



VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL

(Velhice e processos de envelhecimento)

Integralidade em tensão: velhice dependente e processo de trabalho na alta complexidade hospitalar do SUS

Débora Peixoto de Azevedo¹

Resumo: O artigo analisa as contradições da integralidade no processo de trabalho da alta complexidade do SUS, a partir do cuidado à pessoa idosa dependente. Parte-se do problema da distância entre a integralidade como princípio normativo e sua materialização concreta no hospital. Trata-se de estudo de caso qualitativo, orientado pelo método histórico-dialético, realizado com 17 profissionais de saúde, cujos dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciam que a integralidade, embora afirmada no discurso, é tensionada pela racionalidade produtivista, pela fragmentação do trabalho e pelos limites estruturais que atravessam o cuidado à velhice dependente.

Palavras-chave: Integralidade; Processo de trabalho em saúde; Velhice dependente; Alta complexidade hospitalar; Serviço Social.

Abstract: This article analyzes the contradictions of integrality within the work process of high-complexity care in the Brazilian Unified Health System (SUS), based on the care provided to dependent older adults. It departs from the problem of the gap between integrality as a normative principle and its concrete materialization in the hospital setting. This qualitative case study, grounded in the historical-dialectical method, was conducted with 17 health professionals, and the data were analyzed through thematic content analysis. The findings show that, although integrality is affirmed in professional discourse, it is tensioned by productivist rationality, fragmentation of work, and structural constraints that shape care for dependent older adults.

Keywords: Integrality; Health work process; Dependent old age; High-complexity hospital care; Social Work.

¹ Assistente Social estatutária da Fundação Municipal de Saúde (Campos dos Goytacazes/RJ) e do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/Ministério da Saúde), doutoranda em Serviço Social pela UERJ, mestra em Serviço Social pela UERJ, especialista em Serviço Social e Saúde pela UERJ e graduada em Serviço Social pela UFF. E-mail: debpeixoto@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

A integralidade, enquanto princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), não se reduz à articulação de serviços ou à simples convergência de distintos saberes no interior de uma equipe multiprofissional (Cecílio, 2001; Feuerwerker, 2016). Trata-se de uma concepção de saúde fundada na apreensão das necessidades em sua determinação histórica e social. Ancorada na categoria da totalidade, implica compreender o processo saúde-doença como fenômeno complexo, atravessado por determinações econômicas, políticas e culturais, recusando sua redução ao plano estritamente biológico. Ao se contrapor ao modelo biomédico, fragmentário e centrado na doença, afirma o cuidado como trabalho orientado pela resposta às necessidades concretas dos sujeitos. Assim, neste artigo, a própria integralidade constitui-se como objeto de análise, tomando o cuidado à pessoa idosa hospitalizada como mediação empírica para problematizar seus limites, tensões e possibilidades na atenção especializada do SUS.

No âmbito da atenção hospitalar, a literatura tem apontado que o hospital, enquanto serviço de alta complexidade, organiza-se a partir de um processo de trabalho historicamente estruturado pela centralidade do modelo biomédico, pela fragmentação do cuidado e pela divisão técnica do trabalho. Configura-se como organização complexa, estruturada sob moldes capitalistas que, além de reproduzir o modelo médico-hegemônico, constitui espaço de múltiplas ocupações e práticas em saúde, de crescente especialização e de ampla incorporação de tecnologias duras (Merhy, 2004; Feuerwerker; Cecílio, 2007). Ademais, sua dinâmica é atravessada por lógica produtivista, tensionada por metas, fluxos e tempos organizacionais que priorizam desempenho e rotatividade, estabelecendo limites concretos à materialização da integralidade como princípio orientador do trabalho em saúde.

Embora a integralidade oriente normativamente as práticas assistenciais em todos os níveis de atenção, sua materialização na alta complexidade hospitalar revela tensões que se intensificam diante do cuidado à pessoa idosa. Em um contexto marcado pela elevada densidade tecnológica, pelo predomínio de procedimentos especializados e por um processo de trabalho fragmentado, o cuidado tende a se organizar sob lógica hospitalocêntrica, tensionando a efetivação de uma concepção ampliada de saúde. Nesse cenário, diferentes estudos têm evidenciado que a integralidade é frequentemente operacionalizada como articulação parcial entre categorias e especialidades, revelando fragilidades na construção coletiva do cuidado e mantendo, muitas vezes, a fragmentação do processo de trabalho (Belga; Jorge; Lara, 2022; Silva; Miranda; Andrade, 2017; Feuerwerker, 2014; Feuerwerker; Cecílio, 2007; Cecílio, 2001). Observa-se a predominância da dimensão técnica, com centralidade em procedimentos, protocolos e saberes especializados, em detrimento de abordagem ampliada. O cuidado, assim, tende a se descolar de sua compreensão como direito social, sendo subsumido à lógica operacional do serviço. Evidencia-se, ainda, a tensão entre o tempo necessário à produção do cuidado e os tempos organizacionais regulados por metas e fluxos,



que condicionam o trabalho profissional e limitam a efetivação da integralidade.

No caso da pessoa idosa hospitalizada, especialmente em situação de dependência, tais tensões tornam-se ainda mais explícitas. A velhice dependente evidencia os limites de um processo de trabalho orientado pela fragmentação e pela centralidade técnico-procedimental, pois demanda tempo, continuidade e articulação interprofissional efetiva, além do reconhecimento de necessidades que extrapolam o evento clínico imediato. Nesse contexto, a família surge como suporte naturalizado do cuidado, sendo convocada a assumir responsabilidades que, sob a perspectiva da integralidade, deveriam compor a esfera da proteção pública. Esse deslocamento reatualiza a dimensão moral e conservadora do cuidado, convertendo a provisão cotidiana em dever privado, invisibilizando sua condição de trabalho socialmente necessário e reiterando sua histórica inscrição na divisão sexual do trabalho. A responsabilização familiar, frequentemente direcionada às mulheres, sustenta as insuficiências estruturais do sistema e explicita a contradição entre o discurso do cuidado integral e uma prática focalizada que, no contexto neoliberal, transfere responsabilidades do Estado para a família, mantendo a fragmentação sob o argumento da corresponsabilização.

Embora a literatura tenha avançado na análise dos limites da integralidade na atenção hospitalar e no debate sobre o cuidado à pessoa idosa, permanece pouco explorado como a velhice dependente tensiona concretamente esse princípio na alta complexidade. Se há produção consistente sobre a fragmentação do cuidado hospitalar e sobre as especificidades do envelhecimento, ainda é insuficientemente analisado como a condição de dependência incide sobre a organização do trabalho em saúde, explicitando as contradições entre a integralidade como diretriz normativa e sua materialização no cotidiano hospitalar. Nesse sentido, a velhice dependente evidencia os limites estruturais da integralidade ao expor a tensão entre necessidades complexas e um processo de trabalho orientado por racionalidade técnico-procedimental e lógica produtivista.

Diante disso, pergunta-se: quais contradições da integralidade tornam-se visíveis no processo de trabalho da alta complexidade hospitalar do SUS a partir do cuidado à pessoa idosa dependente? Para responder a essa questão, este estudo tem como objetivo analisar as contradições da integralidade que se tornam visíveis no processo de trabalho da alta complexidade hospitalar do SUS, tomando como referência o cuidado à pessoa idosa dependente.

Analisar tais contradições revela-se relevante não apenas para o aprofundamento teórico do debate sobre integralidade, mas para explicitar como esse princípio se materializa – e se tensiona – no processo de trabalho hospitalar. Ao evidenciar como a velhice dependente incide sobre a organização do trabalho e sobre as determinações institucionais que atravessam o cuidado, o estudo contribui para o Serviço Social ao qualificar a compreensão da integralidade para além de seu enunciado normativo, situando-a no plano das disputas de sentido e das determinações concretas do hospital. Tal análise impacta diretamente a leitura do trabalho profissional do assistente social, iluminando limites e possibilidades de sua atuação na



defesa do cuidado como direito no contexto da alta complexidade do SUS.

O estudo foi realizado em hospital público federal, vinculado ao Ministério da Saúde, referência nacional em traumatologia e ortopedia, localizado na cidade do Rio de Janeiro e caracterizado como serviço de alta complexidade no âmbito do SUS. Participaram da pesquisa 17 profissionais de diferentes categorias que atuavam diretamente no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas. A escolha desse contexto justifica-se por tratar-se de instituto de referência com número significativo de internações de pessoas idosas, especialmente acometidas por doenças musculoesqueléticas crônicas ou vítimas de quedas, situações que impactam diretamente sua autonomia e demandam cuidado em ambiente hospitalar altamente tecnológico.

2 INTEGRALIDADE, PROCESSO DE TRABALHO E VELHICE DEPENDENTE: FUNDAMENTOS ANALÍTICOS

O debate sobre a integralidade surge no interior do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, consolidando-se como um dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que diretriz organizativa, constitui categoria política e analítica que expressa a defesa de um modelo de atenção orientado pelas necessidades de saúde e pela ampliação do conceito de saúde, em oposição ao paradigma biomédico centrado na doença. Sua formulação vincula-se à tradição da saúde coletiva crítica, que compreende o processo saúde-doença a partir da determinação social e da historicidade das relações sociais.

Nesse debate, autores como Cecílio (2001) e Feuerwerker (2016) problematizam o princípio para além da articulação de serviços ou da soma de saberes profissionais, situando-o como construção que exige apreensão da totalidade das necessidades e reconfiguração do processo de trabalho em saúde. Não se reduz, portanto, à coordenação técnica entre especialidades ou serviços, mas implica transformação nas relações de poder, na organização do trabalho e na própria concepção de cuidado. Ao articular a tradição da Reforma Sanitária à teoria marxista do trabalho, este estudo compreende esse princípio como categoria tensionada na prática hospitalar, situada entre o enunciado normativo do SUS e as condições concretas de produção do cuidado na alta complexidade.

Distingue-se, assim, analiticamente, a integralidade enquanto enunciado normativo, associado à apreensão ampliada das necessidades, bem como enquanto prática concreta inscrita no processo de trabalho em saúde. No plano discursivo, os profissionais evocam o “cuidado integral” como valor orientador da atuação em equipe, associando-o sobretudo à multidisciplinaridade. Contudo, na materialidade do trabalho, a análise evidencia que essa noção tende a restringir-se à soma de categorias profissionais, sem necessariamente implicar apreensão da totalidade das necessidades da pessoa idosa dependente ou reorganização substantiva do processo de trabalho. Consideramos que o princípio se encontra *efetivado*



quando há reconhecimento ampliado das necessidades sociais e de saúde, bem como construção coletiva do cuidado; e *tensionado* quando se reduz à justaposição de profissionais, configurando o que Cecílio (2001) identificou como integralidade focalizada. A análise, portanto, não se detém na afirmação de que se realiza cuidado integral, mas na forma como ele se expressa concretamente na organização do trabalho hospitalar.

O processo de trabalho em saúde é apreendido, neste estudo, a partir da tradição marxista que compreende o trabalho como categoria ontológica fundante do ser social, prática teleologicamente orientada por finalidades e inscrita em relações sociais historicamente determinadas (Lukács, 2013; Marx, 2021). O hospital é entendido como forma histórica concreta de organização do trabalho em saúde, estruturada pela divisão técnica e social do trabalho, pela hierarquização das profissões e pela racionalidade produtivista própria da sociabilidade capitalista. Nessa perspectiva, não se reduz à execução de tarefas ou à soma de intervenções profissionais, mas constitui mediação entre necessidades sociais e sua resposta institucionalmente organizada.

A forma como se distribuem funções, se regulam tempos, se definem prioridades assistenciais e se estruturam fluxos expressa determinações mais amplas que incidem diretamente sobre a produção do cuidado. Nesse sentido, essa categoria permite explicitar as condições objetivas que possibilitam ou limitam a apreensão ampliada das necessidades da pessoa idosa dependente, evidenciando a contradição entre a finalidade social da saúde enquanto direito e sua produção concreta sob condições organizacionais orientadas por eficiência, produtividade e especialização.

A velhice é compreendida como construção histórica e social, inscrita nas determinações da sociabilidade capitalista e atravessada por desigualdades de classe, gênero, raça e acesso à proteção social, afastando-se de concepções meramente cronológicas ou biologizantes do envelhecimento. A dependência, por sua vez, não é tomada exclusivamente como limitação funcional individual, mas como condição que se constitui na relação entre necessidades ampliadas de cuidado e a forma socialmente organizada de resposta a essas necessidades.

No contexto hospitalar de alta complexidade investigado, a velhice dependente manifesta-se quando agravos musculoesqueléticos, condições crônicas ou eventos como quedas impactam a autonomia e demandam assistência contínua, tornando visível a articulação – ou sua fragilidade – entre cuidado institucional e suporte familiar. Isso se observa a partir de: (a) como os profissionais compreendem as necessidades da pessoa idosa; (b) como se organiza a responsabilidade pelo cuidado no âmbito hospitalar; e (c) de que modo a condição de dependência tensiona a organização do trabalho, evidenciando os limites da apreensão ampliada do cuidado. Assim, a velhice dependente é tomada como categoria analítica que explicita as contradições entre a concepção ampliada de saúde e sua produção concreta no processo de trabalho hospitalar.

A produção empírica que analisa a integralidade na atenção hospitalar e o processo de



trabalho em saúde tem evidenciado que, no cotidiano das instituições, a efetivação desse princípio é atravessada pela micropolítica do trabalho e pelas formas concretas de organização assistencial, como discutem Merhy (2004) e Feuerwerker (2016). Esses estudos apontam que a articulação entre saberes profissionais nem sempre implica apreensão ampliada das necessidades, sendo frequentemente tensionada por racionalidades técnico-procedimentais e pela divisão especializada do trabalho. No campo da velhice, por sua vez, observa-se a predominância de análises centradas nas dimensões clínicas e funcionais do envelhecimento, ao mesmo tempo em que surge o debate sobre responsabilização familiar no cuidado, especialmente diante de situações de dependência. Contudo, ainda são menos frequentes as investigações que articulam, de modo simultâneo, integralidade, processo de trabalho hospitalar e velhice dependente. É nesse horizonte crítico que o presente estudo se insere, ao articular integralidade, processo de trabalho no âmbito hospitalar e velhice dependente na análise da alta complexidade hospitalar.

2.1 Procedimentos metodológicos

A pesquisa é de natureza qualitativa, orientada pelo método histórico-dialético, que se fundamenta na compreensão da realidade como processo histórico e contraditório, socialmente determinado. Essa abordagem mostra-se coerente com a questão que orienta o estudo, pois permite apreender as contradições presentes na materialização da integralidade no processo de trabalho hospitalar, considerando as mediações institucionais, as condições objetivas de produção do cuidado e as determinações sociais que atravessam o trabalho com a pessoa idosa na alta complexidade.

Do ponto de vista epistemológico, o estudo insere-se na tradição crítica, orientando-se por uma perspectiva analítica que busca apreender as determinações estruturais e institucionais que incidem sobre o processo de trabalho hospitalar e sobre a produção do cuidado à pessoa idosa dependente.

Adotou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso qualitativo, tendo como lócus um hospital público de alta complexidade. A escolha desse caso justifica-se por sua centralidade na atenção especializada e pelo expressivo atendimento à pessoa idosa com agravos musculoesqueléticos e situações de dependência, configurando espaço privilegiado para analisar a integralidade no contexto concreto do processo de trabalho hospitalar. O estudo de caso possibilita aprofundamento analítico das mediações institucionais que incidem sobre a produção do cuidado, não buscando generalização estatística, mas compreensão situada das determinações que atravessam o cuidado à velhice dependente na alta complexidade.

O campo empírico da pesquisa constitui-se em um hospital público federal de alta complexidade, referência nacional em ortopedia e traumatologia, localizado na cidade do Rio de Janeiro. A instituição atende majoritariamente casos musculoesqueléticos, incluindo



condições crônicas e situações de trauma, dispondo de serviços nas áreas ambulatorial, de internação e de reabilitação, além de desenvolver ações de ensino e pesquisa, ofertando residências médica e multiprofissional. Apresenta número significativo de pessoas idosas em seu perfil assistencial, especialmente aquelas com agravos que impactam a funcionalidade e a autonomia. Nesse contexto, constitui espaço de atuação multiprofissional, estruturado por diferentes categorias da saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 17 profissionais de saúde de diferentes categorias – assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos e auxiliares de enfermagem – que atuavam diretamente no atendimento à pessoa idosa internada. A coleta ocorreu entre janeiro e março de 2024, sendo encerrada por critério de saturação teórica, quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência nos núcleos de sentido identificados.

O corpus empírico foi constituído pelas entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais participantes, totalizando aproximadamente oito horas de gravação. Os depoimentos foram registrados em áudio, mediante consentimento, e transcritos integralmente para fins de análise. O material incluiu ainda anotações da pesquisadora ao longo da coleta, utilizadas como registro complementar para contextualizar as falas e as condições de produção dos dados.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática, conforme sistematizada por Bardin (2020), em diálogo com Minayo (2008). O processo compreendeu a leitura flutuante do material, a identificação de núcleos de sentido e sua organização em categorias analíticas, posteriormente desenvolvidas na seção de resultados. A construção das categorias não se deu de forma meramente descritiva, mas orientada pelo referencial teórico adotado, buscando apreender as contradições presentes nas falas dos profissionais. A interpretação foi articulada à perspectiva histórico-dialética, permitindo situar os sentidos produzidos no interior das condições objetivas de trabalho e das mediações que atravessam o cuidado à pessoa idosa na alta complexidade, considerando a categoria da integralidade.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 75115723.2.0000.5273 e parecer nº 6.505.030. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram assegurados o sigilo das informações e o anonimato dos profissionais, conforme as diretrizes éticas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

A análise das entrevistas permitiu identificar três movimentos inter-relacionados que tornam visíveis as contradições da integralidade no processo de trabalho da alta complexidade hospitalar, tomando como referência o cuidado à velhice dependente. Esses movimentos não



se apresentam de forma isolada, mas articulam dimensões discursivas, institucionais e concretas que estruturam a produção do cuidado nesse nível assistencial.

O primeiro movimento diz respeito ao discurso profissional sobre a integralidade, evidenciando a sua concepção ampliada e focalizada. O segundo refere-se às mediações que atravessam o processo de trabalho na alta complexidade, incluindo as condições objetivas, a organização institucional e a dinâmica multiprofissional. O terceiro situa a velhice dependente como elemento tensionador dessas práticas, explicitando como as necessidades ampliadas de cuidado confrontam os limites estruturais do modelo hospitalar.

A exposição dos resultados organiza-se, portanto, a partir desses três eixos analíticos, compreendidos como dimensões interdependentes que, em sua articulação, permitem apreender as formas pelas quais a integralidade se afirma, se restringe e se tensiona no cuidado à pessoa idosa na alta complexidade.

3.1 A integralidade no discurso profissional: entre concepção ampliada e integralidade focalizada

A primeira categoria evidencia como a integralidade emerge no discurso profissional frequentemente associada à atuação da equipe multiprofissional e à necessidade de articulação entre diferentes saberes na atenção à pessoa idosa. Entretanto, observa-se uma ambivalência nos sentidos atribuídos à integralidade: ao mesmo tempo em que aparece vinculada a uma concepção ampliada de cuidado, também se expressa de forma focalizada, restrita à justaposição de categorias profissionais ou à resolução de demandas específicas no interior do hospital. Essa tensão entre ampliação e focalização revela limites e possibilidades na materialização da integralidade no cuidado à velhice dependente.

A integralidade é frequentemente enunciada como sinônimo de atuação multiprofissional, sendo associada à presença de diferentes categorias na assistência hospitalar. Como expressa um dos entrevistados:

[...] Tem nutricionista, tem fisioterapeuta, tem acompanhamento psicológico, tem acompanhamento médico, da enfermagem, do assistente social. A equipe multiprofissional é bem importante para essa atenção à saúde, então eu acho que essa questão é bem legal... Essa integralidade, esse conjunto de profissionais. (Profissional 15)

Nessa formulação, a integralidade é compreendida prioritariamente como reunião de especialidades no interior do hospital, aproximando-se do que Cecílio (2001) denomina integralidade focalizada. O princípio aparece reduzido à soma de categorias profissionais, sem necessariamente implicar apreensão ampliada das necessidades da pessoa idosa dependente ou reconfiguração do processo de trabalho. A centralidade atribuída à composição da equipe evidencia que a integralidade é reconhecida como valor, mas sua materialização tende a restringir-se à articulação interna de saberes.



Em outras falas, contudo, a integralidade é associada a uma concepção ampliada de cuidado, que ultrapassa a intervenção técnica e incorpora dimensões sociais, familiares e de continuidade assistencial. Como afirma um dos entrevistados:

[...] O cuidado integral eu compreendo como desde o atendimento médico [...] ao suporte básico de higiene, de orientação e informações à família quanto aos direitos do idoso, quais necessidades que ele tem. Inserir esse idoso de volta na casa dele, no ambiente dele, na sociedade [...] Pensar na estrutura para alta. Se a família participa do processo. Quando a pessoa vai de alta, como que vai ser? Quem vai receber? Onde vai ficar? Se vai precisar de uma continuidade de cuidado mais específico. Caso precise, terá acesso a algum serviço? (Profissional 14)

A fala analisada expressa o reconhecimento de que o cuidado à pessoa idosa ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, incorporando preocupações com rede, família e direitos, o que dialoga com a centralidade das necessidades de saúde como eixo estruturante da integralidade, conforme proposto por Cecílio (2001). Para o autor, a integralidade deve partir da compreensão das necessidades em uma perspectiva ampliada, considerando o sujeito em sua totalidade e não apenas a presença ou ausência de agravos. Essa leitura encontra ressonância na formulação de Lima (2024), ao afirmar que pensar a integralidade requer articulá-la ao conceito ampliado de saúde e à totalidade social, desvelando criticamente as condições concretas de vida da população atendida.

Entretanto, à luz dos próprios conceitos de Cecílio (2001), observa-se que a noção de integralidade presente nas entrevistas aproxima-se do que o autor denomina “integralidade focalizada”, isto é, aquela centrada no esforço da equipe multiprofissional em articular diferentes saberes e práticas no interior do serviço.

Embora essa dimensão seja fundamental na micropolítica do cuidado, ela não esgota o princípio da integralidade, uma vez que, como argumenta Lima (2024, p. 294), “a integralidade precisa ser pensada em sua dimensão ‘macro’, pois, por melhor que seja a equipe de saúde, a integralidade nunca será plena nessa dimensão singular”, não podendo ser reduzida, portanto, ao empenho individual ou coletivo da equipe. A garantia da integralidade, como complementa Lima (2024, 294), “precisa ser assumida como responsabilidade do sistema de saúde [...]”.

No contexto da alta complexidade, o cuidado técnico especializado – como a realização de uma cirurgia para implante de prótese – responde a necessidades concretas e imprescindíveis à preservação da vida e da velhice. Contudo, limitar-se ao procedimento significa restringir o cuidado a sua dimensão instrumental. As necessidades de saúde da pessoa idosa são amplas e atravessadas por condições objetivas de existência que demandam articulação em rede e respostas que extrapolem o espaço hospitalar, tensionando a materialização de uma integralidade efetivamente ampliada.

Assim, a análise do discurso profissional evidencia uma tensão entre a integralidade concebida como valor ampliado, ancorado nas necessidades ampliadas de saúde, e sua operacionalização focalizada no interior do hospital. Essa contradição não se explica apenas por compreensões individuais, mas encontra-se inscrita nas próprias condições institucionais e na organização do processo de trabalho na alta complexidade. É nesse plano das mediações



concretas que a integralidade passa a ser tensionada, aspecto que será aprofundado na seção seguinte.

3.2 Processo de trabalho no âmbito hospitalar: racionalidade produtivista e limites à materialização da integralidade

A segunda categoria desloca a análise para o processo de trabalho em saúde, no âmbito hospitalar, como mediação central na materialização da integralidade. As entrevistas evidenciam elementos como sobrecarga de trabalho, cumprimento de metas assistenciais e escassez de tempo institucional, compondo um cenário marcado por racionalidade produtivista. Nessa dinâmica, a integralidade, embora reconhecida como princípio orientador, encontra limites concretos para sua efetivação. Esses elementos expressam menos falhas individuais dos trabalhadores e mais determinações estruturais que organizam o trabalho na alta complexidade e condicionam as possibilidades do cuidado à velhice dependente.

A sobrecarga e a instabilidade na composição das equipes aparecem de forma recorrente nas narrativas dos profissionais, como mostra o relato a seguir:

A gente dá uma assistência meio que aos trancos e barrancos, passando do horário de almoço para poder oferecer a comida, meio que deixando o idoso um pouco mais tempo urinado, porque não tem um momento correto para a troca de fraldas. É muito paciente. Isso às vezes fica um pouco deficiente. Não é 100% do tempo, às vezes a gente tem uma demanda melhor e às vezes uma demanda pior, então a gente meio que dança conforme a música. Vai depender não só do grau de dependência do idoso, mas do dia e do setor. Tem dias que a gente tem uma equipe completa que deixa a assistência confortável e tem dias que a gente tem um setor com pessoas a menos e um setor lotado de paciente. Aí é meio complicado, cansativo. (Profissional 6)

O depoimento explicita a tensão entre o tempo institucional e o tempo necessário ao cuidado, especialmente quando se trata de pessoas idosas com maior grau de dependência. A referência à assistência “aos trancos e barrancos” e à necessidade de “dançar conforme a música” evidencia um processo de trabalho marcado por flutuações na força de trabalho, sobrecarga e imprevisibilidade, que condicionam a qualidade e a continuidade do cuidado. Nessa lógica, a integralidade deixa de ser apenas uma questão de intenção profissional e passa a depender das condições objetivas de organização do trabalho, atravessadas por racionalidade produtivista e pela insuficiência de recursos humanos para dar conta das especificidades das pessoas idosas em situação de dependência.

Sob a perspectiva do processo de trabalho, tais elementos evidenciam como a divisão técnica e social do trabalho em saúde, associada à fragmentação das atividades e à hierarquização dos saberes, conforma limites objetivos à produção do cuidado. A organização do trabalho na alta complexidade subordina-se a imperativos de produtividade e eficiência, tensionando a finalidade social da saúde enquanto direito e necessidade humana. Desse modo, explicita-se a contradição entre a integralidade e as condições concretas em que o trabalho é realizado, nas quais a racionalidade institucional frequentemente se sobrepõe às necessidades ampliadas da pessoa idosa.



Além da sobrecarga e da instabilidade das equipes, as entrevistas revelam a centralidade do acompanhante no cotidiano hospitalar, frequentemente compreendido como suporte indispensável ao cuidado, especialmente diante da alta demanda assistencial. Como expressa uma das entrevistadas:

Eu sei que tem coisas que são para a gente fazer, mas eu acho que dar uma alimentação ajudaria muito nesta questão. Tem coisas que são específicas da profissão, são cuidados mais técnicos e estes a gente não vai pedir [...]. Mas tem coisas que, assim, ele vem de casa trocando uma fralda [...] vem de casa dando comida na boca. Chega [no hospital] e já não pode mais. Estava trocando a fralda do idoso em casa! E às vezes a gente tem uma alta demanda. Tem pessoas que estão com acompanhante e este acompanhante não ajuda em nada.[...] Por mais que a gente chega lá para trocar a fralda, tem paciente que é pesado, demanda uma ajuda, idoso principalmente, e a gente não consegue segurar sozinha então a gente precisa de ajuda [...]. (Profissional 16)

A fala evidencia a ambigüidade que atravessa o processo de trabalho: ao mesmo tempo em que se reconhece a existência de atribuições técnicas específicas, naturaliza-se a expectativa de participação da família em cuidados básicos, como alimentação e higiene. A transferência, explícita ou implícita, de parte do cuidado à esfera familiar não se apresenta apenas como estratégia pontual, mas como resposta às condições objetivas de sobrecarga e insuficiência de pessoal. Nessa dinâmica, o cuidado tende a ser deslocado do plano do direito social para o plano da responsabilidade privada, reforçando traços familistas na organização da atenção hospitalar.

Nesse contexto, o cuidado deixa de se afirmar plenamente como direito social e passa a ser, no âmbito hospitalar, reinscrito como responsabilidade familiar na continuidade da atenção à pessoa idosa. Tal dinâmica tensiona a responsabilidade pública pela garantia do cuidado e revela os limites da integralidade enquanto princípio do SUS. Evidencia-se, assim, um limite estrutural à materialização da integralidade, na medida em que sua garantia não pode depender apenas do esforço das equipes, mas requer condições institucionais e políticas que assegurem o cuidado como responsabilidade pública.

Assim, a análise do processo de trabalho no âmbito hospitalar evidencia que a própria organização estrutural da alta complexidade, atravessada por racionalidade produtivista e fragmentação das práticas, impõem limites concretos à materialização da integralidade. A contradição entre a ideia da saúde como direito e as condições concretas de organização do trabalho não se resolve no plano da intenção profissional, mas revela determinações mais amplas do próprio modelo de atenção. É na velhice dependente, marcada por demandas complexas, contínuas e intersetoriais, que essas tensões se tornam mais visíveis, configurando-se como expressão concreta dos limites da integralidade no contexto hospitalar.

3.3 Velhice dependente: quando as necessidades ampliadas tensionam o modelo hospitalar

A velhice dependente aparece, nesta análise, como expressão concreta das contradições já identificadas entre a integralidade como princípio e sua materialização no cotidiano hospitalar. Ao demandar cuidado prolongado, acompanhamento contínuo e



articulação com redes de suporte familiar e intersetorial, a dependência amplia o tempo e a complexidade das necessidades de saúde, tensionando a lógica centrada no procedimento e na resolutividade imediata. Nessa condição, o modelo hospitalar é confrontado com demandas que extrapolam o ato técnico e convocam a rede de proteção social, evidenciando a insuficiência de respostas restritas ao espaço institucional.

A dependência da pessoa idosa torna visível a insuficiência de respostas restritas ao procedimento hospitalar, ao evidenciar a necessidade de articulação com condições sociais mais amplas. Como expressa um dos entrevistados:

[...] tem uma questão social também envolvida. O médico pode executar uma cirurgia [...], mas como esse idoso vai para casa? Como que é o transporte que ele pode chegar a casa? Ele vai ter acesso à fisioterapia? Como que é o acesso a casa dele? Tem escadas? Tem acessibilidade? Aí começa a entrar numa questão de urbanização, começa a entrar numa questão governamental que às vezes a gente não tem tanta efetividade. [...] não tem essa efetividade do Estado. (Profissional 8)

Esse depoimento evidencia que a integralidade, quando confrontada com a velhice dependente, ultrapassa os limites do hospital e convoca dimensões urbanas, sociais e políticas que escapam à governabilidade da equipe. A dependência não se restringe à limitação funcional ou a uma condição individual, mas revela a interdependência entre condições de moradia, acesso a serviços e efetividade das políticas públicas. Nesse ponto, a contradição da integralidade torna-se mais aguda: embora o SUS a enuncie como princípio estruturante, sua materialização depende de articulações intersetoriais e de condições sociais que não se resolvem no espaço da alta complexidade.

A dependência impõe desafios que extrapolam o espaço hospitalar e exigem respostas articuladas entre políticas públicas, o que reforça os limites da integralidade quando circunscrita ao âmbito institucional. Ao exigir continuidade do cuidado para além do tempo hospitalar, ela explicita a tensão entre a lógica da alta complexidade, orientada pela estabilização clínica e pela alta, e a necessidade de acompanhamento prolongado e articulado em rede.

É justamente nesse ponto que a velhice dependente revela como a integralidade, ainda que afirmada como princípio, encontra limites na transição entre o hospital e os demais níveis de atenção, respondendo à questão central deste estudo sobre como se materializa – e se restringe – o cuidado integral na alta complexidade.

Em conjunto, as três dimensões analisadas permitem compreender que a integralidade, embora afirmada no discurso profissional como valor orientador do cuidado, é concretamente condicionada pela forma de organização do processo de trabalho na alta complexidade hospitalar. As mediações que estruturam esse cotidiano, marcadas por racionalidade produtivista, fragmentação e limites institucionais, tensionam a materialização das necessidades ampliadas de saúde. É na velhice dependente, enquanto condição que exige continuidade, articulação em rede e tempo ampliado de cuidado, que tais contradições se tornam mais evidentes, revelando como a integralidade se realiza de maneira tensionada e limitada no contexto hospitalar investigado.



4 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo analisar as contradições da integralidade visíveis no processo de trabalho da alta complexidade do SUS a partir do cuidado à pessoa idosa dependente. Os resultados evidenciaram uma tensão entre a integralidade afirmada no discurso profissional e sua materialização concreta, condicionada pela lógica produtivista, pela fragmentação das práticas e pelos limites estruturais que atravessam a organização do trabalho hospitalar.

As contradições identificadas expressam-se, sobretudo, na distância entre o reconhecimento das necessidades ampliadas de saúde e as condições objetivas de sua efetivação, tornando-se mais evidentes na velhice dependente, que exige continuidade do cuidado e articulação em rede para além do tempo da internação. Como contribuição teórica, o estudo reforça a compreensão da integralidade não apenas como princípio normativo, mas como categoria tensionada pelas determinações estruturais do modelo de saúde. Como limite, destaca-se o recorte empírico circunscrito a uma instituição de alta complexidade, o que não permite generalizações. Sugerimos, para investigações futuras, o aprofundamento da análise da continuidade do cuidado na articulação entre os diferentes níveis de atenção do SUS.

5 REFERÊNCIAS

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

BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; JORGE, Alzira de Oliveira; SILVA, Kênia Lara. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, abr./jun. 2022.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 35-47.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, ABRASCO, n. 4, p. 965-971, 2007.

LIMA, Joseane Barbosa de. Integralidade em saúde. In: MATOS, M. C.; BERNARDO, M. H. J.; VELOSO, R.; OLIVEIRA, D. L. de; SOUZA, R. (orgs.). *Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde*. 1. ed. eletrônica. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024. p. 291-296.

LUKÁCS, György. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo, 2013.



MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I. 38. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017.