

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO: UMA ESTRATÉGIA INTERSETORIAL FRENTE
AOS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO**

Por

Claudio Phillipe Fernandes de Castro

Belo Horizonte

2022

DISSERTAÇÃO

MSC – IRR

C. P. F. CASTRO

2022

CLAUDIO PHILLIPE FERNANDES DE CASTRO

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO: UMA ESTRATÉGIA INTERSETORIAL FRENTE
AOS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Área de concentração Envelhecimento e Saúde.

Orientação: Josélia Oliveira Araújo Firmo

Coorientação: Karla Cristina Giacomin
Janaína de Souza Aredes

Belo Horizonte

2021

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB 6 3740/00

C279p
2022

Castro, Cláudio Phillipe Fernandes de

Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento/ Cláudio Phillipe Fernandes de Castro. – Belo Horizonte, 2022

X, 79 f., il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 54-58

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de Concentração Envelhecimento e Saúde

1. Assistência Social para Idoso 2. Políticas de Saúde Pública
3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde I. Título. II.
Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla
Cristina (Coorientação) III. Aredes, Janaína de Souza
(Coorientação)

CDD – 22. ed. – 362.1

CLAUDIO PHILLIPE FERNANDES DE CASTRO

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO: UMA ESTRATÉGIA INTERSETORIAL FRENTE
AOS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - Área de Concentração Envelhecimento e Saúde.

Banca examinadora

Prof. Dr^a Josélia Oliveira Araújo Firmo (IRR/FIOCRUZ MINAS) Presidente

Prof. Dr^a Natália de Cássia Horta (PUC/MG) Titular

Prof. Dr^a Marcella Guimarães Assis (UFMG) Titular

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (IRR/FIOCRUZ MINAS) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 18/02/2022.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o resultado de um desafio muito grande. Poder concluí-la é sem dúvidas uma benção de Deus. Agradeço primeiramente a Ele por mais esta oportunidade que hoje se agrega em minha trajetória de vida.

Agradeço a minha orientadora, Dr. Josélia Oliveira Araújo Firmo, pela paciência, pelos conhecimentos transmitidos e por sempre me incentivar durante todo o caminho desta pós-graduação.

Agradeço as minhas coorientadoras, Dra. Karla Cristina Giacomini e Dra. Janaína de Souza Aredes, por me deixarem fazer parte deste projeto sobre o qual sou encantado. Hoje vejo o quanto podemos contribuir e crescer com o nosso método de fazer pesquisa. Sinto-me honrado em ter sido aluno de vocês.

Agradeço ao Instituto René Rachou, ao Medical Research Center (MRC) do Reino Unido e à Confederação de Fundações de Amparo à Pesquisa Brasileira (FAPEMIG e FUNCAP) por possibilitarem a realização do meu trabalho.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe, Aparecida, e a minha Madrinha, Alair. Obrigado por todo esforço feito para que eu chegasse nesta posição hoje. Eu não seria nada sem vocês.

Agradeço também aos meus eternos professores da época da residência e da graduação, em especial as professoras Regina Moura, Renata Magalhães, Paula Arantes e Lidiane de Souza. Obrigado por investirem e acreditarem tanto em mim. Cada fruto que colho hoje tem um pouquinho da contribuição de vocês.

RESUMO

No Brasil, a literatura tem apontado à precariedade de políticas públicas voltadas para o cuidado domiciliar de idosos frágeis. Como estratégia, a prefeitura de Belo Horizonte passou a ofertar o Programa Maior Cuidado (PMC), disponível para auxiliar a população idosa dependente ou semi-dependente do cuidador domiciliar. Entretanto, o PMC ainda não teve a sua efetividade avaliada e nem se conhece a percepção que os diferentes atores envolvidos têm sobre ele. O objetivo deste estudo foi analisar a execução do PMC no Município de Belo Horizonte a partir da percepção dos usuários (idosos e seus cuidadores familiares), cuidadores profissionais, referências técnicas e profissionais da assistência social e da saúde atuantes no Programa. Os dados apresentados integram um estudo maior de avaliação desenhado a partir de uma abordagem multimétodo. Para os propósitos desta dissertação foram utilizadas fontes empíricas vinculadas a dados qualitativos. Foram realizadas 11 entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado com idosos e seus cuidadores familiares, cuidadores e profissionais da saúde, no período de janeiro/2019 a março/2020, além de uma pesquisa documental referente aos dados e registros do PMC. A técnica de Análise de Conteúdo foi utilizada para abordagem dos dados, mediada pelo referencial teórico-metodológico da antropologia hermenêutica. As seguintes categorias surgiram como resultado dos relatos dos interlocutores do estudo: “PMC: Um programa necessário para o Cuidado ao Idoso”; “As implicações do PMC no cuidado: o ‘pouco’ que faz diferença”; “Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa”. Um primeiro artigo denominado “Programa Maior Cuidado como estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento: análise qualitativa” foi redigido com os resultados da análise. Os dados levantados no decorrer da investigação nos permitiram verificar que o PMC de fato cumpre seu papel de apoio aos idosos dependentes e semi-dependentes do município de Belo Horizonte. Todos os entrevistados reconheceram a sua relevância, mesmo diante dos desafios e problemas enfrentados. Como parte das Redes de Atenção, ele oferece mais uma possibilidade de cuidado humanizado e integral ao idoso e sua família, entretanto, sugere-se uma melhor gestão e acompanhamento dos idosos e profissionais que nele atuam. Espera-se que os gestores envolvidos no seu processo se apoderem das questões levantadas nesta pesquisa, e que os idosos sejam cada vez mais beneficiados com as ações propostas pelo PMC.

Palavras-chave: Saúde da Pessoa Idosa, Políticas de Saúde Pública, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the literature has pointed to the precariousness of public policies aimed at home care for frail elderly people. As a strategy, the city of Belo Horizonte started to offer the Programa Maior Cuidado (PMC), available to help the elderly population dependent or semi-dependent on the home caregiver. However, the effectiveness of the PMC has not yet been evaluated and the perception that the different actors involved have about it is not known. The aim of this study was to analyze the implementation of the PMC in the city of Belo Horizonte from the perception of users, professional caregivers, technical references and social assistance and health professionals working in the Program. The data presented are part of a larger evaluation study designed from a multi-method approach. For the purposes of this dissertation, empirical sources linked to qualitative data were used. Eleven interviews were conducted, guided by a semi-structured script, with elderly people and their families, caregivers and health professionals, from January/2019 to March/2020, in addition to a documentary research regarding data and records of the PMC. The Content Analysis technique was used to approach the data, mediated by the theoretical-methodological framework of hermeneutic anthropology. The following categories emerged as a result of the reports of the study's interlocutors: "The implications of the PMC in care: the little that makes a difference"; "Problems beyond the PMC: the limits of care". A first article called "Programa Maior Care as an intersectorial strategy facing the challenges of aging: qualitative analysis" was written with the results of the analysis. The data collected during the investigation allowed us to verify that the PMC actually fulfills its role of supporting dependent and semi-dependent elderly people in the city of Belo Horizonte. Both respondents recognized its relevance, despite the challenges and problems faced. As part of the Care Networks, it offers one more possibility of humanized and comprehensive care for the elderly and their families, however, better management and monitoring of the elderly and professionals who work in it are suggested. It is expected that the managers involved in its process take ownership of the issues raised in this research and that the elderly will increasingly benefit from the actions proposed by the PMC.

Keywords: Elderly Health, Public Health Policies, Evaluation of Health Programs and Projects.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos Bairros por regional na cidade de Belo Horizonte...	18
Figura 2	Percurso metodológico do estudo maior.....	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Instâncias, agentes e objetivos do PMC.....	17
Quadro 2	Tipologias de Grau de Dependência.....	20
Quadro 3	Configuração para a seleção dos entrevistados a partir da linha de cuidado a cada idoso do PMC Regional Venda Nova, 2019...	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIP – Aging in Place
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD – Atividade de Vida Diária
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
CRAS – Centros de Referência da Assistência Social
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD – Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipes Multidisciplinares de Apoio
ESF – Equipe de Saúde da Família
GGPSB – Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica
IHOB – Improving the effectiveness and Efficiency of Health and Social Care Services for Vulnerable Older Brazilians
ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos
MRC – Medical Research Council
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OSC – Organização da Sociedade Civil
PAI – Programa Acompanhante do Idoso
PAIF – Proteção e Atendimento Integral as Famílias
PBH- Prefeitura de Belo Horizonte
PE – Prontuário Eletrônico
PMC – Programa Maior Cuidado
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSB – Proteção Social Básica
RAS – Redes de Atenção a Saúde
RT – Referência Técnica
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar
SIAHSUS – Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SMASAC – Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde ABVD

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TED – Transferência Evitável do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Políticas públicas de atenção domiciliar ao idoso no Brasil	14
3.2 PMC: uma estratégia de ação intersetorial	15
3.3 Objetivos e operacionalização do PMC	19
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Delineamento da pesquisa	23
4.3 Coleta de dados	27
4.4 Análise dos dados	27
4.4.1 Pré-análise	27
4.4.2 Exploração do material	28
4.4.3 Tratamento dos resultados	29
4.5 Aspectos éticos	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 Artigo 1	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICES.....	59
Apêndice A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	59
ANEXOS	61
Anexo I.....	61
Anexo II.....	69
Anexo III.....	75
Anexo IV	79

1. INTRODUÇÃO

Ao pensarmos em estratégias de cuidado, nos perguntamos: o que de fato é o cuidado? Conceito polissêmico, o cuidado pode assumir diversos significados no decorrer do tempo e da história, de acordo com contextos socioculturais. Etimologicamente, a palavra *cuidado* é originária da expressão latina *cogitatus*, que significa algo premeditado, pensado e refletido (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). Há quem o defina como um trabalho material, um serviço de apoio ou assistência, que pode ser remunerado ou não, algo que envolva questões de gênero, raça, divisão entre pessoas provedoras e receptoras, dentre outras concepções (HIRATA, 2020).

Diante das diversas possibilidades, o cuidado com a pessoa idosa, em especial, exige certas particularidades. Envelhecer, mesmo que de maneira saudável, envolve mudanças que podem gerar necessidades de cuidados, sem contar que quanto mais doenças crônicas, mais fragilidades, maiores demandas de saúde e menos recursos disponíveis (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Tais condições estão atreladas aos desafios que a longevidade traz consigo.

Estima-se que no ano 2050 cerca de 20% da população mundial será composta por pessoas acima dos 65 anos, o que irá incluir, aproximadamente, 2,2 milhões de centenários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). Este aumento implicará em desafios diversos para o poder público e a comunidade, especialmente no que se refere a demandas por novas políticas públicas, como aquelas vinculadas à atenção domiciliar, por exemplo, (MARQUES; BULGARELLI, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2019).

A estrutura familiar tem um papel fundamental no processo de envelhecimento. Mesmo que a pessoa idosa seja independente para realizar suas atividades de vida diária (AVD), o conforto estabelecido pela presença de próximos pode refletir em bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida (AZEVEDO; MODESTO, 2016). A oferta de condições para provimento de cuidados e proteção aos idosos favorece a permanência destes por maior tempo possível em seu próprio domicílio, evitando hospitalizações e institucionalizações que afetam diretamente suas vidas (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

No Brasil, a literatura sobre o tema tem apontado a precariedade de políticas públicas e o fato de que a responsabilidade para com o cuidado à pessoa idosa tem recaído consideravelmente sobre as famílias (DEBERT; OLIVEIRA, 2015; KOBAYASI *et al.*, 2019). A família tem desempenhado a função de principal cuidadora dos seus membros idosos frágeis, e esse papel provém, principalmente, de atividades não remuneradas. O provedor de cuidados pode sofrer diversos desgastes emocionais e físicos, principalmente quando esta demanda ocorre sem a devida orientação e suporte (CAMARANO, 2020).

A prefeitura de Belo Horizonte passou a ofertar desde 2011 o Programa Maior Cuidado (PMC). Trata-se de uma iniciativa intersetorial que oferece apoio ao cuidado domiciliar a idosos dependentes ou semi-dependentes e que vivem em condições de alta vulnerabilidade clínica e social. O PMC apareceu como uma iniciativa para apoiar famílias vulneráveis no cuidado ao idoso em seu próprio lar (SARTINI; CORREIA, 2012).

Embora exista há uma década, o PMC ainda é pouco explorado no meio científico, e ainda não se conhece a percepção que os diferentes atores envolvidos têm sobre ele. Diante desta necessidade, esta pesquisa integra um projeto inédito, que propõe estratégias que contribuam para a melhoria de um problema social relevante: a demanda por cuidados continuados, enfrentado em diferentes realidades no Brasil e no mundo. Assim, compreender as percepções dos usuários e profissionais contribui para o desenvolvimento de ações que conduzirão à melhoria do serviço de saúde prestado por meio do PMC à população idosa do município de Belo Horizonte, além de fornecer material e conteúdo para subsidiar outros estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi analisar a execução do PMC no Município de Belo Horizonte a partir da percepção dos usuários (idosos e seus familiares responsáveis pelo cuidado), cuidadores profissionais e profissionais da assistência social e da saúde atuantes no Programa.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer os principais elementos facilitadores e dificultadores para a execução do PMC identificados pelos usuários e profissionais que nele atuam;
- Analisar as perspectivas dos envolvidos acerca do papel que ocupam dentro do Programa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas públicas de atenção domiciliar ao idoso no Brasil

Em termos legais, a Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso são as principais ferramentas jurídicas que norteiam, regulam e garantem proteção e assistência social e de saúde para a população idosa (MARTINS *et al.*, 2007).

A PNSPI ressalta que é indispensável oferecer cuidados sistematizados e adequados ao idoso dependente ou independente, destacando a necessidade de ofertar atenção integral e integrada à saúde, seja em seus lares ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BRASIL, 2006). Entretanto, alguns fatores como a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVD) predisõem à institucionalização (LINI, PORTELA, DORING, 2016), o que para a PNSPI deveria ser a última opção para o idoso e não a primeira.

A PNI e o Estatuto do Idoso reiteram a preferência pela oferta de cuidados no âmbito do domicílio da pessoa idosa. Nesse sentido, a atenção domiciliar é considerada uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ações de prevenção, tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio (BRASIL, 2016). Desde 2011, ela integra a Rede de Urgência e Emergência (RUE) sob o título 'Programa Melhor em Casa'. Os atendimentos são desenvolvidos por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e compostos por Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). A maioria dos usuários destes sistemas é composta por pessoas idosas que vivem em realidades que demandam ações de intervenção do serviço social, e até mesmo da justiça, para proteger seus direitos humanos básicos (POZZOLI; CECILIO, 2017). Em Belo Horizonte, essa rede de proteção se faz em grande parte sob corresponsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS *et al.*, 2013).

Por sua vez, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) assegura que qualquer cidadão brasileiro tem direito aos benefícios, serviços, programas e projetos Socioassistenciais sem qualquer caráter contributivo, o que, em tese, permitiria eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social do cidadão, inclusive do idoso. A PNAS preconiza prevenir ou minimizar os efeitos de

vulnerabilidades e riscos sociais por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, através do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A visão de proteção social integra o conhecimento sobre estas vulnerabilidades e sobre os riscos sociais aos quais os idosos e suas famílias estão sujeitos, assim como com quais recursos podem contar para enfrentar tais situações com o menor dano pessoal e social possível (BRASIL, 2004).

Contudo, a PNAS está direcionada para a formação de grupos de convivência, o que é insuficiente para suprir demanda de atendimentos e para o apoio a famílias com idosos frágeis (TORRES *et al.*, 2020). Portanto, cabe aos gestores municipais de toda política pública de atendimento às necessidades de os idosos planejarem e executarem ações para além de eventos semanais ou mensais de socialização, desenvolvendo estratégias que auxiliem as famílias no cuidado domiciliar (ZEN *et al.*, 2018).

3.2 PMC: uma estratégia de ação intersetorial

O PMC se caracteriza por uma iniciativa cujo objetivo basilar é apoiar as famílias vulneráveis com idosos dependentes ou semi-dependentes restritos ao âmbito municipal de Belo Horizonte. Apesar de inovador, não se trata do único programa brasileiro que presta este tipo de assistência. Vale citar que, no estado de São Paulo, existe o Programa Acompanhante do Idoso (PAI) (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014). O PAI, assim como o PMC, é uma iniciativa de prestação de cuidados domiciliares a idosos em situação de fragilidade. Entretanto, seu formato diferencia-se do PMC: além de disponibilizar o acompanhante (cuidador) para auxiliar o idoso, o PAI dispõe também de ações de cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar alocada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A equipe do PAI é composta por um coordenador, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e dez acompanhantes de idosos (ANDRADE *et al.*, 2020; BATISTA *et al.*, 2014).

OPMC foi implantado em março de 2011 pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e possui características interssetoriais importantes, uma vez que a sua organização se dá pela cogestão entre as secretarias municipais de Saúde e Assistência Social, permanecendo vinculado ao órgão equivalente à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) no nível da Proteção Social Básica (PSB) (AREDES *et al.*, 2021).

Vale destacar que a PSB foi construída a partir de princípios, como a aquisição e/ou o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, para que se possa realizar a prevenção de situações que coloquem em risco o bem-estar biopsicossocial dos idosos e das pessoas com deficiência (BRASIL, 2017).

As ofertas da PSB, incluindo o PMC, são organizadas por meio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que é uma unidade pública estatal descentralizada, de base territorial e gestão municipal, com duas funções principais: gestão territorial da Rede Socioassistencial local e a execução do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF). O PAIF tem como propósito fortalecer o papel das famílias, de maneira que sejam protagonistas sociais e capazes de responder pelas atribuições de sustento, guarda e educação de suas crianças, adolescentes e jovens, bem como garantir a proteção aos seus membros em situação de dependência, como idosos e pessoas com deficiência (BRASIL, 2017). Atualmente, o PMC é regido por uma portaria conjunta¹, publicada em 2019.

O PMC é executado nos CRAS com a cogestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), e ofertado de forma complementar ao trabalho social com as famílias, desenvolvido pelo PAIF. No quadro 1 estão apresentadas as diferentes instâncias, agentes e objetivos do PMC.

¹É o primeiro documento de formalização institucional do PMC. A portaria estabelece os princípios e diretrizes para a gestão e a operacionalização do Programa no âmbito das Secretarias de Assistência Social e Saúde. Essa formalização foi discutida juntamente com técnicos e gestores em oficina intersetorial, com participação ativa da equipe de pesquisa do estudo maior de avaliação do PMC. Maiores detalhes sobre o estudo maior podem ser visualizados na Seção 4 – Metodologia.

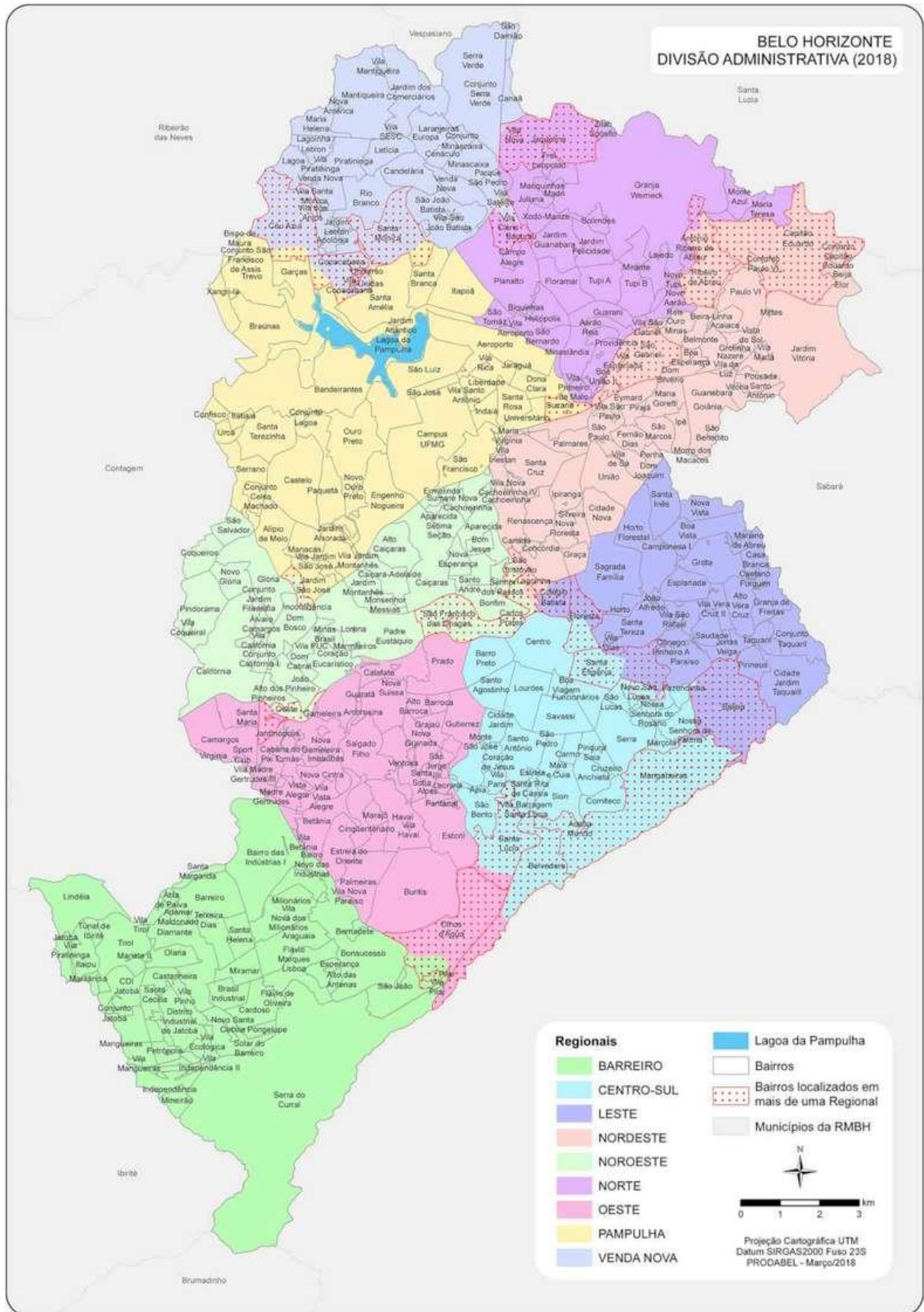
Quadro 1 – Instâncias, agentes e objetivos do PMC

	Nível Local de Execução do PMC	
Nível Central de cogestão do PMC	Agente	Objetivo
Secretaria Municipal de Saúde	Centro de Saúde (CS)	Identificar e acompanhar idosos com critérios de inclusão no PMC
Secretaria Municipal de Assistência Social	Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)	Fortalecer a função de proteção da família e contribuir para a melhoria da qualidade de vida em territórios com altos níveis de vulnerabilidade e risco social.
	Organização da Sociedade Civil (OSC)	Seleção, contratação, treinamento e qualificação de cuidadores; Prestação de contas do recurso financeiro para o município; Garantia do padrão de qualidade das ações previstas na parceria.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A cidade de Belo Horizonte possui a extensão de 332 km² com 487 bairros divididos em nove regionais - Norte, Nordeste, Leste, Noroeste, Centro-Sul, Venda Nova, Oeste, Pampulha e Barreiro (Figura 1). A Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) conta com 152 Centros de Saúde e 589 Equipes de Saúde da Família (ESF) registradas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2020). A cidade consta ainda com 34 unidades de CRAS e cada uma delas referencia em média cinco mil famílias e atende no mínimo mil famílias por ano. Em relação à distribuição dos serviços e à regionalização, o PMC abrange as nove regionais do município e atende a população de 62 Centros de Saúde circunscrita aos territórios dos CRAS. Cada CRAS tem um número de cuidadores, segundo a demanda de idosos no território. Atualmente o PMC atende a 633 famílias e seus respectivos idosos (GLOBAL PLATFORM, 2020).

Figura 1 – Distribuição dos Bairros por regional na cidade de Belo Horizonte



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

A forma de execução do PMC é indireta, por meio de convênio da PBH com uma entidade da rede Socioassistencial - Organização da Sociedade Civil (OSC). Quanto à participação da OSC, cabe a ela a execução do Programa nos territórios, em especial, a seleção e contratação dos cuidadores sociais. Cada CRAS possui um Técnico de Referência (RT) responsável pelo PMC cujas principais atribuições referem-se a: ações administrativas e de gestão, inserção dos idosos no Programa, apresentação dos cuidadores às famílias para início dos atendimentos, organização de agenda de trabalho dos cuidadores, realização de reuniões mensais para acompanhamento dos casos e monitoramento mensal do Programa (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

3.3 Objetivos e operacionalização do PMC

Os principais objetivos do PMC são a prevenção da situação de risco que leve ao rompimento de vínculos familiares e sociais; prevenção da exclusão, do isolamento e da institucionalização; o fortalecimento da função protetiva da família; a garantia de direitos; a inclusão social; o desenvolvimento e a manutenção da autonomia do idoso e a melhoria da qualidade de vida do idoso e da família (SARTINI; CORREIA, 2012).

Os idosos são identificados a partir do acompanhamento de famílias realizado pelas equipes do PAIF (nível local: CRAS), bem como pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (nível local: Centros de Saúde). As formas de acesso dos idosos ao Programa ocorrem por meio de critérios de inclusão pré-determinados (AREDES *et al.*, 2021), são eles: ter idade de 60 anos ou mais; residir em território de abrangência do CRAS; ser cadastrado em Centro de Saúde adscrito às áreas dos CRAS; estar semi-dependente ou dependente para o autocuidado; estarem situação de vulnerabilidade clínica e social; estar inserido nos critérios de renda - renda familiar mensal até 3 salários mínimos ou *percapita* de meio salário mínimo; ter pontuação ≥ 60 pontos na Avaliação Clínica Funcional (ANEXO II) - instrumento composto por avaliação clínico-funcional realizada pelo Centro de Saúde local ou equipe do NASF; passar por avaliação econômica e social realizada pela equipe técnica do CRAS; estar de acordo e ter assinado o "Termo de Consentimento" (ANEXO III).

Embora o foco do Programa seja a oferta de cuidado domiciliar a idosos, seu instrumental para a categorização da demanda por cuidados baseia-se nas normas de funcionamento para Instituições de Longa Permanência para Idosos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme disposto na Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021, (BRASIL, 2021) (Quadro 1).

Quadro 2. Tipologias de Grau de Dependência

Tipo 1: Semi-dependentes	Tipo 2: Semi-dependentes	Tipo 3: Dependente
Com quadro estável, com insuficiência familiar, sem comprometimento cognitivo, dependente para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária (alimentação, mobilidade, higiene, vestir).	Com quadro crônico, com insuficiência familiar, sem comprometimento cognitivo, dependente para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária.	Com quadro crônico, com insuficiência familiar, com comprometimento cognitivo, dependente para realização de todas atividades de autocuidado para a vida diária.

Fonte: Grau de dependência conforme a RDC nº 502. 2021.

Para a inclusão de idosos no Programa, primeiramente, o CRAS e o Centro de Saúde devem preencher o Instrumento de Pontuação (ANEXO II) para idosos dependentes e semi-dependentes. Trata-se de um documento pactuado, quando da implantação do Programa, entre as Secretarias Municipais de Políticas Sociais, de Saúde e de Assistência Social, utilizado pelos CRAS e Centros de Saúde para a classificação dos idosos elegíveis para inclusão no Programa (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

A avaliação clínico-funcional é de responsabilidade do Centro de Saúde, enquanto a avaliação de vulnerabilidade, riscos sociais e fatores econômicos, cabem ao CRAS. O idoso deve alcançar, no mínimo, 60 pontos. Após o preenchimento do Instrumento de Pontuação e estando o idoso dentro dos critérios, o CRAS apresentará o Termo de Consentimento à família/idoso. Neste documento constam o papel da família, as atribuições do cuidador e as condições para a permanência no Programa (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

Após a inclusão do idoso no Programa, os cuidadores passam a atendê-los em dias e horários definidos por equipe multidisciplinar, nos eixos Saúde e Assistência Social. Quanto à definição da densidade do cuidado e do tempo destinado para cada idoso, em número de horas por dia e número de dias por semana, eles variam de acordo com a complexidade do caso e a classificação do grau de dependência funcional (AREDES *et al.*, 2021). O cuidador deverá seguir o Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do Programa Maior Cuidado² e cumprir integralmente a jornada de trabalho de 8 horas diárias, compreendida entre 08 e 17 horas. A liberação do profissional, em qualquer situação, somente acontecerá por autorização da OSC parceira, entidade responsável pela contratação dos cuidadores sócias e pela organização do Programa.

A família recebe orientações do CRAS sobre as diretrizes do trabalho, sobre o que é de responsabilidade dos familiares e quais são as atribuições do cuidador (ANEXO I). Estando todos de acordo, o Termo de Consentimento (ANEXO III) é assinado e iniciam-se os atendimentos. O prazo de permanência do idoso no PMC é de um ano (a partir da data de inclusão), com possibilidade de prorrogação de acordo com avaliação técnica (ANEXO I). Além disso, o idoso pode ser desligado do Programa, sendo as principais causas:

- Óbito;
- Mudança de território (especialmente área de cobertura de um Centro de Saúde);
- Solicitação de desligamento por parte da família ou do próprio idoso;
- Acolhimento institucional do idoso (transferência para ILPI);
- Situação de risco que inviabiliza a presença do cuidador no domicílio (risco para integridade física).

A rotina de cuidado para os profissionais contratados inclui diversas ações, dentre elas: atividades de higiene pessoal com o idoso; ajuda com alimentação, medicação,

²No ano de 2013, a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social – SMAAS elaborou junto com os cuidadores, o Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do Programa Maior Cuidado que dispõe sobre a conduta do Cuidador Social. O documento foi publicado na Portaria 004/2014-SMAAS, fundamentado no Código de Ética do Agente Público Municipal e da Alta Administração Municipal (BELO HORIZONTE, 2014). A elaboração do documento contou com a participação dos próprios cuidadores que, ao longo de seis oficinas realizadas no ano de 2012, debateram sobre missão, competências e postura profissional no Programa.

locomoção e exercícios de fisioterapia prescritos pela equipe do NASF; trocas de fraldas e curativos; atividades lúdicas e recreativas (alguns Kits de estimulação cognitiva são disponibilizados para serem utilizados com os idosos) que promovam a participação do idoso, dentre outras estabelecidas nos planos de cuidados. Também é permitido que os cuidadores acompanhem os idosos em casos de internações hospitalares, desde que não interfira no horário de atendimento dos demais idosos, nem na carga horária de trabalho do cuidador (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

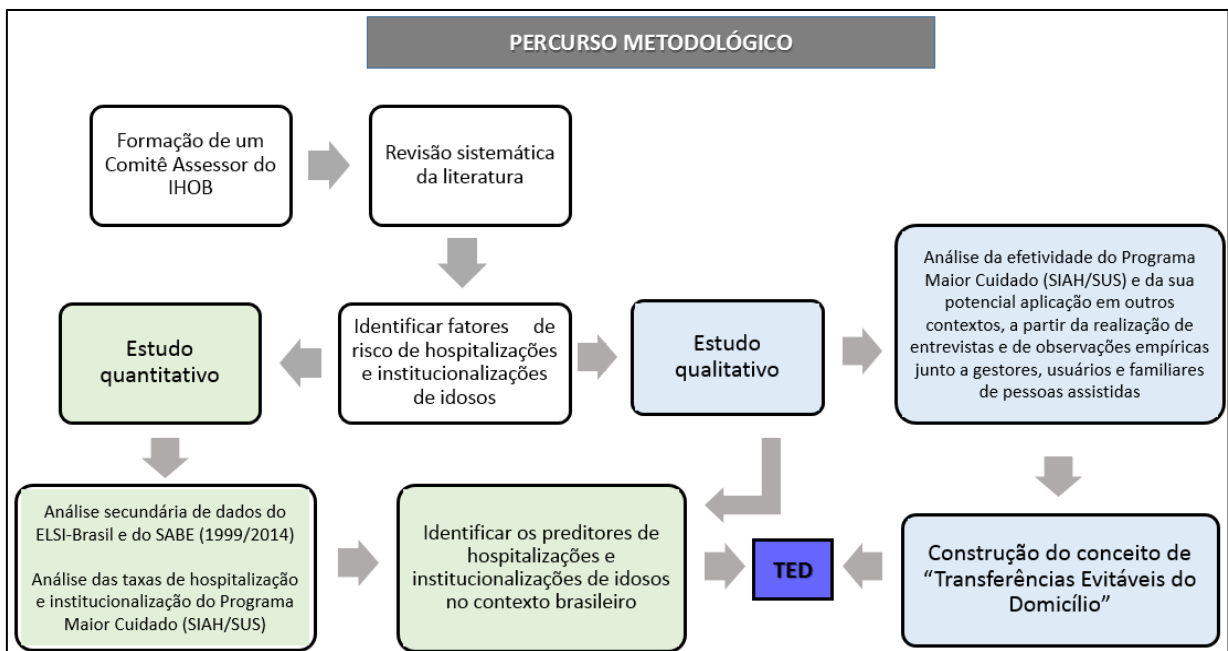
4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Esse projeto integra o estudo maior intitulado “*Improving the effectiveness and efficiency of Health and social care services for vulnerable Older Brazilians (IHOB)/Melhorando a efetividade e eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos*”, que tem como Instituição Proponente o Instituto René Rachou (FIOCRUZ/MG) e como Patrocinador Principal a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, em parceria com o MRC (Medical Research Council). O IHOB tem como objetivo basilar apoiar políticas e práticas e contribuir para a eficiência na prestação de serviços de saúde a idosos brasileiros, reduzindo o número de internações desnecessárias e prolongadas em hospitais e ILPI's (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2020).

O estudo maior contempla dois componentes metodológicos: o quantitativo e o qualitativo (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013), conforme sumarizado na figura a seguir:

Figura 2. Percurso metodológico do estudo maior



Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa, 2018.

O eixo qualitativo do estudo IHOB inclui como principais fontes de dados análise documental sobre o Programa (registros internos sobre diretrizes e demais instrumentos), observações empíricas (especialmente referentes ao

acompanhamento de reuniões e visitas de inclusão) e entrevistas com gestores, profissionais das duas políticas, cuidadores e idosos.

Para os propósitos da presente dissertação de mestrado foram utilizados dois tipos de dados integrantes do eixo qualitativo do estudo maior: entrevistas e análise documental, conforme descrição na próxima subseção.

4.2 População do estudo

Uma das etapas previstas na coleta de dados do estudo maior³ consistiu na identificação dos idosos assistidos pelo PMC, hospitalizados no período de 2011 a 2018, de acordo com os registros do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS em Belo Horizonte (SIAHSUS/BH). Entretanto, essa etapa precisou ser adequada em razão de algumas limitações, especialmente no que se refere ao registro de informações sobre o Programa.

O levantamento preliminar dos dados apontou a escassez de documentos que atestassem a institucionalidade do PMC, bem como suas diretrizes, protocolos e instrumentos de gestão. Outro limite identificado refere-se à heterogeneidade nos registros de acompanhamento do Programa e na ausência de estratégias de monitoramento e avaliação (AREDES *et al.*, 2021).

Nos registros de cada usuário do PMC não havia o número do prontuário eletrônico, meio necessário para acessar os bancos de dados maiores do SUS, principalmente no que se refere a hospitalizações e óbitos dos usuários. Principalmente em razão de dados inconsistentes e/ou ausentes, tais como: datas de nascimento incorretas, nomes com grafias erradas e, principalmente, ausência do nome da mãe que permite cruzar os dados e evitar duplicatas. Além disso, a localização do PE é uma das etapas para acessar os potenciais usuários que foram hospitalizados. A partir desse número, outras etapas subsequentes são necessárias para identificar quais idosos foram hospitalizados e o motivo da internação (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

³ Para subsidiar a análise sobre a efetividade do Programa Maior Cuidado.

Um dos objetivos do levantamento de dados secundários consistiu no rastreio de todos os documentos e registros referentes aos idosos inseridos no Programa desde sua implantação, a fim de ter acesso a mais detalhes sobre os cuidados oferecidos e os resultados obtidos. Infelizmente, ao tratar os dados, foi possível perceber que alguns apresentavam lacunas que impediam a sua pronta utilização. Isso exigiu mais tempo e esforço para solicitar dados adicionais.

Devido à impossibilidade de acesso a esses dados, a partir dos resultados preliminares do “*Estudo de casos aprofundados sobre a prática política local*”, foi definido como recorte para a coleta de dados qualitativos a Regional Venda Nova. Os critérios de seleção desta Regional em detrimento das demais, ancoram-se a dados preliminares e exploratórios do estudo maior que evidenciou lacunas na gestão do Programa, especialmente no que se refere a sistematização de dados e rotatividade de profissionais que atuam na operacionalização do PMC a nível local (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2019).

Dentre as regionais administrativas, Venda Nova possui profissionais (incluindo a RT da Saúde – nível local) que atuam desde a implantação do PMC, o que possibilita uma perspectiva longitudinal do Programa. Além disso, embora não disponha de dados sistematizados referentes ao acompanhamento do PMC, se comparada às demais regionais, foi a única que apresentou algum tipo de registro que serviu de base para identificação de alguns idosos que foram hospitalizados no ano de 2018⁴. Os idosos foram localizados a partir de anotações esporádicas que a profissional realizou ao longo das reuniões mensais de acompanhamento do Programa.

Foram então localizados 13 idosos, dos quais 6 haviam falecido. Ao final, 4 idosos aceitaram participar do estudo. Com essa delimitação houve a formatação final do estudo na regional Venda Nova: a partir de 4 casos (idosos) foram definidos os demais entrevistados vinculados à linha de cuidado de cada idoso assistido pelo Programa, incluindo profissionais da Saúde, Assistência Social e cuidadores do Programa, como descrito no Quadro 2. Ao todo, foram realizadas 11 entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A).

⁴ Devido à ausência de registros, não foi possível identificar os idosos assistidos pelo Programa que foram hospitalizados entre os anos de 2011 a 2017.

Quadro 3 – Configuração para a seleção dos entrevistados a partir da linha de cuidado a cada idoso do PMC Regional Venda Nova, 2019.

Idosos do PMC^{1,2}	Cuidador responsável	Profissionais do Centro de Saúde	Profissional do CRAS
Idoso A	Cuidadora 01	Enfermeira 01 – Referência Técnica eixo Saúde	Referência Técnica do PMC nível local - eixo Assistência Social
Idoso B	Cuidadora 02	Enfermeira 02 - Atuação direta no cuidado dentro da Unidade. - Atua como Referência Técnica do PMC nível local – eixo Saúde	
Idoso C	Cuidadora 03		
Idoso D	Cuidadora 04	Enfermeira 03	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Nota: ¹ Idosos hospitalizados no ano 2018, regional Venda Nova.

²Devido à condição de fragilidade dos idosos, as entrevistas foram realizadas com a presença do cuidador familiar.

Além dos dados oriundos dessa configuração, também foi realizada uma análise documental a partir do rastreamento de informações existentes sobre as diretrizes, protocolos e instrumentos de gestão do PMC.

Estudos com componentes qualitativos têm sido cada vez mais empregados em pesquisas de avaliação de serviços, principalmente na área da saúde. Essa abordagem contribui ao trazer a visão dos usuários e demais atores sobre determinado serviço, permitindo conhecer suas características (UCHIMURA; BOSI, 2002). Sendo o serviço analisado uma política, a avaliação da sua implantação

permite conhecer tanto a totalidade das intervenções, quanto a validade do seu conteúdo, além dos fatores que explicam possíveis gargalos entre o planejamento e a execução das ações, de modo a propor mudanças e melhorias (BATISTA; DOMINGOS, 2017).

Segundo Minayo (2013), a abordagem qualitativa pode ser entendida como aquela que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratada por meio da história, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais.

4.3 Coleta de dados

Os dados empíricos foram coletados no período de janeiro/2019 a março/2020, por meio de duas técnicas qualitativas: entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) e análise documental (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1995).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de modo literal. Os dados oriundos do levantamento documental foram organizados em banco de dados e, posteriormente, sistematizados em arquivos do Word.

4.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977) que contempla um conjunto de procedimentos com a finalidade de abordar sistematicamente dados textuais. Segundo Bardin (1977) a técnica é realizada em três etapas, a saber: pré-análise (organização dos dados); exploração do material (definição de categorias de análise); e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (análise reflexiva).

4.4.1 Pré-análise

A pré-análise refere-se à fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o *corpus* da pesquisa: “O *corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96).

Ao longo dessa etapa, a transcrição de cada entrevista recebeu uma identificação para facilitar a organização dos dados e, principalmente, preservar o anonimato dos participantes.

Posteriormente, foram realizadas leituras flutuantes em todas as respostas de cada entrevistado.

4.4.2 Exploração do material

Na fase de exploração do material, o *corpus* estabelecido deverá ser estudado de modo mais detalhado, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto. “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN, 1977, p. 101). A partir das falas em cada entrevista é possível obter unidades de registro ou temas iniciais mais recorrentes.

A Unidade de Registro é a menor parte do conteúdo cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas (FRANCO, 2008, p. 41). Os registros, segundo este autor podem ser de distintos tipos que podem estar inter-relacionados: a palavra, o tema, o personagem, o item.

Segundo Bardin, o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1977, p. 105). Isso permitirá estabelecer a unidade de contexto, apontada por Franco (2008) como o “pano de fundo” que fornece significado às unidades de análise, definindo recorrências e diferenças, possibilitando delimitar os eixos temáticos.

Os códigos foram criados a partir das respostas dos entrevistados. O Programa Excel foi utilizado enquanto ferramenta para auxiliar na organização dos dados em planilhas, o que possibilitou tanto uma leitura vertical das falas (falas de todos os entrevistados em uma mesma categoria), quanto uma leitura horizontal (falas de um mesmo entrevistado em diferentes categorias). Em seguida, os pesquisadores realizaram uma leitura atenta e crítica das falas que foram selecionadas.

Nessa etapa, foram identificados códigos para formar categorias de incidência e semelhança contextual. Todos os excertos foram categorizados e codificados, o que permitiu identificar temas e assuntos de maior relevância para as discussões.

4.4.3 Tratamento dos resultados

A partir dos códigos categorizados foram realizadas três ações: (1) leitura crítica das respostas; (2) reflexão sobre as respostas apresentadas; (3) identificação de categorias finais para consolidar um significado.

Todo o processo de análise dos dados foi êmico e orientado pelo referencial teórico-metodológico da antropologia hermenêutica (GEERTZ, 1989).

4.5 Aspectos éticos

Como exposto na seção anterior, esse trabalho é parte do estudo maior intitulado “*Improving the effectiveness and efficiency of Health and social care services for vulnerable Older Brazilians*”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou – FIOCRUZ/MG. CAAE: 96033418.9.0000.5091.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurada a preservação da dignidade, o respeito à autonomia e dos indivíduos envolvidos na pesquisa, de acordo com a Resolução CNS 466/12, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS). Em todos os processos desta pesquisa a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato do grupo estudado e não de uma pessoa. Dessa forma, o participante não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Para assegurar o anonimato dos participantes, eles foram identificados, respectivamente, conforme a categoria ao qual pertencem dentro do PMC (idoso, cuidador, cuidador social, enfermeiro, assistente social ou RT), juntamente com o sexo (F para feminino e M para masculino) e a idade. Quando as falas se referirem a um familiar do idoso entrevistado, isto estará sinalizado juntamente com o sexo, a idade e a qual idoso se referem.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigo. O Artigo 1 intitulado “*Programa Maior Cuidado como estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento: análise qualitativa*” foi submetido à Revista Cadernos Saúde Coletiva e encontra-se em processo de avaliação pelo periódico.

Em um segundo momento, como proposta para o artigo 2, pretende-se analisar a percepção que os atores envolvidos no PCM têm sobre o seu papel individual e sua atuação dentro do Programa.

Na sequência, encontra-se o Artigo 1 na íntegra.

5.1 Artigo 1

Submetido à Revista Cadernos Saúde Coletiva, conforme ANEXO IV.

TÍTULO: Programa Maior Cuidado como estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento: análise qualitativa

RESUMO

O envelhecimento populacional requer o planejamento de estratégias e políticas públicas voltadas para o provimento de cuidados contínuos para idosos, incluindo aqueles que vivem em comunidades. O Programa Maior Cuidado (PMC) surge como alternativa intersetorial para auxiliar nessa questão. O objetivo deste artigo foi compreender a percepção de diferentes atores envolvidos no processo de cuidado ao idoso no PMC, visando o desenvolvimento de ações que contribuam para a melhoria dos serviços prestados pelo Programa. Foram realizadas 11 entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado com idosos e seus familiares, cuidadores e profissionais da saúde. Foi utilizada como técnica a Análise de Conteúdo, seguida da identificação de categorias oriundas dos relatos dos interlocutores do estudo, sendo elas: “PMC: Um programa necessário para o Cuidado ao Idoso”; “As implicações do PMC no cuidado: o ‘pouco’ que faz diferença”; “Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa”. Para todos os entrevistados é uníssona a percepção de que o PMC é muito necessário, sendo capaz de minimizar a ocorrência de agravos de saúde e evitar transferências dos idosos para hospitais e Instituições de Longa Permanência. O PMC pode ser considerado um modelo de boa prática a ser expandido para outras localidades,

entretanto existem lacunas que necessitam ser rediscutidas para que os seus processos sejam aprimorados e seus resultados potencializados.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Políticas de Saúde, Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido cada vez mais estudado entre os pesquisadores¹, principalmente face às questões econômicas, de proteção social e de melhorias na atenção à saúde da pessoa idosa.² Além disso, com o avanço de marcos políticos como a Constituição de 1988, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (1999), o Estatuto do Idoso (2003) e, mais recentemente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa (PNSPI) (2006), novos campos foram abertos para discussões, dentre eles, a necessidade de estratégias políticas de saúde voltadas para o provimento de cuidados a pessoas idosas dependentes.³

O aumento da longevidade acontece em paralelo a outras mudanças que podem influenciar na oferta do cuidado à pessoa idosa, tais como: questões socioeconômicas, rearranjos familiares e maior protagonismo da mulher - principal cuidadora - para além das tarefas domésticas -, além de percepções multivariadas sobre a velhice.^{4,5} Por extensão, as pessoas idosas também podem ter sua condição de vida definida a partir do cuidado que lhes é ofertado.⁶

Mesmo que o indivíduo seja independente para a realização das atividades de vida diária (AVD's), o conforto estabelecido pela presença de pessoas próximas reflete em bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida.⁷ A oferta de condições para provimento de cuidados aos idosos favorece a permanência destes em seu próprio domicílio, de modo a evitar hospitalizações e institucionalizações, desfechos onerosos para o sistema público e para a sociedade.⁸

Pensando nas demandas do envelhecimento e na possibilidade de melhorar o cuidado prestado ao idoso, em 2011, foi instituído no município de Belo Horizonte (Minas Gerais), o Programa Maior Cuidado (PMC). Trata-se de uma política intersetorial - cogestão entre as secretarias municipais de Saúde e Assistência Social - para o cuidado domiciliar a idosos dependentes e semi-dependentes que vivem em condições de vulnerabilidade clínica e social. O PMC surgiu da parceria entre essas duas secretarias, cabendo à Assistência Social a totalidade nos custos para contratação dos cuidadores.⁹

A nível local, o Programa é executado a partir da integração de atividades que envolvem as equipes dos Centros de Saúde (CS) e dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) com colaboração das famílias dos idosos inseridos no PMC e/ou outras redes de apoio.⁹

O objetivo deste artigo foi compreender, com a ajuda da abordagem qualitativa e a partir da experiência vivida, a percepção de atores envolvidos no processo de cuidado ao idoso acerca do funcionamento deste programa público intersetorial.

MÉTODO

Os dados apresentados baseiam-se no braço qualitativo de um estudo maior, que utilizou uma abordagem multimétodo,¹⁰ proposto pelo Instituto René Rachou (FIOCRUZ/MG) e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (CAAE: 96033418.9.0000.5091) com parceria internacional firmada entre o Medical Research Center (MRC) do Reino Unido e a Confederação de Fundações de Amparo à Pesquisa Brasileira, com a participação da FAPEMIG e da FUNCAP. Tem como objetivo basilar apoiar políticas públicas, a partir da identificação de práticas exitosas que contribuam para a redução de admissões e internações desnecessárias e prolongadas de idosos brasileiros em hospitais e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Estudos com componentes qualitativos têm sido cada vez mais empregados em pesquisas sobre serviços e programas na área da saúde. Essa abordagem metodológica tem sido aplicada, em especial, para ajudar a entender o funcionamento dos serviços a partir da experiência vivida pelos próprios atores envolvidos, especialmente profissionais e usuários.¹¹ Além disso, permite identificar as potencialidades da ação, ou seja, os elementos facilitadores, como também possíveis gargalos enfrentados na prática. Ambos os eixos possibilitam a definição de estratégias tanto para aprimorar os aspectos positivos, como também propor mudanças e (re)adequações.¹²

Ressalta-se que o Programa atua em todas as regionais administrativas de Belo Horizonte. Para os propósitos deste artigo, serão considerados dados empíricos obtidos em uma regional específica de atuação do PMC a nível local. Os critérios de seleção estão ancorados a dados preliminares e exploratórios do estudo maior que evidenciou lacunas na gestão do Programa, especialmente no que se refere à

sistematização de dados e à rotatividade de profissionais que atuam na operacionalização do PMC.⁹

A Regional escolhida se destacou por contar com profissionais (incluindo a Referência Técnica da Saúde – nível local) que atuam desde a implantação do PMC e apresentou registros que serviram de base para o início da coleta de dados aprofundados sobre a execução do Programa em nível local de atuação.

Foram realizadas 11 entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado,¹³ no período de janeiro/2019 a março/2020, junto a informantes-chave, sendo: quatro idosos (e o respectivo cuidador familiar); duas referências técnicas do PMC de cada eixo de atuação intersetorial no território (Saúde e Assistência Social); dois profissionais do Centro de Saúde e três cuidadores do Programa (cuidador social – PMC). O número final de entrevistados foi regulado e determinado pelo critério de saturação empírica dos dados.¹⁴ Ressalta-se que, devido às condições de fragilidade dos idosos elegíveis para este estudo (dificuldades de memória, uma idosa acamada em estágio avançado de Alzheimer, etc), os relatos dos cuidadores familiares tiveram maior preponderância, se comparados àqueles da pessoa idosa assistida.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de modo literal. Adicionalmente, com o objetivo de compreensão do funcionamento e das propostas do PMC, também foi realizada uma análise documental com o rastreamento de informações existentes sobre as diretrizes, protocolos e instrumentos de gestão.

Os dados foram organizados e classificados a partir da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin,¹⁵ que contempla um conjunto de procedimentos sistemáticos com a finalidade de analisar dados textuais. Esse percurso foi realizado em três etapas: pré-análise (organização dos dados); exploração do material (definição de categorias de análise); e interpretação dos resultados (análise reflexiva).¹⁶ Para garantir a validação dos dados, a classificação foi realizada de modo independente por três pesquisadores do estudo. As codificações finais foram definidas por meio de reuniões entre a equipe principal do estudo, durante as quais discrepâncias foram discutidas até que as categorias finais fossem definidas.

Todo o processo de análise dos dados foi mediado pelo referencial teórico-metodológico da antropologia hermenêutica.¹⁷ Nessa vertente, a análise está ancorada a interpretação do significado que os grupos sociais atribuem a determinadas práticas, levando em consideração o contexto sociocultural de ação, bem como os distintos fatores que o influenciam.¹⁷

Para assegurar o anonimato dos participantes, eles foram identificados, respectivamente, conforme a categoria à qual pertencem dentro do PMC – usuário idoso, cuidador familiar, cuidador social, enfermeiro/Centro de Saúde, Referência Técnica (RT) do PMC eixo saúde e/ou Assistência Social -; sexo (F para feminino e M para masculino) e a respectiva idade.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos idosos entrevistados, dois eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, entre 77 e 92 anos de idade e média de permanência no Programa de 5,7 anos. Todas as cuidadoras sociais eram mulheres, com idade entre 25 e 44 anos e que trabalham no PMC em média há 13 meses. Com relação às RT's, todas eram mulheres, sendo três enfermeiras e uma assistente social, com idade entre 43 e 60 anos. Sobre os cuidadores familiares, participaram duas mulheres (filhas dos idosos), uma de 42 anos e a outra de 61 anos.

O PMC consiste na oferta de um profissional capacitado para o cuidado domiciliar a idosos, denominado “cuidador social”, que trabalham em dias e horários previamente estabelecidos por equipe multidisciplinar. O tempo despendido para cada domicílio varia de acordo com a complexidade do caso e o grau de dependência do idoso (Análise documental, 2019).

A contratação dos cuidadores é realizada por uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que possui convênio com o município. A OSC também é responsável por assegurar a qualificação dos cuidadores sob a supervisão das Secretarias de Saúde e Assistência Social (Análise documental, 2019). A rotina de cuidado para os profissionais contratados inclui diversas ações, dentre elas, apoio para higiene pessoal, alimentação, medicação, locomoção, exercícios orientados de fisioterapia, trocas de fraldas e curativos, atividades recreativas que promovam a participação do idoso (Análise documental, 2019).

Dentre os critérios para ser considerado elegível para ingresso no PMC destacam-se a idade (igual ou superior a 60 anos); a classificação do grau de funcionalidade - dependente ou semi dependente - para a realização de AVD's e avaliação socioeconômica que confirma a vulnerabilidade (Análise documental, 2019).

Da Análise de Conteúdo dos dados pertinentes as entrevistas foram identificadas três categorias maiores: “*PMC: um Programa necessário para o cuidado ao idoso*”, “*Repercussões do cuidado ofertado pelo PMC: o ‘pouco’ que faz diferença*” e

“Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa”, cada uma delas organizadas em subcategorias como será apresentado a seguir.

PMC: um programa necessário para o cuidado ao idoso

Esta primeira categoria refere-se aos elementos que justificam a existência da iniciativa na percepção dos diferentes atores, considerando que o PMC responde a demandas de cuidado muito heterogêneas, como explica o cuidador Social PMC. F:

Depende de cada idoso. Tem idoso que precisa do banho, uns é só companhia. Outros a gente interage com algum tipo de brincadeira, artesanato. Outros a gente pode sair um pouco, fazer uma caminhada, acompanhá-los para fazer um sacolão, ir à padaria, ir passear. Tem CRAS que tem o Centro de Convivência, e a gente pode ir no CRAS com esse idoso, acompanhar essas atividades, participar. Mas tudo sempre no horário do nosso atendimento. E tem o outro lado... aqueles idosos que são muito dependentes, então a gente fica muito focado para auxiliar no banho, na troca de roupa, troca de fralda, dar a alimentação, dar algum medicamento. Por exemplo, familiar saiu para fazer algo no horário que estamos na casa e deu o horário do idoso tomar o remédio, eu dou. Eu estou lá para ofertar e não posso deixar o idoso sem o remédio. Nós somos orientados a apoiar essas questões (Cuidador Social PMC. F. 44 anos)

As demandas de cuidado em saúde se relacionam à presença de comorbidades crônicas que geram situações que podem ser manejadas pelo cuidador do PMC, como explica esta filha:

Minha mãe tem diabetes, que está controlada com medicação de 500mg, no almoço e no jantar. Mas ela também tem Alzheimer e a osteoporose (...). Ela tinha também muita infecção na urina... demais, com muita frequência mesmo. Agora acabou. Depois que o cuidador passou a vir aqui, ele hidrata mais e tal. Eu percebi que isso não deu mais nos exames (Cuidador Familiar - Filha. F. 61 anos – Idoso 1. F. 89 anos – Acamada/sem lucidez).

A enfermeira RT esclarece que para além das comorbidades há agravantes sociais que tornam o autocuidado da pessoa idosa mais difícil:

Os principais motivos para as internações dos idosos na unidade são descompensações das doenças crônicas, ou pelo diabetes ou pela hipertensão (...). E isso pode ser evitado. A maior parte desses idosos são frágeis (...) A maior parte não sabe ler, não sabe escrever (...). Já aconteceu de o paciente estar com os remédios em casa, caixas e caixas de remédio e ele não estar tomando. Porque para ele o comprimido azul não foi, então ele não sabe que aquele remédio, agora branco, que ele tem que tomar no lugar do azul, então o pouco que a gente faz auxilia (RT PMC – Saúde. F. 43anos)

Por sua vez, referindo-se ao cuidado familiar da pessoa idosa frágil, esta referência técnica do PMC RT realça o despreparo e as rotinas que se assemelham ao cuidado de algo inerte – “o vaso”:

A maioria dos idosos a gente vê que a família não lembra de colocar ele 10 minutos para tomar um banho de sol, não lembra de dar uma volta de 10 minutos com ele no quarteirão para ele não ficar com atrofia, porque ele não anda (...). Então a família acaba tirando ele do quarto, coloca ele no sofá, depois leva ele para a varanda. Na varanda, protege ele do sol, então nem sol o idoso toma. Aí depois volta com ele para dentro de casa. É o vaso... O vaso de planta que você tira de dentro de casa, coloca para fora para tomar chuva ou sol e depois você volta com ele para dentro de casa de novo. Eu não estou dizendo que a família faça isso por maldade não. Mas é a dinâmica familiar mesmo (RT PMC – Saúde. F. 43 anos).

A falta de recursos humanos e financeiros das famílias para oferecer o cuidado necessário são relatadas por duas enfermeiras ao explicar a necessidade de cuidados da pessoa idosa:

As famílias estão muito sucateadas na questão de querer cuidar. Tem seu idoso em casa, mas muitos precisam trabalhar, precisam dessa renda para ajudar no sustento deles. Então eles acabam ficando sozinhos ou sendo cuidados por um segundo idoso - em muitos casos o cônjuge idoso que também precisa de cuidados. Eu acredito que o cuidador de idoso, ou alguém que cuide passou a ser necessário, já que as atividades diárias se tornam cada vez mais limitadas para o que ele possa fazer (Enfermeira Centro de Saúde. F. 45 anos).

Muitas das vezes, eles [os idosos] pegam o pouco dinheiro que têm que é da aposentadoria e vão cuidar de netos. Então, em vez de investir neles, pagar uma academia de hidroginástica, por exemplo, não tem dinheiro, porque tá pagando conta para alguém, para um neto, para uma filha, um filho (Enfermeira Centro de Saúde. F. 60 anos).

Dessa forma, profissionais e cuidadores - social e familiar -, identificam a necessidade do PMC para responder a condições de vulnerabilidade social e de saúde dos idosos. No universo pesquisado, enfatiza-se a sobreposição de DCNT, bem como doenças relacionadas à saúde mental, déficit cognitivo e/ou sequelas neurológicas, as quais podem levar os idosos a uma piora funcional, caso não haja apoio no cuidado.

Porém, a chance de desenvolver complicações em função dos agravos de doenças preexistentes é minimizada a partir da atuação dos cuidadores no domicílio, como reportado na segunda categoria analítica, apresentada a seguir.

Repercussões do cuidado ofertado pelo PMC: o “pouco” que faz diferença

Nesta categoria, são apresentados os elementos vinculados ao cuidado ofertado pelo PMC no domicílio e sua repercussão junto aos diversos atores envolvidos no Programa.

Este idoso assistido explica:

Ela [cuidadora social] está aqui todo dia, me olha, conversa comigo... me ajuda a tomar banho (...) E também tem a tontura... se eu tiver uma tontura é bom ter alguém para segurar. Ela me distrai bastante, pergunta se eu estou bem, se não preciso de nada. Está sempre me dando um apoio nas coisas (...). E tem uma coisa: traz água, traz café, traz comida, traz tudo para mim. O que eu preciso elas ajudam. Cuidam de mim até muito bem. Esse Programa me atende até muito bem. Não tem uma que não cuidou bem de mim. Todas cuidam de mim com o “maior cuidado” (Idoso 2. M. 92 anos).

Este cuidado cotidiano ainda que por “pouco tempo” são pequenas ações que fazem muita diferença, como explicam estas entrevistadas:

Pelo menos no pouco tempo que eles [cuidadores PMC] estão na residência com esses idosos, nós notamos que os idosos tiveram melhora no quadro ou alguns não agravaram o quadro, o que já é um grande ganho (...). Isso evita não só internação, mas também o óbito do idoso. Um óbito precoce por falta de cuidado (Enfermeira Centro de Saúde. F. 45 anos).

O que na verdade a gente nota é a sobrevivência deles (...).A cuidadora hidrata esse paciente, muitas vezes a família não hidratava. Na hora que a cuidadora chegava na casa é que o idoso tinha a fralda trocada, mudança de decúbito. Então o idoso ficava mais de 8 horas na mesma posição, desenvolvia escaras. Às vezes morria de pneumonia, porque ficava deitado, ninguém ajudava a ficar sentado, então não tinha ninguém. (Enfermeira Centro de Saúde. F. 60 anos).

Outra cuidadora reconhece a importância do cuidado na recuperação da funcionalidade:

Nós notamos melhora sim, tanto no humor quanto na convivência. Eles ficam mais ativos. Tem idosos que a gente chega na casa e eles não andam, por terem alguma dificuldade. Aí a gente começa a fazer algumas atividades, com a orientação da fisioterapeuta e daí eles ficam mais ativos e a gente vê uma melhora. Porque vamos pensar assim: a fisioterapeuta orienta lá no Posto e tal, mas se não tem quem o ajude, não adianta, né? Eu vejo a melhora nesse sentido. Quando a gente chega na casa, na maioria das vezes, o familiar não tem tempo para essas questões (Cuidador Social PMC. F. 44 anos).

As entrevistadas consideram que a saúde da família e a do cuidador familiar são afetadas pela necessidade de cuidado diário e que o PMC interfere positivamente, como demonstrado nestes excertos:

O idoso dependente ou semidependente adocece uma família inteira, porque no cuidado diário com aquilo ali, o cuidador [familiar] se torna prisioneiro daquela situação. A gente tem idosos que o familiar só consegue vir no Centro de Saúde, passar por uma consulta, dentista, psicólogo, nesse momento em que o cuidador está lá na casa, porque é só ele para cuidar daquele idoso. É um momento que o cuidador familiar tem para ir na padaria, comprar pão (RT PMC – Saúde. F. 43 anos)

A família gosta muito, porque ela precisa desse apoio. Vamos supor: tem uma família que tem um idoso acamado, que não pode ficar sozinho, que só tem um familiar cuidando, e a pessoa precisa sair para resolver qualquer coisa. Eu como cuidadora, atuando naquela casa, naquele horário que o familiar precisa sair, ele vai sair e voltar tranquilo e com segurança, por ter deixado o idoso com alguém. Então para a pessoa que precisa é bom para os dois lados, tanto para o idoso como para o familiar. Ele vai estar cuidado, a pessoa pode sair e voltar tranquila (Cuidador Social PMC. F. 44 anos).

A minha mãe já tinha ido [falecido] sem o cuidador... porque eu tive umas fases de ficar muito cansada, esgotada mesmo por ter que cuidar da minha mãe. Não estava bem não. Minha cabeça não estava boa (Cuidador Familiar - Filha. F. 61 anos – Idoso 1. F. 89 anos – Acamada/sem lucidez).

O PMC também apoia os próprios cuidadores sociais, funcionando como uma fonte de renda e uma ferramenta de inclusão social como explica esta entrevistada:

O interessante é que é um Programa que também ajuda esses profissionais que são cuidadores. Porque como você pode ter visto, são profissionais humildes... também moradores de áreas com alta vulnerabilidade social, violência, etc. Acho que isso também influencia nessa sensibilidade deles com o cuidado ao idoso e também ao orgulho de “vestir a camisa” do Programa. Eu converso bastante com eles [cuidadores] e os relatos são fortes... Alguns estavam há muito tempo desempregados e encontraram essa oportunidade de trabalho. Em um dos treinamentos que o nível central faz com esses cuidadores, em uma das dinâmicas a facilitadora pediu para que eles levassem um objeto que remetesse ao significado do Programa na vida deles. Lembro-me que vários cuidadores levaram a carteira de trabalho com o registro do contrato (RT PMC – Saúde. F. 43 anos).

Convencidos de que o Programa evita agravos físicos e mentais, previne óbitos precoces, ajuda na recuperação da funcionalidade, possibilita um respiro para os familiares e se traduz em cuidado para a pessoa assistida, os diferentes atores também reconhecem os seus limites como será visto na próxima categoria.

Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa

Esta categoria representa os diversos fatores e condições que atravessam a atuação do Programa (Quadro 1).

Quadro 1 – Problemas para além do PMC: os *limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa*

Subcategorias	Excertos extraídos das entrevistas
<p>Pobreza, Vulnerabilidade, Insegurança alimentar</p>	<p>O Programa em si é muito bom, mas tem alguns problemas que vão além. Como resolver as questões de pobreza, da vulnerabilidade? É algo que temos o nosso limite. Tem idoso que a gente chega na casa e não tem alimentação para ele. Somos orientadas a estimular o idoso a comer uma fruta, a tomar um chá, um mingau, uma sopa, mas eu chego na casa e não tem nada. E aí? Porque o Programa vem para ajudar o idoso, desafogar a família, sair com o idoso, dar um banho. Mas, às vezes, a gente chega na casa e tem que usar a imaginação para tentar fazer alguma coisa para ele comer. Ou o que é pior: às vezes não tem absolutamente nada para comer (Cuidador Social PMC. F. 31 anos)</p> <p>O acesso à residência é difícil; os cômodos são extremamente pequenos com uma superpopulação ou, às vezes, o idoso fica sozinho, nem tem tantas pessoas morando com ele. Temos muitas condições precárias de higiene, de alimentação. Então, não basta somente o cuidado com técnicas. Precisa realmente do cuidado econômico, de comida, de lugar decente para viver (...). Sem o básico acaba agravando um quadro que poderia ser minimamente evitado se a família tivesse alguma condição (Enfermeira Centro de Saúde. F. 45 anos).</p>
<p>Insuficiência de cuidados ligada à violação de direitos</p>	<p>Quando a cuidadora nos reporta, com todo o cuidado, em que há abandono (...) por exemplo, chega e fala: “tem uma semana que eu estou tentando fazer um chá, só que não tem nenhum chá. S-Ó Q-U-E”. Ela já pediu para que a família</p>

	<p>comprasse ou que a família está com o cartão do idoso do benefício e a comida falta. Então são situações que não são fáceis e vão além da atuação e das atribuições da cuidadora. Muitas vezes a família boicota, não abre o portão para a cuidadora (RT PMC – Assistência Social. F. 48 anos).</p>
	<p>Claro que tem família que reconhece o cuidador mais como um intruso dentro da casa, principalmente quando começa a perceber que o cuidador são “olhos e ouvidos”, acaba não querendo mais essa pessoa dentro de casa (RT PMC – Saúde. F. 43 anos).</p>
	<p>No passado nós tínhamos uma idosa que mesmo tendo o cuidador social, a neta dela nos finais de semana a abandonava: deixava sem banho, sem cuidado (...). Se tinha um feriado, uma coisa assim e o cuidador não ia, ela ficava sem banho, sem nada. E a comida que ia para a idosa, a marmitex, por exemplo, a neta comia tudo. Então era uma violação... acabou a gente conseguindo colocar ela numa instituição. Mas ela era do PMC. Então foi um caso que não tinha um suporte da família (Enfermeira Centro de Saúde. F. 60 anos).</p>
<p>Institucionalização como última opção</p>	<p>Quando esgotam todas as possibilidades de tentativas de melhorar o vínculo do idoso com a família. Porque assim... nem sempre é por negligência (...). Eu acho também que isso é uma construção, é o reflexo de uma construção bem-feita ou não ao longo da vida, ao longo da história de vida daquela família. (...) Às vezes, o familiar, ele até tenta, mas ele chega aqui pra gente e fala: “Eu não consigo, não dá mais. Eu não tenho empatia nenhuma por essa pessoa. Ela não cuidou de mim quando eu precisei. Ela sempre foi muito agressiva comigo” (...). Porque você não pode apagar o passado de</p>

	<p>ninguém (...). Se o filho não vai cuidar e ele é ciente disso, e mesmo correndo o risco de responder legalmente por isso ele não dá conta, então é a hora de institucionalizar. A gente encontra muita dificuldade [para institucionalizar], especialmente com vagas. E mais ainda, provar que essa situação está acontecendo (RT PMC – Saúde. F. 43 anos).</p>
	<p>Em casos de falta de suporte familiar. A falta de alguém que realmente se responsabilize por esse cuidado. Porque mesmo que a gente tenha algum cuidando lá, um cuidador de idoso ou qualquer uma outra pessoa contratada, precisa de alguém responsável e que ofereça condições, pelo menos de moradia para esse idoso morar, porque a gente sabe que tem muitas residências que não têm nada disso (Enfermeira Centro de Saúde. F. 45 anos).</p>
	<p>É quando a gente já esgotou tudo aquilo que a gente poderia fazer. Como por exemplo, troca de cuidador na casa. Em alguns casos a gente percebe uma situação de violação com uma responsabilização das pessoas que vivem naquela casa. Quando a gente percebe que não há mesmo uma aceitação de outra pessoa dentro daquela casa (RT PMC – Assistência Social. F. 48 anos).</p>

Fonte: dados do estudo.

O Programa atende a famílias de baixa renda que não possuem condições de arcar sozinhas com cuidadores ou pessoas que auxiliem no cuidado ao idoso nem de oferecer cuidados básicos, como alimentos e condições sanitárias adequadas. Portanto, há situações em que existe um limite entre o que é proposto pelo PMC e o que se consegue realizar na prática. As questões de vulnerabilidade social imperam, sendo as principais de ordem socioeconômica; os diferentes contextos e arranjos

familiares que revelam violação de direitos e a institucionalização como última opção que, na maioria dos casos, resulta das questões anteriores.

Questões como abandono ou negligência familiar revelam a insuficiência de cuidados ligada ao risco ou à violação de direitos. Por várias vezes, os cuidadores do PMC se veem como porta-vozes de situações que envolvem uma miríade de complexidades para além da sua atuação profissional. Nos relatos, emergem questões relativas à administração indevida da renda do idoso; a falta de recursos materiais como medicamentos e alimentação; violência física e verbal, além de casos de recusa ou imposição de barreiras para a realização do trabalho dentro do domicílio.

Um dos objetivos basilares do PMC é evitar e/ou retardar as institucionalizações. Porém, quando o PMC não consegue suplantar as dificuldades socioeconômicas e da dinâmica familiar, as entrevistadas compreendem que há situações em que a institucionalização aparece como última opção, especialmente quando há ausência de alternativas para a continuidade do cuidado. Porém, a própria institucionalização é complexa, pois na percepção delas, as dificuldades perpassam a não aceitação do idoso à institucionalização; a falta de disponibilidade de vagas em ILPI's; a não responsabilização e/ou abandono das famílias ao longo do processo e os entraves institucionais enfrentados pelas equipes de Saúde e Assistência Social para garantir argumentos que comprovem a necessidade da institucionalização. Esses gargalos envolvem questões complexas como (auto) negligência, abandono e ausência de redes de apoio na dinâmica familiar.

DISCUSSÃO

No universo pesquisado, para os diferentes atores é uníssona a percepção de que o Programa é muito importante. Uma condição *sine qua non* do cuidado é a pessoa cuidada se sentir autenticamente reconhecida como apresentado pela pessoa idosa assistida¹⁸. Além disso, uma questão central do PMC é não ficar restrito à saúde física e ao estado funcional de cada idoso, e sim considerar o contexto situacional mais amplo e oferecer estratégias mais abrangentes de apoio. Nesse sentido, o PMC é útil não apenas para o acompanhamento direto dos idosos assistidos, mas para as demais pessoas envolvidas, para além do domicílio. Esse é um aspecto importante, tendo em vista que o Programa atua em comunidades que enfrentam problemas e privações das mais diversas ordens.

Um segundo ponto chave é a sua intersectorialidade. Essa conexão entre diferentes atores e equipes multidisciplinares permeia todas as operações do Programa, incluindo reuniões conjuntas de revisão de casos, contribuições combinadas em planos de cuidados individualizados e comunicação contínua com os cuidadores.⁹

Ademais, ao analisar as falas, é possível notar que uma ponte tem sido construída entre as famílias e os serviços ofertados na comunidade, especialmente nos eixos saúde e assistência social. Isso faz com que o Programa tenha sua parcela de responsabilidade dentro das redes de atenção, sobretudo da atenção primária nível prioritário para assistir e monitorar o estado de saúde da população idosa.¹⁹

Outra função reconhecida do programa é atuar na prevenção de violação de direitos, ainda que com limites que ultrapassam suas possibilidades de atuação, como a insegurança alimentar, precariedade de moradias, acessibilidades e ocupação desordenada da cidade.

O PMC como um modelo de boa prática

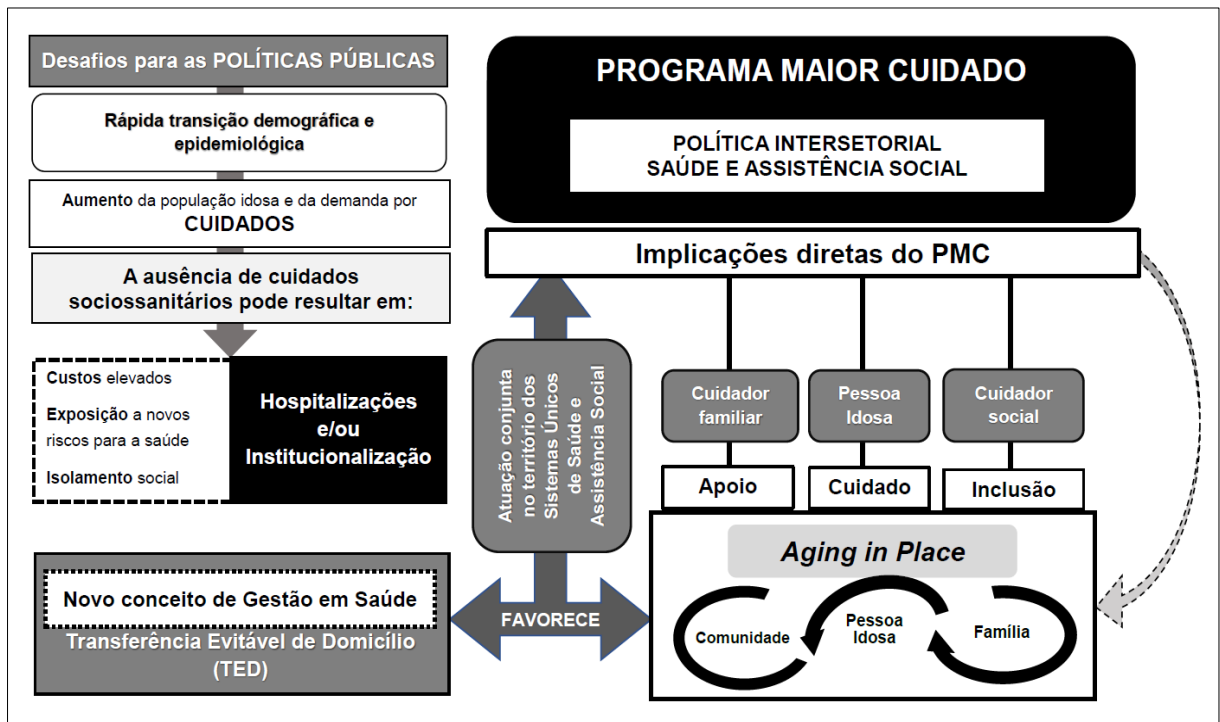
O PMC surge como uma resposta ao processo de envelhecimento populacional que repercute em maior demanda por cuidados crônicos. O Programa recebe como principal demanda um perfil de idosos com exacerbações ou piora das DCNT, reflexo das transições demográfica e epidemiológica.²⁰

No Brasil, a transição epidemiológica se deu de forma muito rápida. Até a década de 1940, havia o predomínio das doenças infectocontagiosas e parasitárias como principal causa de morte, mas este cenário mudou especialmente após o surgimento de novas tecnologias e melhorias na assistência à saúde,²¹ o que favoreceu a longevidade. Entretanto, para a garantia de uma vida longa é necessário oferecer aos idosos condições e meios que considerem a promoção de autonomia, bem-estar e suporte social.^{22,23}

Os principais fatores relacionados a internações hospitalares e emergências clínicas para idosos brasileiros devem-se a complicações das DCNT. Entre 2005 e 2015 as doenças que mais se sobressaíram foram Insuficiência Cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Acidente Vascular Cerebral e Pneumonia.^{24,25}

O PMC é considerado um modelo de boa prática que poderá ser expandido para outros estados e municípios brasileiros. Na Figura 1 é apresentada uma síntese esquemática da atuação do Programa, a partir da percepção dos atores entrevistados e da análise documental realizada.

Figura 1 - Síntese sobre as implicações do PMC



Fonte: elaborado pelos autores.

Cuidados socio sanitários ausentes ou insuficientes podem levar à sobrecarga dos serviços de saúde e, por efeito cascata, resultar em hospitalizações e institucionalizações. Um dos desafios das políticas públicas é o de criar novas estratégias ou reestruturar serviços de saúde já existentes a fim de priorizar a prevenção dos agravos potenciais que podem atingir a população idosa, como é o caso das DCNT.²⁶ Nessa perspectiva, o PMC pode ser classificado como uma destas estratégias a nível regional.

Além disso, ao analisar os preditores de admissão hospitalar, bem como sugerir o desenvolvimento e aplicação do conceito de Transferência Evitável do Domicílio (TED), Lloyd-Sherlock et al.²⁷ propõem que os formuladores de políticas definam critérios para caracterizar admissões desnecessárias/prolongadas em hospitais e institucionalizações de idosos no contexto brasileiro e aprimorem os protocolos e práticas existentes.²⁷

O tipo de serviço prestado pelo Programa é capaz de minimizar ou evitar o número de TED por meio da oferta do cuidado direto no domicílio, o que, por extensão, viabiliza uma forma de vigilância - a partir de orientações e controle adequados -

para idosos com alto potencial para agravos clínicos. Nessa perspectiva, o Programa visa à prevenção e até mesmo o tratamento desse público no seu próprio habitat, por meio da interlocução com as demais redes de saúde. Em um estudo quantitativo sobre a utilização de serviços de saúde entre usuários do PMC ficou demonstrado que a população assistida tem mais acesso a reabilitação e a consultas planejadas na rede de saúde do que a população não assistida.²⁸ Dessa forma, o PMC pode ser compreendido como uma inovação social, uma tecnologia de cuidado que contribui para o Aging in Place (AiP): isso significa ter saúde e apoio social necessário para viver com segurança em casa ou na comunidade no processo de envelhecimento.²⁹

Quanto maior a fragilidade e a dependência do idoso em realizar as AVD's, em situação de extrema vulnerabilidade social como é o caso da população assistida pelo PMC, novas formas de abordagem para o cuidado se fazem necessárias.^{30,31} Os cuidadores do PMC exercem várias atividades com os idosos, mas é possível destacar que o auxílio nas AVD's se sobressai. O cuidado "mínimo", como por exemplo, orientar sobre uma medicação, é capaz de gerar repercussões positivas e significativas para a pessoa idosa, para sua família e para o próprio sistema de saúde, uma vez que o cuidado adequado e a prevenção, diminuem as chances de complicações clínicas.³²

Também é necessário discutir sobre "o pouco que faz diferença", relatado e/ou subentendido ao longo das entrevistas. Ocorre que as mudanças demográficas implicam na necessidade de oferta de políticas como o PMC e quem pratica e vive o Programa reconhece sua importância, mas a noção de cuidado como "pouco" talvez ainda reflita a noção do cuidado como algo natural, ancorado na certeza de que alguém, geralmente uma mulher, o fará.³³ Os atores envolvidos no PMC parecem desconhecer que participam de uma das raras ofertas de política pública de cuidados continuados ofertados exclusivamente a idosos no país.

Ademais, assumir os cuidados de um idoso dependente emerge, na maioria das vezes, como uma imposição à família e, raramente, como uma escolha ou uma decisão. Geralmente, o cuidador que desempenhará este papel não está preparado psicologicamente nem possui as habilidades técnicas necessárias para tal.³⁴ No presente estudo, as cuidadoras familiares que participaram das entrevistas, eram mulheres, filhas dos idosos e todas com relatos voltados para a sobrecarga de trabalho e para o abandono das suas próprias atividades em prol do cuidado do

outro. As mulheres constituem a maior parte da população idosa, passam por um tempo maior em exposição aos riscos fisiopatológicos e são as principais cuidadoras.³⁵ Como também são vulneráveis a questões do cuidado, elas merecem a atenção dos gestores e dos sistemas de saúde.

No aspecto de auxílio ao cuidador familiar, o PMC vai além do fato de contribuir com o trabalho prático do dia a dia. A sensação de conseguir sair de casa para resolver demandas pessoais durante o período em que o cuidador se encontra no domicílio apareceu constantemente nos relatos dos familiares. Por outro lado, a insegurança de deixar o idoso com alguém não confiável ou mesmo não ter com quem deixar, parece ser resolvida, ou pelo menos amenizada, com a presença do cuidador. O Programa é capaz de auxiliar esses familiares a retomarem as suas próprias atividades cotidianas, reduzindo uma parcela da sobrecarga de trabalho imposta pelo cuidado.

Ainda dentro das questões que envolvem a família, alguns desfechos negativos foram identificados. O conceito de insuficiência familiar tem sido cada vez mais utilizado como fator comprometedor da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos.³⁶ Porém, este conceito é contestado por Giacomini et al.³⁶ Para as autoras, não se trata de insuficiência familiar, mas sim da insuficiência de políticas de cuidados que apoiem as famílias na sua necessidade de cuidar.

Assume-se assim o cuidado como uma dimensão transversal da saúde e do bem-estar dos cidadãos de todas as idades, cabendo ao Estado e à sociedade buscar pela equidade nos recursos, pela partilha nas tarefas entre os gêneros e pela dignidade no cuidado das pessoas de todas as idades.³⁷

Quando a família não possui condições (psicológicas, financeiras, sociais e até mesmo humanas) de cuidar do idoso, este fica exposto a situações de risco.³⁸ Neste contexto, esgotam-se as possibilidades de resoluções dos problemas, especialmente os de ordem sociofamiliar, e ocorre a institucionalização do idoso.

Evitar o deslocamento dos idosos para as ILPI's também é um dos objetivos do Programa. O PMC consegue fazê-lo, mas em casos excepcionais a institucionalização se torna a melhor opção de cuidado. Contudo, o PMC encontra dificuldades na rede pública para efetivar esta forma de cuidado. Um estudo realizado pela Fundação João Pinheiro em Minas Gerais no ano de 2014 identificou que em Belo Horizonte, 73,1% das ILPI's filantrópicas apresentavam listas de espera. Com relação aos critérios de seleção, 9,7% só aceitavam idosos

independentes, 20,1% apenas idosos independentes ou semi dependentes, 48,1% das ILPI não recebiam idosos com demências e 52,2% recusavam novos residentes que apresentassem certas doenças, como as infecciosas.³⁹

Sabe-se que a institucionalização é capaz de potencializar o declínio da aptidão física e da capacidade funcional dos idosos.⁴⁰ Um estudo com 387 indivíduos acima dos 60 anos do Rio Grande do Sul demonstrou que o comprometimento cognitivo e as dependências para as AVD's foram os fatores mais associados à decisão por institucionalização.⁸ Alguns motivos descritos na literatura para tal incluem ainda: ausência de cuidador, conflitos familiares, abandono, não dispor de moradia, dentre outros.⁴¹

Outro elemento importante interligado à atuação dos cuidadores no Programa é a inclusão social deles pelo trabalho formal. Com o salário, vem também a definição de funções específicas e responsabilidades claras, incluindo o tempo de trabalho em cada domicílio. Se eles apresentarem desempenho inferior, são removidos do Programa. As experiências com cuidadores voluntários em países como Costa Rica e Tailândia mostram que, embora estes forneçam algum apoio, suas contribuições são limitadas e inconsistentes.⁴² De fato, há outros exemplos de programas na América Latina que treinam e pagam cuidadores domiciliares, mas estes geralmente não são integrados a equipes mais amplas de saúde e assistência social, como é o caso do PMC.

Nesta pesquisa foi possível observar que o PMC apresenta estratégias e implicações positivas para diferentes eixos de atuação. Seus objetivos são claros e suas ações também, entretanto lacunas necessitam ser rediscutidas nos cenários de atuação para que o Programa tenha seus processos aprimorados e a entrega de resultados cada vez mais exitosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou uma análise qualitativa do PMC que se caracteriza como uma estratégia de ação intersetorial capaz de ofertar cuidados a idosos em situações de alta vulnerabilidade clínica e social no município de Belo Horizonte. O Programa oferece a esta população a oportunidade de desenvolver uma velhice digna, com suporte para o auxílio de suas atividades e alívio para a sobrecarga de trabalho dos seus familiares. Por meio de ações, sobretudo orientações básicas de cuidado, ele se mostrou uma iniciativa capaz de minimizar a ocorrência de agravos em saúde de modo a evitar desfechos como hospitalizações e institucionalizações.

A escuta dos atores envolvidos no PMC possibilitou um entendimento ampliado das múltiplas questões envolvidas no cuidado, o que pode apontar caminhos para políticas públicas neste contexto de envelhecimento, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social, como é o lócus de atuação do PMC. Espera-se que esta pesquisa sirva como base de informações para gestores e para a população a fim de levantar novas discussões e estratégias que contribuam para a melhoria do cuidado ofertado a pessoa idosa.

Vale ressaltar que este artigo possui como principal limitação às dificuldades encontradas durante a coleta de dados devido à falta de registro e sistematizações nas regionais de saúde que aderiram ao PMC. Os dados aqui apresentados, oriundos das entrevistas, estão restritos a uma regional que destacou-se dentre as demais por contemplar profissionais que atuam desde a implantação do PMC e por apresentar algum tipo de registro sobre o funcionamento e operacionalização do Programa.

Referências

1. Firmo JO, Peixoto SV, Souza GA, Loyola Filho AI. Evolução das publicações em saúde do idoso na Revista Ciência & Saúde Coletiva. Cien Saude Colet 2020; 25(12);4853-62.
2. Lima-Costa MF. Aging and public health. Ver Saúde Pública 2019; 52(Suppl 2):2s.

3. Minayo MC, Mendonça JM, Sousa GS, Pereira TF, Mangas RM. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1):137-46.
4. Torres KR, Campos MR, Luiza VL, Caldas CP. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis* 2020; 30(1).
5. Giacomini KC, Firmo JO. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Cien Saude Colet* 2015; 20(12):3631-40.
6. Angotti B, Vieira RSC (Organizadoras). *Cuidar, verbo coletivo: diálogos sobre o cuidado na pandemia da Covid-19*. Joaçaba: Editora Unoesc, 2021.
7. Azevedo PA, Modesto CM. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde Debate* 2016; 40(110):183-94.
8. Lini EV, Portella MR, Doring M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(6):1004-14.
9. Aredes JS, Billings J, Giacomini KC, Lloyd-Sherlock P, Firmo JOA. Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *Int. J. Integr. Care* 2021; 21(2):28,1–12.
10. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Atingindo a integração em projetos de métodos mistos - princípios e práticas. *Health Serv Res* 2013; 48 (6): 2134-2156.
11. Uchimura KY, Bosi ML. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1561-9.
12. Silva RN, Guarda FR, Hallal PC, Martelli PJ. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(4).
13. Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod; 1988. 271 p.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2):389-394.

15. Bardin L. L' analyse de contenu. 7ed. Paris: Presses universitaires de France; 1993.
16. Minayo MCS, O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo. Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
17. Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
18. Duarte YAO, D' elboux MJ, Derzins MV. cuidadores de idosos. in: Freitas EVPY. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 2.888-2.907.
19. Placideli N, Castanheira ER, Dias A, Silva PA, Carrapato JL, Sanine PR, Machado DF, Mendonça CS, Zarili TF, Nunes LO, Monti JF, Hartz ZM, Nemes MI. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Rev saúde pública 2020; 54:6.
20. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Araújo SS, Silva MM, Freitas MI, Barros MB. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. Rev saúde pública 2017; 51(supl 1).
21. Medronho R, Bloch K, Luiz RR, et al., editores. Epidemiologia. 2ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
22. Do Nascimento MV, Dias Diógenes VH. Transição Demográfica no Brasil: Um Estudo Sobre o Impacto do Envelhecimento Populacional na Previdência Social. Rev Evidenciação Contábil & Finanças 2020; 8(1):40-61.
23. Pereira DS, Nogueira JA, Silva CA. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015; 18(4):893-908.
24. Rossetto C, Soares JV, Brandão ML, Rosa NG, Rosset I. Causes of hospital admissions and deaths among Brazilian elders between 2005 and 2015. Rev. gaúch. enferm. 2019; 40.
25. Leal RC, Veras SM, Silva MA, Gonçalves CF, Silva CR, Sá AK, Carvalho VP, Pereira Jd. Percepção de saúde e comorbidades do idoso: perspectivas para o cuidado de enfermagem. Braz. J. of Dev. 2020; 6(7):53994-4004.
26. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DS, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults: a population-based study. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019; 22(6).

27. Lloyd-Sherlock P, Billings J, AredesJd, Freire Neto JB, Camarano AA, Macedo Coelho Filho J, Firmo JO, Kalache A, Macinko J, Sempé L, Giacomini KC. Meeting the complex challenge of health and social care provision for rapidly-ageing populations: introducing the concept of “avoidable displacement from home”. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(3).
28. Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Sempé L. The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people. *BMC Health Serv Res.* 2022; 22 p.176.
29. Mittelmeier J, Edwards RL, Davis SK, Nguyen Q, Murphy VL, Brummer L, Rienties B. ‘Uma espada de dois gumes. Isso é poderoso, mas pode ser usado de forma destrutiva’: Perspectivas de pesquisadores em início de carreira sobre análise de aprendizagem. *Frontline Learn. Res.* 2018; 20-38.
30. Matos FS, Jesus CS, Carneiro JA, Coqueiro Rd, Fernandes MH, Brito TA. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciênc. saúde Colet* 2018; 23(10):3393-401.
31. Bertoluci Alves Pereira P. O Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar. *Ministério da saúde.* 2016; 02(2):1-42.
32. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(6):887-905.
33. Hedler HC, Faleiros VD, Santos MD, Almeida MA. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Ver. Katál.* 2016; 19(1):143-53.
34. Nunes DP, Brito TR, Duarte YA, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev. bras. epidemiol.* 2018; 21(2).
35. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LH, Rodrigues VP, Philipp RR. Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* 2017; 21(2).
36. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.
37. Giacomini KC, Duarte YA, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública* 2019; 52:9.

38. Souza Ad, Pelegrini TD, Ribeiro JH, Pereira DS, Mendes MA. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(6):1176-85.
39. Camargos MC. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Rev. bras. estud. popul.* 2014; 31(1):211-7.
40. Gonçalves LH, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TR, Santos SM, Marques S, Rodrigues RA, Portella MR, Scortegagna HD, Santos SS, Pelzer MT, Souza AD, Meira EC, Sena EL, Creutzberg M, Rezende TD. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(9):1738-46.
41. Pinheiro NC, Holanda VC, Melo LA, Medeiros AK, Lima KC. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(11):3399-405.
42. Lloyd-Sherlock P, Sasat S, Morales F, Pot A. "Long-term-care policy in Thailand and Costa Rica and the role of volunteers: Key success factors for development and implementation". *Bulletin of the World Health Organisation* 2017; 95(11): 774-778.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento populacional aponta a necessidade dos governantes de formular e implementar políticas públicas direcionadas a população idosa no Brasil. O aumento da expectativa de vida reflete as melhorias vivenciadas por esta população, entretanto, também traz as consequências que o processo de envelhecimento pode causar na vida dessas pessoas. Vale ressaltar que o PMC tem sido ofertado aos idosos e familiares atendidos como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde, sendo peça fundamental na rede de apoio ao cuidado da pessoa idosa no município de Belo Horizonte.

Apesar da dificuldade de encontrar dados e registros sistematizados do Programa, foi possível observar, através da análise da percepção dos atores, a sua importância para todos os envolvidos nos seus processos e atividades. Os entrevistados reconheceram a sua relevância, mesmo diante dos desafios e problemas que o PMC enfrenta. A escuta dessas pessoas nos possibilitou visualizar o papel do PMC enquanto política pública voltada para o atendimento domiciliar de idosos dependentes ou semi-dependentes. Como parte das RAS, ele oferece mais uma possibilidade de cuidado humanizado e integral ao idoso e sua família que, na maioria das vezes, está sobrecarregada com as atividades e implicações que envolvem o cuidado com a pessoa idosa frágil.

Consideramos o Programa como uma estratégia intersetorial inovadora com potencial de expansão, entretanto, sugere-se uma melhor gestão e acompanhamento dos idosos e profissionais. É necessário que se tenham mais dados e novas análises sejam realizadas no intuito de avaliar a sua eficácia para o sistema de saúde e para a população como um todo. Espera-se que o artigo aqui apresentado possa contribuir como base para futuras investigações a respeito do PMC, que os gestores envolvidos no seu processo se apoderem das questões levantadas e que os idosos sejam cada vez mais beneficiados com as ações nele propostas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. C. V. et al. Perfil de saúde de idosos atendidos pelo Programa de Cuidadores de Idosos da Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. *Einstein (São Paulo)*, v. 18, p. 1-8, abr. 2020. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5263.
- AREDES, J. S. et al. Integrated Care in the Community: the case of the programa maior cuidado (older adult care programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, bra. *International Journal Of Integrated Care*, v. 21, n. 2, p. 1-12, 2021. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.5619>.
- AZEVEDO, P. A. C.; MODESTO, C. M. S. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 110, p. 183-194, set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611014>
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, M.; DOMINGOS, A. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 32, n. 94, p. 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.17666/329414/2017>.
- BATISTA, M. P. P. et al. Formal caregivers of older adults: reflection about their practice. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 732-738, out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005270>.
- BELO HORIZONTE. Portaria SMAAS Nº 004/2014. Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1116962>> Acesso em: 08 nov. 2021.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Portaria Nº 007, 29 de Novembro de 2019. Estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*. 03 de dezembro, 2019. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/2648>. Acesso em: 10. nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 20. Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20. Ago. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas Brasília. 2017. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf. Acesso em: 16. Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 20. Ago. 2021.

BRASIL. Resolução - RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775> Acesso em: 11. Nov. 2021.

CAMARANO, A. A. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. 64. ed. Brasília: Ipea, 2020. 20 p.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 62, p. 553-563, 20 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, A. M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 18, p. 7-41, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151801>

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 17, n. 4, p. 911-926, dez. 2014.. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving Integration in Mixed Methods Designs-Principles and Practices. *Health Services Research*, v. 48, n. 62, p. 2134-2156, 23 out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

GLOBAL PLATFORM 2020. Programa Maior Cuidado - um programa pioneiro de atendimento comunitário para idosos no Brasil. Disponível em: <https://corona-older.com/2020/11/24/programa-maior-cuidado-um-programa-pioneiro-de-atendimento-comunitario-para-idosos-no-brazil/>. Acesso em: 18. Ago. 2021.

HIRATA, H. Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 98, p. 25-40, abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.003>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (ed.). *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação*. IBGE. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 07. Ago. 2021.

KOBAYASI, D. et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances EnEnfermería*, v. 37, n. 2, p. 140-148, mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>

LLOYD-SHERLOCK, P. et al. Meeting the complex challenge of health and social care provision for rapidly-ageing populations: introducing the concept of .:avoidable displacement from home. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 1-12, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00162819>.

LLOYD-SHERLOCK, P. et al. "Melhorando a efetividade e eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos". Belo Horizonte, Mar. 2019. Documento interno.

MARQUES, F. P.; BULGARELLI, A. F. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do sus. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2063-2072, jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018>.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 10, n. 3, p. 371-382, dez. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Informações sobre o Coronavírus. Secretaria municipal de Saúde. 2021. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/> Acesso em 20. Ago. 2021.

POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711510>

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris: Dunod, 1995.

REIS, D. A. et al. Implantação de planos de atenção ao idoso em Belo Horizonte. *Geriatr Gerontol Aging*, v. 7, p. 99-107, 2013.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 302-310, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0445>

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Revista Pensar BH*, Belo Horizonte, n. 31, 2012.

TORRES, K. R. B. O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. 1-22, set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300113>

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, dez. 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000600009>.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

ZEN, D. et al. Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, p. 1-9, 23 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.62502>.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Projeto: “Melhorando a efetividade e eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos”

Pesquisador responsável: Peter Lloyd-Sherlock

Informações preliminares:

- Identificação do participante;
- Categoria profissional (para gestores, profissionais dos Centros de Saúde e CRAS);
- Gênero;
- Idade;
- Tempo de inserção no Programa (para os participantes e profissionais do PMC).

1º Grupo: perguntas norteadoras direcionadas aos participantes do Programa Maior Cuidado que foram hospitalizados ou com histórico de hospitalização:

- 1 - Como está a sua saúde?
- 2 - Você precisa de algum tipo de cuidado? Se sim, você tem recebido algum apoio no seu cuidado (de quem? Família/Centro de Saúde/Cuidador)?
- 3 - Como você percebe este cuidado?
- 4 - Alguma vez você precisou ser internado (ida a UPA, Pronto Socorro, dentre outros)? Conte-nos como foi essa experiência.

2º Grupo: perguntas direcionadas aos profissionais que atuam em Centros de Saúde e Centros de Referência em Assistência Social:

- 1 - Você conhece idosos acompanhados pela unidade em que você trabalha que precisaram ser hospitalizados?
- 2 - Como você percebe este cuidado?
- 3 - Algum deles precisou ser hospitalizado? Saberá me dizer como foi essa experiência?
- 4 - Em que situações você solicitaria a institucionalização de uma pessoa idosa?
- 5 - Você conhece ou há algum programa ofertado pelo município que apoiaria o cuidado à população idosa mais frágil?

3º Grupo: perguntas direcionadas aos gestores de saúde:

1 - Quais as necessidades de saúde você percebe na população de abrangência do seu Centro de Saúde? (caso não surja espontaneamente algo relacionado ao envelhecimento, inserir especificamente “e população idosa?”)

2 - Em que situações você solicitaria a hospitalização de uma pessoa idosa? Você encontra alguma dificuldade para operacionalizar esta demanda?

3 - Em que situações você sugeriria a institucionalização de uma pessoa idosa? Nesses casos, como você orienta esta demanda?

4 - Você conhece ou há algum programa ofertado pelo município que apoiaria o cuidado à população idosa mais frágil?

ANEXOS

Anexo I

Portaria Conjunta do Programa Maior Cuidado

Terça-feira, 3 de dezembro de 2019 Ano: XXV - Edição N.: 5910

Poder Executivo

AA-Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

PORTARIA CONJUNTA SMASAC/SMSA Nº 007, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2019

Estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências.

- A Secretária Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania - SMASAC e o Secretário Municipal de Saúde - SMSA, no uso de suas atribuições legais e, considerando a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Considerando a Lei nº. 7.842/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências;
- Considerando a Lei Municipal nº. 7.930/1999, que institui a Política Municipal do Idoso;
- Considerando a Lei nº. 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências;
- Considerando a Resolução CNAS nº. 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência de Social – PNAS/2004, com destaque para os objetivos da Proteção Social Básica de prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
- Considerando a Resolução CNAS nº. 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais;
- Considerando o Decreto nº. 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- Considerando a Resolução CNAS nº. 33 de 12 de dezembro de 2012, que aprova a Norma Operacional Básica do SUAS – NOB-SUAS, que dispõe sobre a operacionalização do Sistema Único da Assistência Social – SUAS;
- Considerando a Lei Municipal nº. 10.836/2015, que dispõe sobre a Política de Assistência Social no município, institui o Sistema Único de Assistência Social de Belo Horizonte- SUAS-BH e dá outras providências;
- Considerando a Resolução CNAS nº. 7, de 18 de maio de 2016, que aprova o II Plano Decenal de Assistência Social, para o período de 2016 a 2026, que reconhece que as pessoas dependentes de cuidados de terceiros são particularmente mais vulneráveis à exposição a riscos;
- Considerando a Resolução CMAS/BH nº. 021, de 20 de agosto de 2018, que aprova o Plano Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte, período 2018 a 2021, que tem como diretriz e prioridade a plena integralidade da proteção socioassistencial; e,
- Considerando as Orientações Técnicas do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;

RESOLVEM:

Art. 1º. Estabelecer os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado, instituir instâncias de gestão e de interlocução e dar outras providências.

Art. 2º. O Programa Maior Cuidado é uma provisão da Política Pública de Assistência Social desenvolvida intersetorialmente com a Política Pública de Saúde direcionada à prevenção de agravos de vulnerabilidades sociais associadas ao fenômeno do envelhecimento, por meio de suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio.

Art. 3º. O Programa contribui para apoiar as famílias no cuidado às pessoas idosas, estimular a autonomia dos usuários e de seus cuidadores, fortalecer os vínculos familiares e comunitários e ampliar a participação social.

Art. 4º. Destina-se a apoiar pessoas idosas dependentes e semidependentes e suas famílias, caso apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial e intersetorial no território de abrangência do Programa.

Art. 5º. São princípios e diretrizes estruturantes do Programa Maior Cuidado:

I. Gratuidade: a assistência social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida;

II. Integralidade de Proteção Social: oferta das provisões em sua completude, por meio de conjunto articulado e integrado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e das demais políticas públicas e sociais;

III. Intersetorialidade: integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas públicas e órgãos setoriais;

IV. Equidade: respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social;

V. Matricialidade Sociofamiliar: centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade das ações e serviços socioassistenciais, considerando que a família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel de proteção às pessoas idosas;

VI. Territorialização: reconhecimento da presença de múltiplos fatores sociais e econômicos, que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Art. 6º. O Programa Maior Cuidado é referenciado ao Centro de Referência da Assistência Social - CRAS.

§1º. Deve ser ofertado de forma articulada e complementar ao trabalho social com famílias, desenvolvido pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias - PAIF;

§2º. Deve ser ofertado de forma articulada e integrada intersetorialmente com os Centros de Saúde das áreas de abrangência dos CRAS.

Art. 7º. São atribuições da Subsecretaria de Assistência Social - SUASS, por meio da Diretoria de Proteção Social Básica - DPSO:

I. Realizar a gestão do Programa Maior Cuidado no Município;

II. Estabelecer as diretrizes de gestão e operacionalização do Programa;

III. Orientar e fomentar a função de Vigilância Socioassistencial na gestão do Programa;

IV. Desenvolver os indicadores de desempenho em conjunto com a Subsecretaria de Atenção à Saúde;

V. Realizar o monitoramento e a avaliação do Programa;

VI. Estabelecer parceria para a execução do Programa;

VII. Coordenar o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial;

VIII. Participar dos Grupos de Trabalho Local, sempre que necessário.

Art. 8º. São atribuições da Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA, por meio da Diretoria de Assistência à Saúde - DIAS:

I. Monitorar o acompanhamento realizado pelas Equipes de Estratégias de Saúde da Família - ESF e profissionais e equipes de apoio dos Centros de Saúde, incluindo as Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF- AB e de Saúde Mental, às pessoas idosas inseridas no Programa;

II. Monitorar a realização dos Grupos de Trabalho Locais e a participação dos representantes da saúde;

III. Estabelecer e atualizar as orientações para a assistência à saúde das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Programa;

IV. Integrar o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial;

V. Participar dos Grupos de Trabalho Locais, sempre que necessário.

Art. 9º. São atribuições das Diretorias Regionais de Assistência Social - DRAS:

I. Acompanhar e apoiar o provimento do Programa Maior Cuidado nos CRAS do território de abrangência;

II. Desenvolver ações de monitoramento e avaliação do Programa nos CRAS do território de abrangência;

III. Fomentar a articulação intersetorial, visando à integralidade de atenção socioassistencial e de saúde das pessoas idosas inseridas no Programa.

Art. 10. São atribuições das Diretorias Regionais de Saúde - DRES:

I. Fomentar a articulação intersetorial, visando à integralidade da atenção socioassistencial e à saúde das pessoas idosas inseridas no Programa;

II. Definir uma Referência Técnica Regional da Saúde da pessoa idosa para participar do Grupo de Trabalho Local.

Art. 11. São atribuições das Coordenações dos CRAS:

I. Coordenar o Grupo de Trabalho Local em articulação com o Centro de Saúde;

II. Promover a articulação com a Organização da Sociedade Civil - OSC parceira na execução do Programa;

III. Promover a integração entre os profissionais das equipes de referência do PAIF e do Programa;

IV. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução do Programa no território de abrangência em articulação com o Gerente do Centro de Saúde;

V. Acompanhar e apoiar as equipes de referência no processo de atendimento das pessoas idosas inseridas no Programa e suas famílias;

VI. Acompanhar o processo de inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento das pessoas idosas por meio das equipes de referência do PAIF;

VII. Acompanhar os registros e os dados mensais de atendimentos e acompanhamento do Programa que deverão ser encaminhados mensalmente à Gerência de Gestão de Serviços de Proteção Social Básica - GGPSB;

VIII. Promover discussões junto à equipe de referência, para a compreensão do Programa Maior Cuidado como uma oferta integrada e complementar ao trabalho social com famílias desenvolvido pelo PAIF.

Art. 12. São atribuições dos Gerentes dos Centros de Saúde:

I. Acompanhar os processos de inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento das pessoas idosas inseridas no Programa;

II. Acompanhar, em interlocução com o coordenador de CRAS, o funcionamento do Grupo de Trabalho Local;

III. Acompanhar e apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família e do NASF no processo de atendimento das pessoas idosas inseridas no Programa e suas famílias, sempre que necessário;

IV. Participar, sempre que necessário, das reuniões do Grupo de Trabalho Local;

V. Acompanhar os registros e os dados mensais de atendimentos e acompanhamento do Programa.

Art. 13. São atribuições comuns das equipes de referência do PAIF, ESF e dos Centros de Saúde, incluindo as Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB:

I. Identificar o público prioritário do Programa;

II. Realizar estudos de casos de modo intersetorial, avaliando as vulnerabilidades, os riscos sociais e pessoais e a situação clínico-funcional das pessoas idosas, conforme critérios definidos para a inserção no Programa Maior Cuidado;

III. Desenvolver ações articuladas e integradas para a inserção, atendimento e acompanhamento das pessoas idosas e suas famílias no Programa;

IV. Realizar avaliação e monitoramento integrado, para o processo de desligamento das pessoas idosas, conforme critérios do Programa;

V. Elaborar e atualizar periodicamente a rotina de cuidados da Assistência Social e da Saúde;

VI. Elaborar o Plano de Acompanhamento Familiar por meio das equipes de referência do PAIF e o Plano Terapêutico Singular por meio das equipes de saúde, conforme avaliação.

Parágrafo Único. As Rotinas de Cuidado se referem ao conjunto de atividades a serem desenvolvidas no domicílio e no território, associadas à atenção socioassistencial e assistência à saúde que orientam o trabalho do cuidador de pessoas idosas.

Art. 14. Fica instituído o Grupo de Gestão Municipal Intersectorial do Programa Maior Cuidado.

Art. 15. São objetivos do Grupo de Gestão Municipal Intersectorial do Programa Maior Cuidado:

- I. Propor diretrizes de gestão intersectorial e técnico-operacionais para o Programa;
- II. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no Programa;
- III. Desenvolver proposições para o constante aperfeiçoamento do Programa;
- IV. Planejar as ações intersectoriais a serem desenvolvidas pelo Programa;
- V. Apoiar o desenvolvimento dos Grupos de Trabalho Local.

Art. 16. O Grupo de Gestão Municipal Intersectorial será coordenado pela DPSO, por meio da GGPSB.

Art. 17. O Grupo de Gestão Municipal Intersectorial do Programa será composto por:

- I. Representante da Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica;
- II. Representante da Diretoria/Coordenação de Assistência à Saúde;
- III. Referência Técnica de Apoio à Gestão e ao Provimento da GGPSB;
- IV. Referência Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Parágrafo Único. Poderão ser convidados outros atores institucionais a participarem das reuniões do Grupo de Gestão Municipal Intersectorial, por seus conhecimentos e experiência profissional.

Art. 18. Os representantes do Grupo de Gestão Municipal Intersectorial serão designados pelos seus respectivos órgãos.

Art. 19. Ficam instituídos os Grupos de Trabalho Locais do Programa Maior Cuidado nos territórios de abrangência do Programa.

Art. 20. São objetivos do Grupo de Trabalho Local:

- I. Promover as articulações intersetoriais necessárias para a gestão local e o desenvolvimento do Programa;
- II. Realizar estudos de casos para a inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento no Programa;
- III. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas em âmbito local pelo Programa Maior Cuidado;
- IV. Manter o Grupo de Gestão Municipal Intersectorial do Programa atualizado com as informações das ações e atividades desenvolvidas;
- V. Primar pela qualidade das relações e das ações desenvolvidas intersectorialmente.

Art. 21. Cada Grupo de Trabalho Local será composto pelos seguintes representantes:

- I. Coordenador do CRAS;
- II. Profissional de ensino superior da equipe de referência do PAIF;
- III. Gerente do Centro de Saúde, quando necessário;
- IV. Profissional da ESF ou NASF;
- V. Referência técnica regional da Saúde da pessoa idosa;
- VI. Supervisor e cuidadores de pessoas idosas da OSC parceira.

Parágrafo Único: Poderão ser convidados a participar das reuniões outros profissionais envolvidos no processo de atendimento e acompanhamento da pessoa idosa e de sua família, de acordo com a necessidade.

Art. 22. A coordenação do Grupo de Trabalho Local será desenvolvida pelo Coordenador de CRAS em articulação com o(s) Gerente(s) do(s) Centro(s) de Saúde do território de abrangência do CRAS, sendo de sua competência:

- I. Garantir a articulação intersectorial do Programa no território;
- II. Manter registro das ações e atividades do grupo;
- III. Coordenar as discussões e encaminhamentos realizados.

Art. 23. O Grupo de Trabalho Local reunir-se-á mensalmente em local predefinido pelo Coordenador de CRAS, em articulação com os Gerentes dos Centros de Saúde.

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 29 de novembro de 2019

Maíra da Cunha Pinto Colares

Secretária Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

Jackson Machado Pinto

Secretário Municipal de Saúde

Anexo II
Instrumento de Pontuação Instrumental de Avaliação para Inserção do idoso
no Programa

Avaliação Para Inserção no Programa Maior Cuidado

CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO NO PROGRAMA

Pessoa idosa com 60 anos ou mais semidependente ou dependente.

Residir em território de abrangência do CRAS e ser atendido no PAIF;

Ter cadastro e ser atendido no Centro de Saúde localizado no território de abrangência CRAS;

Renda familiar mensal até 3 salários mínimos ou percapita de ½ salário mínimo;

Pontuação maior ou igual a 60 pontos

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do Usuário:

Idade:

Telefone:

Endereço: Rua/Av:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Referência Familiar:

CRAS de Referência do Usuário:

Nº Prontuário do CRAS:

Nº do SIGPS

Nº do NIS

Unidade de Saúde do usuário:

Nº Prontuário do Centro de Saúde:

Nº do Cartão SUS:

2. COMPOSIÇÃO E RENDA FAMILIAR

Nome*

**Data
nascimento**

**Grau
Parentesco****

**Fonte
da
renda**

Total da Renda Familiar

Renda Percapita

* Orientação de preenchimento do quadro: No preenchimento da composição familiar o idoso atendido deve ser o primeiro a ser listado, seguido da referência familiar;

** Demais composições de acordo com o grau de parentesco como o idoso atendido no Programa (pais, cônjuge, filhos, netos, enteados, outros).

3. FATORES ETÁRIOS

Idade	Pontuação
De 75 a 79 anos	2
A partir de 80 anos	4
Total da pontuação	

4. IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES E RISCOS SOCIAIS

4.1 Vulnerabilidades de Renda	Pontuação
Famílias com renda per capita até 1/2salário mínimo	3
Famílias com renda per capita até 1/4 salário mínimo	5
Total da pontuação	

4.2 4.2 Famílias do Público Prioritário	4.3Pontuação
4.4 Famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada e/ou	10
4.5 Família beneficiária do Programa Bolsa Família,	
4.6 Famílias contrarreferenciadas da Proteção Social Especial.	
Total da pontuação	

4.74.3 Vulnerabilidades relacionais e situações que podem contribuir para a fragilização da capacidade protetiva das famílias

Obs.: As situações a seguir admitem marcação em mais de um bloco.	Pontuação
<ul style="list-style-type: none"> - Família que possui em sua composição, criança, adolescente, pessoa com deficiência ou mais de um idoso; - Família com crianças e adolescentes fora da escola; - Família com adolescente em cumprimento de medida socioeducativa; - Família com integrante recluso ou egresso do sistema prisional; - Família com integrante em uso abusivo de álcool ou outras drogas; - Família com integrante com sofrimento mental; - Família que vivencia situações de conflitos que fragilizam os cuidados e dificultam a família de cumprir as funções de proteção e cuidados cotidianos; - Família e/ou integrante que vivencia situação de preconceitos e discriminações (etárias, étnico-raciais, de gênero, religiosidade, condições sociais e econômicas, (orientação sexual, ou por deficiência, entre outras); - Família e/ou integrante que vivencia situação de isolamento, confinamento ou apartação; 	11
<ul style="list-style-type: none"> - Pessoa idosa com dependência de cuidados de terceiros e/ou com limitações de mobilidade, pela existência de barreiras no domicílio, dificultando a acessibilidade; - Pessoa idosa que permanece sozinha por longos períodos; - Pessoa idosa com deficiência e com dependência de cuidados de terceiros; - Pessoa idosa em exposição a riscos, de isolamento social, confinamento, apartação, exclusão, abandono; - Pessoa idosa que retornaram ao ambiente familiar após acolhimento institucional; - Pessoa idosa com baixa participação nas atividades da família e da comunidade. 	11
<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador familiar em situação de stress emocional ou físico ocasionado pelo cuidado com o idoso; - Cuidador familiar tenha interrompido as atividades laborais ou esteja impossibilitado de realizá-las, em virtude da oferta continuada de cuidados diário - Cuidador familiar é uma pessoa idosa; 	11

- Cuidador familiar desempenha sozinho o papel de cuidado; - Cuidador familiar em uso abusivo de álcool ou outras drogas; - Cuidador familiar com sofrimento mental ou deficiência; - Cuidador familiar em tratamento prolongado por problemas de saúde.	
Total da pontuação	

5. AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL

5.1 TIPO 1 – SEMIDPENDENTE - sem comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar

Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	Pontuação
- Internações recorrentes	4
- Feridas crônicas e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade	3
- Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais	3
- Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	4
- Instabilidade de marcha c/quedas frequentes (> 2 / ano)	5
- Deficiência sensorial (cegueira, surdez) semidependente	2
Fatores Funcionais ABVD - Pessoa Idosa não é capaz de:	
- Caminhar sem apoio ou ajuda	5
- Banhar-se sem auxílio	4
Fatores Funcionais AIVD - Pessoa idosa não é capaz de:	
- Ir a outros lugares sozinho	4
- Tomar medicamentos nas doses e horários certos	4
- Executar tarefas domésticas leves	4
Fatores Cognitivos	
- Distúrbios de comportamento controlados (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...)	3
- Depressão	3
Total da pontuação	

5.1 5.2 TIPO 2 – SEMIDEPENDENTE - com comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar

Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	Pontuação
- Internações recorrentes	4
- Feridas crônicas e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade	3
- Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais, com quadro descompensado	3
- Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	4
- Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano)	5
- Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência parcial.	2

Fatores Funcionais ABVD - Pessoa Idosa não é capaz de:

- Continência urinária e ou fecal	2
- Banhar-se sem auxílio	4
- Locomover-se sem apoio ou uso de equipamento de marcha	4

Fatores Funcionais AIVD - Pessoa idosa não é capaz de :

- Ir a outros lugares sozinho	3
- Tomar medicamentos nas doses e horários certos	3
- Executar tarefas domésticas leves	4

Fatores Cognitivos

- Distúrbios de comportamento controlados (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...)	5
- Depressão	2

Total da pontuação

5.3 TIPO 3 - DEPENDENTE, acamado e ou restrito ao domicilio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar

Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	Pontuação
- Terminalidade e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade e/ou internações recorrentes	5

- Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais 4
- Fazer uso de 4 ou mais medicamentos 3
- Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano) 4
- Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência 3

Fatores Funcionais – Pessoa Idosa não é capaz de realizar a função:

- Alimentar-se 5
- Continência urinária e/ou fecal 2
- Banhar-se 5
- Vestir-se 4
- Mobilidade total – Acamado (este item e o seguinte não devem ser somados juntos, pois se excluem) e/ou mobilidade parcial – Locomover-se da cama para a cadeira (este item e o anterior não devem ser somados juntos, pois se excluem). 7

Fatores Cognitivos

- Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...) ou apresenta quadro de confusão mental e/ou Alucinações. 4
- Distúrbio de sono e/ou depressão 2

Total da pontuação

6. INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

CRAS:

Técnico:

Data:

Equipe do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF

Assinatura:

Centro de Saúde:

Profissional da Saúde

Função:

Equipe:

Data:

Assinatura:

Anexo III

Termo de Consentimento Programa Maior Cuidado

Eu, _____, portador da Carteira de Identidade _____, com domicílio na rua _____ nº _____, Bairro _____, nesta capital, responsável por _____ estou ciente e de acordo com a inserção no Programa Maior Cuidado, bem como suas diretrizes e autorizo a permanência de um cuidador na minha residência nos dias e horários pré-estabelecidos pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH).

1 Programa Maior Cuidado

1.1 O Programa Maior Cuidado é ofertado pela Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania - SMASAC em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde – SMSA;

1.2 É executado por uma Organização da Sociedade Civil – OSC, da rede socioassistencial por meio de parceria com a PBH;

1.3 Oferece um cuidador na atenção domiciliar a idosos dependentes ou semidependentes, identificados a partir do acompanhamento de famílias realizado pelas equipes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias - PAIF, nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e pelas Equipes de Saúde da Família nos centros de saúde;

1.4 Visa apoiar as famílias no cuidado domiciliar de rotina a idosos que vivenciam situações de vulnerabilidade por sua condição social e de saúde; pela ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária, prevenindo o agravamento das vulnerabilidades;

1.5 O cuidador do Programa deverá observar os princípios e as normas de conduta ética estabelecida pela Portaria SMAAS 004/2014 – Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do Programa Maior Cuidado e exercer as atribuições definidas pela PBH de acordo com as diretrizes do Programa;

1.6 A carga horária e a periodicidade do atendimento ao idoso, pelo cuidador, serão de acordo com o estabelecido pela PBH;

1.7 A família não terá nenhum ônus em razão da presença do cuidador no seu domicílio.

2 Cabe ao Cuidador

2.1 Seguir as orientações da equipe técnica do CRAS e dos profissionais do Centro de Saúde;

2.2 Contribuir com ações que possam promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como contribuir com a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e a participação plena e efetiva das pessoas idosas;

2.3 Contribuir e apoiar o acesso à rede socioassistencial;

- 2.4 Favorecer relações socioafetivas na família e na comunidade, escutando e valorizando a história de vida da pessoa idosa atendida;
 - 2.5 Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, o idoso ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
 - 2.6 Estimular o idoso a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;
 - 2.7 Facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada e a comunidade;
 - 2.8 Orientar a família na organização do cuidado ao idoso (tarefas, funções, atividades);
 - 2.9 Estimular a autonomia do idoso;
 - 2.10 Participar de processos de formações e capacitações promovidos pela OSC e SMASAC;
 - 2.11 Participar das reuniões com o CRAS e os Centros de Saúde para acompanhamento e discussão de casos;
 - 2.12 Se ater às suas funções, cumprindo-as com responsabilidade, de acordo com as orientações da PBH;
 - 2.13 Manter uma relação de respeito e cooperação com a família;
 - 2.14 Seguir as orientações estabelecidas pela PBH e OSC parceira do Programa em relação à sua conduta profissional;
 - 2.15 Comunicar aos familiares sobre o cotidiano do idoso.
- 3 Cabe à família
 - 3.1 Ler e estando de acordo, assinar este Termo de Consentimento;
 - 3.2 Disponibilizar o acesso do cuidador à residência para o atendimento ao idoso;
 - 3.3 Acolher as orientações dos profissionais da Assistência Social, da Saúde e do cuidador;
 - 3.4 Respeitar o horário do cuidador e as suas atribuições;
 - 3.5 Conhecer as atribuições do cuidador e facilitar a sua intervenção;
 - 3.6 Respeitar as funções do cuidador determinadas pela PBH;
 - 3.7 Ajudar o cuidador na atenção ao idoso nos casos em que for necessária a cooperação de outra pessoa, como nas transferências de um local para o outro, mudanças de decúbito, banho, nos períodos de agitação do idoso;
 - 3.8 Informar ao CRAS sobre o trabalho do cuidador (cumprimento do horário, faltas, qualidade do atendimento);
 - 3.9 Não atribuir ao cuidador nenhuma função que não seja de conhecimento ou autorizada pela PBH;

- 3.10 Responsabilizar-se pelo cuidado diário do idoso;
- 3.11 Responsabilizar-se pelos encaminhamentos aos serviços em caso de intercorrências e internações;
- 3.12 Acompanhar o idoso, durante o período em que permanecer hospitalizado, de acordo com o Estatuto do Idoso e demais legislações;
- 3.13 Responsabilizar-se pelo cuidado ao idoso nos casos de ausência do cuidador;
- 3.14 Participar de reuniões e atendimentos no CRAS e Centro de Saúde, sempre que convocada;
- 3.15 Comunicar ao CRAS problemas e situações conflituosas entre o cuidador e o idoso e/ou demais familiares;
- 3.16 Comunicar ao CRAS situações de negligência do cuidador, no atendimento ao usuário;
- 3.17 Seguir as orientações da Equipe de Saúde da Família/NASF sobre rotinas de cuidado do idoso;
- 3.18 Zelar pelo plano terapêutico, mantendo em sigilo as informações que foram registradas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família/NASF;
- 3.19 Solicitar junto ao Centro de Saúde de referência o agendamento de consultas especializadas, medicamentos e insumos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 3.20 Utilizar os serviços da Rede SUS nos casos de urgência ou emergência, encaminhando o idoso para o atendimento nas UPA's ou acionando o SAMU;
- 3.21 Informar ao CRAS e ao Centro de Saúde as situações de internação do idoso, alta hospitalar, ocorrência de quedas, aspiração de alimentos, aparecimento de sinais de alerta ou piora do estado geral do idoso, mudança de endereço, óbito ou desejo de desligamento do Programa.

4 Estou ciente e de acordo que

- 4.1 O prazo de permanência do idoso no Programa será de até 1(um) ano, podendo ser prorrogado de acordo com avaliação da PBH;
- 4.2 O Programa estabelece o rodízio de cuidadores, ou seja, haverá a troca do cuidador sempre que avaliado como necessário pela PBH;
- 4.3 O idoso poderá ser desligado do Programa por decisão da PBH conforme critérios pré-estabelecidos ou por opção da família;
- 4.4 A permanência do idoso no Programa está condicionada ao cumprimento das atribuições que cabem à família, relacionadas neste documento;
- 4.5 O cuidador se ausentará do atendimento ao idoso pelos seguintes motivos: capacitação, reuniões com CRAS e Centro de Saúde e força maior;

4.6 Não há possibilidade de escolha do cuidador referente ao gênero, idade, etnia, orientação se

Anexo IV
Comprovante de Submissão do Artigo 1

Cadernos Saúde Coletiva - Manuscript ID CADSC-2021-0518

1 mensagem

Cadernos Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

26 de outubro de 2021 15:05

Responder a: cadernos@iesc.ufrj.br

Para: joselia.firmo@fiocruz.br, firmoj@gmail.com

Cc: claudiocastro1994@gmail.com, kcgiacomini@hotmail.com, janainaaredes@gmail.com, joselia.firmo@fiocruz.br, firmoj@gmail.com

26-Oct-2021

Dear Dr. Firmo:

Your manuscript entitled "Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersectorial frente aos desafios do envelhecimento" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Cadernos Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CADSC-2021-0518.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Cadernos Saúde Coletiva.

Sincerely,
Cadernos Saúde Coletiva Editorial Office