial, taxas de juros estratosféricas, arrocho salarial, Reforma da Previdência Social, gigantescos saldos comerciais, Lei de Falência, independência do Banco Central, Parcerias Público Privadas, socorro ao grande capital em dificuldade, ampla liberdade para os transgênicos, cumplicidade com “contratos espúrios” que sangram o erário e espoliam a população, opção preferencial ao agrobusiness (Sampaio Jr., 2005, p.303-4).

Com a troca de mandato, Dilma Rousseff foi ousada, tentando reduzir os riscos da presente economia do Brasil, para além dos sinais que aproximavam o governo do neoliberalismo, realizando um alinhamento com o Banco Central, reorganizando cargos e realizando uma redução nas taxas de juros básicos, algo inédito no Brasil.

Ao tratarmos do governo Dilma Rousseff (2011 – 2016), deve-se atentar ao cenário internacional que a presidenta encontrou, que seria diferente do que o seu antecessor Lula governou. Nesse enfoque, as consequências eminentes da crise financeira de 2008 nos EUA, que levaram a uma queda nas atividades financeiras no âmbito mundial, ainda possuíam uma grande repercussão, sendo uma das consequências, o encolhimento da demanda por commodities no cenário internacional. Com isso, mesmo que tenha ocorrido de imediato, eventualmente, motivado pelo caráter dependente da economia do Brasil no cenário internacional, o crescimento do país é impactado negativamente (Araújo e Mattos, 2021).

Com o intuito de ampliar a geração de empregos, ocorreu uma desoneração das folhas de pagamento, tendo em vista melhorar a competitividade das empresas e estimular o investimento tanto interno quanto externo no mercado brasileiro. No entanto, os cortes orçamentários anunciados como a solução dos problemas para a retomada do crescimento não foram bem avaliados, tendo em vista que a manutenção do mesmo estava lastreada com o aumento dos juros e uma notável queda do crescimento econômico. De acordo com a análise de Abreu e Lima (2018) a conjugação entre condições restritivas externas e o aumento de gastos com mudanças governamentais, iniciou uma pressão das contas externas, uma aceleração exagerada do superávit primário, e culminou por subjugar a maioria da população brasileira.

Nessas condições de desalinhamento com as bases neoliberais Dilma Rousseff não tinha base aliada para governar e não conseguia apoio, sendo retirada por meio de um golpe no ano de 2016, para dar vez à frente neoliberal que tomaria as decisões do país até o fim de seu mandato em 1 de janeiro de 2019.

Por fim, os mandatos governados pelo PT, mesmo que tenham conseguido promover melhorias nas condições de vida do corpo social, reduzindo vertiginosamente as desigualdades sociais, os mesmos fizeram escolhas por dar continuidade às políticas macroeconômicas ortodoxas não realizando mudanças estruturais contra a ordem neoliberal. Nesse tocante, quando Lula assumiu o posto de presidente em seu primeiro mandato, aceitou a necessidade de praticar políticas de cunho neoliberal no âmbito da economia, perpetuando a subordinação da economia aos interesses do capital financeiro. Tais medidas garantiram a credibilidade dos mercados brasileiros frente ao capital estrangeiro, além disso, essas articulações permitiram a definição de uma nova hegemonia política (Araújo e Mattos, 2021).

Ainda de acordo com Araújo e Mattos (2021) para os adeptos do neoliberalismo, um Estado forte que fornece direitos sociais, é visto como um causador de crises econômicas, à medida que gera um alto custo para o trabalho, "inviabilizando" o mercado de se mover. Sendo assim, a agenda de cunho neoliberal, emerge como uma resposta do mercado a uma crise que é estrutural do modo sistemático capitalista, mas cujas "causas" seriam aos custos dos direitos sociais.

Essa articulação golpista contra Dilma Rousseff foi realizada com a finalidade de instaurar um governo que possibilitasse reformas sobre as políticas públicas que iriam retornar, em tese, a alta lucratividade do principal processo de acumulação presente, o financeiro. Com isso, podemos compreender que o governo Michel Temer (2016 – 2018) atuou em três principais projetos que tinham como finalidade encolher os gastos do governo com políticas públicas e realocar a maior quantidade dos recursos ao setor privado. As três principais frentes atacadas são as reformas trabalhistas; um novo arcabouço fiscal marcado majoritariamente pela Emenda Constitucional n° 95 (EC 95), emenda essa que congelou por 20 anos os gastos públicos destinados à educação, a assistência social e à saúde; e por fim, a reforma da previdência social, capitaneando mais áreas para avanços da financeirização (Souza e Soares, 2019).

A EC 95 fomentou algo que nunca havia sido implementado no Brasil, rasgando a Constituição de 1988, houve o congelamento pelo período de 20 anos de recursos que seriam destinados a programas que conferem o acesso da população a seus direitos básicos garantidos pela CF 1988, como saúde e educação. Essa tomada é o ápice da adoção de um processo incisivo no aprofundamento dos cortes sobre o orçamento das políticas sociais que já vinham sendo colocados desde o início do governo golpista em outros setores. No entanto, ele atuou conformando um arcabouço jurídico impossibilitando a alteração dessas políticas no futuro (Andrade, 2022)

Ainda de acordo com Andrade (2022), os interesses do grande capital no Brasil da época elevaram-se a uma situação que necessitava de um governante originalmente burguês, que tivesse a capacidade de não ceder aos trabalhadores e ainda lutasse contra a parcela de direitos que os mesmos ainda mantinham. A Logística neoliberal que afetou a economia brasileira, transformou também o território urbano das cidades, locais onde o processo de gentrificação e periferização elevou o aprofundamento das desigualdades que influenciam o ordenamento do território. A lógica mercantilista, configurou um processo profundo de segregação socioespacial culminando com uma crise social generalizada.

(...) o poder das corporações aumentou em quase toda parte, um sistema financeiro globalizado adquiriu influência política ímpar, o espectro político se deslocou para a direita, a social democracia implodiu, os partidos de esquerda e as organizações de massa declinaram, e os sindicatos foram amordaçados ou mutilados por mudanças legais, comportamentais e padrões de emprego. O neoliberalismo também criou uma dinâmica concentradora da acumulação que pode ser limitada, mas não revertida, por intervenções (keynesianas) marginais (Saad, 2015).

O governo Temer deixou nítido a sua adesão à agenda neoliberal ao ceder aos conchavos do livre mercado, das privatizações, da extrema flexibilização das leis trabalhistas, focalização das políticas públicas, negação dos direitos sociais, redução da seguridade social ao seguro social e o avanço da meritocracia (Behring, 2008).

Partidos de extrema direita ascenderam ao poder em diferentes formas de democracia liberais ao decorrer da última década. A complexidade da conjuntura atual, permeia pela aglomeração de elementos aparentemente contraditórios do neoliberalismo e do conservadorismo e a crença incondicionada nos valores e instituições ocidentais. Sendo mobilizadas conjuntamente com questões avaliadas por

Harvey (2014) que avaliam o formato de favorecimento do fomento ao capital, a repressão do trabalhador, demonização do Estado social e político, ataque às igualdades e a liberdade de expressão

Embora a crítica à democracia e do eixo político do pensamento neoliberal seja encoberta por meio de uma falsa defesa da liberdade individual, base da redução do Estado social e das limitações das participações populares ao ser político, as análises dessas gamas de matrizes deixam evidente que não há conformação harmônica plausível entre o neoliberalismo e a democracia. Os neoliberais, de acordo com Brown (2019) Se contentam com o voto e as liberdades pessoais como partes que constroem a extensão da democracia, endossando assim o liberalismo totalitário, o poder político não democrático que bloqueia as liberdades privadas.

Diante deste cenário, ainda versando sobre Wendy Brown (2019), a mesma defende que a conformação atual teria suas particularidades, não sendo confundidas com outras formas de autoritarismos, despotismo, fascistas e conservadores tradicionais mencionados historicamente, de maneira que não haveria medidas para mensurar nos últimos 30 anos.

Nesse contexto de desmonte do social, Jair Bolsonaro, por muitos considerado um político do segundo nível do cenário nacional, “ganhou” popularidade e foi eleito Presidente no final de 2018, com um discurso mobilizado pelo descontentamento do social traduzido no antipetismo é um "apelo" de combate à corrupção, muito disso movimentado pela Operação Lava Jato¹.

Essa mesma dialética mesclava apelos tradicionalistas e a premissa da adoção ainda mais ferrenha de uma agenda econômica neoliberal, flertando abertamente com o grande capital, mas também amparado pelo discurso de sujeito empreendedor. No entanto, essa perspectiva marginalizou a proteção aos vulneráveis e suas representações coletivas eram ridicularizadas como vitimistas e por muitas vezes apontadas como "inimigas" em diversos momentos de fala do então presidente (Cavalcante, 2021).

¹ A Operação Lava Jato foi uma investigação de corrupção e lavagem de dinheiro no Brasil, iniciada em 2014 e encerrada em 2021. A operação revelou um esquema de desvio de recursos na Petrobras, envolvendo políticos, empresários e grandes empreiteiras. A operação resultou em várias condenações e acordos de delação premiada, recuperando recursos para os cofres públicos. **Fonte:** <https://www.mpf.mp.br/grandes-casos/casos-historicos/lava-jato/entenda-o-caso>

Por continuidade ao governo de Temer, Jair Messias Bolsonaro foi eleito presidente da República em 2019, tendo como projeto de gestão do país um plano neoliberal, assumindo um compromisso de aprofundamento das políticas arquitetadas pelo governo anterior. Nesse âmbito, o governo inicialmente adota medidas que tinham como objetivo combater os desequilíbrios fiscais, segundo Paulo Guedes, então ministro da economia e ex-Diretor do Banco BTG Pactual, de acordo com o mesmo, essa era a principal causa da perpetuação da crise. Com isso, ao longo do primeiro ano do governo Bolsonaro acontecem propostas que buscam a redução da participação do Estado na economia (Araújo, 2023).

Com isso, o governo incitou a criação de estratégias para minimizar os avanços dos déficits fiscal e econômico, se comprometendo com a perpetuação do novo regime fiscal de Temer e assegurou o avanço da reforma da previdência e de uma nova reforma tributária. Durante o governo Bolsonaro, observou-se a aceitabilidade dos cortes de gastos governamentais em políticas públicas, com a manutenção da EC 95 e com emendas que visavam à redução de investimentos em setores estatais obrigatórios. Todavia, são promovidos uma série de privatizações sob a perspectiva de desinvestimento.

Tomando por significado que o Estado realizou a venda de seus subsídios estatais, assim como a venda do controle acionário das suas empresas, a partir dessas formas de atuação nos trâmites burocráticos eram reduzidos abrindo a mão livre para a realização das privatizações, sendo realizado até o fim do seu governo a negociação da privatização dos correios e da Petrobrás, projetos estes deixados de lado após a derrota de Bolsonaro nas eleições (Araújo, 2023).

Todavia, com a disseminação da pandemia do COVID-19 no Brasil, durante o segundo ano de seu mandato, as políticas econômicas precisaram ser reajustadas frente as alarmantes necessidades sociais, sanitárias e econômicas nacionais. Devido a sua letalidade e o rápido contágio da doença, as únicas medidas cabíveis seriam as políticas de lockdown. Mesmo tendo oposição ferrenha a estas políticas, deixando de coordená-las e repassando a responsabilidade de se adotar as medidas de controle e restrição da população, o governo Bolsonaro ainda precisou lidar com a gigantesca onda da iminente crise econômica mundial do Coronavírus (Araújo, 2023).

A crise provocada pela pandemia teve, portanto, caráter mundial, e significou um choque de dupla natureza: de oferta, porque a restrição à circulação de pessoas significou também a restrição ao funcionamento cotidiano de empresas em diversos setores de atividade, exceto os considerados essenciais pelos governos; e de demanda, primeiro associada à própria restrição à circulação de pessoas, mas também porque à medida em que tais restrições se prolongavam, crescia o desemprego e a incapacidade dos trabalhadores informais obterem renda (Araújo, 2023, p. 08).

Ainda segundo Araújo (2023), o final do governo Bolsonaro pode ser analisado como uma forma de "pragmatismo político". No final do seu governo, quando as políticas emergenciais cessaram, emergiu a dificuldade de comandar as consequências de um reordenamento global mediado pela crise do Covid-19. Frente às articulações neoliberais profundas de redução do papel do Estado na economia, em processo desde o governo Temer, foram mitigados os meios possíveis da atuação do governo para evitar um iminente aumento da inflação e dos indicadores de desemprego.

Nesse sentido, com o objetivo de criar condições para a sua reeleição o governo passa a combater a inflação por meio do aumento dos gastos do Estado, tendo por exemplo, valores de programas de transferências de renda reajustados pela primeira vez em quatro anos e também houve a primeira intenção de atenuar os efeitos da política de paridade de preços internacionais de combustíveis (Araújo, 2023).

Frente ao contexto, podemos compreender que ambos os governos podem ser analisados como parte atuante de uma nova rodada de neoliberalização do país. Os governos de Temer e Bolsonaro avançaram vertiginosamente na direção neoliberal, mas não só pela adoção de políticas com esse caráter ideológico específico. Como também, na realidade, essas gestões atuaram com a intenção de mitigar a desaceleração do superávit do mercado financeiro em acentuada crise. Para isso, promoveram políticas que reduziram os gastos do estado com políticas sociais, usando a premissa de serem demasiadamente altos em relação à arrecadação promovida pela União, à medida que promoveram o aumento dos lucros dos capitais do mercado financeiro. Esses aumentos só foram atingidos através da usurpação dos recursos que seriam destinados à população, recursos esse que se fossem para ser devidamente empregados poderiam ser utilizados por meio direto com reajustes

corretos de políticas de transferência de renda, quanto de forma indireta pelo desenvolvimento de políticas públicas em todos os âmbitos.

2.3 O avanço das Políticas Públicas de Saúde e inserção da Pessoa Idosa

A saúde é considerada como bem de interesse público que compõem o rol de políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, a partir de reivindicações e lutas sociais. A promoção em saúde é caracterizada como o conjunto de estratégias empregadas para se conceber saúde e garantir a qualidade de vida para todo o conjunto populacional nos serviços de saúde. Desde os anos 1950 a Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia que a saúde faz parte de um pacto global estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (Castanha, et al, 2017).

As Políticas Públicas são baseadas em estudos que delimitam as ações e funções do estado em relação à questão de interesse público, ou seja, as políticas públicas respondem as necessidades sociais a partir de reivindicações da classe trabalhadora. Os Estados Unidos da América (EUA) foram precursores na utilização de Políticas Públicas como uma nova ordem de disciplina para o conhecimento acadêmico com o intuito máximo de estabelecer relação entre a função do Estado e a ação dos gestores perante à sociedade (Pinheiro; Milani, 2015).

As Políticas Públicas de Saúde são caracterizadas como a ação ou omissão do Estado mediante as demandas da saúde da população (programas e planos de saúde, diretrizes e planos de ação do governo) sempre analisando a relação entre o poder e a saúde. Essas políticas como matéria no meio acadêmico, ancoram estudos sobre o papel gestor do Estado frente às questões e os movimentos sociais (políticas sociais, políticas de saúde e políticas econômicas), sendo que estes servem para desenvolver planos possíveis de intervenção na presença dos problemas de gestão nos serviços de saúde (Santos; Teixeira, 2017).

Malta *et al.* (2016) inferem que, a saúde no Brasil é resguardada pela Constituição Federal, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e que o mesmo se articula com os poderes político-sociais, defendendo a saúde como bem público e se

arquitetando de maneira que as políticas sejam executadas a fim de efetivar a Promoção à Saúde junto à população brasileira.

Desde os anos 1970 emergiram movimentos sociais de origem acadêmica que enfatizavam para a sociedade a importância de se compreender o processo "Saúde-doença", no Brasil, por exemplo, houve o movimento denominado de "Movimento da Reforma Sanitária (MRS)". Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma Ata, situada na região da antiga União Soviética no período de setembro de 1978, tendo como principal objetivo expressar as necessidades de promover a saúde de todos os povos através do fim das interferências oriundas das desigualdades sociais, promovendo com que toda a população mundial tivesse condições de cuidados primários em saúde adequadas de saúde até o ano 2000 (Barros; Sousa, 2016).

A conformação de um modelo que leva a seguridade social amarrada à ideia que o Estado deveria prover a saúde dos seus trabalhadores contribuintes, idealização vigente de 1930, é quebrada com a criação do SUS. Dessa forma, a saúde e seguridade do trabalhador formal perderam a centralidade no MRS a partir de uma análise a assistência individualizada, oferecida exclusivamente a trabalhadores formais, mediante desconto mensal de todos os assalariados, foram substituídas pelo acesso universal, sem pagamento, englobando a prevenção, promoção e recuperação da saúde no qual o acesso seria assegurado a todos os cidadãos brasileiros (Teodoro R., 2018).

Nessa abordagem Paim (2008, p.94-95) descreve:

O sistema de saúde brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. A partir da Era Vargas, introduz-se o direito à assistência médica apenas para os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada. A extensão de cobertura para os trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), efetuada durante o autoritarismo, apresentava-se mais como concessão do que como um direito. O mesmo podia ser dito em relação ao acesso das populações rurais e das periferias urbanas aos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e, posteriormente, às Ações

Integradas de Saúde (AIS) e as Suds. Somente com a Constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito social, cabendo ao Estado assegurar o 'direito à saúde para todos os cidadãos', uma das maiores conquistas do movimento sanitário no Brasil.

No ano de 1988 com promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil (CF), o MRS alavancou ainda mais o seu reconhecimento e sua potência por meio dos princípios estabelecidos na Constituição, a CF traz como proposta um sistema de saúde que ampare um completo "bem-estar" para a população brasileira. Com isso, ao decorrer dos anos ocorreram diversas lutas sociais em busca de manter a qualidade dos serviços de saúde no Brasil (Saraiva, 2016).

De acordo com a avaliação de Fernandes (2012) até o momento da proclamação da Constituição Federal em 1988, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção à pessoa idosa. No entanto, a partir de então, o direito universal à saúde foi garantido pela sociedade e reafirmado pela garantia do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e da Lei 8.142/90.

O entendimento desse direito garantido passa pelo princípio básico do SUS e é reafirmado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual versa sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as movimentações intergovernamentais de recursos monetários na área da saúde (Fernandes, 2012).

O SUS foi criado pela CF em 1988 viabilizando que a saúde fosse reconhecida como um direito social, tornando-se parte das políticas públicas. Em meio a um contexto histórico com contingências difíceis e particularidades, que influenciaram de forma incisiva a sua implantação, o SUS foi gerado (Rodrigues, 2014).

Segundo Gomes et al (2017), no ano de 1990, a Lei nº 8080/90 estabeleceu bases para a evolução do SUS, garantindo que o mesmo fosse uma vitória social e que se apresentassem bases para melhorar os serviços de saúde e a qualidade de vida dos usuários, concernente a essa abordagem a Lei 8080/90 versa:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

2.4 Políticas de Saúde e a Pessoa Idosa

No espaço que sucedeu a criação do SUS, um dos primeiros movimentos específicos para o idoso foi a criação da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996 (Brasil, 1996). A PNI tinha o objetivo de, por meio de amplas ações governamentais distribuídas em inúmeros setores, garantir os direitos sociais dos idosos, garantindo condições efetivas para promover sua autonomia, participação e integração real. Também reafirmava o direito à saúde desta população em diversos níveis organizacionais do SUS (Brasil, 1994).

Ainda sobre a Política Nacional do Idoso, a mesma versa em seus Artigos 3º e 4º:

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

- I - Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

- II - Participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- IV - Descentralização político-administrativa;
- V - Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
- VI - Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
- IX - Apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

O desenvolvimento, em 1997, do Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso – PNI – (Brasil, 1997), teve o intuito de colocar em ação as práticas estabelecidas pela política e teve o interesse de desenvolver ações preventivas, promocionais e curativas no âmbito de políticas sociais direcionadas a essa população.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSPI), afirmando que seus órgãos e entidades que se relacionem com a temática, fomentam a elaboração ou readequação de planos, atividades e projetos na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas.

Essa política assumia um papel que o problema principal que pode afetar a vida do idoso é a perda de sua capacidade operacional, isto é, a perda das suas habilidades mentais e físicas necessárias para o desenvolvimento de atividades básicas e funcionais da vida diária (Brasil, 1999). Foi tomado como base o princípio constitucional de que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de garantir todos os direitos da cidadania, garantindo a sua colocação na comunidade, bem-estar e defendendo sua dignidade e o seu direito à vida (Brasil, 2006a).

Em convergência com outros países, em 2003, foi aprovado no Brasil o Estatuto do Idoso pela lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, desenvolvendo uma intensa participação dos órgãos em defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso,

ampliou as respostas do Estado mediante a sociedade e às necessidades da população idosa, ainda que não houvesse clareza quanto aos meios para financiar as ações propostas. Ainda sobre a Lei 10.741/03 ficou entendido que:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O Pacto pela Saúde² trouxe enfoque à saúde do Idoso para o topo da lista de seus objetivos, tendo como meta prioritária o estabelecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) coordenada pela portaria nº 2.528/2006 (Brasil, 2006a). Para a execução do PNSPI o SUS conta com uma equipe de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde e Centros de referência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002) e tem em sua atual redação a ideia de: "Recuperar, promover e manter a autonomia e independência da pessoa idosa, apontando medidas individuais e coletivas de saúde para esta finalidade, em concordância com os princípios e diretrizes do SUS".

A Lei 10.741/03 teve a sua redação alterada no ano de 2022, versando alterações nas descrições em seus 3 artigos bases citados acima e nos parágrafos que se sucedem pela Lei nº14.423/22 modificando o conjunto de leis do Estatuto do Idoso, para o Estatuto da Pessoa Idosa, versando:

Art. 1º É instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei,

² O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, é um instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que define prioridades, objetivos e metas para a saúde pública no Brasil. Ele foi firmado entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e visa aumentar a eficiência e a qualidade do SUS, promovendo a descentralização e a integração das ações de saúde. **Fonte:** <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pacto-pela-saude>.

assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Segundo Arretche et al. (2002), o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1990, vem tentando colocar em prática ações e serviços de saúde de forma regionalizada por meio de regulamentações e instrumentos de gestão e de forma nacional a partir da reforma sanitária. No entanto, tem havido vários obstáculos para que os gestores municipais e estaduais abracem essas mudanças. No entanto, isso reconhece que, embora a municipalização possa melhorar a gestão da saúde ao supervisionar as situações locais de forma mais eficiente, se não for feita com cuidado, pode causar mais mal do que bem.

O neoliberalismo tem restringido o acesso aos direitos sociais universais demonstrando uma conjuntura que não há acordo entre as classes sociais para reduzir as desigualdades existentes. Isso resulta na quebra da universalidade dos direitos, visto que a política de assistência social se concentra nas parcelas mais pobres, ocorre a privatização dos serviços de saúde e a oferta desses serviços é limitada, também direcionada à população mais empobrecida.

Portanto, para enfrentar essas questões, é preciso advogar pelo empoderamento dos gestores municipais; criar processos de escuta ativa dos municípios; estabelecer uma cultura que estimule o enfrentamento coletivo dos problemas. Para garantir a efetividade do SUS e a equidade no acesso aos serviços de saúde, a cooperação intergovernamental entre união-estado-município é indispensável, no entanto, sem essa corroboração e financiamento os avanços se tornam inviáveis.

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das garantias estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, como é citado em seus artigos 196 e 197.

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Brasil,1988).

Retornando os olhos para o neoliberalismo, como teoria política e econômica, que enfatiza a importância da liberdade individual para empreender e a necessidade de um ambiente institucional que proteja fortemente os direitos de propriedade e o livre mercado. Para esse fim, o bem-estar humano atinge seu máximo quando os indivíduos têm permissão para se envolver em trocas econômicas sem quaisquer restrições do Estado.

O direito à saúde se configura como importante nicho de ofensiva do capital, devido ao seu potencial de mercantilização. Sendo assim, essa gama de direitos e políticas públicas, vem sendo alvo cada vez mais de ataques, como parte das estratégias da tendência do capitalismo contemporâneo, que nas palavras de Harvey (2008) são as atuais expropriações dos direitos da classe trabalhadora.

Apesar dos persistentes cortes governamentais nas políticas sociais, intensificados com a Emenda Constitucional 95, emitida no Governo Temer, as isenções fiscais (ou gastos tributários) contribuem para a redução dos recursos para o SUS com o setor privado de saúde recebendo continuamente recursos direta e indiretamente de várias fontes. Como o gasto tributário³ é um dos principais mecanismos que exercem esse poder; envolve impostos federais que são dispensados, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

³ Gasto tributário refere-se a despesas indiretas do governo realizadas por meio do sistema tributário, com o objetivo de atender a metas econômicas e sociais. Esses gastos constituem exceções ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação potencial e aumentando a disponibilidade econômica dos contribuintes. **Fonte:** <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-bases-efetivas/sistema-tributario-de-referencia-str-v1-02.pdf>

O COFINS e a CSLL são desenhadas para garantir recursos para áreas essenciais como saúde, previdência e assistência social. No entanto, as isenções fiscais concedidas ao setor privado representam uma renúncia de receita significativa que poderia ser utilizada para fortalecer o SUS. Além disso, outros benefícios fiscais, como deduções de despesas médicas no Imposto de Renda, também favorecem o setor privado, incentivando a contratação de planos de saúde privados em detrimento do fortalecimento do sistema público. (Brasil, 2023)

Essas políticas refletem um desequilíbrio no financiamento do sistema de saúde, onde o setor privado é amplamente beneficiado, enquanto o sistema público, que atende a maioria da população, enfrenta restrições orçamentárias. A redução de investimentos no SUS e o favorecimento do setor privado levantam preocupações sobre a equidade e a eficácia na oferta de serviços de saúde, desafiando o princípio da saúde como direito universal e integral, conforme previsto pela Constituição Brasileira.

2.5. Como as políticas neoliberais atuam no desmonte da política de saúde

As contrarreformas nas Políticas de Saúde de forma de um movimento linear amplo e explícito, atuam com o intuito de burlar as possíveis resistências que vêm se construindo de maneira a fragmentar o sistema e se espalhar no interior do mesmo. Desta maneira, enfatiza-se um enfraquecimento das estratégias de contenção da crise gerada pelo capital, por parte do neodesenvolvimentismo implantado no Brasil em meados dos anos 2000, buscando relacionar aspectos como crescimento da economia, industrialização e redução do papel regulador do Estado, e renovar aspectos como a competitividade internacional, estabilidade da moeda e a incessante busca por capital do neoliberalismo (Sampaio, 2012).

Implementado por governos do Partido dos Trabalhadores (PT), foi substituído na vigência do governo de Michel Temer, que na política de Saúde, dá avanço ao Projeto Privatista, intensificando assim as privatizações e fragilizando, ainda mais, a ideia inicial do projeto de reforma sanitária. De acordo com a nota escrita pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) (2016):

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República, no dia 12 de maio [de 2016], desnudam as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade na tentativa de superação da crise pela qual passa o capital. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciam as ações a serem adotadas pelo governo que se inicia (“Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contra reformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores (FNCPS 2016).

Com a então nomeação do deputado federal Rodrigo Barros (2016), para assumir o cargo máximo no Ministério de Saúde, ficou cada vez mais evidente um vínculo entre o Governo e o setor privado, escancarando a aproximação desde o seu período eleitoral; "contato persistente com entidades e setores privados da saúde, como se fossem efetivamente conselhos consultivos orientadores da gestão política" (Soares, 2018, p. 27); soma-se aos seus discursos a afirmação: "[...] sou ministro da saúde, não sou ministro do SUS." De acordo com Soares (2018):

Ainda em suas declarações iniciais, o Ministro da Saúde Ricardo Barros afirma abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Tal estratégia é reveladora da direção das alterações impetradas pelo governo Temer e, ao mesmo tempo, do momento do Estado brasileiro e seus vínculos com o capital nacional e internacional (Soares, 2018, p. 26).

A manutenção do governo Temer no poder forneceu condições à necessidade de uma resposta neoliberal para as demandas iminentes do capital no contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classes dos Governos do PT.

Com isso, o primeiro passo do então Governo que deu continuidade às contrarreformas foi a criação da Emenda Constitucional 95/2016 (Brasil, 2016), que instituiu um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento fiscal e da Seguridade Social da União, tendo previsões que, durante vinte anos, as despesas básicas do orçamento público ficariam atreladas apenas às variações inflacionárias, indicando assim, um estrangulamento financeiro de todas as políticas públicas nos âmbitos do

social e da saúde (Ferraz; Bernardes, 2018). De acordo com a análise de ambas as autoras:

[...] tudo isso para que o Estado brasileiro continue a destinar mais de 40% de suas receitas para o pagamento de juros da dívida, alimentando o sistema financeiro internacional, além de manter elevados os subsídios estatais ao setor privado via terceirização e entrega dos equipamentos públicos de saúde para Organizações Sociais. Ou seja, atravessamos uma brutal reforma regressiva e antidemocrática do Estado, aprofundando de forma acelerada um processo de penalização dos pobres e trabalhadores que se estabeleceu desde os anos 1990, para que o capital possa se apropriar de todo o fundo público, até mesmo dos poucos recursos destinados à reprodução da força de trabalho no Brasil (Ferraz e Bernardes, 2018, p. 5).

As grandes mudanças nas iniciativas governamentais e em programas do Ministério da Saúde, alavancaram a situação para um desarme do SUS no Governo Temer, as quais iniciaram-se com as proposições dos denominados planos de saúde acessíveis, sendo sistematizado pelo ofício nº 60 do Ministério da Saúde (2017) (Brasil, 2017), tendo o intuito de reação às perdas de usuários dos planos de saúde, propondo então, novos planos que possam atingir todos os estratos sociais.

Estas mudanças também apontam uma diferenciação a partir da análise das ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na Atenção Básica, configurando assim uma restrição no acesso à assistência e reafirmando sua conformação como uma política focalizada, restrita à população mais vulnerável ou agravos mais comuns (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018). Teixeira (2018) versa que:

Se as ações do governo Temer, representam o retrocesso na Atenção Básica, na Política de Saúde Mental entre outras políticas, e em especial no controle social como questão pétrea do SUS, ele prepara o terreno para os planos privados darem a cobertura que o setor público (SUS) não conseguirá. Como? Entre uma das propostas facilitadoras seria a alteração da legislação dos Planos de Saúde, criando os modestos Planos Populares. Não é o acaso que escolhe um deputado do PSDB para ser o relator da Comissão Especial sobre estes Planos de Saúde, é a articulação ideológica, político-partidária que o define. [...] (Teixeira, 2018, p. 44).

Diante de todos esses constantes retrocessos, o Governo Temer deixa ainda mais enfocada a sua articulação imediata com o setor privado através do manuscrito “Coalizão Saúde Brasil” publicado em 2017, sendo apresentado como uma forma de

agenda para transformação do Sistema de Saúde. Este documento foi elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil. Segundo Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018):

O grupo Coalizão Saúde surge em 2014, lançado na Faculdade de Medicina da USP, reunindo parte significativa da “cadeia produtiva da saúde”. Porém, é em 2016 que se amplia o número de associados, totalizando 24 entidades articuladoras do capital da saúde, com uma composição que varia entre indústrias, indústria farmacêutica, entidades e operadoras de planos de saúde, associação de hospitais privados, confederação dos hospitais e entidades filantrópicas. O grupo tem como suas pautas principais a solução para os sistemas de saúde públicos através das parcerias público privadas e as OSs como novo modelo de gestão, o que amplia a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição das políticas de saúde. (Bravo; Pelaez e Pinheiro, 2018, p. 17)

O texto propunha uma interdependência entre os setores públicos e privados, que iria se dar pelo setor privado gerenciando os serviços, para além, apresentava uma análise de "diagnóstico" do Sistema Único de Saúde, no qual apresentava diversas falhas na sistematização, focando principalmente na gestão e, por consequência, dando respostas a estas falhas por meio das iniciativas a serem priorizadas, logo, indicando a priorização do setor privado para correção das falhas indicadas (Bravo *et al.*, 2018).

Frente à problemática, fica evidente que a saúde enquanto política governamental foi deveras precarizada no Governo Temer, com o avanço da esfera privada nas políticas públicas de saúde, sendo expresso por meio de redução de imposto de renda a pessoa física ou jurídica, como também isenção de impostos de grandes hospitais como o Sírio Libanês e o Albert Einstein.

Sendo de fato ocorrente uma atualização das tendências estratégicas encaminhadas aos interesses do capital e absorvidas pelos governos à medida que as estratégias anteriores vão sendo mitigadas no contexto nacional ou na macroeconomia da crise do capital (Correia, 2018).

O capitalismo vem se mantendo em uma crise de dimensões inimagináveis em tempos contemporâneos, sendo considerado uma crise tripartida, nas áreas da ecologia, economia e sanitária. A onda neoliberal que abalou o Brasil, logo após a proclamação da CF de 1988, impondo ajustes fiscais fortes que impactaram a soberania nos direitos até então adquiridos pela classe trabalhadora, causando um horrendo panorama de declínio social por meio da intensificação e do crescimento da pobreza e extrema pobreza (Soares, 2000).

Com isso a seguridade social brasileira, objeto de diversos ataques pelo lado dos setores mais conservadores da burguesia nacional, foi se encaminhando para o que Vianna (1998) designou de americanização perversa, de modo que, o modelo estatal foi se aprimorando, mas numa maneira de atendimento de péssima qualidade voltado à classe trabalhadora. Mesmo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), são o resguardo da proteção social no Brasil.

As medidas governamentais tomadas pelo governo Bolsonaro, se encontram muito aquém das que seriam necessárias para mitigar os impactos econômicos da então pandemia de COVID-19. As medidas na área de saúde se mostram como um ápice dos anos de sucateamento da saúde pública num país de desigualdade social abissal. O SUS nunca teve o seu financiamento necessário, pelo contrário, sempre se manteve subfinanciado, e com a aprovação da EC 95, prevendo um teto de gastos para a saúde, o governo explicitamente deliberou um processo acelerado de desfinanciamento (De Souza Neto, 2019).

A batalha histórica entre os projetos da Reforma Sanitária e o Privatista, para a área da atual conjuntura da saúde tem favorecido o último, no qual o elemento central é a produção da doença como fonte de lucro. Os avanços do ultra neoliberalismo têm estreitado as disputas políticas dentro da cúpula central do SUS, em tempos de pandemia, em que a histórica redução de verba produziu um cenário marcado com limites e restrições para o acesso amplo ao sistema. Para Boschetti (2018), o avanço do capitalismo por meio do Estado burguês:

[...] ao suprimir ou diminuir os direitos sociais de saúde e previdência, obrigam a classe trabalhadora a despendar parte de seu salário com a compra de bens e serviços no mercado, operando a transformação dos direitos em mercadorias; [...] ao reduzir os direitos de aposentadoria, seguro-desemprego, seguro-saúde, reduzem a participação do Estado Social na reconstituição física da força de trabalho e obrigam a classe trabalhadora a oferecê-la no mercado a qualquer custo e em qualquer condição, 'livres como os pássaros' (Boschetti, 2018, p. 159).

A atualidade explicita o colapso do sistema de saúde pública brasileira e o Estado mínimo, em que se faz sentir as dores máximas da população periférica enfrentando grandes filas, faltas de leitos, de profissionais, de remédios e sobram os atendimentos precários, que por muitas vezes são determinantes entre a vida e a

morte de quem necessita do Sistema Único. Tendo em vista que o sistema público tem sido a única e última possibilidade de a classe trabalhadora ter acesso à saúde, o que tem se presenciado é a hegemonia e máxima da lógica gerencialista e mercantilista da saúde pública (Bravo *et al.*, 2018).

O Governo Bolsonaro manteve e ampliou a sangria contra o SUS, sendo uma das suas primeiras ações governamentais a finalização do Programa Mais Médicos, que, com suas limitações atendia pelo menos 700 municípios, chegando a locais cada vez mais longínquos e de difícil acesso, em particular o atendimento aos povos indígenas e às populações tradicionais foram muito afetadas.

Ainda de acordo com Boschetti (2018) a expropriação dos direitos sociais, fruto das contrarreformas sistemáticas no campo trabalhista e da saúde, em particular, a seguridade social, além de impor os modos de vivência cada vez mais humilhantes para a classe trabalhadora, ainda a condena a acatar os regulamentos e as condicionalidades, por muitas vezes humilhantes.

3. A HERANÇA DO PATRIARCADO ATRELADO A CONDUÇÃO DO CUIDADO FEMININO E COMO ISSO IMPACTA NA VELHICE

3.1 Distribuição de Papéis de Gênero, Expectativas Sociais e como isso afeta na saúde física e mental das mulheres cuidadoras.

O termo patriarcado tem a sua etiologia da junção das palavras gregas *pater* (pai) e *arkhe* (origem, comando). A expressão se refere a uma organização social e familiar em que os homens, os patriarcas, impõem e submetem os outros da sua família ao seu poder. No Estado Romano, esse termo tinha uma significância diferente do que se tem hoje, sendo referido, originalmente, para determinar uma forma de propriedade. Com o passar do tempo, passou-se a incluir também todos os participantes que habitavam e trabalhavam sob o comando de um *paterfamilias*, seja a esposa, os filhos, seus escravos ou aqueles de que alguma maneira, por adoção, estaria integrada ao grupo (Silva; Souza, 2019).

A organização familiar patriarcal não corresponde a um modelo único de organização familiar, se conformando com variações, ao longo do tempo, de acordo

com a localidade, no entanto, mantendo sempre a superioridade e o poder do patriarca em relação aos outros membros componentes do *familis*. Esse poder masculino não se limita ao espaço doméstico, mas se reflete na conjuntura social como um todo.

A forma de processo auxiliou a desnaturalização do patriarcado como forma de organização social e familiar, dando visibilidade aos aspectos intrínsecos nela inseridos e apontando o seu caráter histórico. Um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres, demonstrando que a dominação não está apenas presente na esfera familiar, muito menos apenas no âmbito trabalhista, político ou nas grandes mídias.

No domínio da família, o pai se mantém na posse da autoridade sobre as mulheres e as crianças. Ele é o fator da origem da opressão das mulheres pelos homens. Gerda Lerner afirma em sua obra "A criação do patriarcado", a história da opressão das mulheres pelos homens, o cerne do patriarcado, remonta a uma criação histórica formada por homens e mulheres em um processo que levou quase 2500 anos até ser fundamentado. Segundo a escritora, "o papel inicial social de uma mulher foi definido por seu gênero, sendo moeda de transação de casamento. O papel do gênero oposto foi ser aquele que executava a transação e definia os termos da sua troca" (Lerner, 2019).

A família patriarcal se situa de maneira dinâmica, histórica e geograficamente. O patriarcado oriental abrangia aspectos como a poligamia e o cárcere das mulheres em seus haréns. O patriarcado da antiguidade clássica e em sua difusão pela Europa tinha como base a monogamia, no entanto, em todas as formas, um duplo padrão sexual, colocando sempre as mulheres em desvantagens, o que é a base desse sistema.

Nos estados industriais modernos as relações de propriedade dentro da família, se desenvolvem de forma mais igualitária, mesmo assim, as relações de poder econômico e sexual, dentro das organizações familiares, não se alteram. Em algumas conformações, as nuances que envolvem as relações entre os sexos são mais equânimes, enquanto as relações econômicas se mantêm com a base patriarcal, em outros modelos, inverte-se o padrão. Todavia, em todos os casos não se altera a dominação masculina como base do domínio público, nas instituições e nas esferas governamentais (Lerner, 2019).

Ainda segundo Lerner (2019):

O sistema do patriarcado só pode funcionar com a cooperação das mulheres. Assegura-se essa cooperação por diversos meios: doutrinação de gênero, carência educacional, negação às mulheres do conhecimento da própria história, divisão de mulheres pela definição de “respeitabilidade” e “desvio” de acordo com suas atividades sexuais; por restrições e coerção total; por meio de discriminação no acesso a recursos econômicos e poder político e pela concessão de privilégios de classe a mulheres que obedecem (Lerner, 2019, p. 267).

A análise do sociólogo e escritor Gilberto Freyre na sua obra *Casa Grande & Senzala*, publicada em 1933, teve como função principal a descrição da formação da família brasileira sob o regime patriarcal. Mesmo seus estudos sendo delimitados na região Nordeste do Brasil, em famílias de grandes senhores de engenho, este tipo de modelo se aplica a toda forma de organização familiar brasileira. Freyre alerta, em sua obra, que o patriarcalismo, “sentimento de honra do homem com relação à mulher (seja ela sua esposa ou companheira) e às suas filhas moças,” foi responsável por numerosos crimes.

Ao longo das suas teses, Quintas (2008) se vale de escritas mais específicas de Freyre, em *Sobrados e Mucambos*, *Vida social no Brasil nos meados do século XIX*, e *Casa-grande & Senzala* e, de maneira bem sucedida, a autora afirma que:

Freyre antecipou-se na noção de gênero ao ‘eliminar’ a dimensão unilateral e apenas biológica do sexo. Assinalou a dialética homem-mulher, elaborando uma construção relacional numa época em que ninguém designava a ‘encruzilhada’ dos confrontos sexuais. Sexuais, portanto, de gênero masculino e feminino (Quintas,2008).

Tomando como base o que foi exposto, devemos começar a entender a conjuntura do trabalho feminino no que tange ao cuidado, tendo como base a histórica divisão das relações de trabalho, envolvendo os sexos, termo arquitetado por pensadoras feministas, possibilitando o desenvolvimento de concepções sobre o trabalho no modo de vida capitalista (Kergoat, 2016). Desse modo, a orientação de atividades que visem o cuidado às mulheres é avaliada por meio de autores que estudam a acumulação primitiva do capital e a colonização europeia, sob as lentes do feminismo, abordando como essas divisões fortalecem o patriarcado e impulsionam a divisão sexual do trabalho, além de se constituírem sincronicamente racionalizadas.

Como Kergoat (1996) salienta que a divisão de cunho sexual do trabalho está no centro do poder que os homens exercem sobre as mulheres. Nessa avaliação podemos inferir que existe uma hierarquização entre o que é sociologicamente considerado trabalho masculino e feminino, se respaldando da percepção de que o trabalho reprodutivo realizado por mulheres é advindo da natureza, ou seja, não necessita de qualificação. Assim não é reconhecido como trabalho, mas como “amor”, e essas concepções reverberam na dificuldade de se valorizar o trabalho reprodutivo.

Federici (2019) acende uma discussão sobre a importância do feminismo ao garantir a possibilidade de compreensão de que a reprodução da força de trabalho não está restrita ao consumo de mercadorias, no entanto, se diz respeito a uma amplitude de atividades. A escritora ainda consegue ressaltar que as feministas conseguiram fixar “[...] o garantido reconhecimento da importância da reprodução e do trabalho doméstico realizado pelas mulheres para a acumulação de um capital [...]”

A real responsabilização que tange à esfera do cuidado às mulheres precisa ser analisada no contexto da conformação da sociedade capitalista, patriarcal e racista. De acordo com as constatações de Saffioti (1997), a análise da sociedade brasileira é permeada pelas fortes contradições de gênero, classe social, raça/etnia, sendo de modo que “[...] estes três proeminentes antagonismos fundamentais se enovelam de maneira a formar um nó”.

Nesse sentido, a avaliação da divisão sexual do trabalho deve ter como lastro a estruturação dessas relações sendo potencializadas pelos efeitos do capitalismo. Essa estrutura de produção de capital se utiliza da perpetuação do patriarcado para impor a exploração da segmentação de caráter sexual do trabalho atrelado à desvalorização dos ofícios realizados pelas mulheres, destinando-as às condições mais precárias de trabalho e vida. Dessa forma, como discute Ávila (2013):

Mesmo partindo do pressuposto de que o patriarcado é um sistema anterior ao capitalismo, o qual se mantém e se reestrutura no processo de formação social desse sistema, e de que houve, anteriores ao capitalismo, outras formas de divisão do trabalho entre homens e mulheres, essa divisão estava, necessariamente, marcada por outra concepção ou relação entre produção e reprodução, pois a divisão que se expressa neste sistema está diretamente relacionada à sociedade salarial, na qual a força de trabalho é vendida como uma mercadoria e o trabalho produtivo se autonomiza com espaço e tempo

próprios e se impõe sobre a organização da vida cotidiana, e o trabalho reprodutivo é estabelecido como aquele que se realiza no espaço doméstico, que passa a ser uma unidade familiar e não mais uma unidade familiar e produtiva (Ávila, 2013).

Entendendo que o patriarcado tem implicado em resoluções sobre a divisão do trabalho, a segmentação da atividade de cuidado às mulheres é problematizada pela análise de diversos conceitos do patriarcado e a instrução sobre as mudanças trazidas pela modernidade em relação ao gênero. Pode-se inferir que existem diferentes visões teóricas e representativas entre as feministas, possibilitando a variabilidade no campo de debate.

O conceito de patriarcado e sua percepção histórica possuem diferentes análises, contudo, entram em vigor a atualidade e a capacidade desse conceito, visando o entendimento das raízes das desigualdades que perpassam as relações de gênero. Desse modo, para o entendimento do patriarcado, cabe verbalizar com os debates, abordando a intervenção colonial na vida das mulheres.

O processo de neocolonização parte do princípio da supervalorização do homem branco europeu, direcionado à vida pública e de prestígio, reforça elementos para a compreensão de questões sólidas relacionadas ao patriarcado moderno. Nessa mesma análise, a privatização dos espaços domésticos e confinamento das mulheres a esse âmbito, possibilitam o tratamento das questões das mulheres como minorias e o concomitante reforço no processo da divisão de trabalho, com a constante desvalorização das atividades realizadas por mulheres como o cuidado.

A avaliação do conceito de patriarcado de alta intensidade utilizado pela socióloga Segato (2016) elucida o estreitamento das desigualdades de gênero que as mulheres passaram a vivenciar em comparação com o patriarcado de baixa intensidade estabelecido no mundo tribal, onde o papel das mulheres era por muitas vezes equânime em quantidade laboral com os homens.

Esses entraves deram a possibilidade de compreensão da naturalização de que, no âmbito social, é destinado às mulheres o cuidado das pessoas e por consequência, a invisibilidade da sobrecarga de trabalho e o que esse contexto implica na vida pessoal e social da mulher. A apatia do Estado e da sociedade com as diversas opressões experimentadas pelas mulheres deve-se ao reflexo da forma de como o

projeto colonial isolou as questões femininas, excluindo-as do interesse social generalizado. Com isso, a vida precarizada, as constantes opressões, as violências, a sobrecarga, entre outras questões sociais relacionadas ao universo feminino foram banalizadas e despolitizadas.

A assimilação de que o dever de cuidado de pessoas remete ao âmbito da família, sendo esse, majoritariamente assumido por mulheres, é produto da dicotomia entre o público e privado impostas com o projeto intrusivo colonial. Processo esse, que teve como característica básica a privatização do espaço doméstico, com isso, não sendo responsabilidade do Estado garantir o cuidado, pois é visto como uma questão da esfera privada, da intimidade.

Essas questões verificam-se em sociedades que tiveram os laços comunais de reciprocidade seccionados com a ordem colonial, reverberando de formas devastadoras nas vidas de mulheres que cuidam de pessoas idosas, crianças, pessoas com deficiências, doentes e saudáveis. Ainda de acordo com Segato (2016):

Porque o Estado, com sua estrutura patriarcal, captura muito mais do que somos capazes. É concebido e pensado para ser apropriado pelas elites ou para entronizar novos segmentos da sociedade e elitizá-los quando se tornarem governantes. E, sobretudo, manter a matriz binária que estabeleceu que há temas do sujeito universal, sempre com H maiúsculo que liga o Humano ao Homem, e temas de domesticidade enviesada, reduzida, minorizada (Segato, 2016).

Assim, fica visível que os papéis divididos historicamente por gênero são um legado que o patriarcado deixou e que repercute até os dias atuais. Em suma, essa divisão sempre direcionou as mulheres e seus modos de vida, fazendo com que fosse estabelecido um estilo de vida, um modo de agir, de reproduzir e de trabalhar, sempre definido e demandado pela estrutura patriarcal. Então, nota-se que as violências, as negligências e os abandonos de mulheres idosas são só um reflexo desse sistema, são mulheres que envelheceram dentro dessa ideologia e que viveram toda a vida numa perspectiva de obediência e submissão.

O cuidado de um membro familiar dependente, seja em ecossistema doméstico ou hospitalar, é em suma, na maioria, concretizado por mulheres, que são elencadas pelo sistema patriarcal como as cuidadoras familiares. Define-se cuidador familiar

como uma pessoa das relações familiares, a qual executa no ambiente, o cuidado com a saúde e o bem-estar de um membro da família, em longas jornadas ou tempos demasiados, sem receber remuneração ou algum benefício de políticas sociais do Estado voltados para a situação.

Frente a isso, a moral feminina é "talhada" através de uma sequência de atos disciplinadores incessantes que são naturalizados e têm representado a incorporação da dominação masculina e também uma forma presente e atuante de violência simbólica. As alarmantes dicotomias impostas são assimiladas pelos corpos, funcionando de maneira que, envolvendo a percepção, pensamento e ação, desenvolvem um "modus operandi" singular. Sendo assim o cuidado de membros da família, na maioria das vezes está atrelado às mulheres, por meio da imposição social, cultural e de poder legitimado do patriarcado Bourdieu (2012).

Desse modo, a lógica dos princípios morais patriarcais faz com que as parceiras tenham esse sentimento de responsabilidade pela manutenção das ligações afetivas entre seus descendentes, assumindo a atividade inerente ao cuidado com o outro, como a concretização das suas responsabilidades. A execução moral para as mulheres tem características fundamentadas na ética e na obrigação do cuidado. A vocalização feminina não é percebida, muitas vezes silenciada, por trás de um discurso majoritariamente hegemônico (Gilligan, 2003). Para o sexo oposto, prevalece o dever básico de respeitar os indivíduos, resguardando de qualquer interferência nos interesses da sua autonomia ou em seus direitos à vida livre ou a autorrealização (Gilligan, 2011).

Tem sido identificado por meio da conjuntura social atual que as mulheres exercem preponderantemente o papel de responsáveis pelo cuidado, e outros membros da família que também auxiliam no cuidado, em grande maioria das vezes, são mulheres também, como irmãs, filhas, cunhadas e vizinhas (Serrano, 2017). No entanto, o papel do homem no que se refere ao cuidado, é como coadjuvante na rede de apoio com papéis mais afastados, como transportar, encaminhar ao médico, buscar remédios ou, por breves intervalos de tempo, ser a companhia da pessoa necessitada (Ribeiro, 2005).

O dever da rotina de cuidados acaba por gerar isolamento social, cansaço físico, mental e emocional, privação das necessidades humanas básicas e ameaças

à saúde da mulher cuidadora, principalmente com o avanço da idade das mulheres em relação ao cuidado, uma vez que essas mulheres sempre viveram dentro dessa realidade e durante o processo de envelhecimento não seria diferente.

Situação essa que foi avaliada por Renk, Buziquia e Bordin (2022), que analisaram relatos de mulheres e senhoras em relação ao cuidado: [...] “É uma luta constante! Às vezes quero ‘chutar o balde’, às vezes tem o apoio do ‘marido’[...]. É cansativo, é difícil, tenho duas casas para cuidar, tenho filhos e marido para cuidar”. O isolamento também ocorre nas situações básicas recaindo sobre as mesmas: “A família me abandonou”. Frente a isto, desde o momento em que o feminino se tornou sinônimo de dona de casa, as mulheres perpassam pelo estigma da sua identidade culturalmente desenvolvida a essa condição socialmente imposta adquirindo modus de naturalidade (Federici, 2019).

Com isso a avaliação das condições realizadas de esforço, a maior dependência dos idosos, a idade da cuidadora, e os sintomas somatizados da pressão mental e social apresentam uma associação significativa ao posterior desgaste emocional, podendo ter a depressão e a ansiedade como uma das sintomatologias mais comuns. Assim o conhecimento prévio das barreiras físicas, sociais e emocionais implicadas no ato do cuidar é de suma importância para promover uma maior qualidade de vida e uma menor taxa de sobrecarga às mulheres, cuidadoras informais, desse modo fomentando uma melhor qualidade de cuidados à pessoa que foi atendida.

Ademais, com o passar dos anos o papel do cuidado para mulheres idosas impacta diretamente na questão do bem estar mental e físico, os riscos físicos a que as mesmas são submetidas se assemelham ao trabalho de enfermeiro, levando a potenciais danos musculares e esqueléticos que, por motivo da idade, são por diversas vezes irreversíveis, e como toda forma de trabalho precarizado ocorre também um acometimento da saúde mental, desenvolvendo isolamento, estresse e, por muitas vezes, o não reconhecimento como pessoa (Alcoufe UE *et al.* 1999).

3.2 O Abismo econômico entre gêneros gerado pela manutenção do patriarcado e seus impactos na velhice.

A relação entre trabalho e cuidado é inerente a todas as sociedades, principalmente no que tange ao viés da economia, o mesmo inclui trabalhos ocultos como cuidar de crianças, idosos, pessoas com deficiência mentais e físicas, além dos enfermos, para além do trabalho doméstico diário que inclui o ato de lavar, limpar e cozinhar. Com isso, temos a capacidade de avaliar a compreensão de gêneros e da divisão de trabalho, e a “divisão social e técnica do trabalho é acompanhada de uma hierarquia clara do ponto de vista das relações sexuais de poder” (Hirata, 2002), a avaliação inferiu que as mulheres têm seus papéis vinculados aos espaços reservados e os homens à esfera produtiva e pública.

As questões acerca das divisões desiguais estão presentes até hoje no mundo contemporâneo e não apenas ligadas a um contexto histórico específico. Desse modo, como Beauvoir (1970) infere, não houve nenhum *insight* histórico onde os abusos contra as mulheres se iniciaram, eles sempre estiveram pairando pela sociedade. Desse modo, tem se avaliado a possibilidade de estabelecer uma definição, considerando os debates e pretensões dos movimentos feministas. De acordo com Beauvoir,

A divisão dos sexos é um dado biológico, e não um momento da história humana. É no seio de um *mitsein* original que sua oposição se formou e ela não a destruiu. O casal é uma unidade fundamental cujas metades se acham presas indissolúvelmente uma à outra: nenhum corte por sexos é possível na sociedade. Isso é o que caracteriza fundamentalmente a mulher: ela é o outro dentro de uma totalidade cujos dois termos são necessários um ao outro (Beauvoir, 1970, p.13-14).

Segundo avaliações do IBGE (2018), no Brasil, as mulheres colocam, em média, mais de 60 horas semanais em trabalhos e afazeres domésticos não remunerados. De acordo com Borges (2020), a avaliação do trabalho doméstico não remunerado, como a primeira perspectiva, expõe a fragilidade intrínseca à condição humana e isso expõe a necessidade dos trabalhadores de cuidados domésticos para a sobrevivência e manutenção das estruturas sociais, de maneira contínua e necessária às relações

de reciprocidade. A escritora pontua a atividade do cuidado como uma atividade que "mantém a vida e a produção social", da mesma maneira exposta por Federici (2019 p.20) que avalia a reprodução social como a reprodução da vida que necessita de ações de cuidado: "a questão da reprodução, compreendida como o complexo de atividades e relações por meio das quais nossa vida e nosso trabalho são reconstituídos diariamente, [...]".

Os trabalhos domésticos, por muitas vezes são vistos como atos de amor e carinho, mas devem ser entendidos que, no sistema capitalista e de acumulação de capital, o trabalho não remunerado é avaliado como exploração das mulheres, no entanto é suprimido historicamente com base no fato de o trabalho reprodutivo ser designado a não ser remunerado:

O trabalho doméstico foi transformado em um atributo natural em vez de ser reconhecido como trabalho, porque foi destinado a não ser remunerado. O capital tinha que nos convencer de que o trabalho doméstico é uma atividade natural, inevitável e que nos traz plenitude, para que aceitássemos trabalhar sem uma remuneração (Federici, 2019 p 42).

As ações de violência de gênero são expostas nas mais delicadas vivências, como a questão do cuidado com todos, os afazeres da casa, onde assim se anula o papel de mulher e se torna a mãe, esposa, dona de casa, e a responsável por todas as demandas inerentes à família (Hirata; Kergoat, 2007). Desse modo, a vivência como mulher foi sempre marcada por violências, sejam sutis ou explícitas, com isso moldando os lugares que lhe cabem.

Foi com a tomada de consciência de uma "opressão" específica que teve início o movimento das mulheres: torna-se então coletivamente "evidente" que uma enorme massa de trabalho é efetuada gratuitamente pelas mulheres, que esse trabalho é invisível, que é realizado não para elas mesmas, mas para outros, e sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno. A denúncia (pensemos no nome de um dos primeiros jornais feministas franceses: *Le Torchon Brûlé**) se desdobrará em uma dupla dimensão: "estamos cheias" (era a expressão consagrada) de fazer o que deveria ser chamado de "trabalho", de deixar que tudo se passe como se sua atribuição às mulheres, e apenas a elas, fosse natural, e que o trabalho doméstico não seja visto, nem reconhecido (Hirata; Kergoat, 2007, p.597).

No entanto, por mais que exista como base um arcabouço legal definindo haver igualdade entre as pessoas, independente dos sexos, a realidade latente que as mulheres enfrentam está interligada a uma gama de desafios que estão diretamente ligados à influência das desigualdades entre os gêneros, no território brasileiro. Essas questões são reafirmadas por diversos contextos e dados vividos pelas mulheres atualmente, reiterando, com isso, a permanência dessas desigualdades.

É exposta, também, a questão da diferença estabelecida no passado entre os papéis masculinos e femininos, como a relação deles com a divisão sexual do trabalho nos âmbitos público e privado. No espaço público existe um domínio das relações masculinas, tendo como função a responsabilidade de sair de casa todos os dias para sustentar a família. No oposto, cabe ao feminino o espaço privado, impondo a elas o dever de cuidadoras do lar, cuidando dos seus descendentes e parentes. Dessa forma, afasta-se a possibilidade de trabalhos fora do lar, dificultando ainda mais o acesso ao mercado de trabalho e de assumirem os mesmos direitos que os homens.

Esse determinismo cultural acarretou uma gama de desafios vivenciados pelas mulheres até os dias atuais como a dificuldade de entrada no mercado de trabalho em setores predominantemente masculinos e, por muitas vezes, a desigualdade salarial, além de outros pontos que caracterizam essa condição. Além do fato que o conjunto de estereótipos ligados à imagem da mulher no trabalho, relacionados à feminilidade que a limita, na maioria das vezes, a trabalhos menos valorizados e mais precarizados.

Com isso, o avanço na questão da importância das políticas públicas que visam à igualdade de gênero, que promovam uma justiça mais equânime e responsável pela atração de um cenário voltado para a equidade com o intuito de estimular o fortalecimento feminino e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, o que foi resultado de árduas e históricas lutas, além de uma perspectiva que possa ampliar o crescimento econômico e social do país.

Através de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero, são garantidos os direitos de saúde, educação, economia, e participação política pública para todas as mulheres. Essas conquistas levam a contribuição para o máximo possível de equidade, no acesso a diversos cargos de liderança e de tomadas de decisões de todos os níveis. É necessária a conscientização da importância do avanço

dessas políticas públicas, de esforço coletivo por parte da sociedade civil, para que haja a defesa cada vez mais forte e equânime dos direitos das mulheres de forma prática.

Um dos principais pontos a serem atingidos com essas políticas influencia diretamente no desenvolvimento social de bem-estar e diz a respeito ao acesso garantido ao trabalho, como o salário adequado, entre outros, contribuindo assim para a qualidade de vida melhor da população. No entanto, trata-se de uma realidade ainda muito utópica quanto à inserção das mulheres no mercado de trabalho no Brasil, nos moldes de como a produção capitalista age, em particular nas economias periféricas aos países do centro do capitalismo. De acordo com a análise do relatório do Global Gender Gap Report, do FMI (2019), a população brasileira ocupa a posição de número 130° quanto à questão da igualdade salarial entre homens e mulheres em atividades semelhantes, em um ranking de 153 países envolvidos.

Mesmo que realmente tenham ocorrido avanços concretos e conquistas sobre a participação feminina no setor produtivo, ativando a participação econômica feminina no país, a gritante desigualdade ainda se mantém persistente, também nas atividades laborais dos lares, e o ingresso das mulheres no atual mercado de trabalho não se calibrou com as tarefas familiares, diante dos papéis de homens e mulheres dentro de um lar, muito menos existiu o que poderia ter sido considerado como equidade em relação aos afazeres domésticos por ambos.

No entanto, as mulheres de hoje trabalham fora de casa, para além disso, mantêm todas as funções que realizavam anteriormente, dessa maneira acumulando diversas tarefas nos dois espaços. Por mais que haja uma maior participação feminina no mercado, esse resultado não foi o mesmo que foi visualizado na participação masculina em afazeres domésticos. Com isso, foi verificado que, ao invés de incentivar uma maior parceria homem e mulher nos trabalhos domésticos, tem se dado continuidade a uma divisão sexual do trabalho desigual e desfavorável à mulher.

Frente à visão de Bruschini (2006 apud Guedes e Souza, 2016),

Há uma grande desvantagem em relação ao tempo de atividades entre os sexos. Os homens têm um tempo econômico maior que o das mulheres, elas por sua vez possuem um tempo maior na reprodução social, ao contrário do grupo masculino. De acordo com a autora, por mais que estejam inseridas no

âmbito produtivo, não há uma redução de tempo na função de reprodução social para as mulheres, o que acontece, na verdade é uma adição do tempo econômico ao da reprodução social (Bruschini, 2006 apud Guedes e Souza, 2016, p. 125).

Uma realidade que aponta a divisão sexual do trabalho quanto à sua compreensão e como ela avança. Ela perpassa a avaliação e entendimento das relações sociais de poder e econômicas que são articuladas pela cultura e pela sociedade, ao longo do processo histórico enraizado no pensamento de muitas famílias, sendo normalizadas em muitas situações, mas também está associado a diversos determinantes econômicos.

A dupla jornada de trabalho acarreta sérios problemas às mulheres ao longo dos anos, destacam-se: a ansiedade, o estresse e a depressão que, por muitas vezes, são acumuladas, em decorrência de múltiplas atividades realizadas e de responsabilidades assumidas sejam elas com trabalho, com a família ou com a sociedade.

Com isso, a dupla jornada e a sobrecarga impedem que as mulheres possam se dedicar à qualificação profissional, ou até mesmo a uma mudança de carreiras que lhe garanta uma melhor vida. É o que afirma a análise da Bruschini (2006) que tem como tema "dupla jornada de trabalho feminina: uma análise das influências na qualidade de vida de uma mulher".

A qualidade de vida é reduzida à medida que a mulher sacrifica horários de lazer, autocuidado, qualificação e perde oportunidades de progressão na carreira por estar demasiadamente envolvida em questões domésticas. Esse cenário produz ansiedade, medo, tensão e insegurança, que podem evoluir para transtornos psicológicos. Segundo Castillo et al (2000), a distribuição de transtornos psicológicos acomete, principalmente, pessoas do sexo feminino por estarem mais expostas a ambientes estressantes e por usufruírem de um mínimo tempo para o lazer e cuidado pessoal (Bruschini, 2006, p.18).

Combinado com essa problemática, o trabalho não remunerado dificulta a aposentadoria digna para mulheres. Segundo dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) o trabalho não remunerado com afazeres domésticos e cuidados pessoais ao longo da vida das mulheres tem impactado na renda e na dignidade das mulheres brasileiras, quando as mesmas atingem a velhice.

Sendo elas as principais responsáveis pelos afazeres domésticos, não conseguem uma aposentadoria digna e entram para a parcela da população que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Segundo levantamentos do INSS, foi avaliado que duas em cada três aposentadorias por idade são relativas ao sexo feminino, no entanto, dois em cada três que recebem aposentadoria por tempo de contribuição são homens e, entre os idosos que recebem BPC, três em cada cinco são mulheres.

A análise da economista Marilene Teixeira expõe que a dificuldade de cumprir os 15 anos de contribuição para a previdência está intrinsecamente ligada com o trabalho não remunerado. De acordo com a pesquisadora do Centro de Estudos Sindicais Econômicos do Trabalho da Unicamp, as mulheres interrompem mais o emprego formal para cuidar dos filhos ou de outras pessoas na família do que os homens.

É muito recorrente que as mulheres, principalmente nas famílias mais pobres, na presença de crianças, pessoas idosas ou enfermas, tenham que abandonar o trabalho remunerado. Às vezes, tem que optar por um trabalho informal precário que possibilite estar presente nos dois espaços de casa e trabalho (Teixeira, 2019).

Soma-se a essa problemática a promulgação da Emenda Constitucional 103/2019 (Brasil, 2019), a qual promulgou a Reforma da Previdência e definiu que todas as pessoas que não se encontrassem na regra de transição teriam que se aposentar por idade mínima e por tempo de contribuição. Não existindo mais a possibilidade de se aposentar apenas por tempo de contribuição, como acontecia anteriormente.

Com isso, homens que passaram a contribuir após a aprovação da reforma da previdência precisam fazer por pelo menos 20 anos e atingir idade mínima de 65 anos. Já as mulheres precisam contribuir pelo menos por 15 anos e ter no mínimo 62 anos para se aposentar. A idade mínima para se aposentar para as mulheres deve aumentar gradativamente até chegar aos 65 anos. Para as pessoas que estão sujeitas à regra de transição, o cálculo depende do tempo de contribuição, da idade e de outras questões como carreira pública ou privada.

Teixeira (2019) ainda lembra que as pessoas que ficam longos períodos fora do mercado tendem a ingressar em trabalhos mais vulneráveis e informais, o que reduz a possibilidade de contribuir para a previdência [...] Com certeza, a nova regra vai continuar penalizando mais as mulheres, porque elas vão somar menos tempo de contribuição [...], infere Teixeira.

Em suma, fica evidente que as relações de gênero enraizadas pelo patriarcado se entrelaçam com as divisões sexuais do trabalho dentro do modo de produção capitalista. Haja vista que é a partir dessas correlações que as mulheres necessitam realizar jornadas duplas de trabalho e, na maioria das vezes, tendem a ter que sair de trabalhos formais para poder dar conta dos cuidados domésticos, o que corrobora para no futuro, a mulher idosa, não poder ter uma aposentadoria digna e necessitar recorrer ao BPC para poder ter uma fonte de subsistência.

4. O ABANDONO DA MULHER IDOSA NO CONTEXTO HOSPITALAR COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

4.1 Os tipos de violência contra a pessoa idosa e as contradições sociais.

Como avalia Karam, ao serem abandonadas, as idosas são privadas do seu contexto familiar e são obrigadas a começarem uma nova etapa no ciclo da vida, com pessoas que nunca viram, cortando de vez suas raízes. Essa relação gera uma enorme solidão e sensação de desamparo, por consequência, tem seu ápice com o surgimento de diversos processos patológicos que são agravados ainda mais pelas condições de abandono, reduzindo certamente os anos de vida e com a sensação constante de perda da dignidade humana (Karam, 2014, p. 01).

Conforme avalia Simone de Beauvoir (1970), a alarmante dificuldade de se encarar a própria velhice com os entraves de suas aflições e limitações, por muitas vezes, com dificuldade de se pensar no futuro, de se ter noção da passagem do tempo e da existência, leva uma parcela da população a pensar consigo mesmo "morrerei antes de ficar velho", pois não conseguem de maneira ativa encarar essa sombra que os cerca. Como se não satisfizesse toda a constante de complicadores físicos, os quais restringem muito a individualidade, ou que negam uma existência confortável à

pessoa idosa, é muito comum as sociedades, sejam elas tribais ou contemporâneas, a abandonarem seus velhos à própria sorte, em condições precárias de subsistência e/ou amparo financeiro insuficiente (Beauvoir, 1976, s/p).

Ao deter os olhos sobre o abandono podemos configurar ele de maneira multifacetada, começando pelo abandono afetivo. É considerado como forma de abandono afetivo, a falta de carinho, afeto e amor. No entanto, sendo inexistente jurisprudência quanto à obrigatoriedade de amar, com isso, o fato de não sentir afeto não se constitui como ato ilícito.

Desse modo para Nassralla (2012), o contexto do abandono afetivo não pode ser indenizado, no entanto:

O amor e o afeto, ao contrário, são sentimentos humanos, que não podem ser exigidos, de forma que seu inadimplemento gere direito à indenização. Na verdade, ontologicamente, não são obrigações, mas deveres morais e éticos a que a lei comina pelo descumprimento também da mesma reprimenda, qual seja o afastamento do vínculo jurídico parental. Na verdade, o abandono afetivo não pode ser indenizado por não ter cunho obrigacional, por constituir o afeto, um sentimento humano (Nassralla, 2010. s/p).

Desse modo o abandono afetivo é o motivo primário de grande sofrimento para os idosos pois resulta na privação do convívio, sendo desencadeada uma sequência de sentimentos negativos.

A negação do amparo afetivo, moral e psíquico, em última análise, engendra danos à personalidade do idoso, efetivo tolhimento dos valores mais sublimes e virtuosos do indivíduo (dignidade, honra, moral, reputação social). A consequência da omissão dos filhos gera aflição, dor, sofrimento e angústia, podendo contribuir até para o desenvolvimento, para o agravamento de doenças e, por fim, para a morte (Brasil, 2003).

Desse modo, idosos que não recebem atenção, zelo e carinho estão infinitas vezes mais propensos a processos de doença e com um grau de dificuldade maior na afirmação do tratamento, sendo assim possível resguardar a prestação pecuniária. Não podendo ser negada, essa prestação é de extrema importância, todavia, não sendo suficiente para resguardar os direitos à saúde, à garantia de vida e dignidade da pessoa. Essa punição está atrelada ao papel do filho deixar de cumprir o dever

legal, sendo compensatória da privação do convívio familiar e do próprio dano moral implícito na situação.

Soma-se ao tocante, a avaliação pertinente do abandono imaterial de idosos, sendo caracterizado por qualquer forma de negligência, violência, crueldade, opressão e discriminação com os mesmos. Todavia, é referido no Estatuto do idoso que: “todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (Brasil, 2003).

Os filhos detêm a obrigação de amparar seus pais na velhice, seja no âmbito material ou imaterialmente. Mesmo que os genitores tenham condições financeiras e econômicas de subsistir, é inerente aos filhos o dever de prestação no âmbito moral, afetivo ou psicológico. A avaliação jurídica respalda a tese que não é justificada essa forma de abandono. O conviver, ato intrinsecamente afetivo, enriquece com a convivência mútua, alimenta o corpo e nutre a alma, da moral e do psicológico. Essas são as prerrogativas do poder familiar (Karam, 2014, p.5 apud Silva, 2000).

Para Karam (2014), a compensação por abandono imaterial de pessoas idosas, configura um caráter tripartite como todas os outros casos de responsabilidade por dano moral, e ainda corrobora inferindo que, as obrigações sociais são deveres de ordem moral e que quando descumpridas também impulsionam danos ao emocional de forma irreversível:

Somente aqueles idosos que passaram por essa situação de abandono é que podem expressar toda a dor sofrida com a rejeição dos familiares mais próximos, e porque não dizer, os filhos, logo os que deveriam proteger seus pais como se fossem suas próprias vidas. Esse sentimento de rejeição, conseqüentemente, poderá causar danos de ordem moral devastadores, causando doenças que ocasionarão, certamente, a diminuição dos anos de vida e a sensação de perda da dignidade humana, amplamente protegidos no ordenamento jurídico. Assim, o filho que deixar de amparar seu pai na velhice deixará de cumprir uma obrigação imaterial, cometendo, assim, um ato ilícito, gerando danos morais (Karam, 2014, p. 06 apud Karam, 2011).

É pertinente avaliar também a forma mais presente em ambientes hospitalares que é caracterizada pelo abandono parental, visto que, na maioria das ocasiões a pessoa idosa se encontra com a saúde física e mental prejudicadas, necessitando assim de um papel mais atuante de um membro familiar ou um cuidador designado, no entanto, os mesmos, na maioria alarmante das vezes se encontram sob cuidados exclusivos da equipe de enfermagem do local de tratamento. Desse modo, a ausência familiar tem levado aos idosos um estado de tristeza, desmotivação, apatia e

dificuldade de adesão aos tratamentos, situações estas que interferem diretamente no processo saúde-doença do paciente, prejudicando diretamente o trabalho da equipe multiprofissional de saúde (Farias, 2019.s/p).

Pela avaliação de Aguiaro (2016), a avaliação de violência contra o idoso é um fato global e faz parte inerente da violência da sociedade moderna na qual vivemos, apresentando raízes no contexto social, político, econômico e cultural, estando invisibilizados no antro familiar e da sociedade de maneira generalizada, visto que, as grandes mídias têm informado com frequência maus tratos e negligências nos lares, hospitais e instituições de longa permanência (Aguiaro, 2016, p.19). Apresentando-se não somente como agressão física e abandono familiar, mas de maneira multiarticular, pois de acordo com Krug *et al.* (2002), a caracterização de violência contra a pessoa idosa é uma ação de omissão, podendo ocorrer de maneira involuntária ou intencional, e pode ser da natureza psicológica, na esfera emocional ou verbal, de forma física, material, financeira ou de abandono.

Todavia, independente do modo que se configurar o tipo de violência, culminará em sofrimento desnecessário, dor ou lesões, perda de vínculos ou desrespeito aos direitos humanos, soma-se a isso uma notória redução na qualidade de vida desses idosos. Sendo assim, se o comportamento é avaliado como abusivo, explorador ou negligente, dependerá, muito provavelmente, da frequência em que a relação de maus tratos ocorre, sua gravidade, suas consequências e, sobretudo, do contexto cultural implícito (Krug et al, 2002, p. 126).

De acordo com que versa Oliveira (2018), os idosos têm uma maior vulnerabilidade à violência, à medida que necessitam de cuidados mais intensivos tanto no âmbito físico como mental. Quanto maior o grau de dependência, maior o grau de vulnerabilidade. A relação de convívio familiar estressante e o intermédio de cuidadores despreparados acabam por agravar a situação desses idosos. A associação de violência contra a pessoa idosa pode ser estabelecida como a ação de forma única ou repetitiva, ou ainda por meio da omissão de providência apropriada, ocorrendo dentro de uma relação que necessite da expectativa de confiança, acarretando prejuízo e aflição a uma pessoa debilitada (Oliveira, 2018, s/p).

Concernente ao que aborda a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a relação de abuso de idosos por membros inseridos na família remonta a tempos

antigos, mas o assunto permaneceu ocultado do público até os últimos 50 anos, desse modo:

Maus-tratos cometidos contra idosos - denominado "abuso de idosos" - foram descritos pela primeira vez em 1975, em revistas científicas britânicas, como "espancamento de avós". Como uma questão social e política, entretanto, foi o Congresso dos Estados Unidos que abordou o problema pela primeira vez, seguido mais tarde por pesquisadores e especialistas. Na década de 1980, pesquisas científicas e ações governamentais foram relatadas da Austrália, Canadá, China (Hong Kong SAR), Estados Unidos, Noruega e Suécia e, na década seguinte, da África do Sul, Argentina, Brasil, Chile, Índia, Israel, Japão, Reino Unido e outros países europeus. Embora o abuso de idosos tenha sido identificado primeiro em países desenvolvidos, onde tem sido desenvolvida a maior parte da pesquisa existente, evidências empíricas e outros relatórios de alguns países emergentes têm demonstrado que se trata de um fenômeno universal. O fato de que agora o abuso de idosos está sendo levado muito mais a sério, reflete uma preocupação crescente, de abrangência mundial, em relação aos direitos e à igualdade de gêneros e, também, em relação à violência doméstica e ao envelhecimento da população (Krug et al., 2002, p.125).

Com isso, existe uma necessidade emergente de conscientização de que para as próximas décadas, nos países desenvolvidos quanto nos países em fase crescente de desenvolvimento, existirá um crescimento vertiginoso da população idosa, portanto, existindo uma maior necessidade de políticas mais abrangentes contra maus tratos para essa parcela populacional. Segundo dados do IBGE do ano de 2022, com a realização do censo, o número evidente de pessoas com 65 anos ou mais cresceu cerca de 56% em 12 anos, superando em alguns estados os números de crianças, levando a uma modificação da pirâmide etária brasileira no decorrer da próxima década (IBGE, 2013).

De acordo com Castro (2019), o conceito de violência contra o idoso pode ser dividido em cinco distintas categorias:

A violência física, consiste no uso da força física com a intenção de causar dor ou lesão; violência psicológica inclui ações verbais ou não verbais que geram angústia ou dor de ordem emocional; abuso sexual envolve qualquer tipo de atividade sexual não consensual; abuso financeiro refere-se à exploração ou apropriação indevida de bens de uma pessoa idosa para ganhos pessoais ou monetários; negligência e abandono, formas mais comuns de abuso, relacionam-se à falha, intencional ou não, por parte do cuidador designado, quanto à responsabilidade assumida pelo atendimento às necessidades de saúde física e mental de um idoso (Castro, 2019, s/p).

Dessa maneira, o avanço do sofrimento atribuído à população idosa se dá por meio de várias formas de violência, e necessita de um olhar especial por parte do

Estado e da sociedade, tendo em vista que não se pode passar despercebido, visto que, existem várias dificuldades para os idosos encontrarem uma forma de denunciar os próprios membros da família ou os seus cuidadores. A ambiguidade inerente, entretanto, existe e precisa ser combatida no tocante à criação de soluções para o atendimento das demandas relacionadas a essa parte da população que, muitas vezes, é silenciada.

4.2 A intervenção do Serviço Social frente ao abandono de idosos no contexto hospitalar.

Para avaliação de Oliveira e Volpato (2014) o contexto da população idosa está presente nas nossas vidas, sendo muitas vezes evidente a diversidade que existe em viver a velhice e o processo inerente ao envelhecimento, que sofre diversas influências frente aos determinantes, tendo como exemplo, a história de vida, o contexto social implícito, a cultura, o gênero etc. Envelhecer bem depende de vários outros fatores, envolvendo a sociedade no âmbito geral.

Rodrigues et al (2007) somam a essa problemática acrescentando que a população idosa também deve ter seus direitos garantidos e respeitados pela Constituição, onde deve ser assegurado o direito de pertencimento e participação ativa em uma sociedade, garantindo assim o simples direito à inclusão social.

A avaliação dos mesmos autores ainda soma ao esclarecer que no âmbito geral, a sociedade sempre associa o processo de velhice como sinônimo de incapacidade, pobreza, desprezo, desigualdade e abandono, negando aos que participam do processo de envelhecimento o direito de elaborar e concretizar seus projetos atuais de vida.

Partimos da consideração que o abandono de idosos em hospitais é um processo de violência e, com isso, portanto, sendo considerado um problema de saúde pública, na medida em que o mesmo incide na saúde psicológica e física das vítimas, sendo notável o crescimento de pesquisas que visam obter conhecimento específico acerca do processo de velhice e os fatores de risco os quais tornam o idoso vulnerável à violência (Minayo, 2005).

Uma das maiores dificuldades encontradas no combate à violência contra a pessoa idosa é o processo de subnotificação do fenômeno, contudo, quando praticado no âmbito familiar ou doméstico. Isso existe, pois a violência doméstica costuma ser tratada como um assunto privado pela família e porque a vítima presente geralmente mantém um vínculo de dependência física ou psicológica com o seu agressor, com isso, por muitas vezes tendo medo de denunciá-lo (Gondim; Costa, 2006).

O processo de violência não pode ser resumido em uma sequência de atos que incidem simplesmente na quebra das relações de confiança, por envolver questões mais complexas e multiarticulares de relações de poder. A violência contra a pessoa idosa está estruturada nessa conjuntura no processo de negação da vida, de destruição do poder legitimado de direito, seja pela transgressão imponente da norma e dos processos de tolerância, seja pela transgressão intergeracional, partindo da negação das diferenças, pela negação das mediações de conflitos e pelo afastamento das realidades em potencial dos idosos ou ainda de sua participação social (Faleiros, 2007).

A violência se estabelece como uma noção que se refere aos processos e como estes estão relacionados socialmente com contextos interpessoais, de gênero, de grupo, ou objetivadas em instrumentos, quando são empregadas de diferentes formas, maneiras e meios de invisibilização da personalidade de outrem, ou de sua coação indireta ou direta, causando-lhe danos permanentes mentais, físicos ou morais (Minayo, 2005).

Ainda de acordo com Minayo (2005) a definição inerente de violência contra a pessoa idosa como omissão ou ação realizada uma ou mais vezes, debilitando a integridade emocional e física das pessoas desse grupo etário e assim impedindo o desempenho de seu papel social, indica que, com isso a violência ocorre como uma cisma dos sentimentos dos idosos em relação às pessoas e instituições sociais que as cercam.

Rodrigues et al (2007) seguem afirmando que o entendimento de idosos enfermos, que são totalmente dependentes, constitui o grupo enquadrado na condição de vulnerabilidade, necessitando de serviços de saúde com um preparo diferenciado para identificá-los e promovendo assim a assistência necessária e respaldada na participação de diferentes integrantes da área da saúde. A tentativa de reabilitação

individual desse paciente deve existir, antes e durante a hospitalização, a fim de evitar internações prolongadas, com isso, aumentando a carga de sofrimento do idoso, bem como onerando os custos do serviço público.

O psicanalista Chafic Jibeili (2013), avalia em seu texto o sofrimento de idosos quando abandonados, escrevendo que:

Percebo que de todas as queixas dos idosos, as menos significativas para eles são: A dor, a escassez financeira, as limitações físicas e as doenças. No entanto, o semblante desses guerreiros imbatíveis, se desfalecem instantaneamente quando expressam sentimentos de menos-valia, dizendo que já 'não servem para mais nada' ou quando relatam abandono, quer seja pelos entes queridos ou por aquelas pessoas de quem se esperava alguma gratidão ou consideração nessa fase da vida (Jibeili, 2013, online).

Diante do retratado, pode ser entendido, que o abandono causa os idosos profundo sofrimento, dor, tristeza e angústia. De acordo com as palavras de Silva (1999), tem-se buscado a possibilidade de amenizar as dores do abandono moral sentido pelos idosos:

A visão hoje predominante é de que, embora a dor não tenha preço e nem seja mensurável, os danos morais são plenamente reparáveis. A indenização em dinheiro não visa a restituição absoluta do status quo da vítima, anterior ao dano e nem a recomposição da dor e da angústia por eles vivenciadas. O seu escopo é o alívio, a amenização, a diminuição dos sentimentos negativos suportados pelo lesado, sob uma perspectiva de "correspondência" ou 'proporcionalidade', e não 'equivalência', buscando ainda sancionar o lesante, a fim de que ele não reitere a conduta ofensiva. Assim, em um contexto mais amplo, consiste o objetivo dessa reparação pecuniária na defesa dos valores essenciais à preservação da personalidade humana e do convívio social, atribuindo à vítima algum tipo de compensação, bem como lhe devolvendo, na medida do possível, sua integralidade física, psicológica e emocional (Silva, 1999, p. 149).

Bertolin e Viecili (2014), somam que se faz necessária a reparação de tamanho sofrimento e, para esse contexto, se vê a necessidade de criação de projetos de lei, votados e aprovados, para só desse modo as pessoas não ter em vistas evidenciada a sua responsabilidade de forma voluntária, mas sendo obrigadas a reparar e se conscientizar da sua obrigação com os seus ascendentes, fazendo zelar pela sua vida

na fase da velhice, em que a indenização nada mais é que uma forma punitiva para que a reflexão do ato seja realizada.

Considera-se com isso, portanto, que os filhos têm a obrigação de amparar seus pais na fase da velhice, seja material e imaterialmente. Ainda que os genitores tenham condições de manutenção da vida, está implícito o dever dos filhos e parentes às prestações de ordem moral, social, afetiva, psíquica e de ordenamento jurídico, a tese que é indenizável o abandono afetivo, não se justificando resistências sobre essas questões.

De acordo com o que abordam Silva, Marinho e Delfino (2016), a realização de ações desenvolvidas pelos/as Assistentes Sociais, é de suma importância frente às expressões mediadas pela questão social, visando à ética profissional e à viabilização dos direitos sociais resguardados pelos idosos. Por meio das mediações e abordagens, fomentam a garantia do direito à saúde, cidadania, proteção social e acesso às demais políticas públicas. A análise dos resultados obtidos entre a alta médica e alta social com vários contatos telefônicos realizados ao decorrer das internações, parte do princípio que a ação do/a Assistente Social, avalia o risco, buscando localizar os familiares, solicitando a presença desses ao hospital, sob conduta de aviso de notificação ao Conselho do Idoso e ao Ministério Público, após iniciado o processo de viabilização para alta social imediatamente quando o mesmo é admitido (Silva, Marinho, Delfino, 2016.s/p).

O Serviço Social é uma profissão de alta relevância, pois o mesmo intervém em diversas diretrizes e realidades nas unidades hospitalares e são norteadas pelo Projeto Ético Político. Projeto este que viabiliza o exercício da profissão que é explicitado pelo Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e na garantia das Diretrizes Curriculares regulamentadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) no ano de 1996 (CEFESS, 2010).

Como destacado por Silva, Marinho, Delfino (2016), os/ as assistentes sociais, promovem diversas estratégias técnico políticas que buscam a mediação da situação de abandono familiar de idosos concretizando princípios por meio da:

Ampliação da liberdade, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos; defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; defesa da equidade e da justiça social,

universalizando o acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais e a sua gestão democrática e compromisso com a qualidade na prestação dos serviços, competência profissional e articulação com outros profissionais e trabalhadores (Silva, Marinho, Delfino, 2016, s/p).

Dessa maneira, a realização da competência ético política, não está diretamente presa apenas em valores como também na capacidade de exercê-los de maneira concreta por meio da apreensão das dimensões éticas, intelectuais, práticas e políticas, sendo que o/a Assistente Social é um profissional com competência no instrumental técnico-operativo, utilizando entrevistas, relatórios e encaminhamentos, tendo um potencial para ações de negociação, ação direta e por muitas vezes estimuladora para a participação dos pacientes com possibilidades, nas decisões que lhes cabem, contribuindo na formulação de defesa de direitos e na viabilização do acesso ao meio de exercê-los.

Segundo considerado por Silva, Marinho e Delfino (2016), a/o Assistente Social, enfrenta diversas dificuldades para garantir que os direitos sociais da pessoa idosa sejam respeitados, mesmo que:

O profissional inicia seu trabalho de responsabilização do paciente pela família, seguidamente pelo Estado e pela sociedade, porém, são vários os entraves encontrados devido à omissão desses destacando também os casos em que não são localizados familiares dos pacientes, que afirmam sobre a necessidade de articular as ações da área da saúde pública e da assistência social no interior das instituições, de modo a garantir que os direitos sociais desses idosos sejam respeitados e que o atendimento prestado venha suprir suas reais necessidades. Nesse sentido, a inserção do paciente idoso que se encontra em situação de abandono familiar na rede de proteção social deverá ser realizada através de uma leitura de suas necessidades, transcendendo o atendimento à saúde. O/a assistente social irá procurar resolver a situação do paciente mediante diálogo em setores como a assistência social e o poder judiciário ou nos recursos oferecidos pela comunidade, em suma, em quaisquer outros setores que ofereçam o atendimento necessário, sempre na perspectiva da garantia de acesso e uso dos serviços e de disponibilização dos recursos que o paciente necessitará após a sua alta hospitalar (Silva, Marinho, Delfino, 2016. s/p).

Sendo assim, mesmo com os dispositivos legais assegurando os direitos da pessoa idosa, ainda existe uma grande fragilidade nas políticas públicas referente ao exercício da garantia e efetivação de direitos. Visto que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), os Hospitais e as instituições de saúde em que esses idosos estão inseridos, não dispõem do arcabouço necessário de vagas para toda a população nesse segmento e o poder público é lento, sendo necessária a intervenção

do Estado e da sociedade para que revejam os compromissos com a qualidade de vida desses idosos.

4.3 Fatores motivadores que levam ao abandono de mulheres idosas e como isso se torna uma questão de política pública

De acordo com Amin (2001), quando uma pessoa adoece e precisa permanecer sob cuidado no internamento, é afastado do lar ou do ambiente onde vive, passando pelo processo de sofrimento e tendo uma redução do próprio espaço, abdicando da sua autonomia. Pois quando as referências se tratam do hospital, tudo se torna estranho e o paciente se sente um estrangeiro dentro do próprio país, o que é uma situação que gera uma tristeza profunda e diversos receios.

Quando o paciente idoso passa pelo processo de internamento, o mesmo experimenta o sentimento de isolamento, medo, sofrimento, dependência, o que pode alterar o estado de ânimo das relações interpessoais do mesmo. Ele se observa afastado de tudo que vivenciou e construiu durante toda a sua vida habitual, da sua vivência e dos seus laços afetivos. O paciente se sente e se torna dependente de tudo e de todos. Dependendo da equipe médica, da equipe de cuidadores, da família e dos amigos. No entanto, se a família abandona essa idosa no leito de internamento, ela se sentirá abandonada e isso pode afetar diretamente sua saúde física e psicológica, acarretando complicações no processo de tratamento, da relação saúde-doença.

De acordo com o que Campos (1995, p.64) aborda, devido à forte ameaça pela qual o indivíduo passa e sente pela quebra da sua rotina, "observam-se regressões de cunho emocional e a negação da realidade ou a criação de laços afetivos com membros do hospital, ou mesmo acarretando em uma dependência pessoal". Sugerindo o surgimento do medo da incapacidade, medo da morte ou de qualquer outro tipo de situação que possa arriscar a sua integridade física.

O próprio processo de internação hospitalar reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, pijama típico do hospital, decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente. A permanência no hospital constitui uma experiência especial do enfermo que apresenta algumas características e efeitos psicológicos específicos. A despersonalização é uma frequente característica encontrada nos doentes depois de um certo tempo de permanência no hospital, visto a perda mais ou menos temporária da própria identidade (Amin, 2001, p. 18).

Por inúmeras vezes existe o sentimento de incapacidade, o desenvolvimento do medo de situações novas e desencadeadas pela vivência com a doença e pela presença de um ambiente não habitual, como no caso o hospitalar, desenvolvendo o que Winnicott (1994, p. 203) nomeia como “despersonalização”. Ele avalia que existem diversos significados que são dados à palavra “despersonalização”, no entanto, de maneira geral “os mesmos envolvem a perda de contato [...] do paciente com o seu corpo e com o funcionamento corporal, implicando isto a existência de algum outro traço de personalidade”. Logo, o processo de internação remove o idoso de seus hábitos diários e deixa de lado suas características individuais, dando-lhe um papel definido, onde os sentimentos do paciente geralmente são esquecidos, como suas angústias e sua interrogação diante do seu caso.

Amin (2001) ainda versa que, o paciente traz consigo uma carga emocional muito grande, pois, para além da sua preocupação com a doença, ele também necessita se preocupar com o mundo estranho em que está sendo introduzido sem o acompanhamento correto e a primeira impressão que o paciente recebe do hospital é a que permanece, e é de grande influência do ponto de vista psicossomático, pois a diferença entre o mundo familiar e habitual do paciente para o hospital preocupa-o mesmo, muito além do processo de hospitalização.

"O desenvolvimento de uma enfermidade física representa a perda de controle sobre seu próprio corpo, sua mente e com frequência a perda de controle sobre o seu próprio mundo" (Kaplan & Sadock, 1996, p. 382). Ou seja, a idosa em processo de hospitalização vivencia a realidade latente do senso de vulnerabilidade e por muitas vezes a perda da sua autoestima como pessoa o que sugere que qualquer aspecto de impaciência de parte dos profissionais de saúde ou familiares pode ganhar grande importância e ser somatizada, bem como um gesto de delicadeza pode modificar o caráter impessoal e, por diversas vezes, burocrático do processo de interação, auxiliando a criação de novos laços entre equipes e pacientes.

Amin (2001), realiza uma advertência que o processo de internação desencadeia outras separações e perdas já vivenciadas, e a paciente idosa demonstra sentimento de culpa, frustração e raiva por estar inserida nessa situação de internação e, ao mesmo tempo, sente como punição estar longe da família.

No Hospital, os sentimentos de abandono, solidão e exclusão são vividos intensamente pelo Paciente. A noite é o momento em que os Pacientes vivem um sentimento de total desamparo. A falta de acolhimento é ainda mais sentida e, assim, mais solicitada. A presença de pessoas que já possuem laços com o Paciente amenizaria o desamparo intensamente nesse momento e em outros. O sentimento de desamparo fica presente no Paciente internado todo tempo, tanto na relação com os Profissionais de Saúde quanto no familiar (Amin, 2001, p. 57).

Amin (2001) ainda dá continuidade nas avaliações quando infere que as idosas hospitalizadas dependem de uma série de atendimentos especializados os quais demandam providências e, por consequência, são submetidas às rotinas hospitalares e de necessidades dos próprios corpos, demandando pessoas para que realizem cuidados com elas, acarretando processos de regressão e infantilização das suas ações.

A difícil adaptação a esta nova situação de internação pode se manifestar no Paciente numa série de manifestações de ansiedade como a insônia, a irritação, as reações depressivas, frequentes mudanças de humor e outras. Sentimentos de ambivalência, de vulnerabilidade, de fragilidade. Medo de se contagiar com cuidados ou se contaminar com descuidos (Amin, 2001, p. 60).

Rocha (1991, p. 09) avalia que " entre todas as relações de grupos humanos, a família desempenha um papel primordial no processo de transmissão de cultura, estruturando, assim, os processos fundamentais do desenvolvimento e da continuidade psicológica entre as gerações". Trazendo luz ao tema, as visitas são de suma importância para as idosas enfermas, pois as mesmas mitigam essa separação quando " as notícias sobre a casa, a família, o trabalho, os amigos alegram os pacientes com a sua presença, além de proporcionar um clima mais leve e familiar dentro de uma unidade hospitalar.

Diante da angústia de separação a presença de pessoas da família, junto ao paciente, além de cuidados, proporciona um conforto, uma maior inteireza, como um alívio diante do medo de perder-se, de morrer. [...] O relacionamento do paciente com seus familiares é necessário e essencialmente terapêutico, como o único "remédio" eficaz ou possível. Quanto melhor for a cooperação entre os profissionais de saúde e a família do paciente, mais próximo do resultado desejado e esperado por todos (Amin, 2001, p. 62-63).

Avalia-se, portanto, que a presença constante da família ao lado da idosa enferma, permite que ela se sinta mais protegida diante da vulnerabilidade causada por estar num ambiente novo e estranho, podendo reduzir os limites entre a instituição e a paciente, suavizando as várias diferenças.

Amin (2001) enfatiza que os familiares dos idosos devem estar presentes assiduamente, com frequência, pois isso auxilia emocional e fisicamente o paciente, e corrobora com a equipe multiprofissional da saúde, na perspectiva de assegurar a garantia da preservação das individualidades necessárias para realização do acolhimento hospitalar e, assim, auxiliar o paciente no controle da sua dor. Auxilia na reflexão que a presença familiar ao lado da paciente contribui com o processo de conforto diante de tantas rupturas, abandonos e desamparos vivenciados durante o processo de internação.

Toma-se como ponto principal que a situação de abandono não consiste, apenas, em não ter uma família, ou ser abandonado por esta, mas sim, de modo geral, em estar desamparado, vivenciando uma situação de vulnerabilidade de risco social, ao estar inserido em um contexto de desproteção de seus direitos fundamentais garantidos por lei.

De acordo com Farias, o que tem ocorrido de forma banal em nossa sociedade são “pais órfãos de filhos”, por diversos fatores como, o capitalismo, a sobrecarga do dia a dia, as redes sociais, a tecnologia, as alterações nos perfis familiares, existe uma dissolução no senso de responsabilidade dos filhos com seus pais (Farias, 2019.s/p).

Assim, Seribeli & Aguiar (2010) avaliam que as condições de abandono dentro do contexto familiar de uma instituição partindo de um princípio crítico, pode ser consequência da negligência aos cuidados básicos, principalmente na convivência familiar, podendo abandoná-los ou mesmo desampará-los, não oferecendo as condições básicas de cuidado, sejam por questões econômicas, como também por questões relacionais. Também destacam outros fatores que levam ao abandono de mulheres idosas no contexto hospitalar, tais como, a falta de interesse dos familiares em cuidado do seu ente, ou também a situação em que o idoso possui problemas psiquiátricos, entre outros problemas que atrapalham a convivência.

Em síntese, Alcântara (2010) apresentou vários contextos de dificuldades para os familiares de idosas enfermas dentro do domicílio, como a sobrecarga de tarefas,

a falta de espaço físico, as dificuldades financeiras, a falta de uma casa realmente adaptável para habitantes especiais como idosos doentes e uma série de outros fatores correlatos a estes, que podem fazer com os que os familiares “abandonem” os idosos em hospitais onde eles terão os cuidados adequados que necessitam, os deixem sem acompanhante ou sem visitas.

Outras temáticas são consideradas, como os custos financeiros, de tempo e emocionais envolvidos nas demandas apresentadas às famílias pelas inúmeras situações de dependência do aspecto funcional, principalmente em famílias de baixa renda, as quais respondem com grandes dificuldades às responsabilidades e compromissos. A massiva presença das mulheres no mercado de trabalho, por muitas vezes informal, a redução do contingente dos núcleos familiares e a garantia de renda propiciada às idosas por diversos programas de transferência de renda públicos, configuram uma nova dinâmica. De acordo com Aguiaro (2016), a relação de abandono parental com as idosas também acontecem devido à:

Muitas famílias de baixa renda são obrigadas a vender a sua força de trabalho em condições de miserabilidade e não conseguem a manutenção do idoso existente em sua família. Neste sentido, o terceiro setor, as instituições de longa permanência, os asilos são em alguns casos a alternativa buscada pela família. Essas instituições na verdade reproduzem a precarização da vida do trabalhador, constituem um fardo para a família que tem poucas condições e precisa vender mais a sua força de trabalho para sobreviver (Aguiaro, 2016, p. 20).

Portanto, normalmente são ignorados estes pontos, pois os mesmos só podem ser identificados através de estudos sociais, muitas vezes realizados pelos profissionais de serviço social. A família acaba sendo responsabilizada pelo abandono de seu parente idoso e, dentro dessa lógica, apaga-se, muitas vezes, as contradições geradas pelo sistema capitalista e, são transferidas para o indivíduo as responsabilidades pelos seus atos e suas omissões.

De acordo com Batista (2008), frente à grande heterogeneidade socioeconômica das famílias brasileiras, com grande parte delas sendo assoladas pela situação de pobreza, são inúmeros os desafios a serem enfrentados para a implementação de políticas públicas para a pessoa idosa em situação de dependência. Dessa forma, essa questão não deve envolver apenas o acesso à renda, mas também, a serviços e outros benefícios que auxiliem as famílias no cuidado com seus membros idosos

em situação de dependência (Batista, et al. 2008, p. 103), com o que concorda Aguiaro (2016):

A precariedade dos atendimentos e a debilidade de políticas sociais públicas afetam diretamente a população idosa. O problema nem sempre é a condição social, de renda, mas sim porque não temos uma política de saúde que acompanhe o processo de envelhecimento da população no sentido de ofertar serviços de cuidados diferenciados que supram as necessidades dessa população idosa (Aguiaro, 2016, p. 20).

No entanto, a alarmante necessidade de políticas públicas mais abrangentes encontra uma sociedade onde “útil” é uma pessoa inserida no mercado de trabalho capitalista (contribuindo para a reprodução do capital). A pessoa idosa é, muitas vezes, considerada como um ônus a mais para o Estado, devido à sua inatividade e de certa forma, desvia-se dos interesses de investimento por parte do capital.

Com isso, apesar de se ter consciência das importantes inovações introduzidas pela Constituição Federal de 1988, entre as quais, que é dever dos filhos maiores ajudarem a amparar os pais na velhice, na enfermidade e na carência, sabe-se que há muita ambiguidade na esfera familiar, uma vez que muitos familiares se encontram sobre o domínio quase que absoluto dos interesses econômicos do capitalismo (Gottert; Argerich. 2013. p. 148).

Quando essa realidade é aplicada a mulheres idosas isso se torna ainda mais frequente, visto que, geralmente, são as cuidadoras do seu próprio lar e com isso, quando são acometidas com algum tipo de doença e precisam ser hospitalizadas, não conseguem ter um apoio familiar necessário, por diversos fatores como os trabalhos formais ou informais que segregam essa relação de cuidado, uma vez que vivemos em uma sociedade capitalista e patriarcal e tudo é visto como moeda de troca, até mesmo essas relações. Recaindo mais uma vez sobre as relações de invisibilização das necessidades femininas que repercutem também na velhice, afinal elas continuam sendo mulheres.

Corroborando com isso, as pessoas que estão inseridas nesse contexto de cuidado com as idosas, em sua maioria, também são mulheres, sejam elas filhas, netas, sobrinhas ou amigas. Com isso, fica evidente a indisponibilidade que essas mulheres, no papel de cuidadoras e/ou acompanhantes enfrentam no processo saúde-doença o que leva a não conseguirem dar esse apoio integral a essas idosas

que precisam de hospitalização, visto que são mulheres que precisam cuidar de outras pessoas como os filhos, da manutenção da casa e até mesmo dos seus trabalhos que, geralmente, são informais e necessitam de sua força de trabalho integralmente.

Soma-se a este pensamento a análise da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) de 2023, onde mensurou que a taxa de desemprego entre mulheres gira em torno de 54%, totalizando mais da metade de desempregados do Brasil. Quando se analisa a população de pessoas economicamente ativas⁴ esse dado é extremamente alarmante, pois compreende cerca de 16 milhões de mulheres que exercem o trabalho informal sem carteira assinada e sem nenhum tipo de direito trabalhista assegurado.

Em suma, torna-se ético salientar que essa situação de informalidade marginaliza e invisibiliza esta parcela populacional frente ao avanço do capitalismo e da manutenção do patriarcado uma vez que a perpetuação de subempregos associados a uma falta de políticas públicas que visem o cuidado físico e psicológico das mulheres idosas, desencadeia um agravamento do processo de saúde-doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto durante todo o percurso, este trabalho de monografia se debruçou na análise da relação entre os avanços do neoliberalismo e das políticas neoliberais conectados com a cultura do patriarcado e, como isso afeta diretamente no abandono de mulheres idosas em tratamento no contexto hospitalar. Para tanto, inicialmente este estudo começa com uma contextualização das políticas públicas de saúde no Brasil, destacando como as reformas neoliberais têm influenciado a gestão e a prestação de serviços de saúde. Argumenta que a privatização e a mercantilização da saúde têm levado ao desmonte desta política pública que, após a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, buscava garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Essa mudança de paradigma

⁴ A população economicamente ativa (PEA) refere-se ao conjunto de pessoas com idade para trabalhar que estão empregadas ou buscando emprego. Esse grupo inclui tanto os empregados quanto os desempregados que estão ativamente procurando trabalho. **Fonte:** IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

não apenas compromete a qualidade do atendimento, mas também desumaniza os pacientes, reduzindo-os a meros números em um sistema que prioriza o lucro em detrimento do cuidado.

Um dos pontos centrais desta abordagem é a relação entre o patriarcado e a desumanização das mulheres idosas. Explora-se como as normas patriarcais moldam as expectativas sociais em relação ao cuidado e à responsabilidade familiar, frequentemente relegando as mulheres idosas a uma posição de vulnerabilidade. Essa vulnerabilidade é exacerbada pela falta de políticas públicas que reconheçam e abordem as necessidades específicas das mulheres idosas, que enfrentam não apenas o abandono familiar, mas também a marginalização dentro do sistema de saúde. Ao se voltar os olhos para este estudo fica evidente que, enquanto os homens idosos podem contar com redes de apoio mais robustas, as mulheres frequentemente se veem isoladas e desprovidas de recursos, o que agrava sua condição de desumanização.

Além disso, a discussão da importância de uma abordagem crítica e sensível por parte das equipes de saúde, enfatizando que a desumanização não é apenas uma falha individual, mas um reflexo de um sistema que falha em reconhecer a dignidade e os direitos das pessoas idosas. A crítica à visão reducionista, muitas vezes, prevalece nas discussões sobre saúde, que tende a focar em aspectos técnicos e administrativos, sem considerar as implicações sociais e éticas das decisões políticas.

A desumanização das mulheres idosas, portanto, não pode ser dissociada das escolhas políticas que priorizam a eficiência econômica em detrimento do cuidado humano. Com isso, conclui-se que é fundamental reverter essa lógica, promovendo políticas que coloquem a dignidade e os direitos das pessoas idosas no centro das discussões sobre saúde. Permeando assim várias políticas públicas que podem acompanhar as pessoas idosas em seu percurso de vida, antecedendo e evitando internações hospitalares, como o avanço de condições econômicas para que os familiares possam assumir o cuidado integral desses indivíduos. Construindo também uma mentalidade anti-etarista para que aconteça a valorização de pessoas idosas, especialmente as mulheres, que muitas vezes, não possuem voz dentro dessa sociedade capitalista e patriarcal.

Em continuidade, o segundo capítulo da monografia, intitulado "A Herança do Patriarcado atrelado à condução do Cuidado Feminino e como isso impacta na Velhice", oferece uma avaliação sobre como as estruturas patriarcais moldam as experiências de cuidado e a vivência dessas mulheres na sociedade contemporânea. Frente a esta abordagem é fundamental entender as intersecções entre gênero, cuidado e envelhecimento, revelando como as normas sociais e as expectativas de gênero influenciam a forma como as mulheres idosas são tratadas, tanto em contextos familiares quanto em instituições de saúde.

A contextualização histórica do patriarcado, o apresenta como uma estrutura social que, não apenas define papéis de gênero, mas também perpetua desigualdades que afetam diretamente as mulheres ao longo de suas vidas

O patriarcado, como sistema de dominação, impõe uma divisão de trabalho que frequentemente condiciona as mulheres ao espaço doméstico, responsabilizando-as pelo cuidado da família e, conseqüentemente, das pessoas idosas. Essa divisão de responsabilidades não apenas limita as oportunidades das mulheres, mas também as coloca em uma posição de vulnerabilidade, especialmente na velhice, quando muitas delas se tornam dependentes de cuidados que não são garantidos por políticas públicas adequadas, nem pelos familiares.

Frente ao exposto, a conexão entre o cuidado e a identidade feminina explicita como a socialização das mulheres para o papel de cuidadoras impacta sua autoimagem e suas expectativas em relação ao envelhecimento. Muitas mulheres internalizam a ideia de que seu valor está intrinsecamente ligado à sua capacidade de cuidar dos outros, o que pode levar a um ciclo de auto sacrifício e negação de suas próprias necessidades. Essa dinâmica é particularmente preocupante, pois, à medida que as mulheres envelhecem, elas podem se encontrar em situações de abandono e negligência, tanto por parte de suas famílias quanto do sistema de saúde.

Além disso, a valorização do trabalho de cuidado realizado pelas mulheres, que por vezes é desconsiderado e não remunerado, a falta de reconhecimento do trabalho de cuidado contribui para a perpetuação das desigualdades de gênero e para a marginalização das mulheres idosas. A valorização desse trabalho é essencial não apenas para garantir que as idosas recebam o cuidado que merecem, mas também para promover uma mudança cultural que desafie a lógica neoliberal e as normas

patriarcais reconhecendo a dignidade de todas as pessoas, independentemente de sua idade ou gênero.

A ênfase na privatização e na mercantilização dos serviços de saúde tem um impacto desproporcional sobre as mulheres que, muitas vezes, são as mais afetadas pela falta de acesso a cuidados adequados. As políticas neoliberais tendem a desvalorizar o cuidado como uma função social, priorizando a eficiência econômica em detrimento do bem-estar humano. Essa conduta não apenas agrava a situação das mulheres idosas, mas também perpetua um ciclo de desumanização que é difícil de romper.

O terceiro capítulo desta monografia se intitula "O Abandono da Mulher Idosa no Contexto Hospitalar como uma Questão de Saúde Pública", aborda uma problemática crítica que afeta a dignidade e o bem-estar das mulheres idosas em ambientes hospitalares. Destaca-se por sua análise aprofundada das formas de abandono e violência que essas mulheres enfrentam, além de discutir as intervenções necessárias por parte dos profissionais de Serviço Social para mitigar essas questões, enfatizando a necessidade de uma resposta íntegra e sensível a essa realidade.

A contextualização do abandono familiar e institucional das mulheres idosas, que é frequentemente exacerbado por fatores sociais, econômicos e culturais, argumentando que o abandono não é apenas uma questão individual, mas um reflexo de uma falha sistêmica que permeia a sociedade. Com isso, as mulheres idosas, muitas vezes, são deixadas à mercê de um sistema de saúde que não está preparado para atender suas necessidades específicas, resultando em experiências de desumanização e negligência. Essa realidade é particularmente alarmante em um contexto onde o envelhecimento da população é uma questão crescente, exigindo uma reavaliação das políticas de saúde e cuidado.

Outro ponto crucial é a avaliação das consequências do abandono para a saúde mental e física das mulheres idosas, argumentando que a experiência de abandono pode levar a um aumento significativo de problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, além de agravar condições de saúde preexistentes. A falta de apoio emocional e social, combinada com a negligência nos cuidados médicos, resulta em um ciclo vicioso que compromete a qualidade de vida dessas mulheres. Essa realidade é ainda mais preocupante quando se considera que muitas mulheres idosas

já enfrentam desafios relacionados à solidão e ao isolamento social, que são exacerbados pelo abandono.

Com isso os profissionais de Serviço Social desempenham um papel crucial na identificação e no enfrentamento dessas questões, o dever de atuação do assistente social deve ser pautado por uma abordagem sensível e ética, que considere as especificidades das experiências das mulheres idosas, incluindo a promoção de redes de apoio, a mediação entre as famílias e as instituições de saúde, e a defesa dos direitos das mulheres idosas em ambientes hospitalares.

Por fim, se faz necessário uma avaliação mais ampla, enfatizando a necessidade de uma reavaliação das políticas de cuidado e saúde que considerem as especificidades das experiências das mulheres idosas, defendendo que é fundamental promover um comportamento que reconheça a intersecção entre gênero, cuidado e envelhecimento, garantindo que elas tenham acesso a cuidados dignos e respeitosos. Essa mudança requer não apenas uma reformulação das políticas públicas, mas também uma transformação cultural que desafie a lógica neoliberal e as normas patriarcais valorizando o papel das mulheres na sociedade.

Soma-se a isso a reflexão sobre a importância de políticas públicas que garantam o direito ao cuidado e à dignidade das mulheres idosas, enfatizando que o abandono das mulheres idosas não é apenas uma questão de saúde pública, mas uma questão de justiça social. É decisivo que as políticas de saúde considerem as especificidades das experiências das mulheres idosas, garantindo que elas tenham acesso a cuidados adequados e respeitosos, incluindo assim a implementação de programas de formação para profissionais de saúde, a criação de redes de apoio comunitário e a promoção de campanhas de conscientização sobre os direitos das mulheres idosas. Negando os desvalores individualistas e a mercantilização das relações, difundidos pelo neoliberalismo. Assim, se estabelece a relação com a temática inicial desta monografia, atingindo o cerne da questão.

REFERÊNCIAS:

AGUIARO, Felipe Fragoso. **O idoso como cidadão**: enfrentando o abandono familiar da pessoa idosa. Rio das Ostras, 2016. Monografia. Universidade Fed. Fluminense. Pp 1-57. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/4637/TCC%20COMPLETO%20FINAL.pdf>.

ALCÂNTARA, Ana Maria Santana de. **Desospitalização de pacientes idosos dependentes em serviço de emergência**: subsídios para orientação multiprofissional de alta. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (CEDESS). São Paulo: 2012.

ALCOUFFE J, MANILLIER P, BREHIER M, FABIN C, FAUPIN F. **Analysis of sex and low back pain among workers from small companies in the Paris area: severity and occupational consequences**, Occup Environ Med, 1999, vol. 56 (pg. 696-701)

ALMEIDA, J. M. **A reforma trabalhista e sindical em preparação pelo governo federal**: mais ataques aos direitos dos trabalhadores. São Paulo, 2006.

AMIN, Tereza Cristina Coury. **O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde**: redução de sofrimentos desnecessários. 2001. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001

ANDRADE. (2019). **O que é o neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais**. Sociedade E Estado, 34(1), 211–239. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-201934010009>

ARAUJO, Victor Leonardo de; MATTOS, F. A. M. (Org.). **A economia brasileira de Getúlio a Dilma**: novas interpretações. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2021. v. 1.

_____, Daniel Pereira. **Rodadas históricas de neoliberalização no Brasil**. Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 675-708, dez./2022

_____, **A economia brasileira sob o governo Bolsonaro (2019-2022)**: neoliberalismo radical e pragmatismo econômico. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento – CICEF, Rio de Janeiro, n. 1, p. 1-31,

julho de 2023. Disponível em: <https://www.afbndes.org.br/vinculo/institucional/a-economia-brasileira-sob-bolsonaro-neolibe>

Arretche M. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil**: a reforma de programas sociais. Dados [Internet]. 2002;45(3):431–58. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582002000300004>

ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005 [1993].

ÁVILA, M. B. de M. **A dinâmica do trabalho produtivo e reprodutivo**: uma contradição viva no cotidiano das mulheres. In: GODINHO, T.; VENTURI, G. (org.). Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 231-245.

BARROS, F. P. C. D.; SOUSA, M. F. D. **Equidade**: Seus Conceitos, Significações e Implicações para o SUS. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 9-18, 2016.

BATISTA, Ana Sória. Et al. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008. Coleção Previdência Social. Vol. 28. Disponível em: http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/3_081208-17335-810.pdf.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mito**. 4ª ed. São Paulo: Difusão Europeia do livro 1970

BEHRING, E. R. **Trabalho e seguridade social**: o neoconservadorismo nas políticas sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2008, p. 152-174.

BERTOLIN, Giuliana; VIECILI, Mariza. **Abandono Afetivo do Idoso**: Reparação Civil ao Ato de (não) Amar? Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 5, n.1, p. 338-360, 1º Trimestre de 2014. Disponível em: <www.univali.br/ricc - ISSN 2236-5044>.

BORGES, M. J. R. **O vírus e o invisível**: a desigualdade de gênero e o trabalho de cuidado. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região. Belo Horizonte, Edição especial, t.1, p. 265-310, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2PZxF0u>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/idoso/lei_8842.pdf. Acesso em: 24 agost.2024.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 12277, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em: 24 agost.2024.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173>. Acesso em: 24 agost.2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e Portarias relacionadas**. Brasília, DF: Editora MS, 2002.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 dez. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 24 agost.2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/articulacao_federativa_de_servicos_sociais_no_brasil.pdf. Acesso em: 24 agost.2024.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União,

Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília (DF), 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício n° 60-GS/SAS. Brasília (DF), 18 jan. 2017a. Disponível em: <
<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>.

_____. Senado Federal. Emenda à Constituição n° 103 de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%20103%2C%20DE%2012%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202019&text=Altera%20o%20sistema%20de%20previd%C3%AAncia,%22Art. Acesso em: 25 de agosto 2024

_____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de jul. 2022 Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm>. Acesso em: 24 agost. 2024.

Bezerra AR, Pereira EGB, Sousa IBP, Martins GMT, Carmo VLS, Santos LO (2024). **Avaliação do índice de depressão em indivíduos idosos participantes de um projeto de extensão**. Revista de Patologia do Tocantins.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Juguer; PINHEIRO, Wladimir Nunes. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentum. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BOSCHETTI, I. **Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho In: Expropriação e direitos no capitalismo / Ivanete Boschetti (Org.) São Paulo: Cortez, 2018. P. 131-166.**

BROWN, W. **In the ruins of neoliberalism: the rise of antidemocratic politics in the West New York**: Columbia University Press, 2019.

BRUSCHINI, C. **Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não remunerado?** Revista Brasileira de Estudos de População, [S. l.], v. 23, n. 2, p. 331–353, 2006. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/221>

CAMPOS, Theresinha Calil Padis. (1995). **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo, EPU.

CAVALCANTE, Sávio Machado. 2021. **A condução neofascista da pandemia de Covid-19 no Brasil: da purificação da vida à normalização da morte.** Calidoscópico, São Leopoldo, 19(1): 4-17. DOI: 10.4013/cld.2021.191.01

CASTANHA, V.; SILVA, L. A. M. D.; MAIA, L. D. S.; ANDRADE, L. S. D.; SILVA, M. A. I.; GONÇALVES, M. F. C. **Concepções de Saúde e Educação em Saúde: Um Estudo com Professores do Ensino Fundamental.** Revista Enfermagem UERJ, v. 25, p. 12394, 2017.

CASTRO, Vivian Carla de; RISSARDO, Leidyane Karina; CARREIRA Lígia. 2019. **Violência contra os idosos brasileiros: Uma análise das internações hospitalares.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.71 supl.2 Brasília 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid.

CEFESS. **Parâmetros para Atuação dos assistentes Sociais na Saúde.** 2010, pp. 1-82. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde.** In: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos (Orgs.). Reforma Sanitária e Contrarreforma da Saúde: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2015.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde.** São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A. **Nova Razão do Mundo - Ensaio sobre a Sociedade Neoliberal.** São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DE SOUZA NETO, Luiz Henrique et al. **Produtividade Hospitalar e Impacto da Gestão da Qualidade em Dois Hospitais de Ensino do Sistema Nacional de**

Saúde Brasileiro. Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, v. 1, n. 3, p. 3-11, 2019.

DINIZ CR, SILVA IB. **Metodologia científica.** Campina Grande; Natal: UEPB/UFRN-EDUEP, 2008. Disponível em:
http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geogr.afia/metodologia_cientifica/Met_Cie_A04_M_WEB_310708.pdf.

DUMÉNIL, Gérard; LÉVY, Dominique. **A Crise do Neoliberalismo.** São Paulo: Boitempo, 2014.

FARIAS, Ana Patrícia do Egito de. Et al. **Abandono parenteral de idosos em clínica médica: um relato de experiência.** CIEK. VI Congresso Internacional de Envelhecimento humano. Artigo Disponível em:
<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/53095>

FALEIROS, Vicente de Paula. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília. DF: Universa, 2007

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista.** São Paulo: Elefante, 2019

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, p. 1494-1502, 2012.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; BERNARDES, Franciani. **Reformas Regressivas e Política de Saúde.** Argumentum, v. 10, n. 1, p. 4-8, jan./abr. 2018.

FILGUEIRAS, **História do Plano Real: fundamentos, impactos e contradições.** 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2006.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **O ilegítimo Governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde: nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.** [S.l.], 2016. Disponível em:
<<http://sindsaudepr.org.br/disco/arquivos/gerenciaarquivos/Documento%20FNCPS%20Final%20Final.pdf>>. Acesso em: 22 de agosto de 2024.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil. In: SANTIAGO, S. (Coord.). *Intérpretes do Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

G1. **De inflexibilidade a jornada dupla**: como o mercado empurra a mulher para o trabalho informal. *O Assunto*, 08 mar. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/podcast/o-assunto/noticia/2024/03/08/de-inflexibilidade-a-jornada-dupla-como-o-mercado-empurra-a-mulher-para-o-trabalho-informal.ghtml>. Acesso em: 05 out. 2024

GIANNOTTI, V. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

Gilligan C. **A different voice**: psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University; 2003.

_____. **Joining the resistance**. Cambridge: Polity Press; 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002..

GILL, L. **Fundamentos y límites del capitalismo**. Madrid: Trota, 2002.

Gondim RMF, Costa LM. **Violência contra o idoso**. In: Falcão, D.V.S.; DIAS, C. M. S. B. (orgs.). **Maturidade e velhice**: Pesquisa e intervenções psicológicas. Vol. 1, p. 169-191. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GOTTERT, Débora Teixeira; ARGERICH, Eloísa Nair de Andrade. **A defesa da dignidade e bem-estar do idoso diante das inovações da constituição federal e estatuto do idoso**. 2013, pp.1-32. Disponível em: https://direito.furg.br/images/stories/livros/direitos_sociais_fundamentais/08Gottert2013_DSF.pdf.

HARVEY, David. (2008). **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola.

HILGERS, Mathieu. **The three anthropological approaches to neoliberalism**. *International Social Science Journal*, Nova York, v. 61, n. 2 p. 351–364, 2011.

HIRATA, Helena. **O trabalho de cuidado**. Revista SUR, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53-64, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cadernos de Pesquisa, on-line, São Paulo, n.132, set-dezembro, 2007. Disponível: <https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGDvFqRmdsBWQ/?lang=pt&format=pdf>.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Estatísticas de Gênero**: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Oubbu2b>.

_____. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos | Agência de Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JBEILI, Chafic. **Na plenitude da felicidade, cada dia é uma vida inteira**. Direito do idoso – Artigos Doutrinários. 2013. Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/01/artigo024.html>.

KARAM, Adriane Leitão. **Responsabilidade Civil**: O abandono afetivo e material dos filhos em relação aos pais idosos. Fortaleza, 2014.

KERGOAT, D. **O cuidado e a imbricação das relações sociais**. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa. Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais. São Paulo: Boitempo, 2016.

KEYNES, J. M. **Essays in persuasion**. London: Macmillan, 1972

KRUG, Etienne G. et al. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra. 2002. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Biblioteca da OMS. Pp. 1-380. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-23violencia-saude-1.pdf>.

LAMOUNIER, B. 1991. **Depois da transição: democracia e eleições no governo Collor**. São Paulo: Edições Loyol

LERNER, Gerda. **A Criação do Patriarcado**: História da opressão das mulheres pelos homens. São Paulo: Cultrix, 2019.

MACCALÓZ, M. S. **Globalização e flexibilização**. In: MACCALÓZ, M. S. et al. Globalização, neoliberalismo e direitos sociais. Rio de Janeiro: Destaque, 1997. p. 1-26.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; SILVA, M. M. A. D.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M. D.; REIS, A. A. C. D.; AKERMAN, M. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Capítulos de Uma Caminhada Ainda em Construção. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1683-1694, 2016.

MINAYO, M. C. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. In: **Secretaria da Saúde**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2003. Disponível em: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/.pdf>.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

NAIM, M. **Fads and fashion in economic reforms**: Washington consensus or Washington confusion?. Third World Quarterly, vol. 21, nº 3, p. 505-528, 2000.

NASSRALLA, Samir Nicolau. **Reflexões acerca da responsabilidade civil parental por abandono afetivo**. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2577, 22 jul. 2010. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/17029/reflexoes-acerca-da-responsabilidade-civil-parental-por-abandono-afetivo>.

NETO, J. M. B. **Da campanha ao governo Lula**: uma análise das mudanças no programa econômico do PT. In: PAULA, J. A. (Org.). A Economia Política da Mudança. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

NETTO, J. P. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, Kênnia Stephanie Morais et al. **Violência contra idosos**: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018;39: e57462. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v39/1983-1447-rge-39-e57462.pdf>.

OLIVEIRA, Ingrid Aparecida de; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE DO IDOSO**: processo de envelhecimento com qualidade de vida. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/view/4305/4064>.

OPAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. **Política Externa Brasileira: As Práticas da Política e a Política das Práticas**. Editora FGV, 2015.

QUINTAS, F. **Sexo à moda patriarcal**: o feminino e o masculino em Gilberto Freyre. São Paulo: Global, 2008.

ROCHA, Lindemberg Nunes. **A família como instituição**. In: VILHENA, Júnia de. (org.). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 07-10. 1991

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; ROSSET-CRUZ, Idiane; LANGE, Celmira. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem**. *Texto & Contexto – Enfermagem*. On-line version ISSN 1980-265X. vol.16 nº 3. Florianópolis July/Sept. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021>>.

RODRIGUES, P. H. D. A. **Desafios Políticos para a Consolidação do Sistema Único de Saúde**: Uma Abordagem Histórica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, 2014.

SAAD FILHO, Alfredo. **Neoliberalismo: uma análise marxista**: Marx e o Marxismo. v.3, n.4, p. 58-72, jan./jun. 2015. Disponível em:
<http://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/96>

SAFFIOTI, H. **Violência de gênero**: o lugar da práxis na construção da subjetividade. Revista Lutas sociais 2, São Paulo, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais PUC-SP, p. 56-79, 1997.

SAMPAIO Jr., P. A. **Desafios do momento: histórico e lições do governo Lula**. In: PAULA, J. A. (Org.) Adeus ao desenvolvimento. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____.; Plínio de Arruda. **Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo**: tragédia e farsa. Serviço Social e Sociedade, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012.

SERIBELI, Nathália Hernandes; AGUIAR, Tassiany Maressa Santo. **O IDOSO EM SITUAÇÃO DE ABANDONO**: demanda para o serviço social no âmbito do ministério público do estado de São Paulo. Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo: Presidente Prudente. v. 04, p. 98-115, 2010.

SILVA, Vanderlei Arcanjo da. **Revista Síntese de Direito Civil e Processual Civil**. Porto Alegre, v. I, 1999. p. 149. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11310#_ftnref18>.

SILVA, Andressa Karoline Martins da; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; DELFINO, Maria de Fátima do Nascimento. **Abandono familiar de pacientes idosos**: uma demanda para o/a assistente social no hospital de urgências de Goiânia. Revista científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás, "Cândido Santiago". ISSN 2447- 3406. 2016; 2(1):13-26 ISSN: 2447-3406. Disponível em:<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/25/39>.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, G.; SOARES, M. G. M. **Contrarreformas e Recuo Civilizatório**: Um Breve Balanço Do Governo Temer. SER Social, [S. l.], v. 21, n. 44, p. 11–28, 2019. DOI: 10.26512/ser_social.v21i44.23478. Disponível em:
https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23478.

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política de Saúde no Brasil: Produção Científica 1988-2014**. 2017.

SARAIVA, M. M. **Bioética e Controle Social nos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde**. 2016.

SEGATO, R. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Suenos, 2016.

SILVA, Adriana Ilha da. **A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo Governo Temer**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 51-56, jan./abr. 2018.

SILVA, Lana Lage da Gama; SOUZA Suellen. **Patriarcado**. In: Dicionário Crítico de Gênero. 2ª edição. Dourados/MS: Editora UFGD, 2019. PP: 578-582

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e a contrarreforma na Política de Saúde: a inviabilização do SUS**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 24-32, jan./abr. 2018

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **A urgência do debate: as contrarreformas na Política de Saúde no governo Temer**. Argumentum, v. 10, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2018.

Teodoro R. **A Teoria sanitária e o Momento corporativo: a crítica de um desafio não superado**. In: Fleury S, organizadora. Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 183-219.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck et al. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 1998.

WINNICOTT, Clare. **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.