

# Cuidado à pessoa idosa no SUS: organização e tensões no contexto hospitalar

*Care for Older Adults in Brazil's Unified Health System: Organization and Tensions in the Hospital Context*

Débora Peixoto de Azevedo\* 

## RESUMO

O artigo analisa a produção do cuidado à pessoa idosa hospitalizada no âmbito da atenção especializada em saúde, problematizando as contradições entre o cuidado concebido, no plano normativo, como direito e sua efetivação concreta no cotidiano hospitalar. Fundamentado em uma abordagem teórico-crítica do cuidado, o estudo é oriundo de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital público especializado do Sistema Único de Saúde. A análise do material empírico evidencia que, mesmo no interior de uma instituição pública, o cuidado tende a ser organizado sob a lógica do familismo do tipo transferência, com a/o acompanhante tendo um papel essencial na organização do cuidado hospitalar e reforçando a responsabilização da família na atenção à pessoa idosa hospitalizada. Conclui-se que a produção do cuidado tensiona seu reconhecimento como direito, ao deslocar responsabilidades para o âmbito familiar mesmo quando realizada no contexto do cuidado institucional.

**Palavras-chave:** envelhecimento; cuidado em saúde; pessoa idosa hospitalizada; atenção especializada; SUS.

## ABSTRACT

The article analyzes the production of care for hospitalized older adults within the scope of specialized health care, problematizing the contradictions between care conceived, at the normative level, as a right and its concrete implementation in everyday hospital practice. Grounded in a theoretical-critical approach to care, the study is derived from qualitative research conducted in a specialized public hospital within Brazil's Unified Health System. The analysis of the empirical material shows that, even within a public institution, care tends to be organized according to a transfer-oriented familism logic, with the companion assuming an essential role in the organization of hospital care and reinforcing the responsabilization of the family in the care of hospitalized older adults. It is concluded that the production of care, under these conditions, challenges its recognition as a right by shifting responsibilities to the family sphere, even when care is provided within an institutional setting.

**Keywords:** aging; healthcare; hospitalized older adults; specialized health care; unified health system (SUS).

## ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2026.99178>

\*Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: [debpeixoto@gmail.com](mailto:debpeixoto@gmail.com).

Como citar: AZEVEDO, D. P. de. Cuidado à pessoa idosa no SUS: organização e tensões no contexto hospitalar. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 62, pp. 161-174, maio/ago., 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2026.99178>

Recebido em 31 de janeiro de 2026.

Aprovado para publicação em 06 de maio de 2026.

Responsável pela aprovação final: Maria Helena Bernardo e Alzira Lobato



© 2026 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

## Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil tem se consolidado como um fenômeno social de grande magnitude, produzindo impactos significativos sobre as políticas públicas e, em especial, sobre a política de saúde. Dados recentes indicam que o país ultrapassou a marca de 32 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 15,8% da população total (IBGE, 2022), o que evidencia um ritmo acelerado de envelhecimento, marcado por profundas desigualdades sociais que atravessam a classe trabalhadora. Esse processo tem repercutido diretamente sobre o perfil das demandas em saúde, intensificando a utilização dos serviços, sobretudo no âmbito da atenção especializada e hospitalar. Nesse contexto, o cuidado à pessoa idosa hospitalizada no Sistema Único de Saúde (SUS) surge como um tema central para a reflexão crítica sobre envelhecimento e políticas públicas.

Diante disso, o presente artigo tem como objeto de análise o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, com foco nas formas pelas quais se configuram, no cotidiano institucional, o compartilhamento e a transferência de responsabilidades para a família. O problema que orienta a reflexão consiste em compreender como o cuidado institucional é produzido e significado pelos profissionais de saúde, especialmente no que se refere à responsabilização familiar e à centralidade do acompanhante no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

A análise adota uma abordagem teórico-crítica que compreende o cuidado como trabalho, articulando-o aos processos de reprodução social e à perspectiva crítica da integralidade em saúde. Metodologicamente, o artigo é oriundo de uma pesquisa qualitativa, orientada pelo materialismo histórico-dialético, que utilizou entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de diferentes categorias atuantes em um hospital público especializado e de alta complexidade do SUS. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, respeitando os parâmetros éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O objetivo do artigo é analisar a produção do cuidado à pessoa idosa hospitalizada no âmbito da atenção especializada em saúde, explorando como esse cuidado é organizado no cotidiano institucional e tensionado pelos processos de responsabilização familiar no interior de serviços públicos de saúde.

Além desta introdução, o artigo estrutura-se em três seções. Na primeira, discute-se o cuidado em saúde à pessoa idosa no contexto hospitalar, articulando o debate sobre envelhecimento, cuidado e políticas públicas. Na segunda seção, apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa. A terceira seção dedica-se à análise empírica, abordando as tensões entre o compartilhamento do cuidado e processos de transferência de responsabilidades para a família no cotidiano hospitalar. Por fim, são apresentadas as considerações finais, nas quais se retomam os principais achados e contribuições do estudo.

## Envelhecimento e cuidado em saúde: elementos para o debate nas políticas públicas

O cuidado constitui um conceito marcado por múltiplas interpretações, amplamente reconhecido por seu caráter pluridisciplinar e por sua natureza polissêmica. Embora o ato de cuidar esteja presente desde as formas mais elementares de sociabilidade humana, sua problematização enquanto objeto de reflexão teórica e política tem ganhado centralidade nos debates contemporâneos. Nas últimas décadas, o cuidado passou a ocupar lugar de destaque em diferentes campos do conhecimento, bem como nas agendas das políticas públicas, revelando-se um eixo estratégico para a compreensão das dinâmicas sociais, das desigualdades e das formas de organização da vida coletiva (Hirata, 2022).

Diante da diversidade de abordagens possíveis, este artigo adota a perspectiva do cuidado como trabalho socialmente necessário, vinculado às condições materiais de existência e aos processos de reprodução social. A noção de reprodução social é central para a compreensão do cuidado na sociedade capitalista (Carloto, 2020), uma vez que permite mostrar que as medidas engendradas pelo capital para manter seu padrão de acumulação e garantir a extração de mais-valia não se restringem ao âmbito da produção, mas se estendem ao trabalho reprodutivo, responsável pela manutenção e reprodução da força de trabalho. Nesse sentido, o cuidado se afirma como trabalho indispensável à reprodução da vida, ainda que historicamente desvalorizado, invisibilizado e naturalizado, sobretudo associado majoritariamente às famílias e, em particular, às mulheres, sobretudo às mulheres negras, reiterando hierarquias sociais que estruturam a divisão social e sexual do trabalho.

No contexto das políticas sociais e, especificamente, da saúde, essa dinâmica se expressa de forma contraditória. O cuidado é simultaneamente essencial para atender às necessidades humanas e à reprodução social, e subordinado a lógicas institucionais que tendem a deslocá-lo do campo dos direitos para o da responsabilidade privada. Tal deslocamento se evidencia na organização do cuidado no interior das instituições públicas, como o hospital, onde a centralidade do cuidado convive com a transferência de responsabilidades para as famílias. Nessa perspectiva, torna-se fundamental situar o cuidado para além do âmbito doméstico e intrafamiliar, reconhecendo-o como dimensão constitutiva das políticas públicas e reafirmando o papel do Estado em sua provisão. Tal compreensão implica ampliar o conceito de cuidado, de modo a abranger “[...] todos aqueles trabalhos orientados para o cuidado da vida – serviços de saúde, de atenção direta, etc. – realizados fora dos lares” (Bengoa, 2018, p. 45).

O cuidado enquanto trabalho é atravessado pelas mediações próprias do modo de produção capitalista, que tendem a subordiná-lo às lógicas de mercantilização, produtividade e controle do tempo. No campo da saúde, essas determinações se expressam de maneira particular na organização do processo de trabalho, marcada pela fragmentação

do cuidado e pela centralidade de uma racionalidade técnica e instrumental. Tal configuração incide diretamente sobre o trabalho em saúde, que, embora seja essencial para atender às necessidades de saúde dos sujeitos, especialmente no caso das pessoas idosas, tende a ser reduzido a procedimentos técnicos e a protocolos clínicos, sobretudo considerando o cuidado no âmbito hospitalar. Em contraposição a essa lógica, o cuidado em saúde se vincula ao princípio da integralidade em sua perspectiva crítica, ao reconhecer o sujeito em suas múltiplas determinações sociais, históricas e culturais, e ao recusar uma abordagem restrita ao corpo biológico ou ao evento clínico isolado, característica do modelo médico hegemônico.

Ao considerar especificamente as demandas associadas ao envelhecimento, o SUS contribuiu para ampliar o debate em torno de uma política de saúde voltada à pessoa idosa, materializada, entre outros instrumentos, na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída em 2006 e orientada pelos princípios do acesso universal e da abordagem integral às suas necessidades (Castro, 2017). No entanto, a atenção à saúde da pessoa idosa tem se organizado predominantemente a partir de um modelo centrado no atendimento médico individual e no enfoque das doenças crônicas e degenerativas (Castro, 2017), desconsiderando que a experiência da velhice não é homogênea. Ao contrário, é um processo atravessado por profundas desigualdades sociais que marcam a classe trabalhadora na sociedade brasileira, como o acesso desigual a bens e serviços sociais, evidenciando, por exemplo, a existência de “[...] um gradiente persistente que indica que idosos com menor renda apresentam pior saúde” (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023, p. 3).

Nesse contexto, o aumento da longevidade da população brasileira não pode ser apreendido apenas como um dado demográfico. Ele se articula ao crescimento da prevalência de doenças crônicas e das limitações funcionais associadas ao envelhecimento, sendo também determinado pelas condições de vida e de trabalho acumuladas ao longo da trajetória da pessoa idosa. Essas determinações incidem diretamente sobre o perfil das demandas em saúde e se expressam no crescimento da utilização dos serviços, especialmente no âmbito hospitalar. Conforme dados oficiais do sistema de informação em saúde (DATASUS, 2023), houve um aumento de 17% nas internações de pessoas idosas em 2023 no município do Rio de Janeiro, em comparação com o ano de 2022, sendo esse grupo responsável por cerca de 30% do total de internações hospitalares, o que demonstra a centralidade da atenção hospitalar no cuidado à população idosa. Esses dados reforçam a necessidade de analisar o hospital não apenas como espaço de intervenção clínica, mas como locus privilegiado de materialização das demandas do envelhecimento e das condições que atravessam a organização do cuidado no SUS.

O hospital, enquanto serviço da atenção especializada em saúde, configura-se como uma organização complexa, historicamente estruturada sob a lógica capitalista. Esse espaço se consolidou como o lugar privilegiado de práticas e ocupações em saúde, orientado

por procedimentos, pela crescente especialização e pela incorporação crescente de tecnologias. Esses elementos, embora fundamentais para a atenção aos agravos de maior complexidade, tensionam a dimensão cuidadora do hospital (Feuerwerker; Cecílio, 2007), impondo desafios à produção de um cuidado que ultrapasse a lógica estritamente técnica.

Nesse contexto, cabe a reflexão sobre a produção de cuidados no âmbito da micropolítica hospitalar, especialmente quando se considera o envelhecimento marcado pela dependência, que é um processo multifatorial, podendo decorrer da presença de doenças crônicas, de agravos infecciosos, de causas externas, como acidentes, ou de deficiências, resultando em perda de autonomia para a realização das atividades da vida cotidiana (Peroni *et al.*, 2023). A essas condições somam-se a insuficiência ou ausência de renda, o afastamento da vida social e do processo produtivo, elementos que intensificam as necessidades de cuidado em saúde. No cotidiano hospitalar, tais aspectos são reiteradamente apontados pelos profissionais de saúde como um dos desafios na atenção à pessoa idosa, evidenciando a centralidade da dependência na organização do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) oferece importantes referenciais para a compreensão dessas questões ao estabelecer, entre suas diretrizes, que os serviços de atenção especializada em saúde devem orientar-se pelas necessidades dos sujeitos, articulando a produção do cuidado com a participação do sujeito, da família, dos profissionais e dos serviços públicos (Brasil, 2023). Ademais, a PNAES destaca a organização das equipes multiprofissionais sob uma perspectiva interdisciplinar, com vistas à construção de um trabalho de cuidado integral, centrado nas necessidades humanas de saúde. Essa diretriz aponta para a superação de abordagens fragmentadas e reforça a necessidade de uma concepção ampliada de saúde, capaz de incorporar as múltiplas dimensões que atravessam o cuidado à pessoa idosa no contexto hospitalar.

É importante destacar que o cuidado organizado no interior dos hospitais se estrutura a partir de conhecimentos específicos das diferentes categorias profissionais, de rotinas institucionais, protocolos, procedimentos, políticas e marcos legais que orientam a prática em saúde. Esse cuidado envolve, ainda, a relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, ao mesmo tempo em que demanda a participação da família, frequentemente convocada a auxiliar na realização de cuidados diário – como higiene corporal e limpeza de excrementos –, especialmente nos casos de pessoas em situação de dependência. Ademais, a família é acionada como elemento central na mediação da transição do cuidado institucional para o cuidado domiciliar, assumindo papel fundamental na continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Contudo, tal centralidade não deve ser compreendida como responsabilização exclusiva ou naturalizada da família, uma vez que a efetivação do cuidado no domicílio requer condições materiais, orientações, suporte e articulação com as políticas públicas, o que também é reforçado na PNAES.

Cabe ainda destacar os efeitos do ideário neoliberal sobre as políticas sociais, cujas implicações se expressam, entre outros aspectos, na redução de investimentos públicos em saúde, tanto no que se refere aos recursos materiais quanto à força de trabalho. Esse processo tem resultado na intensificação da terceirização e na precarização do trabalho, ao mesmo tempo em que contribui para a ampliação das responsabilidades atribuídas às famílias e para a consequente retração do papel do Estado no campo do cuidado e da proteção social, conforme analisa Santos (2020). Nesse cenário, a acompanhante (mulheres, em sua grande maioria) assume papel fundamental na organização do cuidado à pessoa idosa hospitalizada, sendo frequentemente solicitada pelas equipes de saúde. Ao atuar como suporte cotidiano ao cuidado, a acompanhante acaba por aliviar a sobrecarga de trabalho dos profissionais em um contexto marcado pela contrarreforma neoliberal, passando, não raramente, a ser compreendido como um dever e não como um direito assegurado, tal como previsto no Estatuto da Pessoa Idosa (Miotto; Dal Prá, 2015; Soares; Paiva; Teixeira, 2019).

A centralidade atribuída ao acompanhante e a transferência de responsabilidades para a família, tal como discutidas nesta seção, não se restringem ao plano discursivo, mas se manifestam concretamente no cotidiano hospitalar. Com o objetivo de apreender como essas concepções são produzidas e reproduzidas nas práticas institucionais, este artigo fundamenta-se em uma pesquisa qualitativa, cujo percurso metodológico é apresentado na seção a seguir.

## Percurso metodológico

O presente artigo é oriundo de uma pesquisa qualitativa, orientada pelo referencial do materialismo histórico-dialético, que possibilita apreender o cuidado à pessoa idosa hospitalizada em suas múltiplas determinações sociais, históricas e institucionais. A pesquisa buscou analisar como o cuidado é produzido e significado no contexto da atenção especializada em saúde, a partir da percepção dos profissionais que atuam diretamente no atendimento a pessoas idosas durante a hospitalização.

Para a produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de diferentes categorias, a saber: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e auxiliares e técnicos de enfermagem. Os participantes atuavam no atendimento a pessoas idosas hospitalizadas em um hospital público de alta complexidade do SUS, pertencente à administração direta do Ministério da Saúde e especializado em ortopedia e traumatologia. Ao todo, participaram da pesquisa 17 profissionais de saúde.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática (Minayo, 2008; Bardin, 2020), possibilitando a identificação de núcleos de sentido e

categorias analíticas relacionadas à organização do cuidado no contexto hospitalar. Entre os eixos analíticos construídos, este artigo enfatiza a responsabilização da família como elemento estruturante do cuidado à pessoa idosa hospitalizada, expressa, entre outros aspectos, na centralidade atribuída ao acompanhante no cotidiano institucional.

A pesquisa observou os parâmetros éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 75115723.20000.5273, com parecer nº 6.505.030.

## Entre o compartilhamento e a transferência do cuidado à pessoa idosa hospitalizada

A análise do material empírico evidencia que o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, no contexto da atenção especializada em saúde, se organiza em um campo ambíguo, no qual coexistem práticas de compartilhamento do cuidado e processos de transferência de responsabilidades para a família. Essa dinâmica se materializa no cotidiano hospitalar por meio da expectativa constante de presença e atuação da/o acompanhante, bem como pela naturalização do familismo na percepção dos profissionais de saúde em relação ao cuidado. Tal achado explicita os impactos da lógica neoliberal sobre a política de saúde, especialmente no que se refere ao seu subfinanciamento, à precarização do trabalho e à privatização do cuidado, elementos que incidem diretamente na qualidade da assistência, na oferta de serviços e na forma como o cuidado é organizado no âmbito hospitalar.

Nesse sentido, as medidas contrarreformistas do Estado, subsidiadas por dispositivos como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs o congelamento dos investimentos públicos em saúde – tanto materiais quanto humanos –, repercutem na proteção social de indivíduos e famílias, contribuindo para um processo de desresponsabilização estatal, ao passo que, conforme assinala Santos (2020, p. 132), “[...] aumenta-se diretamente a responsabilidade da família aos cuidados de proteção social de seus membros [...]”.

Santos (2017) analisa os distintos graus de familiarização presentes nas políticas sociais, permitindo identificar diferentes formas pelas quais as responsabilidades pelo cuidado são atribuídas às famílias. No campo da saúde, este estudo destaca a predominância do familismo do tipo transferência, caracterizado pela delegação, expressa ou implícita, de atribuições às famílias no que se refere à provisão das necessidades básicas dos indivíduos. Conforme o autor, trata-se de um padrão em que há “[...] delegações expressas legalmente, que transferem atribuições às famílias de provisão das necessidades básicas dos indivíduos” (Santos, 2017, p. 400).

Historicamente, a família foi investida de uma responsabilidade moral pelo cuidado de seus membros, atribuição que recaiu de forma desigual sobre as mulheres. Desde as sociedades pré-industriais, às mulheres coube a execução das tarefas domésticas e o cuidado

de crianças, pessoas idosas e outros dependentes, enquanto aos homens foi socialmente atribuída a função de prover os recursos materiais necessários à sobrevivência familiar. Essa divisão sexual do trabalho contribuiu para a consolidação de uma concepção de cuidado fortemente associada ao âmbito doméstico e à feminização das práticas de cuidado.

Mesmo diante das transformações sociais e da crise estrutural do capitalismo, a família permaneceu ocupando lugar central na provisão de recursos e na proteção social de seus membros, sendo frequentemente acionada como suporte fundamental diante da retração das políticas públicas. Esse processo contribuiu para a naturalização do papel familiar no cuidado, tanto no âmbito privado quanto na atuação do Estado. No contexto hospitalar, a produção do cuidado à pessoa idosa tende, assim, a se organizar segundo um padrão de transferência de responsabilidades para a família, justificado sob o argumento da obrigação moral de cuidar. Tal delegação abrange “[...] desde cuidados básicos até uma internação caracterizada por cuidados mais intensivos e exigências multiprofissionais [...]”, conforme assinalam Miotto e Dal Prá (2015, p. 167).

Ancorada em uma lógica familista, a organização do cuidado tende a assumir um caráter individualizado, deixando de reconhecê-lo como direito social e como responsabilidade pública e coletiva, isto é, como objeto de políticas públicas (Fontoura, 2023). No contexto hospitalar, essa compreensão se expressa nas expectativas construídas pelos profissionais de saúde em relação à capacidade da família de permanecer como acompanhante ou de viabilizar a contratação de um cuidador remunerado, especialmente nos casos em que a pessoa idosa se encontra em situação de dependência. Tal expectativa pode ser observada no relato de um profissional de saúde, ao afirmar que *“quando ele está sem acompanhante, se ele for um idoso dependente de cuidados, que não esteja se cuidando ali muito bem sozinho, tem uma pressão maior para que ele tenha acompanhante [...]”* (Profissional de Saúde 2).

Quando essas expectativas não se concretizam, passa a emergir, no discurso de alguns profissionais, a associação entre ausência de acompanhante e situações de negligência ou abandono, incidindo de forma mais acentuada sobre famílias em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, como aponta Santos (2020). Essa leitura tende a desconsiderar os limites objetivos enfrentados por essas famílias e contribuiu para reforçar processos de moralização do cuidado, deslocando novamente a responsabilidade do Estado e dos serviços de saúde para o âmbito privado.

A pesquisa evidenciou que a figura do acompanhante é compreendida como parte essencial na organização do cuidado hospitalar, principalmente para os usuários que se encontram em situação de dependência. No discurso dos profissionais de saúde, são justamente esses usuários, em particular as pessoas idosas dependentes, que influenciam de forma mais direta o processo de trabalho e intensificam a sobrecarga das equipes. Nesse contexto, como assinalam Miotto e Dal Prá (2015, p. 167), “[...] a diversidade na com-

preensão sobre quais cuidados a serem transferidos para as famílias é também um elemento a ser evidenciado nesse processo”, revelando a ausência de consensos quanto aos limites e às responsabilidades na provisão do cuidado.

Com o objetivo de apreender essa diversidade, os profissionais de saúde foram indagados acerca de como compreendem o papel da/o acompanhante durante a hospitalização, buscando elucidar as atribuições da família e da equipe de saúde no cuidado à pessoa idosa hospitalizada. Conforme destacam Mito e Dal Prá (2015), o debate sobre as relações entre serviços e família é permeado por complexidade e contradições, uma vez que o denominado “*campo do cuidado*” se configura como um espaço marcado por indefinições, disputas e negociações em torno da distribuição de responsabilidades. Esse mesmo campo reflete traços do pensamento conservador presente na sociedade brasileira, ao reforçar a centralidade da família – e, em especial, das mulheres – como instância naturalizada de cuidado, contribuindo para a moralização das necessidades de cuidado e para o esvaziamento de sua compreensão enquanto direito social e responsabilidade pública.

No que se refere ao papel da família durante a hospitalização, materializado na figura da/o acompanhante, a análise indicou que, embora exista uma orientação predominante quanto a sua participação no cuidado, não há uma definição formalizada e compartilhada de suas atribuições no interior do hospital. Essa indefinição se expressa de maneira mais evidente quando consideradas as diferenças entre as categorias profissionais, especialmente aquelas que atuam nos cuidados diretos e nas atividades relacionadas à higiene e às eliminações fisiológicas. Nessas situações, observou-se que a/o acompanhante tende a ser compreendida/o como alguém que deve auxiliar a equipe na realização dos cuidados cotidianos, tais como higiene pessoal, apoio à alimentação e auxílio à mobilidade da pessoa idosa.

Essa expectativa pode ser observada nos relatos de profissionais de saúde, que apontam a presença da/o acompanhante como resposta às demandas relacionadas aos cuidados considerados mais contínuos e intensivos no cotidiano hospitalar. Um dos entrevistados destaca que, no âmbito da enfermagem, a cobrança pela presença da/o acompanhante se concentra, sobretudo, nas atividades relacionadas às eliminações fisiológicas, ainda que haja o reconhecimento de que tais cuidados não constituem, formalmente, atribuição da família:

*[...] o que eu percebo em relação à equipe de enfermagem é que meio, entre aspas, cobra, né, é mais essa questão das eliminações fisiológicas. [...] Eu sei que não é exatamente a função do acompanhante, mas já que está ali precisa estar atento. Então eu acho que essa é a maior demanda que eu vejo de queixas da equipe em nível de ter acompanhante [...]. (Profissional de Saúde 6)*

De modo semelhante, a alimentação da pessoa idosa é apontada como uma atividade que demanda tempo, atenção e disponibilidade, sendo frequentemente associada

ao cuidado familiar. Conforme relata outro profissional, alimentar a pessoa idosa envolve mais do que ofertar a refeição, exigindo interação, paciência e tempo, elementos que, no cotidiano hospitalar, tendem a ser atribuídos à/ao acompanhante, por serem compreendidos como práticas realizadas no âmbito doméstico:

*Ajuda para se alimentar. E assim, o idoso não é só dar a comida. Você tem que ter tempo, você tem que parar para conversar com ele, dar a refeição lentamente. Então isso demanda tempo também da gente. Se tivesse um acompanhante, ele poderia estar fazendo isso, porque é coisa que a família faz em casa, então poderia fazer no hospital também [...]. (Profissional de Saúde 13).*

A relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a família/acompanhante das pessoas idosas hospitalizadas revela-se complexa, marcada por desafios relacionados à delimitação de responsabilidades e às expectativas atribuídas à família no cumprimento de determinadas tarefas. No interior da instituição hospitalar, a definição das atribuições entre profissionais e familiares não se apresenta de forma objetiva, configurando uma linha tênue entre o que seriam compartilhamento e transferência de cuidado. Nesse contexto, observa-se que atividades consideradas menos técnicas ou mais braçais, especialmente aquelas relacionadas à higiene corporal e ao manejo de excrementos, tendem a ser transferidas para a/o acompanhante.

Essa dinâmica dialoga com a análise de Almeida e Duarte (2024), para quem o cuidado em saúde se constitui como um campo atravessado por tensões e disputas, à semelhança da própria política de saúde. Tais tensões repercutem diretamente na assistência prestada à população idosa, cuja presença nos serviços de saúde tem se ampliado, especialmente no âmbito das internações hospitalares. Conforme assinalam Almeida e Duarte (2024, p. 146),

ocorre uma permanente tensão entre profissionais e entre estes (as) e usuários (as) dos serviços e suas famílias em torno da sua capacidade ou não de prover cuidados, o que aparece com frequência associado ao julgamento sobre as formas de organização das famílias atendidas (Almeida; Duarte, 2024, p. 146).

Como pontuado anteriormente, a centralidade da família é importante, uma vez que historicamente ela desempenha funções essenciais na sustentação da vida, na proteção e na socialização de seus membros. No contexto da hospitalização da pessoa idosa, essa participação adquire contornos específicos, manifestando-se, sobretudo, no apoio afetivo e na sensação de segurança proporcionada pela convivência familiar em um ambiente percebido como desconhecido e complexo pela própria pessoa idosa. Nesse sentido, os achados de Bernardo (2017, p. 65) reforçam “[...] a importância dos laços familiares e dos vínculos afetivos para a saúde em seu sentido mais amplo”.

Entretanto, reconhecer a relevância da família no cuidado não implica naturalizar sua responsabilização. Como problematiza Alencar (2013, p. 142), “essa centralidade não pode significar transferência de responsabilidades nem [...] a penalização da família [...], especialmente quando se consideram os atravessamentos das desigualdades sociais que restringem sua capacidade de prover cuidados sem o devido suporte das políticas públicas.

O cuidado à pessoa idosa é reconhecido, no conjunto de suas legislações, como responsabilidade compartilhada entre família, Estado e sociedade. No entanto, a análise empírica evidencia um descompasso entre o que é estabelecido nessas legislações e a forma como o cuidado se materializa no cotidiano hospitalar. Os profissionais de saúde tendem a diferenciar o cuidado técnico, entendido corretamente como atribuição profissional e responsabilidade institucional, das atividades rotineiras de autocuidado, interpretadas como não técnicas e, portanto, delegáveis à família. Ainda que essa dinâmica seja apresentada, em sua aparência, como compartilhamento do cuidado, ela concretiza, na prática, como transferência de responsabilidades, frequentemente justificada pela insuficiência de profissionais para atender às demandas do cuidado hospitalar.

Esse padrão, evidenciado pela pesquisa, não apenas desloca parte significativa do cuidado para o âmbito familiar, como também reforça desigualdades de gênero historicamente constituídas, uma vez que a presença de acompanhante nas unidades de saúde é majoritariamente de mulheres. Além disso, a responsabilidade atribuída à família no cuidado à pessoa idosa hospitalizada explicita o distanciamento entre o que é previsto nas políticas públicas e como o cuidado à pessoa idosa se realiza nos serviços de saúde, ao revelar que, mesmo no interior do espaço institucional, o cuidado tende a ser transferido para a família, reconfigurando o direito ao acompanhante como obrigação. Nesse movimento, o cuidado institucional perde sua centralidade enquanto direito e se inscreve como dever familiar.

## Considerações finais

Este artigo analisou o cuidado à pessoa idosa hospitalizada no âmbito da atenção especializada em saúde, evidenciando os limites entre o cuidado concebido como direito no plano normativo e, portanto, como dever do Estado, e sua efetivação concreta no cotidiano hospitalar. A análise demonstrou que, mesmo no interior de uma instituição pública de saúde, o cuidado tende a ser reorganizado de forma a deslocar responsabilidades para a família, tensionando a noção de compartilhamento prevista nas políticas voltadas à pessoa idosa.

Os resultados permitem afirmar que o cuidado à pessoa idosa hospitalizada se organiza por meio de arranjos institucionais que diferenciam o cuidado técnico das atividades rotineiras de autocuidado, estas últimas frequentemente delegadas à família e mediadas pela figura da/o acompanhante. Embora tal organização seja apresentada como prática de

compartilhamento do cuidado, ela se concretiza como um processo de transferência de responsabilidades para a família, sustentado pelos efeitos das medidas de contrarreforma do Estado na área da saúde, que atuam sobre seu financiamento, bem como pelo pensamento conservador que reforça a lógica familista na provisão do cuidado à pessoa idosa.

Ao explicitar essas contradições, o estudo contribui para o debate sobre envelhecimento ao evidenciar que a centralidade da família no cuidado não decorre apenas de escolhas individuais, mas das condições concretas de produção do cuidado no SUS para essa população. Assim, a contribuição deste artigo consiste em aprofundar a reflexão sobre o cuidado prestado no ambiente hospitalar e ampliar a sua problematização no âmbito das políticas públicas, especialmente na atenção especializada e de alta complexidade, com ênfase na responsabilidade institucional e do Estado.

Conclui-se que o cuidado à pessoa idosa hospitalizada deve ser compreendido como dimensão constitutiva da proteção social, cuja efetivação exige a centralidade do Estado na provisão do cuidado e a recusa de sua naturalização como responsabilidade exclusiva das famílias.

**Contribuições dos/as autores/as:** não se aplica

**Agradecimentos:** não se aplica

**Agência financiadora:** não se aplica

**Aprovação por Comitê de Ética:** A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, em novembro de 2023, sob o CAAE nº 75115723.2.0000.5273, com parecer nº 6.505.030

**Conflito de interesses:** não se aplica

## Referências

ALENCAR, M.T de. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, M. J. de O.; ALENCAR, M. M. T. de (orgs). *Família e famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen júris, 2013, p. 133-152.

ALMEIDA, C. C. L. de; DUARTE, M. J. de O. Cuidado em saúde. In: M. M. C.; BERNARDO M. H. J.; VELOSO, R.; OLIVEIRA, D. L. de, SOUZA, R. (orgs). *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde*. 1ª ed. eletrônica. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024, p. 145-150. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/dicionario>. Acesso em: 13 nov.2025.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2020.

BENGOA, C. C. A Economia Feminista: um panorama sobre o conceito de reprodução. *Temáticas*. Campinas, vol. 26, n. 52, 2018, p. 31-68.

BERNARDO, M. H. de J. A velhice da classe trabalhadora e a naturalização dos cuidados familiares. In: TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas: Papel Social, 2017, p. 53-74.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)*. Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>. Acesso em: 16 abr.2024.

BRASIL. *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Portaria nº 1.604, de 18 de outubro de 2023*. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CARLOTO, C. M. Cuidados, produção e reprodução social: uma abordagem a partir da economia feminista. In: In: TEIXEIRA, S. M.; CARLOTO, C. M. (orgs). *Família, cuidado e políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2020, p. 49-63.

CASTRO, S. F. F. de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: garantias legais x realidade efetiva. In: TEIXEIRA, S. M. *Envelhecimento na sociabilidade do capital*. Campinas: Papel Social, 2017, p.159-177.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e saúde coletiva*. ABRASCO, n. 4, p. 965-971, 2007.

FONTOURA, N. Debates conceituais em torno do cuidado e de sua provisão. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (orgs). *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2023, p. 33-77.

HIRATA, H. *O cuidado: teorias e práticas*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

IBGE. *População por idade - sexo (pessoas idosas – 60 anos ou mais de idade)*. Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 11p.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (orgs.). *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. São Paulo, Cortez, 2015, p. 147-178.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? Estudo Institucional n. 10*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo\\_Institucional\\_IEPS\\_10.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf). Acesso em: 22 dez. 2025.

PERONI, F. M.; VERÍSSIMO, L.C.G.; SHIBATA, L.G.; ARANCO, N. *Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento, Divisão de Proteção Social e Saúde, 2023. Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/envelhecimento-e-atencao-dependencia-no-brasil>. Acesso em: 20 dez. 2025.

SANTOS, W. R. O circuito familista na política de assistência social. In: *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 16, n.2, 2017, p. 388-402.

SANTOS, R. dos. Estado, famílias e proteção social: a responsabilidade é de quem? In: TEIXEIRA, S. M.; CARLOTO, C. M. (orgs). *Família, cuidado e políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2020, p. 121-139.

SOARES, R. C.; PAIVA, S. O. C. e; TEIXEIRA, L. M. B. A velhice do/a trabalhador/a e sua relação com a política de saúde em tempos de crise e contrarreforma. In: TEIXEIRA, S. M.; PAIVA, S. O. C. e; SOARES, N. (orgs.): *Envelhecimento e políticas sociais em contexto de crises e contrarreformas*. Curitiba: CRV, 2019, p. 197-215.