

Perfil de Acompanhantes de Pessoas Idosas Hospitalizadas: Desafios e perspectivas sobre a feminização do cuidado

Perfil de Acompañantes de Personas Mayores Hospitalizadas: desafíos y perspectivas sobre la feminización del cuidado

Profile of Companions of Hospitalized Elderly People: challenges and perspectives on the feminization of care

Sara Daltro Tavares Paiva

Lissany Braga Gonçalves

Resumo: O presente estudo é resultado de pesquisa no âmbito do programa de residência multiprofissional em saúde do idoso. Como objetivo geral, buscou-se conhecer e analisar o perfil de mulheres acompanhantes de pessoas idosas em um Hospital Universitário de Belém/PA, identificando os desafios e perspectivas do trabalho de cuidado no ambiente hospitalar. A natureza desta pesquisa é qualitativa; como coleta de dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e de campo. Como resultados, destaca-se que o cuidado a pessoas idosas no hospital é majoritariamente não remunerado, exercido por mulheres pardas, pretas e pobres, as quais acessam de maneira precária as políticas protetivas. Conclui-se que o acompanhante deve ser considerado na formulação e planejamento das normas e rotinas institucionais, para a garantia de meios de exercer o cuidado de forma digna.

Palavras Chave: Trabalho de cuidado. Reprodução Social. Envelhecimento.

Resumen: El presente estudio es el resultado de una investigación en el ámbito del programa de residencia multidisciplinario en salud del anciano. El objetivo general fue comprender y analizar el perfil de las mujeres acompañantes de ancianos en un Hospital Universitario de Belém/PA, identificando los desafíos y perspectivas del trabajo de cuidado en el ambiente hospitalario. La naturaleza de esta investigación es cualitativa; Como recolección de datos se utilizó investigación bibliográfica y de campo. Como resultado, se destaca que la atención a los ancianos en el hospital es en su mayoría no remunerada, realizada por mujeres mestizas, negras y pobres, que tienen precario acceso a políticas de protección. Se concluye que el acompañante debe ser considerado en la formulación y planificación de normas y rutinas institucionales, para garantizar medios para brindar cuidados de manera digna.

Palabras Claves: Trabajo de cuidados. Reproducción Social. Envejecimiento.

Abstract: The present study is the result of research within the scope of the multidisciplinary residency program in elderly health. The general objective was to understand and analyze the profile of women accompanying elderly people in a University Hospital in Belém/PA, identifying the challenges and perspectives of care work in the hospital environment. The nature of this research is qualitative; bibliographic and field research was used as data collection. As a result, it is highlighted that care for elderly people in the hospital is mostly unpaid, carried out by mixed-race, black and poor women, who have precarious access to protective policies. It is concluded that the companion must be considered in the formulation and planning of institutional norms and routines, to guarantee means of providing care in a dignified manner.

Keywords: Care work. Social Reproduction. Aging.

Sara Daltro Tavares Paiva – Mestra em Serviço Social pelo PPGSS (UFPA), especialista em saúde do idoso pela UFPA e Assistente Social Residente em oncologia pela mesma universidade. Executa suas atividades no Hospital Universitário João de Barros Barreto. E-mail: sara.daltro223@gmail.com

Lissany Braga Gonçalves – Assistente Social graduada (2007) e Mestra (2011) pela Universidade Federal do Pará; Especialista em preceptoria de residências em saúde (2023) pela faculdade Moinhos de Vento.

INTRODUÇÃO

O cuidado é uma atividade fundamental ao ser humano, que em uma ou mais etapas da vida todos precisarão, pois direciona-se ao atendimento de um conjunto de “necessidades físicas, materiais e emocionais, as quais se particularizam ao longo do ciclo de vida e das contingências inerentes à condição humana” (FERREIRA, 2020, p. 25). Para além, entende-se o cuidado enquanto um trabalho, realizado majoritariamente por mulheres, tanto no âmbito doméstico quanto fora dele, o qual é incorporado pelo capital e, de certa forma, pelo Estado para a manutenção de um sistema de exploração e opressão alicerçado pela lógica patriarcal e pela divisão sexual do trabalho.

A escolha por tratar o cuidado como trabalho advém do entendimento de que as atividades relativas ao cuidar, sobretudo quando estão relacionadas à esfera da vida privada, não são consideradas enquanto tal, do contrário, são subvalorizadas e invisibilizadas. Demanda-se das cuidadoras tempo, abdições, dinheiro, assim como planejamento, meios e condições para serem efetivados (MOREIRA; MOSER, 2019).

A este respeito, Cisne e Morais (2018) discorrem sobre dois pilares que são estruturantes na lógica de exploração do trabalho feminino. O primeiro pilar é a hierarquização, que diz respeito ao maior valor social agregado ao trabalho masculino em detrimento do feminino; e o segundo pilar é a categorização, voltada para a diferenciação do que é trabalho feminino e masculino, ou seja, não se trata apenas de atividades diferentes, mas “desiguais e assimétricas” (CISNE; MORAIS, 2018, p. 62).

Concomitantemente, é comum relacionar o cuidado apenas ao âmbito doméstico, entretanto, do mesmo modo que essa atividade se processa no ambiente da vida privada, esta também pode ser realizada em outros locais, a exemplo de instituições de saúde, como os hospitais, na ocasião de adoecimento e necessidade de internação de algum ente familiar e/ou afetivo. No hospital, o público que recebe os cuidados é diverso, sendo composto por crianças, adolescentes, adultos, pessoas com deficiência e pessoas idosas.

Neste estudo, particulariza-se a discussão para o último grupo mencionado, ou seja, as pessoas que possuem 60 anos ou mais, conforme disposto no Estatuto da pessoa idosa (Lei nº 10.741/2003). As demandas de cuidado dessa população têm diferenciações e singularidades próprias do processo de senescência¹, as quais necessitam de atenção, mas também suscitam questionamentos sobre aqueles e, sobretudo, aquelas que estão diretamente no atendimento a essas necessidades, a exemplo das mulheres que se constituem suas acompanhantes na internação.

Ao citar o termo “acompanhantes” referimo-nos à denominação que é usualmente empregada pela gestão dos hospitais para designar as pessoas (familiares, cuidadores formais ou referências afetivas) que prestam o trabalho de cuidado (remunerado ou não) junto aos usuários do serviço de saúde que se encontram internados. Sendo assim, o objeto desta pesquisa se situa nos estudos sobre a feminização do cuidado, especificamente, a pessoas idosas hospitalizadas, trazendo ao protagonismo do debate os desafios e perspectivas das mulheres acompanhantes que estão presentes no cotidiano do trabalho de cuidado a esse público.

O interesse pela temática advém da realidade vivenciada durante a residência multiprofissional em saúde do idoso, em um Hospital Universitário de Belém/PA. Esta instituição é parte integrante do Complexo Hospitalar Universitário da UFPA (CHU-UFPA) e atende diariamente,

¹ Destaca-se, neste ponto, que envelhecer não é sinônimo de adoecer, entretanto, é relevante salientar que a pessoa idosa possui determinadas limitações, em maior ou menor grau, pelo próprio processo de envelhecimento, o qual também é diretamente influenciado por fatores sociais, econômicos e políticos.

via Sistema Único de Saúde (SUS), a nível ambulatorial e de internação, usuários(as) de diversos municípios do Estado do Pará e de outras regiões do país, sendo referência para o tratamento de doenças infectocontagiosas, HIV/AIDS, fibrose cística e tuberculose multirresistente (TBMR).

Durante a experiência da pesquisadora enquanto assistente social residente, no cotidiano do atendimento direto aos usuários(as) nas enfermarias, despertou atenção o número elevado de mulheres enquanto acompanhantes, em particular, de pessoas idosas, em todas as clínicas dos cenários de prática, comparado ao quantitativo de homens exercendo esta mesma função, o qual era mínimo e, em alguns períodos, inexistente.

Concomitantemente, observou-se, na rotina de atendimentos, que o foco do cuidado hospitalar se concentra, ainda que com algumas exceções, na doença e nas queixas apresentadas pelo paciente internado, de modo que o familiar que o acompanha é frequentemente considerado à margem deste processo, configurando uma lacuna que convida a ser desvelada como objeto de estudo.

Portanto, questionou-se como problema de pesquisa: Qual o perfil das mulheres que se encontram exercendo o trabalho de cuidado a pessoas idosas na hospitalização? E enquanto perguntas norteadoras: como se processa o trabalho de cuidado a estes(as) usuários em condição de adoecimento? Como se dá a inserção das acompanhantes em políticas protetivas de direitos? No intuito de responder as indagações acima, este estudo teve como objetivo geral conhecer e analisar o perfil das mulheres acompanhantes de pessoas idosas em um Hospital Universitário de Belém/PA, identificando os desafios e perspectivas do trabalho de cuidado no ambiente hospitalar.

1. Método e Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos neste trabalho, o percurso teórico metodológico partiu de aproximações sucessivas com o objeto de estudo, as quais possibilitaram inúmeras reflexões e análises sobre o tema. Esta pesquisa possui caráter exploratório, de natureza qualitativa, a qual, segundo Minayo (2010), possibilita a apreensão das subjetividades dos sujeitos da pesquisa sobre o objeto de estudo, isto é, de aspectos intrínsecos da relação entre sujeito e objeto, a partir dos significados, valores e crenças por eles atribuídos. Quanto aos procedimentos metodológicos de coleta de dados, realizou-se pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2008), consiste em fazer um levantamento dos estudos já realizados sobre determinado tema, sobretudo em livros e artigos científicos, não se restringindo a uma revisão simples da obra dos autores, mas sim realizando as devidas mediações entre o trabalho destes com o objeto de estudo. Deste modo, foram utilizadas discussões de autores clássicos e contemporâneos que debatem acerca das categorias de análise: reprodução social; trabalho de cuidado; divisão sexual do trabalho.

No que se refere à pesquisa de campo, registra-se que esta pode ser entendida como um recorte espacial feito pelo pesquisador, no intuito de representar “uma realidade empírica a ser estudada, a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação” (MINAYO, 2010, p. 53). Além do recorte temporal, é necessário delimitar o local deste campo, o qual deve privilegiar o ambiente em que os sujeitos da pesquisa se encontram (MINAYO, 2010).

Portanto, o lócus deste estudo foi a Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário, situado em Belém/PA, a qual possui capacidade máxima para atender até 44 pes-

soas. A pesquisa de campo foi realizada no mês de dezembro de 2023 e, do universo de 17 pessoas idosas hospitalizadas na mencionada clínica, obteve-se como amostra 12 mulheres acompanhantes, sendo 06 acompanhantes de idosas do sexo feminino e 06 de idosos do sexo masculino.

Como instrumento de coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, contendo 24 perguntas fechadas, as quais foram divididas em dois eixos: perfil socioeconômico/acesso às políticas públicas e formas de suporte na internação/tempo dedicado ao cuidado. Com vistas ao aprofundamento destas questões, foram realizados 03 questionamentos abertos, quais sejam: 1) Quais são os motivos pelos quais você presta o cuidado? 2) Quais as principais dificuldades para a realização do cuidado no hospital? 3) Quais os principais tipos de demandas relativas ao cuidado no hospital?

Os critérios de seleção das participantes consistiram em: 1) Livre aceitação em participar da pesquisa; 2) Ser mulher e estar na condição de acompanhante de uma pessoa idosa (homem ou mulher); e 3) Ser referência familiar e/ou afetiva na hospitalização. Como critérios de exclusão, foram elencados: 1) pessoas idosas sem acompanhantes; e 2) mulheres que não eram referência nos cuidados à pessoa idosa. Para tanto, utilizou-se o critério intencional de escolha dos sujeitos, com o objetivo de atingir aquelas que estão no trabalho do cuidado de forma direta e que pudessem contribuir com a presente pesquisa.

A anuência das participantes na pesquisa ocorreu no momento da coleta de dados e foi registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual elucidou as informações necessárias para adesão ao estudo, sendo entregue uma cópia do documento à entrevistada e outra à pesquisadora. O TCLE deste estudo foi elaborado de acordo com as orientações previstas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e o trabalho foi aprovado no comitê de ética da instituição sob o nº CAAE 70588023.1.0000.0017 e parecer nº 6.513.447.

Em posse dos materiais coletados, a sistematização das perguntas fechadas foi realizada em base de dados criado pela pesquisadora, utilizando a ferramenta *Microsoft Excel*, ao passo que a transcrição das perguntas abertas foi registrada no *Microsoft Word*. No que tange à análise e ao tratamento dos dados alcançados, optou-se pelo uso da análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2010), pode ser entendida como um conjunto de técnicas que dão enfoque objetivo na mensagem que o sujeito expressa.

Ainda segundo esta autora, existem três momentos importantes desta técnica de análise, quais sejam: 1) Pré-análise; 2) Descrição analítica; e 3) Interpretação referencial. Na primeira, ocorre a denominada leitura flutuante, a qual consiste no primeiro contato com os dados brutos. O segundo momento refere-se ao tratamento do material, o qual é separado e categorizado a partir do referencial teórico que sustenta e embasa a pesquisa. O terceiro momento da análise de conteúdo configura-se no nível mais profundo de reflexão, no qual se adensa as discussões e estreita-se as relações e conexões encontradas nos materiais.

2. Resultados e Discussões

As aproximações teóricas e empíricas com o objeto de estudo ora proposto são tratadas a seguir, onde foram priorizadas as questões relativas aos aspectos socioeconômicos e de acesso às

políticas públicas, as quais ajudam a elucidar o perfil das mulheres acompanhantes sujeitos dessa pesquisa. Ademais, com vistas à exposição da perspectiva subjetiva de opiniões das entrevistadas, privilegiou-se as respostas das perguntas abertas, no intuito de aprofundar a compreensão sobre o objeto de estudo. Ressalta-se que, embora divididos em subtópicos para fins didáticos, estes resultados estão dialeticamente interligados sob a tríade universalidade-particularidade-singularidade.

2.1. Perfil Sociodemográfico das Mulheres Acompanhantes de Pessoas Idosas na Hospitalização.

A tentativa de análise do objeto de estudo conduziu a construção do perfil sociodemográfico das participantes, no intuito de conhecer a realidade social estudada, sobretudo a partir do entendimento de que “tratar as mulheres como um grande grupo universal não nos permite compreender as diferenças e as desigualdades vivenciadas entre diferentes raças e classes [...]” (SANTANA, 2019, p. 17).

Quadro 01: Apresentação do perfil sociodemográfico das acompanhantes de pessoas idosas hospitalizadas.

Part.	Idade	Esc.	Filhos	Trabalho	Renda	Etnia/cor
A1	19 anos	E.S.I.*	Não	Estudante	Sem renda	parda
A2	21 anos	E.S.I.	Não	Estudante	Sem renda	preta
A3	26 anos	E.M.C.*	Não	Desempregada	Menos de 1 salário mínimo ²	parda
A4	31 anos	E.M.C.	Sim	Desempregada	Menos de 1 salário mínimo	parda
A5	38 anos	E.M.I.	Sim	Desempregada	Menos de 1 salário mínimo	parda
A6	41 anos	E.M.C.	Sim	Confeiteira	Menos de 1 salário mínimo	parda
A7	43 anos	E.S.C.	Sim	Professora	De 1 a 2 salários mínimos	parda
A8	45 anos	E.F.I.*	Sim	Desempregada	Menos de 1 salário mínimo	parda
A9	47 anos	E.M.C.	Sim	Cozinheira	De 1 a 2 salários mínimos	parda
A10	52 anos	E. M. C.	Sim	Desempregada	Menos de 1 salário mínimo	parda
A11	58 anos	E. M. C.	Sim	Desempregada	Sem renda	parda
A12	65 anos	E. M. C.	Sim	Aposentada	1 salário mínimo ³	parda

Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados da pesquisa de campo realizada em Dez/2023.

*Ensino Fundamental Incompleto *Ensino Médio Completo *Ensino Médio Incompleto *Ensino Superior Incompleto *Ensino Superior Completo.

Com base nas informações dispostas acima, observa-se que o perfil das acompanhantes se expressa por mulheres com idades entre 19 a 65 anos, com prevalência do intervalo etário de 40 a 59 anos. Importa ressaltar, a partir dos registros do diário de campo profissional, que não é incomum a presença de pessoas idosas como acompanhantes, tal qual ocorre com a participante A12.

Resultado semelhante fora encontrado nos estudos de Almeida et al. (2019), onde se observou que frequentemente mulheres idosas estavam na condição de cuidadoras e que necessitavam, também, de apoio, sobretudo devido a demandas de “suporte social, psicológico e físico, [em]

² Equivalente a R\$ 600,00.

³ No momento da realização do estudo, o valor do salário mínimo equivalia a R\$ 1.320,00.

uma fase em que emergem fragilidades e necessidades próprias do processo de envelhecimento” (ALMEIDA *et al.* 2019, p. 127).

Destaca-se ainda, como elemento fundamental, o quantitativo expressivo de entrevistadas que são mães (N=09), cuja quantidade de filhos varia de 1 a 4. Logo, observa-se que há um duplo cuidado, ao considerar que, além daquele prestado à pessoa idosa hospitalizada, há os filhos que também necessitam desse trabalho, sobretudo quando se trata de crianças. Para Bruschini (2007), “cuidar dos filhos” é uma das atividades que mais consomem o tempo das mulheres e incidem sobre a construção da carreira e vida profissional.

Além disso, é necessário destacar que o resultado encontrado quanto à etnia/cor das entrevistadas corrobora com o entendimento de que é fundamental considerar a raça nos estudos sobre a divisão sexual do trabalho, haja vista que, sem esse componente, a análise torna-se enviesada e homogênea as mulheres, o que não se verifica na realidade. O racismo atinge as mulheres negras de forma que é possível observar diferenças na exploração e opressão que sofrem, pois:

[...] além de assumirem posições subalternas em relação aos homens, ocupam os estratos mais precarizados em relação às próprias mulheres, principalmente no que tange aos cargos relacionados a tarefas intelectuais, sendo, ainda, as principais beneficiárias das políticas sociais compensatórias, que se desmantelam com maior rapidez de acordo com o avanço neoliberal. (VASQUES; FALCÃO, 2019, p. 372)

Sob esta perspectiva, significa afirmar que a divisão sexual do trabalho e as bases criadas por ela, para a opressão das mulheres, sobretudo as negras e pobres, está dialeticamente vinculada à manutenção do sistema capitalista que necessita manter a exploração de classe, raça e gênero (CISNE; MORAIS, 2018). Em estudos sobre esta temática, Nogueira e Passos (2020) afirmam que a dominação e exploração da sociedade brasileira tem em seu cerne tanto o patriarcado quanto o racismo, de modo que enfrentar a divisão sexual e racial do trabalho é também confrontar o capitalismo.

No aspecto religioso, verifica-se a predominância da fé cristã (católica e evangélica) e nota-se a presença do discurso divino atrelado ao cuidado realizado, visto que “a religião atua como suporte, o que pode ajudar a contornar ou superar determinada situação vista como sendo de difícil e até mesmo impossível resolução” (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 128). No relato das entrevistadas, a religião apresenta-se como mecanismo de enfrentamento da realidade de adoecimento, além de uma vocação e dom divino para a realização do cuidado:

[...] eu tenho o **dom de cuidar das pessoas, é o dom que Deus me deu**, aquela paciência de estar cuidando... Porque eu sei que não é fácil estar no hospital, então qualquer pessoa aqui que às vezes precisa, eu vou e ajudo, eu sou assim afetiva com as pessoas, pra poder ajudar o próximo. (A4 – grifos nossos)

Na sociedade capitalista patriarcal e na área da saúde, em particular, é lugar comum a compreensão de que as mulheres possuem um “dom”, um “instinto” capaz de realizar o trabalho de cuidado, com o qual supostamente as acompanhantes já nascem e não aprendem (COSTA, 2019). Sob esta perspectiva, embora se reconheça a importância da religião na composição do ser social, contraditoriamente, observa-se que este elemento, quando analisado na perspectiva de

gênero, também pulveriza e mascara a dimensão da socialização feminina, sob a égide da divisão sexual do trabalho, e, por conseguinte, a exploração e opressão advinda do trabalho de cuidado, em todas as esferas.

Quanto ao local de residência, as acompanhantes, em sua maioria, moram em Belém (N.08), região metropolitana (N.02) e região das ilhas (N.02), o que significa que, embora sejam componentes da mesma cidade, há particularidades, sobretudo, no acesso a saúde, transporte, lazer, dentre outros. No que se refere à condição trabalhista, evidencia-se que apenas 01 acompanhante (A7) tem vínculo de trabalho formal⁴, enquanto as outras 10 estão desempregadas, realizando trabalhos informais, de estudos, ou exclusivamente em atividades relacionadas ao cuidado doméstico e de outras pessoas, como os filhos e/ou familiares:

[...] assim como todos trabalham, todos têm as suas coisas pra fazer, eu também tinha, **acabei perdendo o emprego por causa da situação dele, pra não deixar ele sozinho**, devido a essa lesão dele, ele depende de outra pessoa pra ajudar ele. (A3 – grifos nossos)

O relato acima apresenta a situação de uma acompanhante que trabalhava formalmente, entretanto, devido a necessidade de se ausentar para acompanhar seu genitor em processo de hospitalização, foi demitida. Assim, observa-se a dificuldade de conciliar as atividades de cuidado com o trabalho formal, posto que estar na condição de acompanhante exige dedicação de tempo e necessidade de ausência em outras tarefas, sobretudo quando se trata de pessoas idosas em situação de adoecimento, o que comumente não é considerado no âmbito trabalhista, ainda mais quando se trata de vínculos precarizados, o que incide na perda do emprego.

Necessário destacar que a falta de acesso ao trabalho formal e a inserção em atividades laborais precárias ou informais não se deve unicamente em decorrência do tempo dedicado ao cuidado, sendo este um processo multifatorial; entretanto, as entrevistadas mencionaram que as atividades relativas ao cuidar influenciam diretamente nesta realidade, especialmente para aquelas que são mães. Sobre o assunto, autoras como Moser e Dal Prá (2016) enfatizam que, em se tratando da esfera laboral, as mulheres que possuem a atribuição do cuidado enfrentam limitações profissionais, assim como “carreiras descontínuas, salários mais baixos e empregos de menor qualidade” (MOSER; DAL PRÁ, 2016, p. 387).

Partindo da constatação das dificuldades de acesso ao trabalho formal e visando aprofundar o perfil das cuidadoras, buscou-se compreender como se dá a cobertura das outras políticas públicas e sociais às acompanhantes, com destaque para as componentes do sistema de seguridade social brasileiro: saúde, assistência e previdência social.

De acordo com Boschetti (2009), o texto constitucional da seguridade social brasileira é híbrido, pois tem influência de dois modelos de proteção social europeus, quais sejam: Beveridgiano e Bismarckiano. Desta forma, “conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2009, p. 08). Assim sendo, é considerada um avanço em termos de proteção social, ainda que em processo de contrarreformas (BEHRING, 2003), sendo, portanto, imprescindível na presente análise, conforme demonstra-se a seguir.

⁴ Outra acompanhante que acessou o trabalho formal encontra-se aposentada (A1).

Gráfico 01: Apresentação do acesso das acompanhantes às políticas públicas que compõem a seguridade social.



Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados da pesquisa de campo realizada em Dez/2023.

Evidencia-se, mediante os dados acima, que a assistência social é a política que concentra a maior inserção das participantes entrevistadas (N=8) em comparação com as demais (previdência e saúde). Correlacionando os dados dispostos quadro 01 e no gráfico 01, observa-se que a renda menor que um salário-mínimo (R\$ 600,00) da maioria das entrevistadas é proveniente do programa de transferência de renda Bolsa Família, componente da política de assistência social. Este resultado expressa o que autores como Carlotto (2015), Moreira e Moser (2019), Fritzer (2015), Moser e Dal Prá (2016) evidenciam acerca da centralidade da política social na família, em especial, nas mulheres, pois:

Nesse contexto, elas surgem como **agentes de reprodução social**, administradoras de conflitos e mediadoras das expressões da questão social; são responsáveis pelos cuidados com as crianças e adolescentes, **idosos** e pessoas com deficiência, contraditoriamente os principais usuários de atendimento da política de assistência social. Não obstante, reafirmam-se as construções históricas de gênero e as diferenças entre homens e mulheres na condução das relações sociais. (MOREIRA; MOSER, 2019, p. 78, grifos nossos)

Ressalta-se que, embora “o acesso à renda represente um ganho incontestável trazido às mulheres pela inserção no Programa, não logra, porém, produzir alterações estruturais em suas condições de vida” (TEIXEIRA; CERQUEIRA, 2013, p. 225). O programa Bolsa Família é reconhecidamente um dos principais mecanismos de enfrentamento à pobreza no Brasil, entretanto, evidencia-se o familismo em suas concepções, na medida em que reitera a responsabilização feminina através das condicionalidades exigidas como forma de manutenção das famílias à proteção social (FRITZER, 2015).

Ao avançar à previdência social, verifica-se a participação de três acompanhantes na cobertura desta política: duas como beneficiárias (aposentada e pensionista) e uma como contribuinte (modalidade segurada obrigatória). Nesse item, é importante realizar um cruzamento com os dados sobre a inserção no mercado de trabalho, dispostos quadro 01, os quais apresentam um baixo índice de participação no mundo laboral, sobretudo, pelas tensões em conciliar trabalho produtivo e reprodutivo.

Comparando os dados, a baixa filiação previdenciária tem relação com a falta de acesso ao mundo do labor formal, assim como com a baixa renda, visto que, embora a previdência admita contribuições de pessoas que se encontram fora do trabalho formal (contribuintes facultativos), os recursos são insuficientes para o recolhimento ao Regime Geral de Previdência (RGPS), o que as conduz à cobertura pela política contributiva indireta de assistência social, ou seja, sem direitos protetivos, em caso de adoecimento, falecimento, maternidade, dentre outros, dispostos na previdência social.

Há uma tendência em reduzir o reconhecimento da previdência social ao recebimento de benefícios, auxílios, esquecendo-se de que se trata do reconhecimento institucional das demandas relativas ao trabalho. Isto inclui, também, **a negação do direito ao trabalho, ou seja, a negação da possibilidade de o trabalhador sobreviver no capitalismo, vendendo sua força de trabalho.** (TRINDADE, 2015, p. 58, grifos nossos)

Por fim, investigou-se o acesso à política de saúde, no âmbito da prevenção, tratamento e/ou reabilitação de agravos. Como resultado, apenas uma entrevistada é acompanhada com regularidade pelo SUS, embora as outras participantes deste estudo tenham mencionado que apresentam necessidades de buscar atendimento, em decorrência de algum processo de adoecimento em curso.

Esta realidade relaciona-se a diversos fatores, dos quais destacam-se, segundo as participantes, as dificuldades para marcação de consultas e exames, com longo tempo de espera, filas e ausência de atendimento, notadamente, na atenção básica. Entende-se que a precarização e (des) financiamento ou (sub)financiamento da política de saúde pública, sobretudo à atenção básica, influenciam diretamente no acesso ao SUS, haja vista as tensões existentes entre as diversas propostas que induzem à sua privatização (BRAVO; MATOS, 2006).

Para além, evidencia-se os obstáculos quanto à conciliação do autocuidado das acompanhantes com as atividades de reprodução social, que se dividem em cuidado com os filhos, trabalho doméstico, suporte ao familiar doente, em um contexto neoliberal de extrema responsabilização das famílias pelo bem-estar dos sujeitos:

[...] por todas as partes, as mulheres trabalham na sustentação da vida cotidiana, no interior das famílias; e são aquelas que se deslocam, desde muito cedo, para serviços de saúde, levando crianças ou outros/as enfermos/as, assim como são as principais acompanhantes nos hospitais; são também aquelas que compõem majoritariamente as filas de matrícula de filhos e filhas nos serviços educacionais; **e, são, ainda, as principais usuárias dos serviços de Assistência Social.** (FERREIRA, 2020, p. 28 grifos nossos)

Em síntese, tratar o cuidado em sua dimensão coletiva e não individual é condição fundamental para trazer ao centro do debate o contexto neoliberal das políticas sociais, no qual há o enxugamento do aspecto protetivo do Estado e alargamento da responsabilização das famílias, nelas, sobretudo, as mulheres, em um “descaminho da lógica dos direitos sociais” (CARLOTO, 2015, p. 163).

2.2. “Quando a Gente Casa, a Gente Promete na Saúde e na Doença!⁵”: caracterização do trabalho de cuidado no ambiente hospitalar.

Na área da saúde, especificamente no âmbito da atenção hospitalar, a família, em especial as mulheres, desempenham o papel fundamental de prestar suporte de cuidados na internação. Em particular, o suporte familiar à pessoa idosa é direito garantido, de acordo com o seu estatuto, no Art. 16: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, **devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral**, segundo o critério médico” (BRASIL, 2013, p. 14, grifos nossos).

Portanto, neste item, apresenta-se a forma como o trabalho de cuidado é desenvolvido por acompanhantes de pessoas idosas, com destaque para os principais arranjos organizativos dispostos na realização destas atividades.

Quadro 02: Caracterização da dinâmica do trabalho de cuidado ao paciente idoso no ambiente hospitalar.

Part.*	Idade do paciente	Sexo	Parentesco	Revezamento	Tempo diário hosp**	Remuneração
A1	69 anos	M	neta	sim	24 a 36 horas	Não
A2	71 anos	F	neta	sim	24 horas	Não
A3	74 anos	M	filha	Parcialmente	integralmente por 3/4 dias	Não
A4	82 anos	F	amiga	sim	24 horas	Não
A5	83 anos	F	neta	Parcialmente	integralmente por 3/4 dias	Sim
A6	61 anos	M	filha	sim	24 horas	Não
A7	92 anos	F	neta	sim	De 24h a 36h	Não
A8	66 anos	F	filha	não	integralmente	Não
A9	73 anos	F	neta	sim	24h	Não
A10	66 anos	M	cuidadora	não	integralmente	Sim
A11	62 anos	M	cunhada	sim	03 a 05 horas	Não
A12	75 anos	M	esposa	sim	12 horas diárias	Não

Fonte: Elaboração da autora, com base nos dados da pesquisa de campo realizada em Dez/2023.

*Participante. **Tempo diário no hospital.

Mediante o exposto no quadro acima, verifica-se que a maioria das cuidadoras possui vínculo familiar com as pessoas idosas hospitalizadas, o que corrobora às assertivas de Moser e Dal Prá (2016) acerca do cuidado familiar: “No âmbito dos cuidadores familiares, na maioria das famílias, uma única pessoa assume a maior parte da responsabilização do cuidado, sendo geralmente as mulheres que assumem essa responsabilidade: **esposas, filhas, noras, irmãs**” (Idem, p. 385, grifos nossos).

Em relação ao tempo diário dedicado ao cuidado, permanecem no hospital por período igual ou superior a 24 horas diárias, com possibilidade de revezamento (N=10) e, em sua maioria, sem remuneração. Há duas participantes que recebem ajuda de custo de outros familiares para a estadia no hospital, com suporte financeiro para cobrir algumas despesas com transporte e alimentação.

⁵Trecho do relato da participante nº 12.

Quando questionadas em relação as outras pessoas com as quais realizam troca, observou-se que a maioria reveza com outras mulheres, especialmente, oriundas da família extensa do/a usuário/a internado/a. Destaca-se que algumas participantes realizam cuidado integral, sem a possibilidade de trocar com outras pessoas, o que, de certa forma, acarreta maior período na hospitalização, corroborando em relatos de dificuldades e sobrecarga:

Geralmente aqui é só eu, né? Eu preciso de uma pessoa a mais, justamente pra estar podendo se locomover, porque só pra mim é difícil ajudar ela a levantar, eu tenho que estar chamando os outros muitas vezes, eu tenho que chamar as pessoas pra me ajudar e eu fico com vergonha e isso aí empata, eu sei que cada um [acompanhante] tem seu paciente pra dar atenção. (A3)

Diante desses resultados, tornou-se fundamental o questionamento: Quais atividades as mulheres acompanhantes estariam realizando se não fosse o cuidado? Nesse sentido, 08 participantes mencionaram algumas ocupações que estão paralisadas em decorrência do período na hospitalização: 1) atividades físicas; 2) tempo com os filhos; 3) universidade; 4) trabalhos informais de vendas; e 5) trabalho doméstico.

Ademais, ao prosseguir com a análise do quadro 02, registra-se que o perfil das pessoas idosas que recebem o cuidado é diverso, com variações nos níveis de dependência, tendo em vista o contexto particular do adoecimento de cada paciente, de modo que alguns se encontram com notáveis limitações para as atividades diárias e, assim, demandam maiores cuidados, como ocorre no relato acima destacado. Em geral, o tempo de internação nas enfermarias desta unidade se constitui de médio a longo prazo, visto que os(as) usuários(as) comumente estão em processo de investigação diagnóstica, tratamentos de complicações de doenças crônicas, metabólicas e oncológicas.

Embora haja especificidades, em um contexto geral, as participantes mencionaram que as principais demandas relativas ao cuidado na internação são: Auxílio no banho (N=12); locomoção (N=10); administração de medicamentos (N=9); alimentação (N=6) e auxílio em procedimentos realizados pela equipe (N=6). Registra-se, no último item citado, que a família, através das acompanhantes, é convocada a suprir as lacunas deixadas pelo sucateamento da política de saúde pública, sendo responsáveis por atividades que deveriam ser realizadas por profissionais de saúde.

Durante as entrevistas, bem como a partir do cotidiano do trabalho profissional, observa-se acompanhantes auxiliando em procedimentos de curativos, banho no leito, dentre outras atividades relativas à equipe técnica assistente. Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada por Steytler e Oliveira (2016), os quais analisaram as incidências de responsabilização de tarefas de cuidado a famílias no contexto hospitalar:

Nesse complexo de relações a família é levada a se responsabilizar por seu familiar, nos cuidados que, de origem, seriam de responsabilidade do sistema de saúde, dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, em um contexto de internação. (STEYTLER; OLIVEIRA, 2016, p. 182)

Importante ressaltar que não se trata de culpabilizar os(as) trabalhadores(as) do hospital que prestam assistência direta, a exemplo da enfermagem, por tais situações, do contrário, evidencia-se que o cenário ora vivenciado é o de redução do número de servidores(as), sucateamento e precarização das condições de trabalho nos processos de cuidado durante a internação hospitalar.

Segundo Steytler e Oliveira (2016), há uma indefinição das tarefas relativas aos profissionais de saúde e ao acompanhante, sendo frequentemente empregadas atribuições de auxiliar nas atividades e rotinas com o paciente, ao mesmo tempo em que se supõe atenção na área dos afetos e suporte emocional. Neste ínterim, corrobora-se com os autores na perspectiva de que:

A complexidade das demandas que se apresentam aos usuários e familiares, na internação hospitalar, aprofunda-se diante de um processo de **(des) proteção social às famílias**, em uma conjuntura na qual a família apresenta expressões diversas na sociedade contemporânea, a exemplo do papel da mulher no âmbito familiar, das novas configurações familiares, das transformações culturais e educacionais e outras, conforme citado. Nesse complexo de relações a família é levada a se responsabilizar por seu familiar, nos cuidados que, de origem, seriam de responsabilidade do sistema de saúde, dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, em um contexto de internação. (STEYTLER; OLIVEIRA, 2016, p. 182, grifos nossos)

Nesse ponto, é necessário salientar que a instituição lócus deste estudo é gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Instituída a partir da Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, a EBSERH configura-se uma empresa pública, de direito privado e patrimônio próprio, com o objetivo de “administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011).

Em outubro de 2015, o Hospital Universitário, que se constitui lócus deste estudo, assina contrato com a empresa supracitada, sendo alvo de diversas críticas. Ainda que não se constitua objetivo principal deste trabalho, é indispensável registrar que a mencionada instituição é alvo de diversas críticas, inclusive pelo Serviço Social, por contribuir para a acentuação da precarização dos serviços públicos e das condições de trabalho dos profissionais de saúde, devido a sua forma de gestão gerencialista⁶ (BESERRA, 2018), o que recai também nos usuários(as) atendidos e seus acompanhantes.

Partindo para o aprofundamento dos fatores que incidem na relação de cuidado, torna-se necessário analisar os motivos pelos quais as cuidadoras prestam o suporte de acompanhamento na internação, dos quais se pode realizar determinadas inferências com base na literatura especializada, conforme se demonstra a seguir:

⁶Por gestão gerencialista, entende-se a forma pela qual se introduz no serviço público lógicas de gestão privadas, notadamente a partir da concepção de cidadão-cliente e de mecanismos de modernização, produtividade, eficiência, dentre outros. Ler mais em Mendonça (2020).

Quadro 03: Sistematização dos motivos para a realização do cuidado.

<i>Participante</i>	<i>Relato</i>	<i>Categoria</i>
A3	Por amor a ele , primeiramente, porque eu sei que ele não tem outros apoios como ele tem de mim, né? Porque é uma briga muito grande com os filhos, a gente discute muito devido a situação dele, porque é cansativo ficar só uma pessoa direto.	Amor; Rede de apoio reduzida.
A4	É porque eu gosto dela , é porque eu nunca tive avó, meus avós morreram antes de eu nascer.	
A7	Os motivos são amor e carinho , eu sou muito apaixonada pela minha família, não só pela minha avó, como minha mãe, meu pai [...] eu sou muito emotiva em relação a família, eu deixo tudo, largo, se precisar eu tô ali direto.	
A11	[...] eu faço por amor e porque eu gosto de servir às pessoas, eu sempre me disponho a ajudar.	
A8	[...] é um prazer cuidar dela , ela cuidou de mim, então é um prazer cuidar dela até o último dia da vida dela.	Retribuição
A9	É porque ela é minha mãe, ai tem que cuidar, mãe sabe como é? Eu acho que esse é o motivo, que ela é a minha mãe.	Responsabilidade/obrigação
A12	[...] quando a gente casa, a gente promete na saúde e na doença , então, eu tô com ele, tenho que cuidar dele.	
A1	Olha, eu penso muito na minha futura profissão que é enfermagem, então eu digo que já é um treinamento fazer isso agora. Não que o meu avô mereça que eu esteja aqui , porque o meu avô é uma pessoa muito difícil, então eu venho mesmo pra não ficar com a consciência pesada.	
A2	Porque ela é a minha avó, eu tenho que ajudar , meu pai trabalha também, eu tô de férias e eu também já ajudo ela em casa, eu e a minha irmã a gente reveza.	

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da pesquisa de campo realizada em dezembro/2023.

Conforme disposto no quadro acima, evidencia-se que o amor é apresentado pela maioria das participantes como o principal motivador para a realização do cuidado. Estudos de Federici (2019) apontam que, a partir do sentimento de amor, ocorre a naturalização da relação de cuidado como afeto e não como trabalho no âmbito da reprodução social, devendo ser realizado, exclusivamente, pela via do sentimento, como um dever moral e não remunerado:

Devemos admitir que o capital tem sido muito bem-sucedido em esconder nosso trabalho. Ele criou uma verdadeira obra-prima à custa das mulheres. **Ao negar um salário ao trabalho doméstico e transformá-lo em um ato de amor**, o capital matou dois coelhos com uma cajadada só. Primeiramente, ele obteve uma enorme quantidade de trabalho quase de graça e assegurou-se de que as mulheres, longe de lutar contra essa situação, procurariam esse trabalho como se fosse a melhor coisa da vida [...] (FEDERICI, 2019, p. 44, grifos nossos)

Nesta análise, é relevante considerar a importância do relato das pesquisadas quanto à satisfação originada pelo cuidado, porquanto, compreende-se que a maioria se identifica com as atividades realizadas, sobretudo como forma de retribuição pelos cuidados desenvolvidos em outros momentos da vida, conforme se observa em alguns relatos do quadro 03. Entretanto, é necessário salientar também que, contraditoriamente, a partir da apropriação desse trabalho de reprodução, o capital mantém a dominação de gênero necessária à sua manutenção, assim como fortalece a compreensão de que “não se pode ser mulher sem cuidar de algo, da família, da casa, dos filhos, de um ente familiar enfermo” (FERNANDES, 2020, p. 46).

Retomando os dados expostos no quadro 03, aponta-se que a responsabilidade mencionada pelas participantes pode ser entendida em seu sentido amplo, em duplo processo: 1) incumbência dos contratos sociais, como o casamento; e 2) como responsabilidade/obrigação pelo paciente internado, através do vínculo de parentesco intergeracional. O primeiro refere-se ao compromisso do casamento, no qual o cuidado é, além de dever, uma promessa, intensificada por ideais religiosos, conforme relatado pela participante nº 12.

Quanto ao segundo aspecto, com base nos materiais deste estudo, assim como nos registros do diário de campo profissional, vislumbra-se que, embora com dificuldades e conflitos, a família é cobrada a se responsabilizar pelo cuidado, de modo que, nas narrativas, a expressão “responsabilidade” aparece com frequência. Em se tratando de pessoas idosas, essa realidade é ainda mais evidente, ao considerar que este público possui respaldo legal do direito ao acompanhante, contudo, problematiza-se que este usuário/a hospitalizado/a não deve ser apenas cuidado pelos acompanhantes, o Estado também tem essa atribuição.

Concomitantemente, segundo as acompanhantes, diversas são as dificuldades para a prestação do suporte de acompanhamento na internação, que se relacionam, especialmente, à sobrecarga do cuidado e à invisibilidade de suas necessidades pela instituição. A expressão desta realidade pode ser vislumbrada na ausência ou ínfima informação dos(as) acompanhantes nos registros de atendimentos dos profissionais que compõem a equipe assistente com exceção do Serviço Social e Psicologia⁷.

De outro modo, observa-se que, nas ocasiões em que há algum empecilho na prestação do cuidado familiar ao usuário internado, o foco da instituição é direcionado totalmente às pessoas que estão como acompanhantes, de modo que a capacidade protetiva das famílias, no hospital, é frequentemente questionada, principalmente na perspectiva da responsabilização, e não da escuta/atenção às suas necessidades. Nesse sentido, observa-se que a instituição supõe “[...] relações familiares cristalizadas em paradigmas idealizados e não em situações reais” (STEYLER;

⁷A afirmação acima não significa mencionar que as outras profissões que compõem a assistência não oferecem atenção aos acompanhantes, entretanto, de forma sistemática e em se tratando de registros no prontuário eletrônico, verifica-se com maior capilaridade a inserção de assistentes sociais e psicólogos.

OLIVEIRA, 2016, p. 183), o que acarreta em cobranças àqueles que prestam o cuidado, na perspectiva da culpabilização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com o presente estudo não encerram as possibilidades de análises sobre a feminização do trabalho de cuidado no ambiente hospitalar, mas permitem traçar algumas considerações acerca dos objetivos propostos com a realização desta pesquisa. A investigação realizada permitiu constatar, no que tange ao perfil das acompanhantes, que, em sua maioria, trata-se de mulheres autodeclaradas como pardas e pretas, e que, devido ao trabalho de cuidado, possuem inúmeras dificuldades para o ingresso e manutenção do trabalho formal, motivo pelo qual há notável inserção na política contributiva indireta, qual seja, a assistência social, sobretudo, a partir do programa Bolsa Família.

Além disso, nota-se que, embora as mulheres que participaram deste estudo estejam com frequência ocupando lugares de acompanhantes na área da saúde, a sua inserção enquanto usuárias dessa política é baixa, haja vista as dificuldades em conciliar autocuidado e o suporte de cuidados a outrem. Ademais, a baixa cobertura da previdência social dificulta e impossibilita a garantia de direitos protetivos, notadamente aposentadorias na velhice e pensão para seus dependentes.

Ou seja, o Estado, ao relegar o trabalho de cuidado às famílias, em especial às mulheres, corrobora em uma baixa proteção social de suas necessidades via políticas públicas, as quais estão progressivamente mais focalizadas, em detrimento da universalidade proposta pelo sistema de seguridade social. Recomenda-se que outros estudos e pesquisas sobre essa temática sejam conduzidos, a fim de ilustrar as incidências dessa realidade na vida das famílias brasileiras.

No que se refere à dinâmica do cuidado no ambiente hospitalar, destaca-se que as atividades exercidas pelas acompanhantes são extensas, do ponto de vista do tempo dedicado a este trabalho e das atribuições. De acordo com os resultados, em geral, as cuidadoras dispõem mais de 12 horas diárias na realização de atividades, as quais se somam aquelas realizadas em outras instituições de saúde e no âmbito doméstico. Vale ressaltar que, embora o lócus de análise deste trabalho seja o hospital, é necessário considerar que, para muitos usuários, após a desospitalização, as necessidades em saúde permanecerão, o que indica continuidade de cuidado em domicílio.

Em consonância com o que a literatura aponta, verifica-se com nitidez a expropriação do tempo no capitalismo para atividades de reprodução social, sendo esta agravada ainda mais por questões de gênero, raça e classe. Ao considerar o cuidado enquanto trabalho invisibilizado e não remunerado, observa-se que algumas participantes estão realizando jornadas de trabalho contínuas, uma vez que, em determinadas situações, o revezamento com outros familiares ocorre após 24h ou 36h na internação, o que incide em relatos de desgaste, poucos momentos de sono e atividades de lazer.

Portanto, as narrativas das participantes, assim como as leituras da realidade e os apontamentos do diário de campo profissional, conduzem ao entendimento de que o trabalho de cuidado no hospital segue a lógica de apropriação do tempo feminino para a reprodução social, particularmente, de pessoas idosas internadas. Além disso, a invisibilização das demandas das acompanhantes pela instituição relaciona-se a lógica geral da divisão sexual do trabalho, através das quais atividades de cuidado são vistas de forma naturalizada.

Importante registrar que, para além da exploração do trabalho e de seus rebatimentos negativos, o cuidado é apreendido, também, para muitas acompanhantes enquanto fonte de satisfação pessoal, presente na maioria dos relatos através do amor como o estímulo principal para esta atividade. Há que se reconhecer esta questão parafraseando Santana (2019, p. 13), a partir da concepção de que não há problemas, necessariamente, no cuidado, “mas o lugar ocupado pelo trabalho de reprodução da vida no capitalismo”.

Portanto, ao compreender que a realidade é dialética, tendo ainda diversas mediações a serem contempladas nesta discussão, é imperiosa a realização de outras pesquisas com esta temática, com o objetivo de contribuir para as produções críticas no âmbito do Serviço Social, articulado às discussões mais gerais do mundo do trabalho e do modo de produção capitalista. E, em particular, fortalecer esse debate na área da saúde, de modo interdisciplinar, especialmente em âmbito hospitalar, onde se verifica inúmeras requisições institucionais conservadoras, que objetivam a culpabilização das famílias, notadamente, as mulheres no processo de acompanhamento de usuários internados, em especial, de pessoas idosas.

Ressalta-se, ainda, a importância de, na área da saúde, o/a acompanhante ser tratado na perspectiva de um sujeito de direitos, o qual possui necessidades e se constitui fundamental no processo de saúde do/a usuário/a hospitalizado. Deste modo, deve ser considerado na formulação e planejamento das normas e rotinas institucionais, para a garantia de meios de exercer o cuidado de forma digna.

Para além, é imperioso entender que as acompanhantes não são sujeitos passivos neste processo, sendo fundamental aos assistentes sociais fortalecerem as suas estratégias de resistência e seus questionamentos, especialmente no estímulo ao seu protagonismo e mecanismos de participação social na área da saúde, a exemplo das ouvidorias e conselhos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alessandra Vieira de *et al.* Perfil das mulheres idosas cuidadoras e os fatores associados à relação de cuidado. *O Social em Questão* - Ano XXII - nº 43 - Jan a Abr/2019, pg 121 - 142.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. Cortez Editora, 2003.

BESERRA, I. K. N. *A esberb e o serviço social: reflexões sobre o processo de trabalho do assistente social num hospital de alta complexidade*. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018.

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

BRASIL. *Lei 12.550*, de 15 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112550.htm>. Acesso em: 02/11/2023.

BRASIL. *Portaria nº 280/1999*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html>. Acesso em: 13/10/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 3ª Edição, 2ª reimpressão. Brasília: 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. d. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, p. 1-22, 2006.

BRUSCHINI, M. C. A. B. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, p. 537-572, set./dez. 2007.

CARLOTO, C. M. Programa Bolsa Família, Cuidados e Uso do tempo das mulheres. In: MIOTO, R.; CAMPOS, M. e CARLOTO, C. (Orgs.) *Familismo direitos e cidadania: contradições da política social*. Cortez Editora, 2015.

CISNE, M. e MORAIS, S. M. S. *Feminismo, diversidade sexual e serviço social*. São Paulo: Cortez Editora, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Código de ética do assistente social*. Brasília: 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de Saúde*. Brasília: 2010.

COSTA, V.M.C. *Se eu não vier, ninguém vem: tensões femininas no cuidado*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2019. 143 fls.

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

FEDERICI, S. *Mulheres e caça às bruxas*. Editora Elefante, 2019.

FERNANDES, V. D. O. *A Mulher na Condição de Cuidadora Integral: análise do papel feminino na Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA)*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão: 2020. 97f.

FERREIRA, V. M. *Apropriação do Tempo de Trabalho das Mulheres nas Políticas de Saúde e Reprodução Social: uma análise de suas tendências*. Recife: Ed. UFPE, 2020.

FRITZER, J. A feminização da assistência social: discutindo gênero e sua interface com a proteção social. *Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais*. Santa Catarina, 2015.

GIL, A. C. *Modos e técnicas de Pesquisa Social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDONÇA, Tatiana. *Modernização do serviço público no Brasil: os rumos para o trabalho e o servidor no INSS*. 319 fls. Dissertação de mestrado do Programa de pós-graduação em avaliação de Políticas Públicas. Fortaleza, 2020.

- MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MOREIRA, T. A.; MOSER, L. Família, trabalho do cuidado e uso do tempo: desafios para mulheres de baixa renda. *O Social em Questão - Ano XXII - n° 43 - Jan a Abr/2019*.
- MOSER, L. DAL PRÁ, K. R. Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.382-392, dez. 2016.
- NOGUEIRA, C. M. e PASSOS, R. G. A divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de heleieth saffioti. *Caderno CRH*, Salvador, v. 33, p. 1-9, 2020.
- SANTANA, Bianca. Prefácio. In: FEDERICI, S. *Mulheres e caça às bruxas*. Editora Boitempo, 2019.
- STEYTLER, S. J. S.; OLIVEIRA, A. D. Direito ou responsabilização das famílias no acompanhamento hospitalar. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 174-190, jan./abr. 2016.
- TEIXEIRA, M.; CERQUEIRA, M. D. S. R. O programa bolsa família/vida melhor e as mulheres – transferência de renda e equidade de gênero no Distrito Federal. In: YANNOULAS, S. C. (Org.) *Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações*. Brasília: Editorial Abaré, 2013.
- TRINDADE, R. L. P. Questões ético-políticas para o trabalho do/a assistente social na Previdência Social. In: *Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)*. 2º Seminário Nacional de Serviço Social na Previdência Social (2014). CFESS: Brasília, 2015. p. 57-64.
- VASQUES, A. C. B. e FALCÃO, A. T. S. Os impactos do neoliberalismo sobre as mulheres trabalhadoras: a esfera do cuidado e a precarização do trabalho feminino. *O Social em Questão - Ano XXII - n° 43 - Jan a Abr/2019*.