



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

(Eixo Temático: Velhice e processos de envelhecimento)

**O Programa Melhor em Casa e a velhice dependente: a
privatização do cuidado na cena contemporânea**

Nara Fernanda da Silva Moraes Milomem¹
Janaína Carvalho Barros²

Resumo. O envelhecimento populacional trouxe uma nova realidade aos países e novos desafios no que tange à elaboração de políticas públicas e sociais, entre elas, as de atenção à velhice com limitações para as atividades da vida diária (AVDs) que requer cuidados de terceiros. Diante disso, questiona-se: como estão sendo cuidados esses idosos no Brasil no âmbito das políticas públicas? Uma das respostas apresentadas a esse segmento no contexto brasileiro tem se dado por meio dos cuidados no domicílio realizados pelo Programa Melhor em Casa (PMC). Assim, o objetivo deste artigo é analisar como a proteção social vem sendo garantida a velhice dependente sob o Programa Melhor em Casa. O processo investigativo conjugou elementos da abordagem qualitativa com apropriação conjunta das pesquisas bibliográfica e documental. Como resultados constatou-se que, embora o PMC ofereça apoio importante para as famílias, as ações se dão sob as bases da transferência de responsabilidade para famílias ou cuidadores pagos por estas para realizarem os cuidados diários.

Palavras-chave: Velhice dependente; Cuidados; Política de Saúde; Programa Melhor em Casa.

Abstract: Population aging has brought a new reality to countries and new challenges regarding the development of public and social policies, among them, the care for the elderly with limitations in activities of daily living (ADLs) that require third-party care. Given this, the question is: how are these elderly people being cared for in Brazil within the scope of public policies? One of the responses presented to this segment in the Brazilian context has been through home care provided by the Better at Home Program (PMC). Thus, the objective of this article is to analyze how social protection has been guaranteed to the dependent elderly under the Better at Home Program. The investigative process conjugated elements of the qualitative approach with joint appropriation of bibliographic and documental research. The results showed that, although the CMP offers important support to families, the actions are based on the transfer of responsibility to families or caregivers paid by them to perform the daily care.

Keywords: Dependent Old Age; Care; Health Policy; Better at Home Program.

¹ Assistente Social, mestranda pelo Programa de pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. fermilomem@gmail.com

² Doutora em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da UFRJ; Docente adjunta do Departamento de Serviço Social, da graduação em Serviço Social e do mestrado em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso. jan-cars@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade que se inscreve em muitos países. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010 havia um total de 7,32% de idosos no Brasil, com projeções de aumento de 25,49% para o ano de 2060 do referido segmento populacional e queda significativa do grupo de pessoas jovens (IBGE, 2020). É esse grupo social que, a partir da Constituição Federal de 1988 e leis posteriores, dispôs de aparato legal suficiente que resguarda e legitima um rol de conquistas, acima de tudo, para a garantia da responsabilidade estatal.

Destaca-se ainda que as pessoas ao viverem mais tempo, estão mais propensas a ocorrência de doenças crônicas e limitações funcionais para as atividades da vida diária (AVDs) necessitando, em muitos casos, do cuidado de terceiros. Nesse ponto, o Ministério da Saúde (2018) apontou que no Brasil, dos 29 milhões de pessoas idosas, 30,1% possui algum tipo de limitação funcional para a realização das AVDs. Situação que passou a ser alvo de propostas do Poder Público. É um cenário que aponta para a seguinte questão: como tem se dado o cuidado com a velhice dependente da classe trabalhadora a partir das políticas sociais públicas brasileiras na cena contemporânea? Uma das respostas que se tem são as ações de cuidados no domicílio realizadas por meio da Política de Saúde na Atenção Domiciliar.

Diante desses elementos, a partir da pesquisa bibliográfica e documental, o presente artigo trouxe como objetivo analisar os cuidados com a velhice dependente sob o Programa Melhor em Casa. Para isso, foram selecionados artigos nos buscadores Google Acadêmico, SCIELO por meio dos descritores: Velhice dependente; Cuidados; Política de Saúde; Programa Melhor em Casa. Tal estudo teve como propósito realizar aproximações sucessivas da realidade e apreender as múltiplas determinações dos processos sociais historicamente situados (BEHRING e BOSCHETTI, 2009, p. 39).

Em linhas gerais, este artigo foi estruturado em seções que tratam da proteção social no Brasil, os direitos da velhice e a Política de Saúde que passou a incorporar a questão da velhice dependente e apresentar respostas de cuidados por meio do Programa Melhor em Casa/ Serviço de Atenção Domiciliar. Logo, são discussões que não se esgotam aqui, mas que exigem continuidade.

1. Proteção social no Brasil, velhice dependente e Cuidados



As sociedades sempre desenvolveram algum tipo de proteção social³ àqueles considerados mais vulneráveis. Nesse sentido, em diferentes sociedades e tempos sempre existiu laços de solidariedade familiar e comunitária com vistas a amparar membros da sociedade com necessidades de sobrevivência. Sobre as famílias sempre recaíram as expectativas de proteção social, fenômeno que aumentava ou diminuía a depender da conjuntura histórica e social (MIOTO, 2020).

Com o desenvolvimento do capitalismo, o crescimento das desigualdades na distribuição de acesso aos bens produzidos coletivamente, bem como a complexificação das expressões da “questão social”⁴ e as mudanças na correlação de forças sociais, a proteção social foi cada vez mais institucionalizada e assumida pelo Estado. Com a generalização da proteção social pública no final do século XIX, na qual o Estado teve papel preponderante, foi possível a formulação e implementação de diferentes mecanismos legais de proteção social, baseados em direitos sociais com atendimento de demandas da classe trabalhadora.

No Brasil, país marcado pela herança da colonização e escravidão até o fim do século XIX, as medidas de proteção social pautavam-se em ações religiosas, obras sociais, práticas assistencialistas, redes de solidariedade familiar, entre outras ações que buscavam dar conta das necessidades dos sujeitos (YAZBEK, 2010). Com a chegada da industrialização e o processo de urbanização, já no século XX, novas necessidades sociais surgiram e o Estado viu-se obrigado a atender as reivindicações da classe trabalhadora urbana que se avolumavam⁵.

Já nos anos de 1980, resultado de intenso debate nacional, foi elaborada a Constituição Federal de 1988 e a inauguração do sistema de Seguridade Social brasileiro, trazendo uma nova forma de proteção social formada por um tripé que abrangeu as áreas da Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Além dessas três grandes áreas de proteção social, demais direitos sociais também foram ampliados e a concepção de direito e de justiça social alargaram-se. Com relação aos direitos da pessoa idosa, a CF/1988 trouxe mudanças

³ Ademais das primeiras formas de proteção social no mundo, pode-se dizer que a proteção social enquanto um sistema é constituída e materializada por um conjunto de políticas sociais e que, por envolver a relação entre classes sociais, sofre disputa de interesses, desde a sua concepção até a sua materialização. É, ainda, complexa e contraditória, pois é [...] *gerida pelo Estado burguês e regida por leis e pactos interclassistas, que procuram conciliar interesses antagônicos* (PEREIRA, 2013, p. 637). Contraditoriamente as medidas de proteção social podem ser formuladas e implementadas pelo Estado para atender aos interesses do capital e, ao mesmo tempo, responder às necessidades sociais da classe trabalhadora. A proteção social é, ainda, complexa e difícil de ser conceituada pois envolve várias definições, teorias e conceitos que influenciam na sua materialização.

⁴ Para Castelo (2010, p. 90) a “questão social” emergiu no cenário europeu em meados do século XIX, quando o proletariado, então liderada pelas suas franjas operárias, impôs-se como um sujeito histórico independente e autônomo, lutando e reivindicando soluções para suas mazelas, tais como pauperismo, fome, péssimas condições de habitação, degradação do espaço urbano, dentre outras.

⁵ Uma das primeiras medidas nesse sentido foi a chamada Lei Elói Chaves de 1923 que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) dando aos trabalhadores ferroviários e marítimos o acesso a alguns direitos. Nos anos que se seguiram, foram desenvolvidas mais medidas relacionadas aos direitos dos trabalhadores urbanos traduzidas em seguro social de caráter contributivo. Nesses anos já se viam algumas respostas às demandas da velhice, porém apenas aos trabalhadores urbanos, a exemplo do direito à aposentadoria.



de paradigmas, assim, o idoso passou a ser tratado legalmente como sujeito de direitos, protegido pelo Estado e participante (FALEIROS, 2012).

Ademais disso, a CF/1988 abriu caminho para a criação de outras legislações voltadas ao público idoso dando maior amparo legal a esse segmento social a exemplo da: Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do Idoso (2003), Política Nacional de Assistência Social (2004), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), entre outras. Somado à construção da proteção social direcionada às pessoas idosas, foram criadas novas formas de se pensar a velhice e sua saúde, tanto no meio científico quanto no plano legal. Nesse sentido, na Política de Saúde brasileira, baseada na CF/1988, Lei 8.080/1990 e Leis correlatas, o conceito de saúde para os idosos passou a se alinhar com a condição de autonomia e independência desses sujeitos em detrimento da visão ligada à presença ou ausência de doenças.

Tratou-se de um ganho conceitual e normativo que se expressa na PNSPI (2006) a qual passou a reiterar que a capacidade funcional da pessoa idosa seria balizador das ações e serviços de saúde. A referida normativa acenou também para a necessidade de efetivar políticas de cuidado para a população considerada frágil, bem como o apoio às famílias e capacitação de profissionais para lidar com esse público (GIACOMIN e MAIO, 2016, p. 145). Contraditoriamente, o incentivo aos idosos no cuidado de si e na busca de meios próprios para uma velhice saudável e independente também passou a fazer parte das propostas do Poder Público.

Para além da visibilidade dada a condição da velhice com dependência funcional, no campo da saúde pública foram criadas estratégias para responder às demandas advindas desse segmento social. Alinhada ao direcionamento da Organização Mundial da Saúde, a dependência foi definida pelo Ministério da Saúde como uma redução da capacidade funcional que um indivíduo passa a ter para realizar suas Atividades da Vida Diária (AVD), o que se traduz em certas dificuldades para a realização das tarefas cotidianas, no domicílio ou fora dele, e atividades de autocuidado (BRASIL, 2018, p. 15). Considerando tais necessidades sociais, o Estado brasileiro passou a incluir estratégias para o atendimento de idosos com dificuldades para realizar determinadas atividades da vida diária (AVDs) e que dependem de um cuidador.

Entre essas estratégias está o cuidado no domicílio, o qual se alinou às principais legislações de atenção ao idoso como a CF/1988, PNI, EI, no sentido de convocar as famílias para a proteção social de seus membros. Um dos grandes objetivos do programa de cuidado no domicílio na política de saúde se traduz na *redução dos custos do Estado* (BRASIL, 2016) alinhando-se ao que propõe a política neoliberal fortalecida no Brasil desde a década de 1990 que reduz as ações do Estado no que tange à proteção social pública e implementa políticas



de austeridade fiscal⁶. Nos anos de 2016 esse cenário tornou-se ainda mais desafiador quando o Governo Federal, sob o argumento de crise fiscal no Brasil, propõe o congelamento dos gastos públicos pelos próximos vinte anos⁷.

Os impactos dessas investidas do capital trouxeram sérios desdobramentos para as políticas sociais e à classe trabalhadora entre eles, segundo Mito (2020), a crescente visibilidade da família como principal instância de provisão de bem-estar para os seus membros. Ao lado disso, cresceu o retrocesso de direitos sociais somado à falta de acesso dos cidadãos aos benefícios e serviços públicos, bem como a focalização e seletividade das políticas sociais. Barros e Lira afirmam que:

[...] o reordenamento do Estado impõe a restrição de direitos sociais e trabalhistas, assim como do financiamento da gestão social, inviabilizando a expansão dos direitos e das políticas sociais, o que provoca desafios às pessoas idosas das classes subalternas, principalmente com perda da capacidade funcional, vindo a ser essas as que mais se ressentem das fragilidades dos serviços públicos, uma vez que no contraponto da materialização dos direitos se deparam com medidas restritivas à efetivação dos mesmos (BARROS e LIRA, 2017, p. 48).

Diante da atual conjuntura e os desafios que se colocam à proteção social pública, o cuidado com a pessoa idosa passa a ser fortemente direcionado, através das políticas sociais, para o âmbito privado em detrimento das possibilidades que se colocam a essa atividade. Nesse sentido, Torres (2021) entende que existem outras dimensões do cuidado que se vinculam à proteção via políticas públicas e ao direito. Sendo assim, ele pode ser compartilhado entre a família e Estado através da disponibilidade de serviços, na partilha de custos, em uma rede articulada de proteção, entre outras possibilidades. Diante desses apontamentos, é importante analisar como tem se dado o cuidado com a velhice dependente no Brasil a partir do Programa Melhor em Casa.

2. Programa Melhor em Casa e o lugar do cuidado na Política de Saúde brasileira

Historicamente, o atendimento domiciliar surgiu nos Estados Unidos como resultado das mudanças sociais, por volta de 1947, a fim de acelerar a alta hospitalar, uma das ideias

⁶ Tal conjuntura trouxe para a Saúde Pública algumas tendências como: a tecnificação da saúde, através da inserção de novas tecnologias de equipamentos e de práticas de gestão; ampliação restrita, pois desde a criação desse sistema vem se ampliando as ações, porém de forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem chegar à universalidade; ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial que volta seus atendimentos aos mais pauperizados de forma curativa e emergencial; privatização e mercantilização da saúde pública, especialmente, através da contratação de serviços e entidades privadas para gestão das unidades com recurso público; entre outras tendências materializadas pela contrarreforma nas políticas sociais (SOARES, 2010).

⁷ Tal proposta se deu pelo Projeto de Emenda Constitucional – PEC 241/2016 - que tem como proposta o congelamento dos gastos públicos pelos próximos 20 anos. Segundo documento divulgado pelo Ministério da Fazenda em agosto de 2016, trata-se de um novo regime fiscal no Brasil, sob o argumento de crise econômica sem precedentes e forte desequilíbrio fiscal, que pretende *solucionar a crise e voltar a crescer* sendo esse novo regime fiscal considerado *a mais importante política social* a ser colocada em prática para recuperar emprego e renda. A partir de recomendações do Banco Mundial e de dados que apontam o crescimento das despesas no país, especialmente nas áreas da Previdência, Assistência Social, Seguro Desemprego e Abono, Saúde e Educação, o Governo através da PEC 241 defende ajustes graduais, persistentes e críveis para retomada do crescimento (MEIRELLES, 2016).



iniciais do cuidado no domicílio. A assistência hospitalar cresceu no referido país a partir da década de 1980 com o surgimento da AIDS e os novos desafios que a doença trazia à sociedade. Em outros países as mudanças epidemiológicas e a necessidade relativas aos custos dos cuidados permitiram a exploração da atenção domiciliar em diversos países (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 181).

A primeira experiência descrita de Atendimento Domiciliar sistematizada na política de saúde brasileira foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Ele foi criado em 1949 pelo Ministério do Trabalho e incorporado ao antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1967. Já na década de 1990, seguindo a tendência mundial, o Brasil passou a organizar o serviço de cuidado domiciliar como forma de racionalizar a utilização de leitos hospitalares, reduzir custos da assistência e implementar uma lógica de cuidados pautados na humanização e superação do modelo de atenção hospitalar (BRASIL, 2014, p. 44). Nesse sentido, no âmbito dos direitos, os cuidados em saúde no domicílio passaram a ser alvo das políticas públicas servindo como uma alternativa aos cuidados não institucionais.

Na atualidade, como respostas à problemática do envelhecimento com dependência funcional, uma das estratégias criadas na Política de Saúde tem sido a inserção das pessoas idosas, a depender do seu grau de incapacidade, no Programa Melhor em Casa/ Serviço de Atenção Domiciliar. A regulamentação do referido programa se dá por meio da Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, complementada pelos Cadernos de Atenção Domiciliar 1 e 2, trazendo como principais objetivos:

A redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização de atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (BRASIL, 2016).

É importante destacar que o SAD ou Programa Melhor em Casa não tem como público-alvo apenas as pessoas idosas, ou seja, não é exclusividade desse grupo social, entretanto, a AD e o PMC, além de considerarem as legislações pertinentes às pessoas idosas, têm boa parte de seus serviços e ações voltadas ao atendimento no domicílio de pessoas idosas com perdas funcionais e/ou dependência para a realização das atividades da vida diária. Dados do Ministério da Saúde demonstram que entre o público atendido pelo PMC 26 % são pessoas idosas com mais de 80 anos (FRASÃO, 2021). Trata-se do grupo muito idoso com grandes chances de desenvolver dependência funcional e demandar muitos cuidados⁸.

Segundo a Portaria 825/2016, a AD está organizada em três modalidades de atendimento nas quais podem estar inseridas pessoas idosas com diferentes limitações

⁸ Segundo Camarano e Kanso (2010) os idosos acima de 80 anos, considerados muito idosos, são os principais demandantes de cuidados.



funcionais, a saber: AD1, AD2 e AD3⁹. Nos casos atendidos pelo PMC – perfis de usuários AD2 e AD3 - o Estado disponibiliza o atendimento especializado no domicílio através das equipes de profissionais – EMAD e EMAP – que realizam visitas e atendimentos domiciliares de acordo com a necessidade do usuário do SUS, e por meio de assistência diária, semanal, mensal etc. Assim, são direcionados aos domicílios, após prévia avaliação e admissão no PMC, profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, odontólogo, entre outros. A atribuição das equipes são:

- I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes. (BRASIL, 2016)

A partir dessa configuração os serviços de AD organizam-se através do processo de trabalho em equipe, pactuações com a família, planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados, atribuições das equipes profissionais no domicílio. O Programa em análise propõe, ainda, um planejamento sistemático no cuidado, o qual perpassa pela política a todo momento. Tal planejamento tem como principal ferramenta o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é *um conjunto de condutas ações e medidas, de caráter clínico ou não, formuladas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, o qual é construído a partir de discussões de uma equipe multidisciplinar* (BRASIL, 2013, p. 15) suas fases são: diagnóstico, definição de metas, definições de responsabilidades e reavaliação¹⁰.

⁹ Se o paciente possuir problemas de saúde controlados/compensados e menor intensidade de cuidados e frequência de visitas de profissionais, entre outras características, as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) é a mais indicada para realizar o atendimento no domicílio, sendo estes usuários inseridos na Atenção Domiciliar 1 (AD1). Casos mais complexos que requeiram cuidados que vão além da capacidade da APS, poderão ser atendidos através do PMC nas atenções AD 2 e AD 3 (BRASIL, 2012). Essas modalidades de atendimento podem se modificar de acordo com a realidade local e demandas existentes. É importante ressaltar que, apesar dos critérios de elegibilidade estarem fortemente relacionados às condições de saúde, aspectos biopsicossociais podem, e devem, ser considerados quando da admissão dos pacientes.

¹⁰ A fase do DIAGNÓSTICO passa pela avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar a conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade psicológica, orgânica e social é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando, de certa forma, as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se produz diante da vida e da situação de adoecimento, como opera os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Uma função também importante nesse momento é produzir algum consenso operativo sobre, afinal, quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão. DEFINIÇÃO DAS METAS sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazos que serão negociadas com o sujeito "doente" e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que



A Portaria do PMC de 2016, também aponta para a constante necessidade de pactuação de fluxos de atendimento em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). O compartilhamento do cuidado aparece como uma forma de articulação intersetorial principalmente entre as equipes da Atenção Primária à Saúde e na elaboração do PTS de cada usuário do SAD. A proposta da inserção do PMC no sistema de regulação do SUS surge como estratégia de viabilizar a articulação dos serviços do SAD com outros pontos de atenção em saúde. Apesar disso, pouco ou nada se fala quanto à articulação das políticas como Assistência, Previdência Social, Alimentação, Assistência Farmacêutica, entre outras tão caras ao cuidado com a velhice dependente¹¹.

Para além desses elementos, os cuidados no domicílio previstos pelo PMC têm se dado por meio de ações desenvolvidas por profissionais de várias especialidades que exercem os cuidados em saúde e prestam auxílio e orientações aos familiares para cuidarem de seus membros dependentes. Da mesma forma, o atendimento passa por um planejamento individual e familiar com constante avaliação das ações. Nesse processo, as singularidades da condição de saúde dos usuários e suas famílias são consideradas, especialmente por meio da elaboração de um plano de cuidados ou PTS a ser realizado para cada usuário do PMC.

Quanto à velhice dependente na área rural, observa-se um “esquecimento” desse público nos documentos analisados à medida que eles não apontam um direcionamento dos cuidados para esse público nem propostas que respondam às particularidades desse segmento. Não obstante, como as ações da política de saúde estão baseadas no atendimento às regiões de saúde, tais localidades não deixam de ser atendidas, mas são as mais penalizadas haja vista que o modelo de saúde no Brasil está historicamente *centrado no atendimento em posto de saúde e hospitais com ênfase no tratamento de doenças* (KASSOUF, 2005, p. 43) e ainda busca ampliar seu atendimento para além das áreas urbanas.

Outro ponto que chama a atenção é que nos materiais técnicos do Ministério da Saúde sobre o PMC de 2012 e 2013 e Portaria 825/2016 os aspectos sociais vivenciados pela velhice da classe trabalhadora nas suas condições de renda mínima, moradia inabitáveis ou precárias, a precariedade na alimentação, ausência de recursos materiais, sociais e

tiver um vínculo melhor com o usuário. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Escolher um profissional de referência, que, na atenção domiciliar, pode ser qualquer membro da Emad ou da Emap, e na atenção básica qualquer membro da equipe de Atenção Básica, independentemente da formação, é uma estratégia para favorecer a continuidade e a articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no projeto terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas. REAVALIAÇÃO Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados (BRASIL, 2013 p. 14-15).

¹¹ Entre as políticas citadas, o que mais aparece na Portaria 825/2016 e nos Cadernos 1 e 2 de AD é a recomendação de pactuações com assistência farmacêutica e, em menor intensidade, articulação com a política de Assistência Social.



comunitários, entre outras expressões da questão social, não recebem destaque. São questões que se relacionam, na Política de Saúde, aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e se conectam à concepção ampliada de saúde, presente no SUS desde a década de 1990, mas não reforçada nos documentos do PMC.

Considerando essa lógica do cuidado ofertado pelo Estado à velhice dependente, observa-se a configuração atual das políticas sociais públicas no Brasil, a qual responsabiliza as famílias pela proteção social de seus membros. Em tempos de crescente precarização, subfinanciamento e mercantilização da política de saúde e de outras políticas sociais, as famílias cuidam sem usufruírem de apoio suficiente do Estado, seja ele financeiro e/ou alternativas formais de cuidado. Para Pereira (2016):

Apesar de muitos estudos apontarem que o modelo de atenção domiciliar se configura como uma opção à redução dos gastos em saúde, tal cálculo desconsidera o investimento realizado pela família para suprir as demandas e necessidades da pessoa idosa, principalmente em contexto de desigualdade social [...] alguns gastos estão relacionados à contratação de cuidador particular e/ou profissionais da saúde, compra de materiais e insumos, tais como medicamentos, órteses/próteses, dietas especiais e outros dispositivos que auxiliam no suporte à vida. A depender de cada sistema de saúde, pode ser que o idoso e sua família tenham mais ou menos garantia no acesso público a esses itens (PEREIRA, 2016, p. 28).

Trata-se de um *descuidar capitalista*, como já apontava Faleiros (2013), pois a *otimização dos recursos*, expressa pelos objetivos do PMC, é pensada apenas para a política, mas não para as famílias. O próprio Governo Federal anuncia que houve uma redução de até 75 % no custo com relação ao paciente que ocupa um leito em unidade hospitalar (FRASÃO, 2021), o que atinge os objetivos do PMC. Contudo, não fica clara a destinação dos recursos poupados, nem há suporte financeiro para as famílias. Da mesma forma, o Governo Federal disponibiliza poucos recursos para aos municípios contemplados com o SAD¹², prevendo apenas um incentivo financeiro para o custeio das equipes, demais custos são repassados aos municípios e às famílias. Nesse sentido, a capacidade orçamentária e a estrutura de cada município é que definirá quais profissionais comporão o SAD na prática e o alcance das ações. Logo, o Estado brasileiro tem respondido com recursos mínimos a implementação dos cuidados no domicílio.

Diante dessas respostas do Estado frente às necessidades de cuidados com a velhice dependente, verifica-se que o PMC é uma das expressões do *familismo*¹³ nas políticas sociais

¹² A Portaria do PMC em análise apresenta um incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD com os seguintes valores: I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1; II - R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e III - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP. Segundo o Ministério da Saúde (2021) esses repasses federais não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais. Esses incentivos financeiros são repassados mensalmente ao Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado, de acordo com o cumprimento de requisitos técnicos a serem cumpridos, sendo esses recursos interrompidos em caso haja descumprimento das condições impostas pela política.

¹³ Mioto *et. al* (2018), em análise de diversos autores, entende que o familismo diz respeito à relação entre política social e família no Brasil, à medida que as primeiras convocam as unidades familiares a assumirem a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros em prejuízo da responsabilidade estatal na proteção social. Pode ainda ser entendido como um padrão cultural e político expresso nas legislações e na forma como as políticas



ao transferir os custos dos cuidados para as famílias contrariando assim a lógica do direito social enquanto responsabilidade do Estado (GRAH, 2018). Esses aspectos dos documentos analisados, para além de reiterar a *reprivatização da velhice*¹⁴, demonstram a crescente privatização dos cuidados com a pessoa idosa que sofre de perdas funcionais. Wiese *et. al* (2017) entende que a privatização cada vez maior do cuidado, que toma a família e o domicílio como base, assenta-se, além de outros elementos, na ideologia neoliberal¹⁵ que atinge o Brasil desde a década de 1990.

Diante disso, os cuidados com a velhice dependente disponíveis na Saúde Pública, têm assumido um lugar específico e características que coadunam com as relações de produção e reprodução social capitalista e com o modo de ser das políticas sociais na atualidade. Nesse sentido, o cuidado passa a ser:

[...] inserido na divisão social e técnica do trabalho, onde as famílias, com destaque para as mulheres, exercem fundamentalmente esse papel, bem como uma questão que se restringe ao espaço privado. Logo, os cuidados são predominantemente informais, não remunerados e muitas vezes não reconhecidos como trabalho, assentando-se na individualidade, competitividade e desigualdade social (PASSOS, 2017).

Logo, é negada a essência do cuidado enquanto uma relação de cooperação entre indivíduos, uma relação interpessoal, uma necessidade ontológica do ser social e uma questão a ser tratada como direito social situada nas relações coletivas (PASSOS, 2017). Por isso defende-se uma ampliação das possibilidades de cuidados no que se refere às políticas sociais públicas.

Apesar do Programa Melhor em Casa, nos moldes que tem se dado, expressar a privatização do cuidado, existem possibilidades de superação dessa realidade complexa. Isso perpassa pela efetivação de políticas amplas e alternativas de cuidados como a implementação da *Linha de cuidados fortemente* articulada intra e intersetorialmente, assim como a criação de programas e serviços em que haja várias instâncias de cuidados preventivos e intermediários anteriores ao hospital. Com base na identificação do risco e na integralidade da atenção, também podem ser estabelecidos fluxos de atendimento aos idosos dependentes de acordo com o seu grau de incapacidade. Isso pressupõe uma rede articulada, referenciada e ligada às demais políticas sociais públicas.

sociais se configuram baseado na colocação da família como instituição central na provisão de bem-estar e na responsabilização das mulheres pelo trabalho familiar, nele incluído o cuidado (MIOTO *et. al.* 2018, p. 8).

¹⁴ Para Debert (2016) tal conceito diz respeito à transformação da velhice em um problema de indivíduos negligentes que não adotaram estilos de vida saudáveis e formas de consumo de bens e serviços adequados para melhorar sua saúde e bem estar. Trata-se de um processo de responsabilização dos indivíduos pela condição que se chega à velhice.

¹⁵ O neoliberalismo, instalado na economia mundial desde os anos de 1970, foi implementado no Brasil a partir de 1990 sob influência do Consenso de Washington. Para Silva (2006), o neoliberalismo no Brasil surgiu como uma forte reação teórica e política contra o Estado enquanto responsável por materializar políticas sociais amplas e universais. Por conta disso, as mudanças no papel do Estado e nas políticas sociais brasileiras passaram a estabelecer que o bem-estar social pertenceria à esfera privada, à comunidade e aos serviços privados. O Estado só interviria nos casos em que os primeiros não pudessem atender e os direitos sociais seriam agora precarizados (SILVA, 2006).



Para além do fortalecimento dos serviços de saúde, sua intensa articulação, financiamento e maior responsabilização do Estado no cuidado com a velhice dependente, defende-se uma política de cuidados que garanta o acesso de todos os cidadãos brasileiros aos cuidados enquanto um direito e proteção social. Para Camarano e Mello (2010, p. 16) essa política de cuidados inclui um conjunto de serviços com cuidados em reabilitação, serviços médicos básicos, abrigamento/residência, transporte, alimentação, ajuda para a realização das ABVD, entre outros. Outra possibilidade seria o apoio financeiro aos familiares e/ou cuidadores, haja vista os altos custos que o cuidado demanda e, muitas vezes, a necessidade dos cuidadores abrirem mão dos seus trabalhos remunerados para cuidar no domicílio.

É importante destacar que as possibilidades não se esgotam nesses pontos, mas estes são passos importantes para a materialização de cuidados que superam a lógica familista da política social pública, da responsabilização da mulher no cuidado, do cuidado informal e privado. Nesse sentido ele passa a ser deslocado para uma atividade formal, com ampla responsabilidade do Estado, como trabalho, enquanto atendimento das necessidades ontológicas do ser social, como uma atividade coletiva, profissionalizada, remunerado – a exemplo do recrutamento de cuidadores com financiamento público como modalidade possível de política pública (HIRATA, 2010) - enfim, que permita o direito a um envelhecimento digno e com menos perdas funcionais.

Tais medidas demandam a efetivação das várias políticas de proteção social pública oferecidas pelo Estado brasileiro, não apenas da Saúde Pública. Em um patamar muito maior defende-se, como aponta Iasi (2005, p. 192), a superação das relações capitalistas para que o interesse geral, o Direito e o Estado deixem de ser um corpo acima e contra a sociedade e seja restituído o que é humano aos humanos. Isso remete à transformação social com vistas a uma nova ordem societária livre de opressões e injustiças facilitadoras de um envelhecimento com menos perdas, mais digna e valorizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional no Brasil, dada as projeções dos estudos demográficos, é uma realidade iminente que impõe desafios ao campo das políticas sociais públicas e ao seu sistema de proteção social. No grupo de pessoas idosas existe a velhice com dependência funcional que demanda cuidados para sua sobrevivência. Com o advento da Constituição federal de 1988 e leis posteriores foi redefinida a proteção ao social ao idoso, inclusive surgindo normativas que versam sobre a velhice com dependência funcional, como consta na Política de Saúde.



Em meio a essas conquistas e em um contexto de profundas modificações nas relações de produção e reprodução no capitalismo, cresceram os processos de desmonte da proteção social e a responsabilização das famílias pela proteção social de seus membros, incluindo os cuidados com a velhice dependente. Nesse ínterim, a Saúde Pública trouxe como resposta os cuidados no domicílio por meio do Programa Melhor em Casa. Tratou-se de um programa de suma importância para o atendimento das necessidades das pessoas com limitações funcionais ao oferecer atendimento às famílias, contudo, o faz sob as bases da responsabilização dos indivíduos pelos cuidados, tanto nas ações quanto nos custos que o cuidado requer.

Nesse sentido, o Programa Melhor em Casa representa o modo de ser das políticas sociais contemporâneas permeadas pelo projeto neoliberal na medida que são retomadas as formas tradicionais de proteção social em um movimento de crescente desresponsabilização do Estado na condução, financiamento e efetivação de políticas sociais públicas, com impacto direto sobre as famílias que passam a assumir cada vez mais os cuidados em seu domicílio, em detrimento da implementação de uma política de cuidados. Trata-se de uma atividade que, ao invés de ser pensada no âmbito coletivo, democrático e na esfera pública, passa a ser cada vez mais privatizada com insistência das políticas sociais. Este tem sido o lugar dado ao cuidado sob as condições contemporâneas do capitalismo no Brasil.

Entende-se que, para superação dessa forma de atendimento da velhice dependente, é necessária a criação de uma política de cuidados claramente definida, articulada e como uma questão de direito a ser dispensada aos velhos da classe trabalhadora em suas mais diversas particularidades. Para além disso, é preciso superar as relações capitalistas e a sociabilidade do capital com vistas a uma verdadeira e ampla proteção social.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. C.; LIRA, I. C. D. **Velhice dependente e o serviço e cuidado no domicílio na política de assistência social**. In: Mais60-Estudos sobre envelhecimento, vol 28, n.68. São Paulo, setembro de 2017. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/files/artigo/e717357c/01fa/401a/886f/cdc3e829270b.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social fundamentos e história**. 9ed. – São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**/ Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br). Acesso em: 20 de janeiro de 2022



BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema único de Saúde – SUS** – Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br. Acesso em: 10 de fev. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

CAMARANO; A. A; KANSO, S. **Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? a visão mostrada pelas PNADs**. In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Secretaria de Assuntos Estratégicos da Previdência da República/IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO; A. A; MELLO, J. L. **Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais**. In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Secretaria de Assuntos Estratégicos da Previdência da República/IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

DEBERT, G. G. **Políticas Públicas diante do envelhecimento no Brasil**. In: Gênero e Trabalho no Brasil e na França: perspectivas intersectoriais / organização Alice Rangel de Paiva Abreu, Helena Hirata, Maria Rosa Lombardi; 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

FALEIROS, V. De P. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica**. Revista katálysis, Florianópolis, v. 16, n.esp., p.83-91, 2013.

FALEIROS, V. De P. **Políticas Públicas para um país que envelhece**. Orgs. Marília Berzins e Maria Claudia Borges – São Paulo: Martinari, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M; MERHY E. E. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Rev Panam Salud Publica. 2008. Disponível em: 04--ARTI--Feuserwerker--180-188 (scielosp.org). Acesso em: 20 de março de 2022.

FRASÃO, G. **Ministério da Saúde inicia atividades de educação permanente para as equipes do Melhor em Casa**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/ministerio-da-saude-inicia-atividades-de-educacao-permanente-para-as-equipes-do-melhor-em-casa>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2022.

GIACOMIN, k. C.; MAIO, L. G.; **A PNI na área da saúde**. In: Política Nacional do Idoso velhas e novas questões. Alexandre de Oliveira Alcantara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini – Rio de Janeiro: Ipea, 2016



GRAH, B. **O Programa Melhor Em Casa Enquanto Arquétipo Do Familismo Na Política De Saúde E Suas Nuances No Estado de Santa Catarina**. Dissertação de mestrado UFSC. Florianópolis, 2018.

HIRATA, H. **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. Orgs. Nalu Faria e Renata Moreno. São Paulo: SOF, 2010.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação de 2010 a 2060**. Disponível em: IBGE | Projeção da população. Acesso em 12 de janeiro de 2020.

KASSOUF, A. L.. **Acesso aos Serviços de Saúde nas áreas Urbana e Rural do Brasil**. In: Revista de economia e sociologia rural. Rio de Janeiro; vol. 43, nº 01, jan/mar 2005. Disponível em: SciELO - Brasil - Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Acesso em: 24 de fevereiro de 2022.

MIOTO, R. C. T.. **Família Contemporânea e proteção social: notas sobre o contexto brasileiro**. In: In FÁVERO, Eunice T. (Org.). Famílias na cena contemporânea: (des) proteção social, desigualdades e judicialização. 1ª edição eletrônica. Acesso link: www.editoranavegando.com/livro-familias-nacena. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Acesso em: 09 de mar. De 2022.

MIOTO, R. C. T.; NUNES, R.; MORAES, P. M.; HORST, C. H. M. **O familismo na política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira**. In: Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Universidade Federal do Espírito Santo -UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22530/15027>. Acesso em: 27 de março de 2022.

PASSOS, R. G. **“Entre o assistir e o cuidar”:** **tendências teóricas no Serviço Social brasileiro**. Revista Em Pauta, Rio de Janeiro. n. 40, v.15. 2017.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**, 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2010.

TEIXEIRA, S. M.. **Envelhecimento do trabalhador e as tendencias das formas de proteção social na sociedade brasileira**. In: revista Argumentum. Vitória, v. 1, n. 1 , p. 63-77, jul./dez. 2009

TORRES, M. M. **O trabalho do assistente social com pessoas idosas: competências e demandas em debate**. In: Serviço Social e envelhecimento/ org. Solange Maria Teixeira – Teresina: EDUFPI, 2020.

YAZBEK, C. M. **Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais**. Centro português de investigação em história e trabalho social/ CPIHTS. Jan. 2010. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF07/Carmelita%20Y.pdf>. Acesso em: 20 de já. De 2020.