

# VELHICE DEPENDENTE E CUIDADO NO DOMICÍLIO

## REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA MELHOR EM CASA

Nara Fernanda da Silva Moraes Milomem<sup>1</sup>  
Janaína Carvalho Barros<sup>2</sup>

**Resumo:** A transição demográfica e o prolongamento do tempo da velhice possibilitaram a organização política do segmento assegurando e ampliando seus direitos sociais por meio de políticas sociais e do Estatuto do Idoso. Embora exista o reconhecimento da pessoa idosa em um amplo arcabouço normativo e jurídico, tardio e incompleto, ainda não foi regulamentada uma política de cuidados. Tecer reflexões sobre a velhice dependente e os Serviços de cuidados no domicílio oferecidos pelo Estado por meio da Política de Saúde brasileira, constitui o objetivo deste artigo. Realizou-se pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, a partir de uma revisão bibliográfica e documental. Os resultados revelaram que os serviços de Atenção no Domicílio não são específicos para as pessoas idosas; estão aquém das prerrogativas indicadas pelas legislações e não contemplam as diferentes necessidades da velhice dependente; esses serviços corroboram para a desospitalização e centram na responsabilização das famí-

---

<sup>1</sup> Assistente Social, Servidora Pública pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Especialista em Saúde Pública e Serviço Social no SócioJurídico (FAVENI), e Mestra em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso (PPGPS UFMT).

E-mail: [fermilomem@gmail.com](mailto:fermilomem@gmail.com)

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8152497404002194>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2521-6372>

<sup>2</sup> Doutora em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da UFRJ; Docente associada ao Departamento de Serviço Social, da graduação em Serviço Social e do mestrado em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso.

E-mail: [jan-cars@hotmail.com](mailto:jan-cars@hotmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5452610376459339>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4075-4080>

lias sobre os cuidados, sem a criação de equipamentos públicos intermediários e de alta complexidade, e o reconhecimento de cuidadores formais; do mesmo modo, o cuidado não é abordado em uma perspectiva coletiva, especialmente quando se trata das instâncias de controle social trazendo desafios para a implementação de uma política de cuidados.

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

## DEPENDENT OLD AGE AND HOME CARE REFLECTIONS ON THE BETTER AT HOME PROGRAM

**Abstract:** The demographic transition and the lengthening of old age have made it possible to organize the segment politically, ensuring and expanding their social rights through social policies and the Statute of the Elderly. Although there is recognition of the elderly in a broad normative and legal framework, it is late and incomplete, and a care policy has yet to be regulated. The aim of this article is to reflect on dependent old age and the home care services offered by the state through Brazilian health policy. This is an exploratory study with a qualitative approach, based on a bibliographical and documentary review. The results revealed that the Home Care services are not specific to the elderly; they fall short of the prerogatives indicated by the legislation and do not take into account the different needs of dependent old age; these services corroborate de-hospitalization and focus on making families responsible for care, without the creation of intermediate and high-complexity public facilities or the recognition of formal caregivers; likewise, care is not approached from a collective perspective, especially when it comes to social control bodies, posing challenges for the implementation of a care policy.

**Keywords:** Dependent old age; Care; Health policy; Better at Home Program.

## Introdução

Uma das transformações sociais mais importantes e sem precedentes na história da humanidade refere-se às mudanças sociodemográficas e ao prolongamento do tempo da velhice, as quais ocorrem de forma bastante diferenciada e segundo a realidade estrutural e cultural de cada país. Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu gradativamente e em um contexto socioeconômico favorável com a expansão de seus sistemas de proteção decorrente da experiência do Estado Social instalado pós-segunda guerra mundial. Tal modelo de provisão social, considerando as peculiaridades próprias de cada país, combinou acumulação e diminuição dos níveis de desigualdade social (BOSCHETTI, 2016).

No Brasil, a transição demográfica e o prolongamento do tempo da velhice estão ocorrendo de forma rápida e com um modelo de proteção social, até meados do século XX, pode ser tipificada como “sistema de bem-estar periférico” (PEREIRA, 2000, p. 125). Este modelo acanhado de proteção social não foi alterado, mesmo com a concepção de proteção social vislumbrada na Constituição de 1988, decorrente da crise do capital, de natureza estrutural que acarreta profundas alterações na ordem mundial a exemplo da financeirização da economia, transformações no mundo do trabalho e a redefinição do papel do Estado sob a égide neoliberal (BOSCHETTI, 2016).

A combinação dessas mudanças macroeconômica e culturais, associada às reconfigurações familiares e o prolongamento do tempo da velhice repercute no cuidado, gerando o que as autoras têm denominado de “crise do cuidado” ou “déficit do cuidado” na esfera

familiar e institucional (CAMARANO, 2015; FRASER, 2020). Assim, as velhices “diferenciadas e desiguais” (TEIXEIRA, 2009), de acesso aos bens e serviços públicos, condições de saúde e valor da aposentadoria, requerem uma ampla rede de serviços públicos para responder às suas demandas e necessidades.

Dentre as demandas da pessoa idosa, o cuidado prolongado e paliativo vem ganhando relevância por se constituir uma necessidade humana, mas também pela transição demográfica e epidemiológica (BARROS e LIRA, 2017). Nesse sentido os dados da pesquisa realizada pelo Ministério da saúde (2018), o país possuía, 30,1% de pessoas idosas com alguma dificuldade para a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs)<sup>3</sup>. Nesse grupo, 17,3% apresentavam muita dificuldade com as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e 6,8% dificuldades para realizar as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD).

É importante destacar que a incapacidade funcional pode gerar dependências variadas, as quais necessitam de serviços específicos de cuidados, equipamentos sociais e profissionais qualificados para auxiliar nas atividades diárias. Diante disso, exigem-se respostas no âmbito do Estado a fim de regulamentar uma Política de Cuidado, garantindo proteção social em diferentes níveis para atender

---

<sup>3</sup> Alinhada ao direcionamento da Organização Mundial da Saúde, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, definiu a condição de dependência como uma redução da capacidade funcional que um indivíduo passa a ter para realizar as AVDs. Isso se traduz em certas dificuldades para a realização das tarefas cotidianas, no domicílio ou fora dele, e atividades de autocuidado (BRASIL, 2018, p. 15). Nesse sentido, a velhice dependente remete à perda ou diminuição da autonomia para realização das AVDs, a qual tende a afetar a capacidade funcional para realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e/ou as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD).

as necessidades das pessoas idosas, cuidadores, familiares e trabalhadores em geral.

Tecer reflexões sobre a velhice dependente, cuidado e as respostas do Estado por meio do Atendimento no Domicílio na Política de Saúde, mais especificamente no âmbito do Programa Melhor em Casa (PMC), é o objetivo deste artigo, resultado de uma dissertação de mestrado<sup>4</sup>. Fundamentado em uma pesquisa exploratória com análise bibliográfica e documental, o artigo está dividido em duas partes, além da introdução e conclusão. Na primeira parte, discute-se a relação entre velhice dependente e cuidado, fornecendo a base para entender os cuidados com a velhice na Política de Saúde Brasileira. Na segunda parte, analisa-se a configuração da Atenção Domiciliar (AD), os cuidados voltados à velhice dependente e as possibilidades oferecidas ao público estudado a partir da política de saúde.

## 1 Velhice Dependente e Cuidado

O envelhecimento populacional e o prolongamento do tempo da velhice é um fenômeno crescente mundialmente, sendo determinado, predominantemente, pelo aumento da expectativa de vida das pessoas e pela redução das taxas de natalidade (ONU, 2003). Em revisão de dados e informações sobre o envelhecimento, Camarano (2014) aponta que:

---

<sup>4</sup> Dissertação intitulada *Programa Melhor em Casa e Velhice Dependente: Os cuidados no domicílio na cena contemporânea* / Nara Fernanda da Silva Moraes Milomem. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2022.

[...] a queda da mortalidade, conjugada às melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, bem como a universalização da seguridade social, maior acesso a serviços de saúde e outras mudanças tecnológicas levaram o idoso brasileiro a ter a sua expectativa de sobrevida aumentada [...] (CAMARANO, 2014).

Segundo a Organização das Nações Unidas (2022), o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, até 2050, aumentará em aproximadamente de 600 milhões a quase 2 bilhões. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2022) têm demonstrado o aumento da população idosa, que já chega a quase 33 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2022. Houve um crescimento do número de pessoas idosas em 57,4% em 12 anos, com o Índice de Envelhecimento (IE)<sup>5</sup> chegando a 55,2 em 2022, o que revela o franco envelhecimento da população brasileira e o crescente aumento na expectativa de vida (IBGE, 2022).

Diante de tais dados, entende-se que o envelhecimento populacional é uma realidade que traz várias questões no campo de estudo, dentre elas a necessidade de cuidados prolongados e paliativos, pois a velhice “expõe os indivíduos por um tempo maior a doenças crônico-degenerativas, o que resulta em um número crescente de pessoas sem autonomia e independência. Em outras palavras, espera-se um aumento na demanda por cuidados” (CAMARANO & KANSO, 2010, p. 95). No entanto, é importante não associar velhice à dependência, pois nem todas as pessoas idosas precisarão de cuidados.

---

<sup>5</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Índice de Envelhecimento (IE) é calculado pela razão entre o grupo de pessoas de 65 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos. Assim, quanto maior o valor do IE, mais envelhecida é a população (IBGE, 2022).

O cuidado, termo multifacetado, com diversas teorias e definições, ganhou destaque desde os anos 2000 na França e, mais recentemente, no Brasil, América Latina e América Central. Segundo Hirata (2010), o cuidado está associado ao conceito multidimensional de “*care*”, que se entrelaça com os conceitos de gênero e trabalho. Passos (2017), adotando uma perspectiva marxista, relaciona o cuidado ao trabalho como uma ação transformadora dos homens sobre a natureza e a si mesmos. Ele afirma que o cuidado resulta da cooperação entre indivíduos para perpetuar a espécie e reproduzir um determinado modo de produção e sua sociabilidade (PASSOS, 2018, p. 21).

Seguindo essa direção, temos o direito ao cuidado que se trata de um processo ainda em construção, cujo reconhecimento “depende de ações políticas comprometidas com a ampliação de direitos e com a garantia do caráter universal que deve presidi-los” (WIESE et al., 2017, p. 4-5). Nesse sentido, o cuidado passa a ser entendido como uma,

[...] responsabilidade socialmente produzida e inserida em contextos sociais e econômicos particulares compreendido tanto como trabalho, como relação interpessoal. Dessa forma o direito ao cuidado deve integrar mais um dos pilares da cidadania social o que significa assumi-lo de forma coletiva e não apenas quando a família está ausente. O cuidado como um direito universal deve ampliar as possibilidades de escolha de cada pessoa em relação às diferentes esferas (públicas e privadas) e possibilita a mudança na dinâmica do cuidado. Então, para a concretização do direito ao cuidado é fundamental garantir em diferentes etapas e circunstância da vida o direito a receber cuidados sem estar atrelado a lógica de mercado, renda, presença de redes ou de laços afetivos; garantir o direito de escolha por parte da família se o cuidado acontece ou não, nos limites do âmbito familiar não remunerado, para eleger alternativas de cuidado que não se restrinja às mulheres e; as condições de trabalho no setor de cuidado balizados pela valorização social e econômica pertinente a tarefa de cuidar (WIESE *et al.*, 2017, p. 10).

A partir dessas diferentes formas de se pensar o cuidado, o qual assume configurações diversas a depender da estrutura social no qual se realiza, constatou-se que a sociedade capitalista, fundamentada nas desigualdades, injustiças sociais e relações de poder, desfiguram e menosprezam essa atividade tão elementar aos seres humanos. Isto porque a forma de organização do trabalho sob esse modo de produção, pautado na divisão sexual do trabalho, na hierarquização dos sexos e na superexploração do trabalhador, reduziu a essência do cuidado às atividades reprodutivas, ao âmbito privado, não remunerado e como função predominantemente da mulher. O cuidado está inserido em uma visão limitada e se associa fortemente à questão de gênero, como atividade predominantemente feminina (HIRATA, 2010).

Outro aspecto refere-se à existência de diferentes necessidades e desafios no cuidar que dependem da fração da classe trabalhadora que se está inserido (KERGOAT, 2016). Assim, as experiências e as necessidades de cuidados serão diversas e com muitas particularidades a serem atendidas, inclusive no interior do segmento idoso que carrega uma enorme heterogeneidade, a qual precisa ser analisada a partir da interseccionalidade de classe social, gênero, etnia e raça.

Pensando nisso, um dos caminhos possíveis no campo das políticas públicas e do direito seria a criação de políticas de cuidados para a velhice dependente, oferecendo serviços integrados de saúde, assistência e cuidados de longa duração sob responsabilidade do Estado. Tais cuidados podendo ser associados à contratação de profissionais que recebem capacitação específica na atividade de cuidado mediante remuneração com vínculos contratuais (WIESE

*et al.*, 2017, p. 7) ou ampliação dos cuidados por instituições que dispõem de cuidadores profissionais. Tal característica alia-se a uma perspectiva mais coletiva, fazendo referência ao atendimento integral a pessoa idosa através dos Cuidados de Longa Duração (CLD) em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), Centros-dia, hospitais-dia, bem como o cuidado domiciliar formal, que são ofertados por profissionais especializados, do setor público ou privado (CAMARANO; MELLO, 2010).

## **2 Cuidados no domicílio e o Programa Melhor em Casa: respostas para a velhice dependente**

O atendimento domiciliar como extensão do hospital surgiu nos Estados Unidos por volta de 1947 a fim de acelerar a alta hospitalar adquirindo importância a partir da década de 1980. Da mesma forma, as mudanças epidemiológicas e as necessidades relativas à redução de custos dos cuidados hospitalares permitiram ampliar a exploração da atenção domiciliar também em outros países (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 181).

No Brasil, a primeira experiência descrita de Atendimento Domiciliar sistematizada na Política de Saúde foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Ele foi criado em 1949 pelo Ministério do Trabalho e incorporado ao extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no ano de 1967. Já na década de 1990, seguindo a tendência mundial, o país 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 hu-

manização 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. Destaca-se que após a Constituição Federal de 1988 e a chegada da Lei Orgânica do SUS, Lei 8.080/1990, não houve menção direta às pessoas idosas e aos cuidados, mas abriu-se caminho para que esse fosse incorporado na Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), ampliado com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Pacto Pela Vida (2006) e Atenção Domiciliar (2011).

Quanto ao tema do Atendimento Domiciliar e à Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essa ocorreu por meio da Lei 8.142 de 1990 e Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 sendo tratada como uma modalidade de cuidado inserida em um subsistema de saúde realizado por equipe multidisciplinar mediante indicação médica e concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 1990). Embora o cuidado domiciliar ser abordado em 1990, apenas em 2002, através da Lei 10.424, surge o marco legal da atenção domiciliar no SUS instituindo tais serviços na saúde pública<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> É importante esclarecer alguns termos relativos ao Cuidado no Domicílio que parecem sinônimos, mas não o são. São eles: Internação Domiciliar, Visita Domiciliar, Atendimento Domiciliar e Atenção Domiciliar. A Internação Domiciliar envolve a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais. A Visita Domiciliar é mais pontual e se dá no contato com profissionais que observam a realidade do paciente no domicílio e podem levar orientações. Já o Atendimento Domiciliar, uma modalidade um pouco mais ampla, envolve atividades diretamente no domicílio sem configurar o tratamento intensivo da internação domiciliar. De forma mais ampla a Atenção Domiciliar, além de envolver atividades profissionais da internação, da visita ou dos atendimentos, engloba práticas de políticas de saúde, saneamento, habitação e educação, dentre outras (LACERDA *et al.*, 2006, p. 93).

Com o aprimoramento do marco legal da Atenção Domiciliar (AD) e de outras normativas, identificou-se que os espaços de atenção domiciliar se expandiram no Brasil dando lugar a estratégias diferenciadas de cuidados através dos serviços de: Estratégia Saúde da Família (ESF); Atenção Domiciliar (AD); propostas de cuidados paliativos; residências terapêuticas; unidade de cuidados continuados, entre outras medidas implantadas de forma diferenciada (BRASIL, 2014, p. 44). Neste rol de previsões, muitas delas foram direcionadas aos cuidados em saúde com pessoas idosas dependentes com dificuldades para a realização das AVDs.

Já entre os anos de 2006 a 2011 inúmeros documentos foram elaborados a fim de estruturar melhor a AD no SUS e definir requisitos e critérios normativos para o seu funcionamento, embora ainda existissem lacunas sobre a regulamentação da AD em nível federal (BRASIL, 2012). A exemplo disso, em consulta ao portal do Ministério da Saúde observou-se que, entre os anos de 2011 e 2015, houve habilitação de estabelecimentos de saúde no PMC através da criação de 56 Portarias que contemplaram alguns municípios brasileiros com incentivo financeiro e implementação de equipes multiprofissionais. Desse total, 36 Portarias habilitaram equipes do PMC e 23 das delas desabilitaram serviços e equipes de profissionais. Crescia a implementação do programa junto com cortes de recursos financeiros e/ou desabilitação do PMC em determinados municípios sob justificativas como o não registro de dados em sistemas de informação (BRASIL, 2022).

Como resposta às indefinições na implantação do programa foi instituído, pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, o Programa Melhor em Casa (PMC), considerado um marco na

AD<sup>7</sup>. Posteriormente em 2016 a Atenção Domiciliar foi novamente reestruturada e redefinida – por meio da Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016). Nesse documento o programa passou a ser mais detalhado com ênfase nos cuidados e focado na capacidade funcional, saúde integral e linhas de cuidado às pessoas idosas, elencando a AD como uma modalidade de atenção “substitutiva ou complementar” ao cuidado hospitalar.

Mais recentemente, em 2024, o Programa Melhor em Casa recebeu alterações importantes através da Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Entre as principais alterações estão a reorganização das diretrizes para o cuidado domiciliar no SUS, a ampliação do financiamento para programas de atenção domiciliar, a inclusão de novos protocolos de atendimento multidisciplinar, e a implementação de sistemas mais integrados entre diferentes níveis de atenção à saúde. Além disso, a portaria reforça a humanização do atendimento e a importância da participação social na definição e avaliação das políticas de saúde<sup>8</sup>.

Presente em 977 municípios brasileiros com mais de 2.137 equipes multiprofissionais ativas. Os objetivos principais do pro-

---

<sup>7</sup> Nos anos posteriores a 2016, o Ministério da Saúde começou a publicar importantes documentos técnicos, os Cadernos de Atenção Domiciliar 1 (BRASIL, 2012) e 2 (BRASIL, 2013) para esclarecimentos sobre os cuidados no domicílio.

<sup>8</sup> Mudanças significativas foram observadas na nova Portaria do PMC entre elas, a Incorporação da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF): Esta medida visa avaliar a permanência e a alta de pacientes em reabilitação, garantindo um acompanhamento mais detalhado e personalizado; Fortalecimento da Multidisciplinaridade: destaca-se a necessidade de equipes multiprofissionais para o atendimento domiciliar com uma abordagem integrada e holística dos cuidados; Integração Intersetorial: Foram introduzidas diretrizes para uma maior articulação entre as políticas de saúde e outros setores, facilitando a coordenação de serviços e ações de saúde, entre outras (BRASIL, 2024).

grama incluem a redução da demanda por atendimento hospitalar, a diminuição do tempo de permanência dos pacientes internados, a humanização da atenção à saúde, e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2024).

É importante destacar que o SAD ou PMC não tem como público-alvo apenas as pessoas idosas que apresentam perdas funcionais e/ou dependência para a realização das atividades da vida diária. Porém, um dos dados encontrados refere que 26% dos atendimentos são destinados a pessoas idosas com mais de 80 anos (FRASÃO, 2021), os quais tendem a apresentar maiores limitações para realizar as AVDs, logo, potenciais demandantes de cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010).

O Programa Melhor em Casa é oferecido em três modalidades de Atendimento Domiciliar: AD1, AD2 e AD3 surgiu com a proposta de atender pacientes com problemas de saúde controlados e com menor intensidade de cuidados. A Atenção Primária em Saúde (APS) fica responsável pelo atendimento no domicílio (AD1). Casos mais complexos, que exigem cuidados além da capacidade da APS, são atendidos pelo PMC nas modalidades AD2 e AD3 (BRASIL, 2012)<sup>9</sup>.

Os serviços de AD realizam-se através do trabalho em equipe, pactuações com as famílias atendidas, planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados, atribuições das equipes profissionais no domicílio como auxílio e orientações aos fa-

---

<sup>9</sup> Nos perfis AD1 e AD2, atendidos pelo PMC, o Estado disponibiliza o atendimento especializado em saúde através de equipes de profissionais – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) – que realizam os cuidados nos domicílios por meio de assistência diária, semanal, mensal ou de acordo com a necessidade de cada paciente.

miliares. O Programa propõe, ainda, um planejamento e gestão do cuidado, o qual perpassa pela normativa a todo o momento. Suas fases são: diagnóstico, definição de metas, definições de responsabilidades e reavaliações.

Desde a reformulação do SAD, a questão das particularidades dos usuários e suas famílias se fazem presente. O próprio SAD pode ser considerado como fruto do reconhecimento das diferentes necessidades no interior do segmento idoso, como apontou a PNSPI (2006) quando deu visibilidade à questão da dependência funcional.

Porém, devido aos limites da própria política social no capitalismo, muitas necessidades sociais deixaram de ser consideradas como a situação da velhice da classe trabalhadora, velhice na área rural<sup>10</sup>, a falta de recursos das famílias, entre outros pontos que não ganham centralidade na discussão do cuidado, conforme constatado tanto na Portaria que regulamenta o PMC como nos Cadernos de Atenção Domiciliar e Orientações Técnicas da Linha de Cuidados.

Outro ponto que chama atenção nas normativas analisadas é a ausência de discussões sobre os aspectos sociais vivenciados pela velhice da classe trabalhadora nas suas condições de renda mínima, moradia inabitável ou precária, a precariedade na alimentação, ausência de recursos materiais, sociais e comunitários, entre outras expressões da questão social. Diferentemente das normativas internacionais, nas

---

<sup>10</sup> Depreende-se das análises que a velhice na área rural está “esquecida” nos documentos técnicos do PMC à medida que estes não apontam um direcionamento dos cuidados nem propostas que respondam demandas específicas desse segmento. Observa-se do mesmo modo que as normativas brasileiras não incluíram o debate realizado internacionalmente a exemplo das recomendações do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2003), no qual já estavam postas indicações sobre a temática.

quais há um reconhecimento da problemática. Nesse sentido, Teixeira (2017), aponta que esta realidade é mascarada pelas políticas públicas brasileiras que é, contraditoriamente, uma das principais formas de enfrentamento das desigualdades no envelhecer.

Outro aspecto é que o Serviço de Atenção Domiciliar reformulado após 2016 não problematiza os fatores determinantes que interferem no envelhecimento, os quais impedem um envelhecimento ativo, saudável e independente como pregam as políticas para a pessoa idosa. No PMC a temática é citada apenas quando se trata do direcionamento das ações de classificação da complexidade do cuidado em AD. Nesse ponto, o documento aponta que os determinantes e condicionantes da saúde, as desigualdades econômicas e sociais são colocadas como um desafio a ser enfrentado pelos profissionais em uma clara responsabilização desses quanto ao reconhecimento das necessidades das famílias e o enfrentamento dessas carências através de intervenções profissionais planejadas (BRASIL, 2012).

Nota-se ainda que a Saúde Pública no Brasil tem caminhado na direção da redução de leitos hospitalares direcionando os cuidados para outros pontos de atenção como para as Unidades Básicas de Saúde, domicílios, famílias e comunidades, em detrimento dos cuidados institucionais e/ou hospitalares. Levantamento feito pelo Projeto de Avaliação e Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), entre os anos de 2009-2017, apontou para a redução do número de hospitais e leitos por 1000 habitantes. Ainda segundo a pesquisa, o número de estabelecimentos e de leitos no país reduziu 3,7% em 2009 e 8,4% em 2017 (PROADESS, 2019). Trata-se de uma tendência crescente tendo como uma das estratégias o cuidado no domicílio.

Diante disto, depreende-se que o PMC é um dos instrumentos que tem favorecido a desospitalização e a redução de demanda por atendimento no âmbito hospitalar. O que se tem hoje em um panorama nacional é que o PMC já atendeu mais de 500 mil brasileiros nos últimos dez anos contabilizando uma redução de 75% nos custos com relação ao paciente que ocupa um leito (BRASIL, 2021).

Considerando todas as normativas analisadas, pode-se dizer que há uma abertura cada vez maior para o cuidado centrado nas instâncias privadas e mercantilizadas. Esta última atendendo aos que podem pagar pelos custos com a velhice dependente. Entre tais custos estão o importante consumo de energia elétrica, alimentação especializada, deslocamento do paciente, medicamentos, insumos, entre outros gastos que o cuidado exige, o que interfere na renda familiar e contribui para o empobrecimento das famílias cuidadoras.

Para Mioto e Dal Prá (2015), a incorporação das famílias e domicílios na gestão do cuidado em saúde, como parte de um movimento já instaurado na Política de Saúde, com base em recomendações internacionais, encontra abrigo na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e guias para o cuidado. Tais documentos dão ênfase à solidariedade junto ao cuidado, constituindo-se em um claro recuo do Estado nas ações de proteção social pública.

Nesse aspecto a Portaria 825/2016 explicita claramente a centralidade no papel do cuidador, função majoritariamente assumida por um familiar e do gênero feminino. Segundo Brasil (2016, p. 3) “A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identifica-

do(s)” em 84,5 % dos cuidadores familiares são do sexo feminino e 15,5 % de cuidadores do sexo masculino (CECCON *et al.*, 2021).

Trata-se da reprodução de uma lógica inserida no capital, na qual predomina, nos cuidados, a desigual divisão sexual do trabalho restando às mulheres o trabalho não-remunerado, informal, isolado e restrito ao espaço privado. A incorporação nestas atividades traz impacto direto sobre a vida das cuidadoras (PASSOS, 2018), que se vêem alijadas do trabalho formal e produtivo os quais permitem maiores ganhos salariais, garantias de seguro social e outros benefícios da Seguridade Social.

Nesse sentido, o Estado, através do PMC e da redefinição do Serviço de Atenção Domiciliar em 2016, tem apresentado como resposta apenas a supervisão, cuidados técnicos em saúde, orientação e a capacitação dos cuidadores. Este também não apresenta uma previsão de alternativas de cuidados e apoio financeiro às famílias, e os cuidados as pessoas idosas com limitações AVDs, em grande parte tem se baseado na orientação, acompanhamento, treinamento e capacitação para os cuidadores, bem como promoção do fortalecimento da rede de apoio formal ou informal.

Quanto ao apoio financeiro para os cuidados com as pessoas dependentes e suas famílias, o próprio programa em análise tem disponível recursos mínimos para a implementação dos cuidados no domicílio, o qual se dá através de um incentivo financeiro para o custeio das equipes. Segundo a Portaria 825/2016 do PMC o financiamento do SAD se dá por meio de um incentivo financeiro de custeio 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. Isto não exclui a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais (BRASIL, 2016).

Além da desresponsabilização do Estado em relação aos direitos sociais por meio do desfinanciamento das políticas públicas e da privatização dos serviços públicos, a administração e gestão dos recursos da Saúde Pública têm cedido aos interesses do capital nacional e internacional, subfinanciando as políticas e promovendo a privatização dos serviços públicos, além de repassar recursos para instituições privadas e parcerias público-privadas. Nesse sentido, é emblemático o Projeto de Emenda Constitucional – PEC 241/2016, o qual representa limites ao conjunto de conquistas da classe trabalhadora brasileira por meio da proposta de congelamento dos gastos públicos pelos próximos 20 anos<sup>11</sup>.

Dados do Portal Transparência (2022) demonstram parte do processo de desmonte das políticas sociais. Em análise dos números observou-se que, entre os anos de 2014 e 2021, houve uma redução significativa de investimentos em vários programas de governo, muitos deles da Política de Saúde. O PMC que em 2014, 2015 e 2016 contava com um crescimento dos investimentos de aproximadamente 214, 323 e 422 milhões, respectivamente, já em 2017 sofreu uma redução de investimentos passando a contar com apenas 398.000.000 milhões. Os dados após 2018 ainda não haviam sido publicados.

Ainda conforme o Portal Transparência (BRASIL, 2022), embora à época da criação do programa tenha existido maior aporte

---

<sup>11</sup> A PEC 241/2016, conhecida como a PEC do Teto de Gastos, propôs um limite para o aumento dos gastos públicos federais por 20 anos, corrigido apenas pela inflação. Seus impactos incluem a redução de investimentos em saúde, educação e outras áreas sociais, afetando negativamente a classe trabalhadora, que depende desses serviços públicos (BRASIL DE FATO, 2018).

financeiro, nos últimos anos cresceu o processo de desfinanciamento do PMC e demais políticas brasileiras. Diante disso e da fragilidade das respostas direcionadas aos cuidados com a velhice dependente e suas famílias, um apoio efetivo do Estado brasileiro amplo e sob diversas formas torna-se um grande desafio para o país, haja vista que o desfinanciamento da política inviabiliza a materialização do programa e a efetivação dos serviços de cuidados.

Atualmente, existe publicação nacional que explicita um Modelo de Cuidado integrado para a pessoa idosa (VERAS, 2016) a ser aplicado na realidade brasileira. Nesse modelo estão previstos serviços ofertados em ambulatórios especializados em saúde do idoso, como alternativas para um cuidado além da Atenção Domiciliar. Os serviços são executados através de: Hospital-Dia geriátrico; Atenção de curta e longa duração, Residência Assistida; Unidade de reabilitação, unidade de cuidado paliativo.

Esses serviços devem ser implementados por meio da intersetorialidade, conforme previsto nas Diretrizes e nos Manuais Técnicos da Atenção Domiciliar (2012). No entanto, a articulação entre políticas só avançou em 2018 com as Orientações Técnicas para a Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, a qual destacou que a rede de atendimento às pessoas idosas inclui, além da Saúde, outros setores.

Outro aspecto que se observa é que as normativas sobre cuidados no domicílio não destacam a importância do controle social e a inclusão de pautas de cuidados com a velhice dependente. Embora esse tema esteja presente na Política de Saúde desde a década de 1990, é pouco abordado nos Cadernos de AD 1 e 2 e na Portaria 825/2016. A participação popular e o controle

social também são negligenciados nos materiais técnicos sobre cuidados no domicílio.

Em 2018 a temática vai ganhar corpo nas Orientações Técnicas de Implementação da Linha de Cuidados as quais enfatizam a integralidade do cuidado à saúde da pessoa idosa, destacando a importância da sociedade civil organizada com referência na rede intersetorial<sup>12</sup>. Apesar da falta de ênfase no controle social na Atenção Domiciliar entre 2012 e 2016, a Portaria GM/MS Nº 3.005 de 2 de janeiro de 2024 destaca a participação social. Esse avanço permite que as ações sejam planejadas coletivamente, atendendo às necessidades das pessoas idosas com limitações funcionais e respeitando as particularidades dos territórios, promovendo o atendimento das demandas como um direito social.

### **3 Possibilidades para além da Saúde Pública**

As respostas do Estado brasileiro relativas à pessoa idosa, embora tenham tido considerável avanço com o advento da CF/1988 e leis posteriores, ainda apontam para um longo caminho quanto à efetivação das previsões legais. Como os direitos atendem aos interesses distintos, o que se vê na conjuntura atual é a utilização de instrumentos legais para destinar recursos públicos a prioridades que

---

<sup>12</sup> O documento propõe a articulação com Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde e outros, visando a participação cidadã das pessoas idosas na promoção e proteção de seus direitos e o envelhecimento saudável. Essas ações são consideradas essenciais para a implementação da linha de cuidado da pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tais ações foram compreendidas como necessárias para a implementação da linha de cuidado da pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde/RAS (BRASIL, 2018, p. 67).

não são sociais, favorecendo o subfinanciamento, a precarização e a mercantilização da política de saúde e dos cuidados. Se não há recursos suficientes para um serviço público, a atenção à saúde fica precarizada abrindo espaço e condições necessárias para a entrada do setor privado na prestação dos serviços.

Assim, considerando a realidade do PMC e os cuidados no domicílio prestado às pessoas idosas, constatou-se que cada vez mais tem se preparado o terreno para uma proteção social privada e mercantilizada, seja por meio da responsabilização dos indivíduos pela sua saúde, privatização dos cuidados e/ou venda dos serviços de cuidados. Quanto ao cuidado realizado no domicílio, eles também apontam para os desafios da complexa relação entre profissionais, família, público e contexto institucional.

Logo, aponta-se a necessidade de se pensar na criação de uma atividade que traga consigo a atenção às condições de objetividade e subjetividade das relações com vistas à superação das respostas do Estado brasileiro para o cuidado, as quais têm se expressado no “descuidar capitalista” (FALEIROS, 2013) e na negação da essência do cuidado, à medida que se menospreza as relações coletivas, assentando-se na individualidade, competitividade e desigualdade social (PASSOS, 2017). Apesar desses limites, possibilidades são vislumbradas.

Internacionalmente, um instrumento de classificação que inclui o modelo médico e social (CIF) torna-se um importante aliado na identificação e conhecimento da realidade da velhice que depende de cuidados. Já as normativas, ao abordarem a velhice em sua heterogeneidade em conjunto com o debate do envelhecimento ativo, participação social, independência e cuidadores de idosos também

podem ser utilizadas como referência para a implementação de medidas e ações governamentais de cuidados com a velhice de forma mais amplas e de acordo com as particularidades de cada sujeito e grupo social.

Constatou-se que no Brasil ampliou-se o debate acerca do cuidado com a pessoa idosa dependente na saúde pública, nas normativas analisadas de 2012 a 2018, com foco nas ações no domicílio e no tema da inter e intrasetorialidade, especialmente a partir da PNSPI. E ainda, o Ministério da Saúde (2018) propôs uma Rede de Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa com vários dispositivos intersetoriais para o cuidado.

Considerando isso, Veras (2016) defende que é preciso desenhar um modelo em que haja várias instâncias de cuidados anteriores ao hospital e que, com base na identificação do risco e na integralidade da atenção, sejam estabelecidos “percursos assistenciais” organizando o fluxo dos indivíduos de acordo com o seu grau de fragilidade ou incapacidade. É necessário ainda a articulação dos cuidados com os diversos serviços, programas e políticas públicas, financiamento e maior responsabilização do Estado, assim como a ampliação de pautas relativas aos cuidados com a velhice dependente nos espaços de controle social e participação popular.

As possibilidades não se esgotam nesses pontos podendo migrar para um cuidado que atenda às necessidades ontológicas do ser social como uma atividade coletiva, profissionalizada e remunerada, quando for o caso – existe a alternativa de recrutamento de cuidadores com financiamento público como modalidade possível de política pública (HIRATA, 2010), e que permita o direito a um envelhecimento digno com menos perdas funcionais.

Para Camarano e Mello (2010), é necessária uma ampliação da proteção social no Brasil adicionando os cuidados com as pessoas idosas com dificuldades para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária enquanto um novo pilar da Seguridade Social. Isto é, uma política específica direcionada à atenção aos idosos dependentes, diferente da que se tem hoje que abrigam as pessoas idosas pobres e sem apoio familiar. Trata-se de um novo risco social a ser assumido pelo Estado em conjunto com a sociedade que superem a lógica da filantropia e o do acolhimento institucional. Logo, o Estado deve assumir seu papel regulador, seja na ampliação das ações, seja na criação de normas capazes de responder à pessoa idosa com dependência funcional e suas famílias.

## **Considerações Finais**

A velhice dependente de cuidados tem sido mundialmente discutida e alvo de encaminhamentos distintos no campo da proteção social pública. No Brasil, país que vem enfrentando um rápido envelhecimento populacional desde a década de 1980, buscou-se expandir a proteção social pública para as pessoas idosas graças às lutas de movimentos sociais e organizações internacionais.

Em relação aos serviços de Cuidado, constatou-se que o arcabouço normativo reconhece a heterogeneidade na velhice. Porém, defendem a participação social, o envelhecimento ativo e a mudança do paradigma do ‘velho doente’ para a valorização da autonomia e da capacidade funcional nas atividades diárias. E ainda a abordagem dos fatores econômicos, sociais e culturais que impactam no processo do envelhecimento e a independência.

A falta de recursos adequados para o desenvolvimento dos serviços de cuidado também pode ser apontada como um dos desafios para a qualidade de programas, assim como a criação de uma Política de Cuidados.

Quanto ao Programa Melhor em Casa, as análises identificaram um planejamento sistemático das ações de cuidado, equipes multiprofissionais diversificadas e ações integradas às Redes de Atenção. Cita ainda uma linha de cuidados colaborativa entre diferentes setores das políticas, com ênfase na humanização da saúde, autonomia dos usuários, desinstitucionalização e compartilhamento do cuidado.

Quanto às ações do PMC, estas se concentram no cuidado domiciliar orientativo, sem prever pontos de apoio ou explicitar alternativas de cuidados como: descanso para cuidadores ou apoio financeiro às famílias; recrutamento de cuidadores profissionais treinados, Residências Inclusivas, Centros-Dia, Rede de Apoio Comunitários, entre outros.

Ainda através do PMC, o Estado reforça a desospitalização para reduzir custos, sem esclarecer como os recursos economizados serão reinvestidos nos cuidados no domicílio. As discussões sobre o controle social são frágeis sem enfatizar uma perspectiva mais coletiva. Trata-se de um programa impactado pelo contexto das políticas neoliberais, com características *familistas*, mercadológica e com fragilidade nas ações de apoio e suporte a famílias e cuidadores, devido aos poucos recursos que dispõe. São serviços cada vez mais precarizados, privatizados e desfinanciados, que colocam ao cuidado com a velhice dependente um cenário desafiador, agravado por questões estruturais e pela crescente desproteção social do Estado.

Contraditoriamente, com o aumento da longevidade e da tendência de crescimento da demanda por cuidados, exige-se cada vez mais políticas mais robustas, integradas, intersetoriais e inclusivas.

Apesar disso, novas possibilidades surgem no campo das normativas e orientações, como as orientações técnicas de 2018, que promovem uma abordagem multidimensional e dispositivos intersetoriais para a corresponsabilidade no cuidado, indo além da política de saúde e do cuidado pelas famílias. Do mesmo modo, atualizações importantes, como a Portaria GM/MS 3.005 de 2 de janeiro de 2024, preenchem lacunas ao enfatizar o controle social de forma mais consistente, a articulação intersetorial, a multidisciplinaridade, entre outros pontos. Esses documentos oferecem elementos valiosos para reivindicar uma política de cuidados específica para as pessoas idosas dependentes.

É fundamental ressaltar a relevância social e política da temática diante do acelerado processo de envelhecimento populacional nacional e local, que exige investigação científica e tratamento analítico contínuo e sistemático. Uma pesquisa com estreita relação com o Serviço Social, que além de responder a uma significativa demanda da profissão contribui ao esclarecer o que existe e o que se espera de uma política voltada para a velhice que depende de cuidados. Em uma perspectiva maior, busca-se uma nova sociabilidade, fortalecendo os direitos sociais e criando normas que atendam às reais necessidades dos idosos e suas famílias, promovendo um envelhecimento digno e protegido.

## Referências

BARROS, Janaina Carvalho; LIRA, Izabel Cristina Dias. **Velhice dependente e o serviço e cuidado no domicílio na política de assistência social**. Mais 60 – Estudos sobre Envelhecimento, São Paulo, v. 28, n. 68, set. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 01 out. 2003. Disponível em: [senado.leg.br](https://www.senado.leg.br) Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar no SUS: Resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_sus\\_resultados\\_laboratorio\\_inovacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf) Acesso em: 20 jan. 2022.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005\\_05\\_01\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html). Acesso em: 25 de jun. de 2024.

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: MS, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/li>

[nha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](#) Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html) Acesso em: 20 de set. de 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. Brasília: MS, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html) Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perguntas Atenção Domiciliar. **Legislação da Atenção Domiciliar**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/legislacao>. Acesso em: 02 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perguntas Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa inclui equipes de reabilitação e tem novas diretrizes para gestores**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/melhor-em-casa-inclui-equipes-de-reabilitacao-e-tem-novas-diretrizes-para-gestores>. Acesso em: Acesso em: 25 jun. 2024.

BRASIL DE FATO. PEC 241/2016: O que é e quais os seus impactos. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/10/24/pec-241-o-que-e-e-quais-seus-impactos>. Acesso em: 25 jun. 2024.

BOSCHETTI, Ivanete. O Sentido de Estado Social Capitalista. In: **Assistência Social e Trabalho no Capitalismo**. São Paulo, Cortez, 2016.

CECCON, Roger Flores *et al.* **Envelhecimento e dependência no Brasil: Características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **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 Presidência da República/IPEA. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 93- 122.

CAMARANO, Ana Amélia. *Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica.* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em; [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD\\_858.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf). Acesso em: 25 de jun. de 2024.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Desafios de cuidar em Serviço Social: Uma perspectiva crítica.** *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FEUERWERKER, Laura C. M; MERHY Emerson Elias. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde:** Desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Pan Americana de Salud Pública*, 2008. Disponível em: 04--ARTI--Feuserwerker--180-188 (scielosp.org). Acesso em: 20 mar. 2022.

FRASER, Nancy. **Contradições entre capital e cuidado.** In *Princípios: Revista de Filosofia*, Natal, v. 27, n. 53, maio - ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **Contradições entre capital e cuidado.** Tradução de José Ivan Rodrigues de Sousa Filho. *Revista de Filosofia*, Natal, v. 27, n. 53, mai./ago. 2020.

FRASÃO, Gustavo. **Ministério da Saúde inicia atividades de educação permanente para as equipes do Melhor em Casa.** Jan, 2022. 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 fev. 2022.

HIRATA, Helena. **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres.** In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata (orgs). São Paulo: SOF, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 25 jun. 2024.

KERGOAT, Daniele. **O cuidado e a imbricação das relações sociais.** In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (orgs.). *Gênero e Trabalho no Brasil e na França: Perspectivas intersetoriais.* São Paulo: Boitempo, 2016.

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* **Atenção à saúde no domicílio: Modalidades que fundamentam sua prática,** 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. **Serviços Sociais e responsabilização da família: Contradições da Política Social brasileira.** In: MIOTO, Regina Célia Tamasso (org.). *Família, direitos e cidadania: Contradições da Política Social.* São Paulo: Cortez, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002.** Tradução de Arlene Santos. Série Institucional em Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

PASSOS, Raquel Gouveia. **“Entre o assistir e o cuidar”:** Tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, n. 40, v.15, 2017.

PASSOS, Raquel Gouveia. **Teorias e Filosofias do cuidado:** Subsídios para o serviço social. Didática do Serviço Social. Campinas: Papel Social, 2018, v. 3.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas. Subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2000. Cap. VII – Políticas de necessidades no contexto brasileiro, p. 125-180.

PEREIRA, Potyara A. P. Concepções e propostas de política social: tendências e perspectivas. In: \_\_\_\_\_. **Política Social: temas & questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Programas de governo. **Programa específico Melhor em Casa.** Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/programas-de-governo/03-melhor-em-casa?ano=2014> Acesso em: 10 jun. 2022.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Revista Argumentum.** Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, jul./dez. 2009.

VERAS, Renato. Linha de cuidado para o idoso: Detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Gerontologia,** Rio de Janeiro, 2016.

WIESE, Michelly Laurita; DAL PRÁ, Keli Regina; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **O cuidado como direito social e como questão de política pública.** In: Seminário Internacional Fazendo Gênero (Anais Eletrônicos) Florianópolis, 2017.