



**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**

(Gênero, Família e Políticas Públicas)

**O suporte das políticas sociais para as famílias com cuidados domiciliares: um estudo a partir da legislação dos municípios catarinenses com serviços de atenção domiciliar<sup>1</sup>**

Jasmyne Ferreira Brito<sup>2</sup>  
Maria Luiza Ferreira de Oliveira<sup>3</sup>  
Melícia Isabel de Pinho<sup>4</sup>  
Keli Regina Dal Prá<sup>5</sup>  
Michelly Laurita Wiese<sup>6</sup>

**Resumo**

Analisa-se o suporte dos municípios com Programa Melhor em Casa, para famílias que necessitam de cuidados domiciliares em termos de serviços ou benefícios sociais. Trata-se de estudo documental, nas legislações que regulamentam os serviços e benefícios sociais nos 16 municípios de Santa Catarina com Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Os resultados demonstram que são incipientes os serviços de suporte, concentrando-se em iniciativas nas políticas de habitação, como reservas de vagas para idosos e pessoas com deficiência em projetos habitacionais; assistência social, por meio de serviço de família acolhedora para adultos; e na saúde a ausência de normatizações quanto ao SAD.

**Palavras-chave: Família; Políticas Sociais; Cuidados.**

**Abstract**

The support of municipalities with the Melhor em Casa Program is analyzed, for families that need home care in terms of services or social benefits. This is a documentary study, in the legislation that regulates the services and social benefits in the 16 municipalities of Santa Catarina with Home Care Services (SAD). The results show that support services are incipient, focusing on initiatives in housing policies, such as reservations of vacancies for the elderly and people with disabilities in housing projects; social assistance, through a welcoming family service for adults; and in health, the absence of regulations regarding SAD.

**Keywords: Family; Social Politics; Care.**

<sup>1</sup> Este estudo integra o projeto de pesquisa: “Família, Cuidado e Atenção Domiciliar (AD) no Programa Melhor em Casa em Santa Catarina no contexto da pandemia de covid-19”, financiado pela FAPESC edital n. 16/2020 Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS.

<sup>2</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: jasmyyb@gmail.com.

<sup>3</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: maluiza.ferreira1809@gmail.com.

<sup>4</sup> Graduanda em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista de Iniciação Científica, E-mail: melicia.pinho@hotmail.com.

<sup>5</sup> Assistente Social, Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Serviço Social, E-mail: keli.regina@ufsc.br.

<sup>6</sup> Assistente Social, Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Serviço Social, E-mail: michelly.wiese@ufsc.br.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo chama a atenção para a (des)estruturação das políticas sociais, por meio de seus serviços e benefícios, em oferecer suporte para as famílias que possuem pessoas em cuidados domiciliares, especialmente aquelas inseridas em Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em saúde.

O suporte do Estado para as famílias que cuidam de seus membros em casa tem se colocado fundamental, especialmente diante da crise do cuidado, caracterizada pelo desequilíbrio entre a demanda de cuidados, composta por pessoas dependentes devido à idade e ou enfermidades permanentes ou temporárias e a oferta de cuidados, proveniente das pessoas disponíveis para cuidar (ZALDIVAR; HARNÁNDEZ, 2018). Os países latino-americanos têm vivenciado mudanças demográficas com o aumento da expectativa de vida, aliado ao aumento das condições crônicas de saúde, que geram uma carga de doenças importante aos sistemas de saúde, além da diminuição da taxa de fecundidade e da maior inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Ao cenário de mudanças demográficas soma-se às mudanças epidemiológicas, que se caracterizam pela “evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas” (PRATA, 1992, p.168).

Aliado às mudanças demográficas e epidemiológicas tem-se ainda a crise sanitária, iniciada em 2020, com a pandemia do novo coronavírus (covid-19), que agudizou a histórica desigualdade social e econômica, a concentração de renda e a perda dos direitos sociais e humanos impactando a vida das famílias e sua relação com a proteção social (SANTOS; WIESE, 2021). Proteção social desmantelada pela direção neoliberal dos sucessivos governos brasileiros, mas que tomou contornos mais profundos a partir de 2016: i) com o golpe parlamentar que destituiu a Presidente Dilma Rousseff; ii) com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016 que congelou por 20 anos os gastos públicos com as políticas sociais e as contrarreformas trabalhista e previdenciária que impactam diretamente nas condições de vida e trabalho das famílias; e iii) a eleição de Jair Bolsonaro, que a partir de um governo ultraliberal tem empreendido um conjunto de ações marcadas pela *aporofobia*<sup>7</sup>, que penalizam sobretudo os mais pobres (COHN, 2020).

Esse conjunto de alterações na conformação da sociedade e nas suas condições de saúde/doença tem feito com que diversos países, dentre eles o Brasil, expandissem serviços “alternativos” à sobrecarga dos sistemas de saúde. Uma dessas alternativas, visando

---

<sup>7</sup> Termo definido pela filósofa Adela Cortina que dá nome ao medo, rejeição ou aversão aos pobres.



desonerar os sistemas de saúde do aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e do número de pessoas que necessitam de cuidados continuados, intensivos e custosos devido a alta complexidade envolvida, tem sido a expansão dos SAD.

O SAD é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, “substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (BRASIL, 2016, s/p). Trata-se de um serviço que presta assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) classificados na modalidade de Atenção Domiciliar (AD) 2 e ou 3. Sua regulamentação mais recente é dada pela Portaria n. 825/2016 que redefine a AD no âmbito do sistema público de saúde e cria o Programa Melhor em Casa.

Os critérios de elegibilidade para AD2, por exemplo, são:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016, s/p).

Já os critérios de elegibilidade para AD3 são todas as condições supramencionadas além da necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos complexos como: ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea, geralmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Ou seja, condições de saúde que envolvem cuidados complexos, contínuos e tecnicizados, na imensa maioria das vezes, realizado por uma cuidadora<sup>8</sup> familiar leiga, sem conhecimentos técnicos relacionados à área da saúde.

Mesmo o SAD sendo um suporte às famílias que cuidam em domicílio, a maior responsabilidade dos cuidados em saúde é da família do usuário inserido no serviço. O sustentáculo desse cuidado são as cuidadoras familiares e, em menor número, as cuidadoras contratadas, mas em qualquer situação será um/a familiar que assumirá a responsabilidade do cuidado no momento da admissão ao serviço.

Os objetivos do Programa Melhor em Casa refletem a centralidade na redução da demanda por atendimento hospitalar e do tempo de permanência de usuários internados em instituições hospitalares; na humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e na desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção em Saúde (RAS) (BRASIL, 2016). No entanto, não há referência direta

---

<sup>8</sup> Neste artigo far-se-á referência às cuidadoras (no feminino), pelo reconhecimento de que no interior das famílias a maioria das pessoas que exercem essa função são as mulheres.



sobre o compartilhamento de responsabilidades no cuidado em saúde, que passa a ser realizado no “conforto” do lar dos usuários, por meio do trabalho não pago das mulheres.

Assim, o que se busca demonstrar é a presença ou não de suporte das políticas sociais municipais, em termos de serviços e ou benefícios sociais, para as famílias que cuidam em domicílio. Suporte esse fundamental para a socialização dos custos desse cuidado, seja financeiro, físico e emocional, a partir da desresponsabilização do Estado, mas assumidos pelas famílias.

## **2 SERVIÇOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS DE SUPORTE PARA FAMÍLIAS QUE CUIDAM EM DOMICÍLIO: UM PANORAMA DOS MUNICÍPIOS CATARINENSES COM PROGRAMA MELHOR EM CASA**

A crescente complexidade dos cuidados domiciliares em saúde assumida pelas famílias inseridas no Programa Melhor em Casa, impulsionou o desenvolvimento do presente estudo a fim de identificar os suportes oferecidos pelas diferentes políticas sociais municipais.

Assim, trata-se de uma pesquisa documental, que compreendeu o uso de documentos de fonte primária de informação (FONTELLES et al., 2009), sendo leis, decretos e demais normativas que regulamentam serviços e benefícios sociais voltados para famílias cuidadoras nos 16 municípios de Santa Catarina com SAD: Araranguá; Biguaçu; Blumenau; Brusque; Canelinha; Capivari de Baixo; Chapecó; Criciúma; Gaspar; Jaguaruna; Jaraguá do Sul; Joinville; Lages; Maravilha; Palhoça; Xanxerê.

Como procedimento metodológico, levantou-se nas bases de dados municipais, informações sobre leis, decretos e demais normativas sobre serviços destinados às famílias que possuem membros que necessitam de cuidados domiciliares. Nos sites dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa foram pesquisados os seguintes termos: família acolhedora para adultos; acolhimento de adultos; cuidado domiciliar; atenção domiciliar; internação domiciliar; assistência domiciliar; melhor em casa; serviço de atenção domiciliar, benefícios cuidadores; pensões familiares; cuidado; auxílio financeiro; contribuição financeira; deficiência/deficientes e idosos.

A busca desses termos ocorreu na aba “Leis Municipais”, presente nos sites oficiais das prefeituras. Nesta aba, o internauta é redirecionado para sites que possuem uma base de dados, na qual é possível pesquisar sobre as leis. Nesta pesquisa acessou-se os sites das Câmaras Municipais de Vereadores, sites próprios das prefeituras e o site Leis Municipais (<https://leismunicipais.com.br/>). Porém, durante a pesquisa documental, percebeu-se que algumas das bases de dados não estão atualizadas.



Finalizada a busca dos termos nos referidos sites, identificou-se que, dos 16 municípios pesquisados, apenas em 11 foram encontrados algum serviço e ou benefício destinado ao suporte das famílias, conforme demonstrará a Tabela 1.

A exploração dos documentos, no momento de seleção das informações que iriam compor a tabela final das legislações, trouxe dois indicativos importantes:

i) Municípios concedendo, por meio de leis ordinárias, auxílios financeiros ou pensões para situações particulares/individuais - nestes casos, o motivo do benefício e seu valor individual foram variados. Essa situação foi encontrada em Araranguá, Biguaçu, Jaguaruna e Palhoça. No caso de Araranguá, pôde-se perceber que, em sua maioria, são pensões para pessoas com deficiência, cujas leis aprovadas datam até o ano 2001. Em Biguaçu, a maioria dos auxílios financeiros se destinou ao pagamento de gastos com medicamentos ou despesas médicas; alguns auxílios destinados para custeio de óculos de grau e um auxílio específico referente ao custeio de energia elétrica gasta pelo uso de aparelho de oxigênio. Tais benefícios são identificados até o ano de 2011. Já no município de Palhoça identificou-se o termo “pensão vitalícia”, destinada para indivíduos com deficiência ou doenças específicas, como Síndrome de Down (F-09), distúrbio neuro vegetativo, entre outras. Em Jaguaruna identificou-se o fornecimento de auxílio financeiro, medicamentos e gêneros alimentícios a pessoas carentes do município.

Os auxílios financeiros individuais identificados se localizaram até aproximadamente 2011, mesmo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) já tendo sido implementado. Com isso, é possível inferir que alguns dos municípios centraram esforços em repasses individuais, solicitados por alguns cidadãos, ao invés de elaborar serviços, programas e estratégias para atender a população em geral. As situações individuais encontradas poderiam, por exemplo, ser atendidas via serviços socioassistenciais previstos na tipificação do SUAS. É o caso do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, praticamente inexistente no processo de implantação da Proteção Social Básica, uma vez que os municípios não investiram esforços, nem foram apoiados pelos governos estaduais e federal, para organizar equipes de atendimento. E o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, voltado para o atendimento de famílias que tenham pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, limitações agravadas por violações de direitos como falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia (BRASIL, 2009).

ii) Auxílio financeiro destinado às instituições do terceiro setor (organizações não-governamentais e entidades filantrópicas) voltadas para o acolhimento de idosos em situação de vulnerabilidade social e grupos de convivência. As prefeituras disponibilizam auxílios



financeiros para manutenção dessas organizações, como compra de equipamentos ou reforma dos espaços. Em alguns casos os auxílios foram destinados para custear eventos e ações destinadas aos idosos e às famílias. Tais situações foram identificadas nos municípios de Araranguá, Biguaçu, Canelinha, Lages, Maravilha, Blumenau, Capivari de Baixo e Gaspar.

O repasse de recursos financeiros para o terceiro setor indica uma pré-disposição para o financiamento de entidades e organizações fora do âmbito público estatal. Isto pode ser justificado pela ausência ou insuficiência de serviços públicos universais, que levam o Estado a investir nessas instituições, para que realizem o serviço, que nem sempre são de qualidade ou em conformidade com as diretrizes da política pública (MIOTO, 2015).

Apresentados os primeiros achados da pesquisa documental, segue-se para a exposição dos dados coletados que indicam serviços e ou benefícios voltados a oferecer suporte para as famílias, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 - Legislações dos municípios catarinenses que possuem Programa Melhor em Casa relacionadas aos serviços e benefícios das políticas sociais de suporte para famílias com pessoas em cuidados domiciliares – 2022.

Município	Norma	Ano de vigência	Conteúdo/descrição
Araranguá	Lei n. 2424	2006	Dispõe sobre a reserva de habitações populares a idosos carentes.
	Lei n. 3276	2014	Dispõe sobre a Política Municipal de Assistência Social e dá outras providências.
	Anteprojeto de Lei n. 032	2021	Autoriza o Poder Executivo a criar o serviço de reabilitação para sequelas de COVID-19 em parceria com a UFSC (RE2SCCEU) no município, e dá outras providências.
Biguaçu	Lei n.1572	2001	Autorizo o chefe do Poder Executivo Municipal a conceder auxílio financeiro e dá outras providências.
Blumenau	Lei n. 8933	2020	Autoriza o Poder Executivo a firmar convênios com entidades privadas para atendimento de idosos a partir de 65 anos, no âmbito do município de Blumenau.
Capivari de baixo	Lei n. 1733	2015	Institui o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD - e autoriza o Poder Executivo Municipal a contratar temporariamente os respectivos profissionais pelo período do programa.
	Lei n. 2069	2021	Estabelece o agendamento telefônico de consultas médicas para pacientes idosos e/ou portadores de deficiência, previamente cadastrados nas unidades de saúde do município Capivari de Baixo.
Chapecó	Lei n. 7333	2019	Dispõe sobre o Serviço de Acolhimento Familiar no Município de Chapecó e dá outras providências.
Jaraguá do Sul	Lei n. 6870	2014	Institui o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, prestado pela Secretaria Municipal da Saúde do Município de Jaraguá do Sul, com base na Portaria nº 963 GM/MS, de 27 de maio de 2013, e disciplina a forma de participação dos servidores no programa.



Município	Norma	Ano de vigência	Conteúdo/descrição
			Continuação
Joinville	Lei n. 4698	2002	Dispõe sobre a criação do Programa de Internação Domiciliar -PID- no município de Joinville e outras providências.
Lages	Lei n. 4551	2021	Define e regula os Benefícios Eventuais no âmbito da Política Municipal de Assistência Social.
	Lei n. 3748	2011	Dispõe sobre a reserva de 5% das vagas das casas e/ou apartamentos populares dos conjuntos habitacionais construídos pelo município, inclusive do programa “Minha Casa Minha Vida”, aos deficientes, idosos e idosos, devendo estar localizadas no pavimento térreo, quando a edificação não possuir elevador.
	Lei n. 3653	2010	Dispõe sobre a distribuição gratuita e domiciliar de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação para idosos previamente cadastrados no Sistema Único de Saúde.
Maravilha	Lei n. 3539	2011	Dispõe sobre auxílio para idosos e pessoas portadoras de necessidades especiais e dá outras providências.
Palhoça	Decreto n. 1237	2011	Programa Minha Casa Minha Vida. Regulamenta os critérios para seleção dos beneficiários cadastrados, conforme Portaria nº 140/2010 do Ministério das Cidades e dá outras providências.
	Lei n. 2629	2007	Habitações populares. Dispõe sobre a reserva de habitações populares a idosos carentes.
Xanxerê	Lei n. 3847	2016	Institui no município de Xanxerê SC, o serviço de proteção especial social de alta complexidade, modalidade Família Acolhedora para idosos e adultos com deficiência, e dá outras providências.
	Lei n. 3260	2010	Institui o programa de acolhimento provisório denominado “Família Acolhedora” no município de Xanxerê, e dá outras providências.

Fonte: Elaboração das autoras com base na pesquisa documental (2022).

O material selecionado e sistematizado na Tabela 1, apresenta serviços voltados ao suporte das famílias em três políticas sociais: habitação, assistência social e saúde. Passa-se à análise das leis e decretos que dizem respeito a cada uma dessas políticas<sup>9</sup>.

#### Serviços relacionados a política de habitação

Segundo o art. 38 do Estatuto do Idoso “nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria (...)” (BRASIL, 2003, s/p) seguindo os seguintes critérios: reserva de 3% das unidades residenciais; implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; garantia de acessibilidade e critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de

<sup>9</sup> Devido ao limite do número de páginas para a elaboração do artigo, não foi possível incluir na lista de referências as leis apresentadas na Tabela 1.



aposentadoria e pensão. Assim, é necessária a criação de moradias sociais em locais com infraestrutura, como em regiões centrais dos municípios, facilitando o acesso aos serviços, promovendo o direito à cidade, que muitas vezes é um obstáculo para essas pessoas.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) também faz referência ao direito à moradia digna, especialmente nos art. 31, 32 e 33 onde a pessoa com deficiência ou seu responsável detém prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados, estabelecendo uma reserva de no mínimo 3% das unidades habitacionais. Em caso de edificação multifamiliar possui a garantia de acessibilidade nas áreas de uso comum e nas unidades habitacionais no piso térreo e de acessibilidade ou de adaptação razoável nos demais pisos; disponibilização de equipamentos urbanos comunitários acessíveis e a elaboração de projeto que permita a instalação de elevadores, competindo ao poder público a divulgação para os agentes interessados e beneficiários a política habitacional.

Desse modo, durante a pesquisa documental se observou que dos 11 municípios pesquisados, apenas três dispõem de leis e decretos voltadas para o serviço de habitação. Os municípios de Araranguá e Palhoça indicam a destinação de 5% das vagas de habitação para idosos carentes. Em Palhoça, o Decreto n. 1237/2011 institui a necessidade de critérios para a seleção das famílias que serão contempladas com unidades habitacionais do Programa Minha Casa Minha Vida.

Porém, chama a atenção o recorte de renda presente nas leis analisadas (idosos carentes), indicando seu caráter focalizado em detrimento da perspectiva de universalidade de direitos. O termo “carente” rotula o indivíduo e acopla sua condição de renda com sua identidade. Além disso, o termo acaba por rebaixar o usuário de indivíduo portador de direitos para alguém desprovido de algo que necessita de assistência (GIÚNICE et al., 2014).

O município de Lages acrescenta outros critérios além da disponibilidade de 5% das vagas para idosos. Ou seja, das casas e/ou apartamentos populares dos conjuntos habitacionais, serão beneficiadas também pessoas com deficiência e obesos. Define ainda a garantia da reserva em andares térreos para os casos cujo beneficiário ou seu dependente legal seja portador de deficiência seguindo as seguintes condições: deficiência irreversível ou que dificulte a capacidade de locomoção do indivíduo. As condições indicadas devem ser comprovadas através de atestado médico.

Nesses municípios segue-se a indicação da Lei n. 8842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, para a definição de idoso: “Considera-se idoso, (...) a pessoa maior de sessenta anos de idade” (BRASIL, 1994, s/p). Porém, Camarano e Pasinato (2004, p.5) trazem uma outra visão do conceito de “idoso”, envolvendo

(...) mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à



suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso. Idoso, em termos estritos, é aquele que tem 'muita' idade. A definição de 'muita' traz uma carga valorativa.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos e possui ainda uma desinformação sobre a saúde desse segmento e suas particularidades do envelhecimento para a saúde pública. Ocorreu também o aumento da expectativa média de vida no país, dado que precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos (OPAS, 2005).

Nesse cenário, a AD é vista como uma alternativa à internação hospitalar prolongada, onde as pessoas continuarão seus tratamentos, reabilitação, recuperação ou cuidados paliativos. Por isso, torna-se cada vez mais uma realidade a questão da adaptação dos domicílios que apresentam barreiras físicas, não permitindo ao idoso com comprometimento funcional ou a pessoa com deficiência, viver com autonomia ou que auxiliem as famílias cuidadoras no seu atendimento. Nesse contexto, a condição socioeconômica é fator limitante para a realização de tais mudanças no domicílio.

Assim, mesmo diante do envelhecimento populacional, programas habitacionais voltados para a população idosa são bastante escassos. O projeto Vila dos Idosos integra o programa Morar no Centro, sendo uma iniciativa da Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (COHAB). O plano de construir um conjunto habitacional exclusivo para idosos existe desde 1999, mas só em 2003 o terreno para a construção foi colocado à disposição para esse fim. O programa consiste em 145 unidades, possuindo 25% destas adaptadas a pessoas com deficiências físicas e outras unidades adaptáveis, caso necessário. O valor do aluguel é calculado em função da renda do beneficiário, variando entre 10% e 15% desta (SCHUSSEL, 2012).

No Brasil, o apoio provido pela família deverá enfrentar dificuldades crescentes como: a falta de políticas sociais de suporte aos cuidadores e a insuficiência da renda para realizar o cuidado e a sobrevivência da família. Portanto, "cuidar significa dedicar longos períodos de tempo ao paciente, somado ao desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos" (RAINBOW et al., 2004 apud DUARTE et al., 2017, p. 23). Diante disso, se torna urgente e necessária, a implementação de políticas públicas que visam também o cuidado com o cuidador.

#### Serviços relacionados a política de assistência social

Na pesquisa documental foram encontradas legislações referentes à Política de Assistência Social que estabelecem auxílios financeiros e benefícios às famílias e algumas entidades privadas de cuidado ao idoso e pessoas com deficiência em sete municípios: Araranguá, Biguaçu, Blumenau, Chapecó, Lages, Maravilha e Xanxerê. Não se identificou



registros significativos de benefícios que auxiliem diretamente às famílias com necessidade de cuidados.

As leis municipais seguem o que prevê a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e, portanto, cabe aos Estados desenvolver medidas que promovam os objetivos estabelecidos por essa lei, que atribui um dos benefícios sociais mais importantes: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que prevê salário mínimo para pessoas que não tem meio de provimento social e não possuem ajuda de familiares.

No município de Araranguá a lei n. 3276/2014, dispõe sobre a Política Municipal de Assistência Social, visando o enfrentamento da pobreza, promovendo condições mínimas sociais e a universalização dos direitos sociais. Em Biguaçu a lei n. 1572/2001 estabelece o auxílio de R\$100,00 para compra de medicamentos, para famílias carentes, as quais passarão por uma análise via Secretaria de Assistência Social. Em Maravilha, a lei n. 3539/2011 autoriza o município a abrigar, acolher e prestar auxílio para idosos e pessoas com deficiência física, que estejam expostas a situações de risco, para famílias que estejam cadastradas na Secretaria de Assistência Social. Em Blumenau, a lei n. 8.933/2020 autoriza o município a compra de vagas para idosos em entidades do terceiro setor como entidades filantrópicas, organizações não-governamentais e empresas particulares de repouso e cuidadores de idosos. A lei n. 4551/2021 de Lages prevê benefícios eventuais para famílias com dificuldade de enfrentamento às necessidades urgentes e de contingências sociais.

Já nos municípios de Chapecó e Xanxerê destaca-se a legislação que institui o Serviço de Família Acolhedora para Idosos e Adultos com Deficiência, um serviço vinculado à Proteção Social Especial de Alta Complexidade, ainda “não tipificado nacionalmente pela Política de Assistência Social e que os municípios não possuem a responsabilidade de implementá-lo” (SDS, 2022, s/p). Com a falta de tipificação não há previsão de cofinanciamento federal e estadual para esta modalidade de serviço até o momento.

Trata-se de um serviço que

É constituído por famílias que se cadastram voluntariamente para prestar cuidados a pessoas idosas em suas residências e recebem, em contrapartida, auxílio financeiro mensal repassado pelo poder público municipal. A família acolhedora tem como função responsabilizar-se pelos cuidados da pessoa idosa, sempre oferecendo assistência material, moral e social, promover a inclusão do acolhido na comunidade e atender todas as orientações da equipe técnica municipal (SDS, 2022, s/p).

A centralidade da proposta é prestar o cuidado para os idosos e pessoas com deficiência no caso das famílias de origem não poderem cuidar. Em um dos municípios, segundo pesquisa de campo, o próprio SAD realiza encaminhamentos de usuários sem cuidadores para este serviço socioassistencial. Compreende-se a importância de oferecer cuidados vinculados à convivência familiar, mas é possível inferir também que, de certa forma, a organização do serviço privatiza o cuidado para outras famílias em troca de uma remuneração mensal, desresponsabilizando o Estado de oferecer serviços públicos estatais



que fortaleçam a convivência com as famílias de origem. Questiona-se o investimento do Estado em propor serviços centrados na família, num reforço à perspectiva familista, e não em serviços que favorecem a permanência dos usuários com as famílias de origem. Porque não estruturar serviços de centros dia com atendimentos voltados à saúde e assistência social para idosos, pessoas com deficiência ou pessoas com dependência permanente que permitam as famílias trabalhar e cuidar? Porque o Estado não investe no financiamento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, já tipificado pelo SUAS e praticamente inexistente nas realidades municipais?

Sabe-se que a política de Assistência Social tem como objetivo o bem-estar social e a igualdade social. Os danos das injustiças sociais são mitigados pelos serviços dessa política, por isso é importante que os municípios façam valer os direitos dos cidadãos. Estas análises já foram observadas em estudos realizados a partir das dificuldades enfrentadas e da falta de suporte do Estado perante suas obrigações. Como aponta Miotto (2019, p.9): “A família, nas sociedades ocidentais contemporâneas, é vista como instância encarregada da proteção e provisão material e afetiva de seus membros”. O imaginário social está impregnado da “ideia que grupos familiares com configurações e modos de funcionamento distintos, muitas vezes, são considerados potencialmente produtores de *desajustes*”. Neste sentido, com as pesquisas realizadas nos municípios, pode-se inferir que as famílias estão sendo responsabilizadas pelo cuidado e bem-estar, assumindo os compromissos da política social, que deveriam estar na mão do Estado.

#### Serviços relacionados a política de saúde

Durante a pesquisa documental, foram encontradas leis sobre serviços voltados à política de saúde em cinco dos 11 municípios analisados. Em Capivari de Baixo, tem-se a lei n. 2069/2021, que garante aos idosos e deficientes agendarem suas consultas nas unidades de saúde por telefone. Esta lei se relaciona com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), que defendem o acesso desses segmentos populacionais aos serviços da área da saúde de forma dinâmica e especializada. A intencionalidade da lei é facilitar os agendamentos e otimizar o atendimento para estes segmentos, utilizando da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

Outro ponto observado foi a lei n. 3653/2010, do município de Lages, que aprova a entrega gratuita de medicamentos e materiais a idosos em seu domicílio. Este tipo de ação também está prevista no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003): “Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação” (BRASIL, 2003, s/p). Esta prática deve ser realizada em todo o país, se apresentando como um direito adquirido das pessoas idosas. O diferencial da lei aprovada



em Lages é a entrega domiciliar a ser realizada pelas equipes de Saúde da Família (eSF), especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Outro resultado da pesquisa foi a ausência de informação sobre os Programas Melhor em Casa. Dos 16 municípios pesquisados, apenas Jaraguá do Sul e Capivari de Baixo apresentaram legislações que indicassem a implantação do programa. No caso de Maravilha observou-se uma lei de 2016 que regulamentou sobre a contratação de um profissional médico para o programa, mas não foi possível encontrar a lei específica do programa.

Sobre a atenção domiciliar, identificou-se a lei n. 4698/2002, que implementa o Programa de Internação Domiciliar (PID) no município de Joinville, coordenado pela Secretaria de Saúde e financiado pelo Fundo Municipal de Saúde de Joinville. O programa objetiva humanizar os atendimentos, garantir a proximidade dos pacientes com suas famílias, evitar infecções hospitalares e liberar leitos. Os pacientes são encaminhados por médicos de hospitais e postos de saúde. A referida lei enfatiza que a responsabilidade do cuidado, na ausência da equipe do PID, é da família, sendo que a mesma deve assinar um termo de responsabilidade assumindo o cuidado. Além disso, o art. 12 da lei refere que: “Parágrafo único. A equipe deve treinar os familiares para que, com o tempo, assumam integralmente os cuidados com o paciente, reduzindo sua dependência dos serviços médicos” (JOINVILLE, 2002, s/p), o que mostra a intenção em transferir este paciente aos cuidados das famílias.

Por fim, destaca-se que a Câmara Municipal de Araranguá aprovou o anteprojeto de lei n. 032/2021 voltado ao atendimento de pacientes pós-covid-19, onde propõe uma parceria com o projeto Reabilitação Respiratória na COVID-19 (RE2SCUE), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Há previsão de criação de um local equipado para fisioterapia voltado para atendimento dos pacientes com sequelas de covid-19, porém, não foi encontrado indícios que o projeto esteja em vigor.

Em relação à covid-19, observou-se que pacientes com a doença apresentaram sequelas que variam de acordo com a dimensão do desenvolvimento da doença. Nos casos mais leves os pacientes apresentaram falta de ar, fadiga, diminuição da capacidade de realizar atividades diárias, entre outros sintomas. Já nos casos de internação na UTI, as sequelas foram mais severas, como lesão por pressão e perda de mobilidade. Em casos mais avançados é necessário a atuação de uma equipe multidisciplinar, com destaque para os fisioterapeutas (reabilitação motora e respiratória), principalmente nos casos em que passaram por procedimentos invasivos como a traqueostomia (SILVA et al., 2021). Vale destacar que os SAD têm assumido essa demanda, auxiliando na reabilitação dos pacientes.

O anteprojeto Lei n. 032/2021 foi a única iniciativa encontrada na pesquisa documental direcionada a oferecer suporte para pacientes com sequelas de covid-19. Incluiu-se a lei na pesquisa mesmo este serviço não se caracterizando diretamente como um suporte para as famílias e para os pacientes no domicílio, mas um serviço voltado à melhora clínica.



A partir dos serviços ou benefícios de saúde mapeados, é possível perceber a ausência de leis destinadas a dar um suporte direto às famílias, seja de forma monetária ou material. Na área da saúde, este apoio se baseia em medicamentos e atendimentos clínicos, e mesmo nesses casos, possui recorte de faixa etária ou segmento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa demonstrou a desestruturação das políticas sociais municipais no suporte às famílias que cuidam de seus membros no domicílio. São escassos os benefícios monetário e serviços integrais que possam ser acionados pelas famílias para as necessidades de cuidado. O que se observou foram previsões pouco concretizadas de moradias planejadas para o envelhecimento e graus de dependência em função de determinadas deficiências na política de habitação; benefícios socioassistenciais já estabelecidos pela política de assistência social com recorte de renda ou caracteristicamente familista como é o caso do serviço de família acolhedora para adultos e quase nenhuma previsão de serviços de saúde voltados às famílias que cuidam em casa, a não ser ações já previstas pela atenção primária em saúde.

Esses resultados indicam uma tendência histórica, na esfera das políticas sociais, para a responsabilização das famílias. No caso das leis que se referem à AD, a família é tratada como principal responsável pelo cuidado e bem estar dos seus membros. Os pacientes hospitalizados são transferidos do cuidado público para o cuidado familiar e a família deve aprender a prestar este cuidado, mesmo não possuindo conhecimento técnico para tal. Pode-se dizer que há uma privatização do cuidado para as famílias, por meio da AD, uma vez que são elas que arcam com novos custos desse cuidado, antes localizados no hospital, e se deparam com adoecimentos complexos cujos procedimentos até a desospitalização eram realizados e reivindicados por profissionais devidamente formados na área da saúde, como, por exemplo, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.

As questões supracitadas são discutidas por Mioto (2010), que aponta sobre como a inserção das famílias nos serviços públicos, seja pela via burocrática/administrativa ou pela sua participação direta, acaba por responsabilizar e sobrecarregar as famílias. Ressalta ainda, que muitas vezes essa integração família/serviço ocorre por uma deficiência dos serviços, que acaba por ser normalizada na crença de que é obrigação familiar realizar o cuidado. Essa perspectiva moraliza as famílias, caso a mesma não consiga realizar o cuidado, sendo taxada de “má família” ou “família desestruturada”, como se estivesse fugindo de suas “obrigações”.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n. 8842 de 04 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 21 mar. 2022.
- BRASIL. **Lei n. 10741 de 01 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%20C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Ancias.&text=Art.,a%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%20C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Ancias.&text=Art.,a%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 19 mar. 2022.
- BRASIL. **Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, DF, 2009. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.
- BRASIL. **Lei n. 13.146 de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 19 mar. 2022.
- BRASIL. **Portaria n. 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: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827). Acesso em: 25 mar. 2022.
- COHN, Amélia. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova**, São Paulo, 109, 2020, p.129-160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/Y3jzjrjsLPLS9QfRhnc3kvG/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** IPEA, 2004. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf). Acesso em: 24 de março de 2022
- DUARTE, Antônio et al. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais dos pacientes idosos das unidades de cuidados e assistência domiciliar do Algarve (PT). **SaBios: Rev. Saúde e Biol.**, v.11, n.3, 2017, p.12-26. Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios/article/view/1661/966>. Acesso em: 24 de março de 2022.
- FONTELLES, Mauro José; et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 23, n.3, 2009, p.01-08.
- GIÚDICE, Junia Zacour del *et al.* Vulnerabilidade social como critério utilizado na política de assistência estudantil: uma análise conceitual e empírica. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 17, n. 1, 2014, p. 27-45. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/20068/17064>. Acesso em: 25 mar. 2022.



MIOTO, Regina Célia Tamaso. Processos de Responsabilização das Famílias no Contexto dos Serviços Públicos: notas introdutórias. In: ENPESS, Rio de Janeiro, 2010. **Anais do 12º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Rio de Janeiro: Enpess, 2010. p.125-136.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, 2015, p.699-720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hZRJktHwkCWGdSN7TF9NVhR/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamaso, OLIVEIRA, Antonio Carlos. Família, cuidado e políticas públicas. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 43, 2019, p.9-22. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-io.br/media/OSQ\\_43\\_Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-io.br/media/OSQ_43_Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf). Acesso em: 25 mar. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento\\_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 23 mar. 2022.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 8, v. 2, 1992, p.168-175. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Wv9VnjDtQvh4SzYMHtwYzmH/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SANTOS, Rosemeire; WIESE, Michelly Laurita. SUS e proteção social: desafios postos às famílias frente à pandemia da COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, Tocantins, v.8, n.35, 2021, p.196-209. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5350>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SCHUSSEL, Zulma das Graças Lucena. Os idosos e a habitação. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, 2012, p.53-66. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13665/12674>. Acesso em: 24 de março de 2022

SDS. **Orientações técnicas**. Disponível em: <https://www.sds.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/protecao-social-especial/nota-tecnica>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SILVA, Lidia Cristina de Oliveira *et al.* Sequelas e Reabilitação Pós-Covid 19: Revisão de Literatura. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas do Oeste Baiano-Higia**, Bahia, v. 6, n. 1, p. 169-184, 2021. Disponível em: <http://noar.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/viewFile/637/571>. Acesso em: 24 mar. 2022.

ZALDIVAR, Laura Galeano; HERNÁNDEZ, Henry Colina. Reflexiones en torno al cuidado en Cuba. **Argum**, Vitória, v. 10, n.1, 2018, p.166-179. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18697/13187>. Acesso em: 21 jul. 2021.