

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

**Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência**

Abraão dos Santos Freire

**CUIDAR DE QUEM CUIDA: ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO
E DE SAÚDE DOS CUIDADORES E DAS CUIDADORAS SOCIAIS DE
PESSOAS IDOSAS DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO NO MUNICÍPIO
DE BELO HORIZONTE – MG.**

Belo Horizonte

2025

Abraão dos Santos Freire

**CUIDAR DE QUEM CUIDA: ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE
SAÚDE DOS CUIDADORES E DAS CUIDADORAS SOCIAIS DE PESSOAS
IDOSAS DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO NO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE – MG.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de Pesquisa: Promoção de saúde e suas bases: Cidadania, Trabalho e Ambiente;

Orientadora: Profa. Dra. Jandira Maciel da Silva

Belo Horizonte

2025

Freire, Abraão dos Santos.
F866c Cuidar de quem cuida [recurso eletrônico]: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do programa maior cuidado no município de Belo Horizonte – MG. / Abraão dos Santos Freire. -- Belo Horizonte: 2025.
217f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Jandira Maciel da Silva.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Cuidadores. 2. Idoso. 3. Condições de Trabalho. 4. Nível de Saúde. 5. Descritor. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Jandira Maciel da. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WY 200

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **quatorze** horas do dia vinte e sete de fevereiro de dois mil e vinte cinco, modo presencial, sala 526 - realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **ABRAÃO DOS SANTOS FREIRE**, número de registro **2021725329**, graduado no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube a Prof.^a Jandira Maciel da Silva - Orientadora (UFMG). Inicialmente a Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof.^a Crisane Costa Rossetti (Secretaria Municipal de Saúde de BH), Prof.^a Maria Aline Gomes Barboza (PBH) e Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (UFMG). Em seguida a Presidente autorizou o aluno a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Crisane Costa Rossetti, Usuária Externa**, em 11/03/2025, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tarcisio Marcio Magalhaes Pinheiro, Professor(a)**, em 11/03/2025, às 18:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Aline Gomes Barboza, Usuária Externa**, em 11/03/2025, às 21:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jandira Maciel da Silva, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 12/03/2025, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3989606** e o código CRC **60EBB3EB**.

A Noélia minha mãe, com muito amor e carinho
A Marcos Vinicius meu esposo e companheiro de todas as horas

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me concedeu saúde, força e proteção para completar mais essa jornada da minha vida, não permitindo que fraquejasse diante das inúmeras dificuldades.

Agradeço profundamente à minha família, aos meus pais e irmãos, e de forma especial ao meu esposo, Marcos Vinicius, pelo incentivo constante e pelo suporte necessário na realização deste sonho.

À professora Doutora Jandira Maciel, minha eterna gratidão por ter me guiado nesse percurso, compartilhando conhecimentos e promovendo debates que foram fundamentais para meu crescimento enquanto sujeito social, profissional e pesquisador.

À minha irmã e amiga Ana Paula Leite, que em todos os momentos desse processo não soltou minha mão, mesmo estando distante fisicamente, ela se fez presente em cada detalhe.

Aos cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado que, no cotidiano profissional, me motivaram a refletir sobre as condições de trabalho e saúde desses e dessas profissionais, além de demonstrarem disponibilidade ao participarem das etapas do percurso de pesquisa.

Por fim, aos amigos, amigas e colegas de trabalho, que estiveram ao meu lado, compartilhando momentos de aprendizado e descoberta.

“Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório”
(Patrick Leonardo Nogueira da Silva *et al.*, 2021, p. 5567).

RESUMO

Realizou-se estudo sobre as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado, do município de Belo Horizonte/MG (PMC/PBH/MG). Trata-se de uma política pública inovadora, voltada para a proteção à pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social, tendo em vista o crescente envelhecimento dessa população e a consequente necessidade de ampliar os serviços públicos para atender às demandas específicas dessas pessoas. O percurso investigativo orientou-se pelo seguinte objetivo geral: realizar um estudo sobre as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC no município de Belo Horizonte/MG; e pelos seguintes objetivos específicos: apresentar o PMC/PBH/MG, considerando a sua interface entre as Políticas de Assistência Social e de Saúde; descrever os processos e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras e discutir possíveis relações entre problemas de saúde referidos dos cuidadores e das cuidadoras do PMC/BH/MG decorrentes ou agravados pelos processos e condições de trabalho existentes. Foi realizada revisão bibliográfica de escopo e estudo documental. Também foi aplicado questionário semiestruturado e realizados grupos focais, cujos participante assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo está vinculado a projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE 5.536.062) e autorizado pela Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do SUAS-BH. Os resultados apontaram para um grupo de trabalhadores composto principalmente por mulheres cisgênero, por pessoas pardas ou pretas, tendo como escolaridade o Ensino Médio. Evidenciou-se ainda, como resultados, a sobrecarga de trabalho; relatos de problemas de saúde mental, hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças osteomusculares e situações de racismo, constrangimento e, em alguns casos, assédio moral e sexual. Conclui-se que o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de trabalho constitui um grande desafio, tendo em vista que o ambiente de trabalho desses profissionais são os domicílios das famílias atendidas, localizados em territórios vulneráveis. Essa realidade exige ações intersetoriais articuladas entre diferentes políticas públicas, a fim de garantir a proteção e a promoção da saúde destes e destas trabalhadoras.

Palavras-chave: cuidador e cuidadora social de pessoas idosas; condições de trabalho; condições de saúde; pessoa idosa; Programa Maior Cuidado.

ABSTRACT

A study was conducted on the working and health conditions of social caregivers for elderly individuals under the Greater Care Program (PMC/PBH/MG) in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais. This innovative public policy aims to protect socially vulnerable elderly individuals, given the growing aging of this population and the consequent need to expand public services to meet their specific needs. The research path was guided by the following general objective: to conduct a study on the working and health conditions of social caregivers of elderly people at the PMC in the city of Belo Horizonte/MG and by the following specific objectives: to present the PMC/PBH/MG, considering its interface between Social Assistance and Health Policies; to describe the processes and working conditions of caregivers and to discuss possible relationships between reported health problems of caregivers at the PMC/BH/MG resulting from or aggravated by existing working processes and conditions. A scoping literature review and documentary study were conducted. A semi-structured questionnaire was also administered, and focus groups were held, with participants signing an Informed Consent Form (ICF). The study is linked to a project approved by the UFMG Ethics Committee (CAAE 5.536.062) and authorized by the SUAS-BH Labor Management and Continuing Education Department. The results indicated a group of workers composed primarily of cisgender women, brown or Black people, and high school graduates. The findings also highlighted work overload; reports of mental health problems, high blood pressure, diabetes mellitus, and musculoskeletal disorders; and instances of racism, harassment, and, in some cases, moral and sexual harassment. The conclusion is that developing public policies aimed at improving working conditions poses a significant challenge, given that these professionals work in the homes of the families they serve, located in vulnerable areas. This reality requires intersectoral actions coordinated across different public policies to ensure the protection and promotion of the health of these workers.

Keywords: social caregiver for elderly people; working conditions; health conditions; elderly person; Greater Care Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) por Diretorias Regionais de Assistência Social (DRAS), Decreto nº 18.027, 15/07/2022.....	35
Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos para a revisão de escopo	63
Quadro 2 – Quantitativo de cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas por CRAS	73
Quadro 3 – Artigos selecionados, Portal Regional da BVS, 2024.....	77
Quadro 4 – Artigos selecionados, Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO, 2024	78
Quadro 5 – Artigos selecionados, National Library of Medicine, 2024.	87
Quadro 6 - Artigos selecionados, Cochrane Library, 2024.....	89
Gráfico 1 – Número de pessoas atendidas pelo cuidador ou cuidadora, por dia. ..	115
Gráfico 2 – Número de pessoas idosas com diferentes graus de dependência atendidas pelo cuidador ou cuidadora, por dia.....	116
Quadro 7 – Unidades temas e Categorias de análises. Grupos focais e Questões abertas dos questionários semiestruturados.....	127
Quadro 8 – Condições de Trabalho.	130
Quadro 9 – Relacionamento Institucional.....	146
Quadro 10 – Saúde dos Cuidadores e das cuidadoras.....	154

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH, 2024.....	113
Tabela 2 – Características sobre renda e trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH, 2024.....	117
Tabela 3 – Características sobre a saúde dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH.....	120
Tabela 4 – Trabalho na Pandemia de COVID-19 dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH-MG.....	123

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACIMG	Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais
ADRA	Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais Sudeste Brasileira
AVD	Atividades da Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CADSUAS	Cadastro Nacional de Trabalhadores do SUAS
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CS	Centro de Saúde
DGAS	Diretoria de Gestão do Sistema Único de Assistência Social
DPSB	Diretoria de Proteção Social Básica
DPSB	Diretoria de Proteção Social Básica do SUAS
DPSE	Diretoria de Proteção Social Especial do SUAS
DPSO	Diretoria de Proteção Social Básica
DRAS	Diretorias Regionais da Assistência Social
DRGD	Diretoria de Relação com os Sistemas de Garantia de Direitos e de Justiça
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GDECOM	Grupo de Desenvolvimento Comunitário
GGTEP	Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do Suas-BH
IAP'S	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAEFI	Programa de Atendimentos Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Programa de Atendimento Integral à Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PCCS	Planos de Carreira, Cargos e Salários
PMC	Programa Maior Cuidado
PMF	Programa Médico de Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PSF	Programa Saúde da Família
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SINTIBREF-MG	Sindicato dos Empregados em Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais
SMAAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMASAC	Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMC	Sistema Municipal de Cuidado
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPEPDI	Serviço Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias
SPSBR	Serviço de Proteção Social Básica Regional
SPSPD	Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUASS	Subsecretaria de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	O envelhecimento populacional e a população idosa brasileira.....	21
2.2	Marco legal das Políticas de Proteção da Pessoa Idosa.....	23
2.3	A trajetória da Política de Assistência Social no Brasil	25
2.3.1	<i>A Proteção Social Básica</i>	<i>29</i>
2.3.2	<i>A Proteção Social Especial de Média e o de Alta complexidade</i>	<i>31</i>
2.4	Política de Assistência Social em Belo Horizonte	32
2.4.1	<i>Programa Maior Cuidado – PMC.....</i>	<i>40</i>
2.5	Trabalho e a precarização das condições de trabalho: algumas considerações.....	50
3	MATERIAIS E MÉTODOS	56
3.1	A Propósito Deste Estudo	59
3.1.1	<i>Pesquisa Bibliográfica de Escopo</i>	<i>60</i>
3.1.2	<i>Estudo Documental</i>	<i>63</i>
3.1.3	<i>Questionário Semiestruturado</i>	<i>66</i>
3.1.4	<i>Grupo Focal.....</i>	<i>70</i>
3.2	População de estudo.....	73
4	RESULTADOS DISCUSSÕES	76
4.1	Revisão de Escopo.....	76
4.2	Análise documental.....	92
4.3	Questionário semiestruturado.....	112
4.4	Características Sociodemográficas	113
4.5	Sobre renda e principais características do trabalho	114
4.6	Caracterização da saúde dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH - MG	119

4.7	Sobre o trabalho na Pandemia de COVID-19 dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH-MG	122
4.8	Análise Qualitativa: Grupos Focais e Questões abertas do Questionário Semiestruturado	126
4.8.1	Análise dos dados	127
4.9	Unidade tema de análise - Condições de Trabalho	129
4.10	Unidade tema de análise - Relacionamento Institucional	146
4.11	Unidade tema de análise - Saúde dos Cuidadores	154
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
	REFERÊNCIAS	168
	APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.....	177
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA OS CUIDADORES DE IDOSOS DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS	180
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Focal	189
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - GRUPO FOCAL	191
	ANEXO A – FORMULÁRIO DO SERVIÇO DE PESQUISA DA BIBLIOTECA J. BAETA VIANA/CAMPUS SAÚDE/UFGM - CONSULTA INDIVIDUAL	193
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COEP/UFGM	205

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO – PESQUISA SUASS	214
--	------------

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento está ligado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais e que pode ocasionar dificuldade na autonomia para a realização das atividades básicas de vida diária, situação essa que demanda da família cuidado e atenção especial à pessoa idosa (Camarano, 2002).

O Projeto de Lei nº 3.646/2019 foi sancionado, promovendo alterações no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) para substituir os termos “idoso” e “idosos” por “pessoa idosa” e “pessoas idosas”. Considerando essa mudança normativa, o presente estudo adotou a nomenclatura “pessoa idosa” e “pessoas idosas” ao longo do texto, em conformidade com o disposto na lei.

O crescimento da população idosa no Brasil, ou seja, todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, tem sido rápido e intenso. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), em 2010, o número de pessoas nessa faixa etária somava 20.590.597, representando 10,8% da população total. Já em 2022, esse número saltou para 32.113.490, correspondendo a 15,6% da população, um aumento expressivo de 56% se comparado a 2010 (Gomes; Brito, 2023).

Ao se lançar o olhar sobre o número de pessoas com 65 anos ou mais, o crescimento ainda é mais expressivo. De acordo com o censo do IBGE, a população nessa faixa etária teve um crescimento expressivo de 57,4%. Em 2010, esse grupo somava 14.081.477 de pessoas, representando 7,4% da população total. Já em 2022, esse número aumentou para 22.169.101, correspondendo a 10,9% da população brasileira (IBGE, 2022).

O envelhecimento populacional no país é mais evidente nas regiões Sudeste e Sul. Conforme aponta o IBGE (2022), essas regiões possuem uma população mais envelhecida: a primeira com 12,2% e a segunda com 12,1%. Já as regiões Norte e Nordeste possuem as populações mais jovens: 25,2% e 21,1%, respectivamente, de seus habitantes têm até 14 anos de idade (Gomes; Brito, 2023).

A tendência de envelhecimento populacional é uma realidade em todo o Brasil, refletindo um fenômeno em constante crescimento. Minas Gerais, com uma população de 20,54 milhões de habitantes, é o segundo estado mais populoso do país (IBGE,

2022). Em termos percentuais, ocupa o terceiro lugar na proporção de pessoas idosas, com 17,8%, ficando atrás do Rio Grande do Sul (20,2%) e do Rio de Janeiro (18,8%).

Consta no Relatório Anual de Gestão (2023), da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que a capital mineira tinha uma população de 2.530.701 de habitantes, o sexto município mais populoso do País. Desse quantitativo, o município possui 473.818 pessoas idosas, correspondendo a 18,7% da população, com a seguinte composição, segundo a faixa etária: 252.485 (9,7%) pessoas entre 60 e 69 anos; 145.185 (5,7%) entre 70 e 79 anos e, 76.148 (3,0%) pessoas acima de 80 anos (Belo Horizonte, 2023).

Tendo em vista o crescente envelhecimento da população e a consequente necessidade de ampliar os serviços públicos para atender às demandas específicas das pessoas idosas, o município de Belo Horizonte implementou, em 2011, o Programa Maior Cuidado (PMC). Esse programa foi criado com objetivo 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.

O Programa é uma iniciativa da Política Pública de Assistência Social, integrada à Política Pública de Saúde. Seu objetivo é prevenir agravos relacionados a vulnerabilidades sociais enfrentadas pela pessoa idosa. Alguns exemplos dessas vulnerabilidades são: o isolamento social, a falta de suporte e cuidados familiares, a discriminação e os estereótipos negativos, o abandono e a negligência, a pobreza e a falta de recursos, as condições precárias de moradia, o acesso limitado a serviços de saúde, as dificuldades financeiras. O Programa oferece suporte às dinâmicas familiares no ambiente domiciliar, visando lidar com os desafios associados ao envelhecimento.

O PMC visa atender pessoas idosas dependentes e semidependentes, bem como suas famílias, que residem nos territórios de abrangência dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Ele é voltado aos casos em que a pessoa idosa enfrenta limitações, restrições ou impedimentos de acesso à rede socioassistencial e intersetorial no território. Além disso, o programa busca auxiliar aqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade social decorrentes da fragilização dos vínculos familiares e/ou sociais, seja por falta de acesso a oportunidades de inserção comunitária, exclusão ou isolamento social.

Ele vem na direção de apoiar as famílias no cuidado às pessoas idosas, estimular a autonomia dos usuários e de seus cuidadores familiares, fortalecer os vínculos familiares e comunitários e ampliar a participação social, com a oferta de cuidadores sociais para a prestação de assistência domiciliar.

É relevante enfatizar que a ocupação de cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas é regulamentada pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil, 2010), através do código 5162 - Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos, sendo este acompanhado pelos seguintes códigos específicos: 5162-05: Babá; 5162-10: Cuidador de idosos; 5162-15: Mãe social e 5162-20: Cuidador em saúde.

Essa ocupação abrange aqueles que cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, com base em metas estabelecidas por instituições. A classificação evidencia a importância e a necessidade de profissionais capacitados e dedicados para prestar assistência e cuidados adequados aos diferentes ciclos da vida, incluindo pessoas idosas.

No caso do PMC, o cuidador e a cuidadora social de pessoas idosas são contratados e contratados pela Prefeitura de Belo Horizonte, mediante assinatura de Termo de Parceria com a Organização da Sociedade Civil (OSC), denominada Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), para realizar atendimento às famílias inseridas no programa. Esse trabalhador é incumbido de proporcionar conforto, suporte, auxílio e cuidado a pessoa idosa dependente ou semidependente, assim como às famílias.

Entende-se por cuidador ou cuidadora:

[...] a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano – por exemplo, ida a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (Brasil, 1999, p.20).

Considera-se cuidado “trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e à reprodução diária da vida humana, da força de trabalho, da sociedade e da economia e à garantia do bem-estar de todas as pessoas”, de acordo com a definição expressa no Art. 5º da Política Nacional de Cuidados, regulamentada pela Lei nº 15.069 de 23 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024).

O trabalho do cuidador e da cuidadora social de pessoas idosas do PMC/BH/MG é realizado na residência das pessoas idosas durante a semana, em alguns horários do dia, de acordo com a orientação do CRAS.

Conforme prescrito na Portaria 004/2014 da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAAS), que trata do Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do PMC, eles exercem funções básicas de cuidado à pessoa idosa como: banho, alimentação, preparação do alimento, organização do domicílio, participação e estímulo às atividades extradomiciliares, conversas, leituras de livros, auxílio na execução dos exercícios físicos prescritos pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) -, organização dos medicamentos, dentre outras.

Considerando a crescente demanda por serviços públicos decorrente do envelhecimento da população, bem como as responsabilidades definidas em portarias, decretos e documentos orientadores do PMC, este estudo analisa as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas. Nesse contexto, a questão de pesquisa que surge é: **quais são as possíveis repercussões do trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais das pessoas idosas do PMC no município de Belo Horizonte/MG, tanto para sua saúde quanto para o trabalho que desempenham?**

O interesse em pesquisar as condições de trabalho e saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC, em Belo Horizonte, é resultante de inquietações e questionamentos advindas de observações e vivências no âmbito do exercício profissional: atuando como Coordenador do CRAS Vila Nossa Senhora de Fátima, entre setembro de 2018 e fevereiro de 2023, fui provocado a refletir sobre o trabalho cotidiano desses trabalhadores e dessas trabalhadoras.

Ao testemunhar empiricamente a realidade desses e dessas profissionais em seus atendimentos domiciliares e deslocamentos pelo território, cresceu em mim o desejo de aprofundar o estudo sobre esse tema. Essa experiência direta proporcionou uma base sólida para materializar essa aspiração de pesquisa e compreender melhor a realidade e os desafios enfrentados pelos cuidadores e pelas cuidadoras sociais de pessoas idosas no contexto do PMC.

Em linhas gerais, ao longo da semana, os cuidadores e as cuidadoras sociais de pessoas idosas são responsáveis por atender de uma a duas famílias por turno, frequentemente percorrendo longas distâncias entre domicílios. Durante esses

deslocamentos, eles e elas carregam consigo Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e materiais de trabalho, como formulários, listas de presença para que os familiares assinem, jogos e materiais para atividades com as pessoas idosas. É importante ressaltar que todo esse material tem um peso médio de aproximadamente 10 quilos.

Dentre as atribuições que os cuidadores e as cuidadoras devem desenvolver no atendimento à pessoa idosa no domicílio, conforme observação na vivência profissional, estão: acompanhar as atividades básicas do cotidiano da pessoa idosa; cuidar da higiene e aparência; verificar horários de realização das atividades; ajudar no banho e nas necessidades fisiológicas; estar sempre atentos às ações da pessoa idosa; sempre ouvir a pessoa idosa, respeitando sua necessidade de conversar; dar apoio emocional e psicológico; contribuir para a recuperação da autoestima; estimular a independência, deixando a pessoa idosa realizar trabalhos e atividades desde que possua condições físicas para tal; dar auxílio e respeitar as crenças espirituais e religiosas da pessoa assistida; cuidar da alimentação dessa pessoa; preparar as refeições, nos casos em que a pessoa idosa more sozinha; observar possíveis alterações físicas, biológicas e alterações no comportamento; controlar o horário adequado de ingestão dos medicamentos, assim como armazenar e organizar os medicamentos de forma adequada; acompanhar a pessoa idosa em consultas e atendimentos médicos de rotina, na ausência de familiar; e fazer breve relatório do dia a dia para informar à empresa contratante e ao CRAS (Belo Horizonte, 2014).

Diante de todas as atribuições e tarefas desempenhadas pelos cuidadores e pelas cuidadoras sociais de pessoas idosas, surge a indagação sobre as condições de trabalho enfrentadas por esses e essas profissionais. Nesse contexto, justificou-se a relevância de analisar o processo de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC. Essa temática central foi impulsionada pela necessidade de compreender, em profundidade, o contexto laboral e as particularidades dessa ocupação.

O objetivo geral da pesquisa foi o de realizar um estudo sobre as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC no município de Belo Horizonte/MG. O percurso investigativo orientou-se pelos seguintes objetivos específicos:

- Apresentar o Programa Maior Cuidado desenvolvido em Belo Horizonte/MG (PMC/BH/MG), considerando a sua interface entre as Políticas de Assistência Social e de Saúde;
- Descrever os processos e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/BH/MG e;
- Discutir possíveis relações entre problemas de saúde referidos pelos cuidadores e pelas cuidadoras sociais de pessoas idosas inseridas no PMC/BH/MG decorrentes ou agravados pelos processos e condições de trabalho existentes.

Este trabalho de pesquisa foi estruturado por essa introdução, seguida de três seções, e das considerações finais. A seção 1, intitulada Fundamentação Teórica, aborda os temas relacionados ao envelhecimento populacional e à população idosa brasileira; o marco legal das políticas de proteção à pessoa idosa; a trajetória da Política de Assistência Social no Brasil; a Proteção Social Básica; a Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade; a Política de Assistência Social em Belo Horizonte; o Programa Maior Cuidado (PMC); e o impacto do trabalho e da terceirização na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Já a seção 2, denominada Materiais e Métodos, apresenta a metodologia utilizada, e conta com as seguintes subdivisões: propósito do estudo; pesquisa bibliográfica de escopo; estudo documental; questionário semiestruturado; grupo focal; e definição da população de estudo.

A seção 3 expõe os resultados organizados nos itens: revisão bibliográfica de escopo; análise documental; perfil sociodemográfico, condições de trabalho e saúde dos cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas, com base no questionário semiestruturado; e reflexões realizadas a partir da condução de grupo focal.

Por fim, são apresentadas as considerações finais da dissertação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O envelhecimento populacional e a população idosa brasileira

O envelhecimento populacional tem se apresentado como um dos principais eventos demográficos do século XX e, provavelmente, será mantido no século XXI. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005, apontou que:

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos (OPAS, 2005, p.8).

Nesse sentido, o envelhecimento populacional na contemporaneidade é compreendido como uma demanda de saúde pública no mundo e, conseqüentemente, no Brasil. Há um aumento elevado da população idosa comparado com os demais grupos etários. Para Camarano (2002), o aumento do contingente idoso é resultado da alta fecundidade prevalente no passado comparativamente à atual; à redução da mortalidade; do aumento da expectativa de vida; dos avanços tecnológicos e do acesso à saúde. Todos esses fatores contribuem com o aumento da população com faixa etária maior que 60 anos.

Segundo dados do IBGE (2016), obtidos a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de (2015), a população brasileira, em 2015, foi de 204,9 milhões de pessoas, o que significa um crescimento de 1,0% no período de 2005 a 2015.

No Brasil, o impacto social é com alguma frequência mais importante que o biológico. Paralelamente às modificações demográficas que estão ocorrendo, cresce também a necessidade de profundas transformações socioeconômicas nos países do Terceiro Mundo, que, além de serem política e economicamente dependentes de outras nações, possuem uma estrutura socioeconômica arcaica que privilegia alguns em detrimento da maioria. O quadro atual de crescimento da população idosa, acompanhado de falta de disponibilidade de riqueza ou, o que é mais comum, de sua perversa distribuição de renda, contrasta, por exemplo, com o existente na Inglaterra, no qual o envelhecimento de sua população já se evidenciava após o início da Revolução Industrial, no período do Império Britânico, quando o estado e a sociedade puderam dispor de recursos para atender à demanda que o crescente número de idosos exigia (Netto, 2013, p.65).

O dicionário Aurélio conceitua idoso como “que ou quem tem muitos anos de vida; velho”. Para Camarano e Pasinato (2004) a definição colocada no dicionário apresenta uma carga valorativa e assume que a “idade cronológica é o critério

universal de classificação para a categoria idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos” (Camarano; Pasinato, 2004, p. 5).

As autoras citadas acima dizem da gama de critérios existentes para conceituar o que venha ser um idoso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos. Assim, segundo as autoras,

[...] o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares (Camarano; Pasinato, 2004, p.4).

Ainda sobre a compreensão de envelhecimento, velhice e idoso, Netto (2013, p. 71) destaca que o “envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes que estão intimamente relacionados”.

Sobre a formulação de políticas públicas para população idosa, Camarano e Pasinato (2004) apontam que o limite etário é muito importante, mesmo que ocorra algum grau de pragmatismo nos conceitos utilizados, pois é através dessa demarcação que se identifica beneficiários para destinar recursos e conceder direitos.

Partindo dessa análise, Netto (2013) afirma que o aumento do número de idosos trouxe implicações para os indivíduos que compõem esse grupo etário como também à sociedade como um todo. Acrescenta que, para compreender a velhice e o processo de envelhecimento, é primordial buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos. Não se deve observar apenas o fator biofisiológico, mas deve-se ficar atento aos fatores ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que perpassam o processo de envelhecimento.

Evidencia-se a necessidade de garantir à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, seguindo as recomendações da OMS de não pensar apenas na doença, controle e tratamento, mas essencialmente na qualidade de vida da pessoa idosa que transita pelo bem-estar físico, psíquico e social.

Sabe-se que a gerontologia – como ciência do envelhecimento – tem por objetivo tratar dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, legais, entre outros. Netto (2013, p. 68) acrescenta “assim como na medicina surgiu a geriatria para fazer frente às necessidades do velho enfermo, nas ciências sociais surgiram a gerontologia social e seus ramos, que percebem a velhice como um problema social”.

Em outros termos,

A ciência do envelhecimento tem sob si a responsabilidade de ser o centro do qual emanam suas ramificações – gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria – que, em conjunto, atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas consequências. A gerontologia social, que aborda os aspectos não orgânicos, e a geriatria e a gerontologia biomédica, que se atêm aos aspectos orgânicos (Netto, 2013 p.69).

A importância fundamental desse conhecimento, de acordo com Jeckel Neto (2000) *apud* Netto (2013), deve ser o envelhecimento com sucesso e com qualidade de vida, o qual só poderá ser alcançado por meio de estudos interdisciplinares, formação de recursos humanos e de interessados nos estudos de envelhecimento, por exemplo. Desse modo, esse campo disciplinar e profissional acolhe debates, temas e questões relacionadas ao idoso, à velhice e ao envelhecimento.

2.2 Marco legal das Políticas de Proteção da Pessoa Idosa

A Constituição Federal do Brasil de 1988 é um marco fundamental para assegurar os direitos da pessoa idosa. A partir da homologação da Carta Cidadã, outros dispositivos legais foram sendo discutidos e aprovados, como a Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços; a Lei nº 8.742/1993 que dispõe sobre a organização da Assistência Social; a Lei nº 8.842, de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Lei nº 10.741, 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

No bojo de garantias afiançadas, a Constituição, no Art. 6º, compreende como direitos sociais “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (Brasil, 1988). Além disso, é descrito, no Art. 194, a Seguridade Social como um conjunto de políticas públicas que visam garantir o direito à saúde, assistência social e previdência social.

No Capítulo XII, intitulado "da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso", em seu Art. 229, a Constituição diz que: "Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade" (Brasil, 1988, p. 133). Já o Art. 230 diz que:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (Brasil, 1988, p. 133).

O Art. 1º da Lei 8.842, de 1994, diz que "a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade". Além de definir no Art. 2º que "idoso é a pessoa maior de sessenta anos de idade" (Brasil, 1994).

A Lei 8.842, de 1994, traz para arena do direito da pessoa idosa avanços imensuráveis, priorizando o convívio familiar, em detrimento do atendimento asilar, além de tratar o envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento do controle social; garantia de orçamento; incentivo a estudos e pesquisas.

No âmbito do Estado de Minas Gerais, foi aprovado, em 1997, a Lei nº 12.666, que institui a política estadual de amparo ao idoso, com o objetivo de assegurar-lhe os direitos sociais e promover sua integração e participação efetiva na sociedade.

Seguindo nessa direção de aprovação de instrumentos de proteção da pessoa idosa, o município de Belo Horizonte, em 1999, cria, a partir da Lei nº 7.930, a Política Municipal do Idoso que no Art. 1º, coloca como objetivo "gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade" (Belo Horizonte, 1999, p. 1).

Esses instrumentos, em âmbito local, potencializam os mecanismos de proteção e defesa da pessoa idosa, nos diversos aspectos da vida, quais sejam: saúde, assistência social, educação, administração e recursos humanos, indústria e comércio, habitação e urbanismo, jurídica, direitos humanos e segurança social, cultura, esporte e lazer.

Para consolidar ainda mais o direito da pessoa idosa no país, em 2003 é sancionada a Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Esse documento

é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e apresenta questões relacionadas a direitos como saúde, assistência social, habitação, educação, esporte e lazer; da apuração Administrativa de Infração às Normas de Proteção ao Idoso; da apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento; do Acesso à Justiça e dos Crimes (Brasil, 2003).

Verifica-se que o Estatuto do Idoso traz punições mais severas para quem cometer crimes contra a pessoa idosa, como o abandono e o desrespeito à dignidade.

2.3 A trajetória da Política de Assistência Social no Brasil

Historicamente, a Assistência Social no Brasil tem sua origem marcada na caridade, na cultura do favor, nas ações caritativas, na filantropia e na solidariedade religiosa. Em outras palavras, de acordo com Oliveira (2005), a assistência social era baseada na prática de atenção aos pobres, aos doentes, aos miseráveis e aos necessitados, prestado principalmente por grupos religiosos ou filantrópicos.

Na República Velha, período que compreende de 1889 a 1930, Cronemberger e Teixeira (2015) afirmam que a assistência aos pobres, aos doentes, aos miseráveis e aos necessitados ficou sob a responsabilidade das associações de socorro mútuo ou do auxílio das pessoas mais ricas da sociedade. Para as autoras, o Estado não assumia a responsabilidade de proteção social, pois compreendia que as desigualdades vivenciadas pelas pessoas eram decorrentes de incapacidades individuais e não como problemas sociais gestados pelo modelo de organização da sociedade.

A bibliografia aponta que o sistema brasileiro de proteção social teve suas primeiras iniciativas no início da década de 1920, com a criação da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários (CAPs). Para Santos (1979) *apud* Cronemberger e Teixeira (2015), a criação de um fundo formado com a contribuição dos empregados, empregadores e do Estado garantia renda ao trabalhador e aos seus dependentes no momento da velhice, invalidez ou tempo de serviço.

Naquela época, diante das condições de vida da população e do restrito acesso ao mercado de trabalho, as CAPs se apresentavam como um avanço para a proteção do trabalhador assalariado. Todavia, os grupos mais vulneráveis como os idosos, as pessoas com deficiência, as crianças, os adolescentes, dentre outros, ficavam na

responsabilidade da assistência social, exercida pelos grupos religiosos e filantrópicos.

Existem dois marcos que ampliam a legislação brasileira sobre a temática:

No primeiro período (1930 a 1943), destaca-se a formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) com formato semelhante ao das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), sendo que eram organizados por categorias profissionais e não mais por empresas, como anteriormente, além de serem necessariamente geridos pelo Estado. Além disso, em 1943, houve expansão da legislação trabalhista com a Consolidação das Leis Trabalhistas (Cronemberger; Teixeira, 2015, p. 3).

Vale salientar que, em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho e, em 1932, a Carteira de Trabalho, que passou a ser considerada como um documento de cidadania. As pessoas com carteira de trabalho assinada dispunham de alguns direitos que o desempregado jamais teria, como apontam Boscari e Silva (2015).

Com caráter populista, ainda no Governo Getúlio Vargas, foi criada, na década de 1940, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com objetivo de prestar assistência aos pobres e, sobretudo, às famílias de soldados que eram convocados para a Guerra. Finalizada a guerra em 1945, segundo Boscari e Silva (2015, p. 110), “a LBA se volta para a assistência à maternidade e à infância, caracterizada por ações paternalistas e de prestação de auxílios emergenciais e paliativos à miséria”. É nesse momento, com a presença majoritária das mulheres que surge, em âmbito federal, a primeira instituição de assistência social brasileira.

De acordo com Cronemberger e Teixeira (2015) a concepção de cidadania, nesse período, era muito limitada e reprodutora de desigualdade. Ao mesmo tempo em que existia uma gama de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e automaticamente protegida pelas CAPs, havia também um número expressivo de pessoas que se encontravam fora desse mercado, a exemplo dos trabalhadores rurais, que estavam totalmente desprotegidos e à mercê das ações da filantropia e da igreja.

A LBA concentrou sua ação no atendimento às famílias da grande massa de pessoas desempregadas e de trabalhadores rurais – não coberta pela previdência social – para responder à demanda de proteção social por parte do Estado. Em 1969, como assinalam Boscari e Silva (2015), a LBA é transformada em fundação vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Vale destacar que o período 1966 a 1971 é marcado pela ampliação e consolidação do sistema de proteção social erguido no período anterior através da

organização institucional e financeira da política social brasileira (Draibe, 1990 *apud* Cronemberger; Teixeira, 2015). Foram criadas várias instituições responsáveis pela oferta de bens e serviços sociais, no campo da educação, saúde, assistência social e previdência.

Nesse percurso, Behring (2008) pontua que os anos 1980 podem ser lembrados como período de conquistas democráticas em função das lutas populares, sociais e das reivindicações nacionais por direitos para a consolidação da Constituição Federal de 1988.

A Constituição traz inúmeras características inovadoras para ordem jurídica brasileira, quais sejam:

[...] redistributivista com maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação, ampliação dos direitos sociais, universalização do acesso e expansão da cobertura, esgarçamento do vínculo contributivo, com concepção mais abrangente da seguridade social e do financiamento e o princípio organizacional da participação e do controle social (Cronemberger; Teixeira, 2015, p. 4).

A Constituição Federal de 1988 apresenta-se como um marco fundamental para proteção social brasileira, pois reconhece a assistência social como política social que, junto com as políticas de Saúde e de Previdência Social compõem o sistema de seguridade social.

Tendo em vista essa concepção de política pública, a Assistência Social é definida como:

[...] direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (LOAS, Art. 1º, 1993).

O Estado assume o papel e o dever legal de desenvolver ações que garantam a oferta de serviços e benefícios sociais para os que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Nessa lógica,

A Constituição Federal de 1988 traz uma nova concepção para a Assistência Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro concebido como campo da Seguridade Social, configurando o triângulo juntamente com a saúde e a previdência social (PNAS, 2004 p. 29).

Partindo da compreensão da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) articulada a outras políticas públicas voltadas para garantia de direitos e melhoria das condições de vida da população vulnerável, a PNAS (2004, p. 29) conclui que a assistência social “configura-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo”.

Nesse sentido, são definidos os objetivos da PNAS:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (LOAS, Art. 2º, 1993).

Sendo assim, a Política Nacional de Assistência Social norteia-se pelos seguintes princípios:

- I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V - Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (LOAS, Art. 4º, 1993).

Observa-se que a organização da Política de Assistência Social se dá de modo integrado com outras políticas setoriais, com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III - Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (LOAS, Art. 5º, 1993).

Na perspectiva de consagração dos direitos sociais, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) responsabiliza o Estado pela oferta de proteção assistencial de modo que exista universalização de cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade. Para isso, a

PNAS (2004) pontua que a proteção social deve garantir: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida e de convívio ou vivência familiar.

Desta feita, como um avanço para a Política de Assistência Social, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais padroniza em todos os municípios brasileiros os serviços de proteção social, além de organizar a política em níveis de proteção, a saber: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média e o de Alta complexidade (Brasil, 2009).

2.3.1 A Proteção Social Básica

A Proteção Social Básica possui os objetivos de:

[...] prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (PNAS, 2004, p. 31).

A operacionalização da Proteção Social Básica, conforme PNAS (2004), prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deve priorizar a inclusão de pessoas com deficiência nas ofertas dos serviços, organizando-os em rede para maior inserção desse público nas diversas ações do território.

Destaca-se também a necessidade de os serviços, programas, projetos e benefícios de Proteção Social Básica se articularem com as demais políticas públicas — especialmente as locais —, a fim de dar maior capilaridade às ações propostas, sem perder de vista a articulação com os serviços de proteção especial para a garantia de mais direitos.

Nesse sentido, a PNAS (2004) afirma que os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS.

O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrange um total de até 1.000 famílias/ano. Como

equipamento principal da Proteção Básica possui como objetivos: a prevenção de situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Brasil, 2009).

As ações do CRAS destinam-se a usuários e suas famílias que vivenciam situação de vulnerabilidade social decorrente da "pobreza, privação, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos e da fragilização de vínculos afetivos, discriminações etárias, étnico-raciais, de gênero ou por deficiência, entre outras" (Brasil, 2017, p. 20).

É no CRAS que se desenvolve o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), serviço principal e essencial do centro, pois sua oferta de atendimento às famílias é de caráter continuado, preventivo, protetivo e proativo. Além disso,

O trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar o universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. As ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico (Brasil, 2009, p. 5).

No campo da proteção básica, o PAIF desenvolve suas ações na perspectiva de viabilizar direitos aos usuários – o acesso dos usuários ao serviço dá-se por procura espontânea –; busca ativa; encaminhamento da rede socioassistencial e encaminhamento das demais políticas públicas.

Como retaguarda de proteção social básica, os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas devem ser referenciados ao CRAS e manter articulação sistemática com a equipe do PAIF. No desenvolvimento do trabalho social com as famílias, a equipe do PAIF busca proporcionar mais proteção a elas, levando em consideração as demandas apresentadas pelos usuários desses serviços.

Entende-se o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos como o

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. [...] Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (Brasil, 2014, p.16).

Já o Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas tem

[...] por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento. [...] Desenvolve ações extensivas aos familiares, de apoio, informação, orientação e encaminhamento, com foco na qualidade de vida, exercício da cidadania e inclusão na vida social, sempre ressaltando o caráter preventivo do serviço (Brasil, 2014, p.25).

Consideram-se usuários desse serviço pessoas com deficiência ou pessoas idosas que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso a possibilidades de inserção, habilitação social e comunitária.

A realidade brasileira nos mostra, como pontua o PNAS (2014), que existem famílias com as mais diversas situações socioeconômicas, as quais podem levar à violação dos direitos de seus membros, especialmente de crianças, adolescentes, jovens, idosos e pessoas com deficiência.

2.3.2 A Proteção Social Especial de Média e o de Alta complexidade

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que oferece atendimento especializado e multidisciplinar a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social ou violação de direitos, seguindo a Segunda Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2009). Seu objetivo é prevenir e enfrentar situações de violência, abuso, negligência e exploração, promovendo a inclusão social, o fortalecimento familiar e o acesso aos direitos socioassistenciais.

No campo da Proteção Social Especial, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais estabelece dois níveis de complexidade. O primeiro é o de Média Complexidade, que inclui o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); o Serviço Especializado de Abordagem Social; o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias e; o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Brasil, 2009).

Os serviços de Média Complexidade destinam-se a famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas que ainda mantêm vínculos familiares e comunitários. Esses serviços requerem uma estruturação técnico-operacional mais robusta, com atenção especializada e abordagem individualizada, além de um acompanhamento sistemático e monitorado.

Por outro lado, os serviços de Alta Complexidade abrangem o Serviço de Acolhimento Institucional; o Serviço de Acolhimento em República; o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e; o Serviço de Proteção em situações de calamidades públicas e emergências. Esses serviços são direcionados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, com o objetivo de garantir proteção integral. A organização desses serviços deve assegurar a privacidade, o respeito aos costumes, tradições e à diversidade de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

2.4 Política de Assistência Social em Belo Horizonte

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em 2012, através da Resolução nº 33, aprovou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). Esse documento disciplina a gestão pública da Política de Assistência no Brasil, além de estabelecer as responsabilidades do gestor da política no âmbito da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

A União fica responsável pela formulação, apoio, articulação e coordenação de ações. Os estados assumem a gestão da Assistência Social dentro de seu âmbito de competência, tendo suas responsabilidades definidas na NOB/SUAS, de 2012.

Em relação ao Distrito Federal e aos municípios, a NOB/SUAS define três níveis de gestão:

[...] Inicial, Básica e Plena, que estabeleceram uma gradualidade na assunção das responsabilidades pelos Municípios de acordo com a organização do sistema local de assistência social. Para cada nível de gestão foram definidas as responsabilidades e os incentivos e requisitos de habilitação ao SUAS. Para os Estados e Distrito Federal, foram estabelecidas prioridades por meio do Pacto de Aprimoramento da Gestão, como instrumento de adesão ao SUAS (Brasil, 2012, p.13).

Nos níveis de gestão Inicial e Básica, o município assume com autonomia a gestão da proteção social básica, sendo responsável pela criação e funcionamento do Conselho, Fundo e Plano municipais da Política de Assistência Social. As ações referentes à proteção social básica devem ser executadas com recursos próprios.

Para a execução das ações referentes aos serviços de proteção social especial de média e alta complexidades, o município recebe incentivo do Governo Federal.

No caso da Gestão Plena, o município passa a ter total gestão das ações socioassistenciais da Política de Assistência Social, no âmbito da proteção social básica e especial de média e alta complexidade.

Em consonância com as legislações mencionadas anteriormente, no âmbito da Política Municipal de Assistência Social, em 2015 o município de Belo Horizonte instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) por meio da Lei nº 10.836. Um sistema articulado e multissetorial, voltado ao planejamento de ações socioassistenciais, elaboração de programas e prestação de serviços, visando garantir o atendimento de necessidades básicas, o combate à pobreza e a proteção de direitos fundamentais.

O SUAS de Belo Horizonte tem como instâncias de execução de suas ações, controle social de deliberação colegiada e instrumento de captação e aplicação de recursos, respectivamente: I - o Sistema Único de Assistência Social do Município de Belo Horizonte (SUAS-BH); II - o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS); III - o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) (Belo Horizonte, 2015, p. 1).

A Lei nº 10.836 de 2015 reforça, em seu Art. 4º, os objetivos da Política Nacional de Assistência Social no Município:

- I - a proteção social, que tem como foco a prevenção e a redução do impacto das vicissitudes sociais e naturais sobre o ciclo de vida, a garantia da dignidade humana e o fortalecimento da família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional;
- II - a vigilância socioassistencial, que se ocupa da análise territorial de situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias e indivíduos nos diferentes ciclos de vida;
- III - a defesa social e institucional, que consiste na promoção e na facilitação do acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua consequente defesa e efetivação (Belo Horizonte, 2015, p. 2).

De igual modo, a referida Lei reafirma que as ofertas de proteções sociais básica e especial do município serão ofertadas essencialmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Ademais, o Art. 16 da Lei nº 10.836 de 2015 estabelece que:

- § 1º Os CRAS e os CREAS são unidades públicas instituídas no âmbito do SUAS-BH, com interface com as demais políticas públicas, responsáveis pela articulação, coordenação e oferta dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

§ 2º O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

§ 3º O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontrem em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, demandando intervenções especializadas da proteção social especial.

§ 4º As instalações dos Cras e dos Creas devem ser compatíveis com os serviços neles ofertados, com espaços para trabalhos em grupo e ambientes específicos para recepção e atendimento reservado das famílias e indivíduos, assegurada a acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência (Belo Horizonte, 2015).

Em 2017, com a reforma administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, foi instituída a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC). Desse modo, compõem a estrutura dessa Secretaria: a Subsecretaria de Assistência Social (SUASS); a Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SUSAN); a Subsecretaria de Direitos de Cidadania (SUDC); a Subsecretaria de Planejamento, Gestão e Finanças (SUPGF).

Integram a estrutura organizacional da SUASS treze Diretorias, sendo quatro no nível central – Diretoria de Gestão do Sistema Único de Assistência Social (DGAS), Diretoria de Proteção Social Básica do SUAS (DPSB), Diretoria de Proteção Social Especial do SUAS (DPSE) e Diretoria de Relação com os Sistemas de Garantia de Direitos e de Justiça (DRGD) – e nove Diretorias Regionais da Assistência Social (DRAS), localizadas nas nove regionais administrativas do município: Barreiro, Nordeste, Oeste, Pampulha, Noroeste, Norte, Centro-Sul, Leste e Venda Nova.

As nove DRAS têm como competência gerir, coordenar e orientar os processos organizacionais desenvolvidos pelas unidades técnico-operacionais do SUAS-BH, no território regional, com atribuições de:

I – coordenar e desenvolver a gestão do Suas-BH de acordo com as diretrizes, as normas e os padrões estabelecidos para os serviços, os projetos, os programas, os benefícios, a transferência de renda e o Cadastro Único para Programas Sociais, no território de abrangência; II – gerir as unidades, os serviços, os programas, os projetos, os benefícios, a transferência de renda e o Cadastro Único, fomentando a integralidade de proteção socioassistencial e a referência e contra referência no Suas-BH; III – fomentar e executar as ações articuladas e integradas com outras políticas públicas e sociais visando a ampliação de redes de proteção social; IV – estabelecer comunicação com os movimentos sociais, as entidades e organizações da sociedade civil, os fóruns temáticos e usuários, potencializando a participação social nas instâncias do Suas-BH; V – **acompanhar e gerir o processo de análise, coleta, registro e controle dos dados e das informações sobre o desempenho, a qualidade e o impacto dos serviços, projetos, programas e benefícios** e da

transferência de renda, retroalimentando o sistema de informação, monitoramento e avaliação da Política Pública de Assistência Social e do Suas-BH; VI – **orientar e desenvolver a função de vigilância socioassistencial na gestão e provisão dos serviços, programas, projetos e benefícios** e da transferência de renda; VII – prestar e coordenar o assessoramento e apoio técnico administrativo necessário às instâncias de participação e de controle social no território de abrangência (Belo Horizonte, 2022, p. 38, grifos nossos).

Compõem a estrutura organizacional das DRAS, nove Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), trinta e quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nove Coordenações de Proteção Social e Cidadania, responsáveis pelo Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (SPSPD), pelo Serviço de Proteção Social Básica Regional (SPSBR) e pela Transferência de Renda e Cadastro Único para Programas Sociais. O Quadro 1 apresenta a estrutura orgânica das DRAS:

Quadro 1 – Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) por Diretorias Regionais de Assistência Social (DRAS), Decreto nº 18.027, 15/07/2022

DRAS	CREAS	CRAS
Barreiro	Barreiro	1. Independência; 2. Petrópolis; 3. Cemig.
Centro-Sul	Centro-Sul	1. Vila Santa Rita de Cássia; 2. Vila Nossa Senhora de Fátima; 3. Vila Marçola.
Leste	Leste;	1. Alto Vera Cruz; 2. Granja de Freitas; 3. Mariano de Abreu; 4. Taquaril.
Nordeste	Nordeste	1. União; 2. Conjunto Paulo VI; 3. Vila Maria.

DRAS	CREAS	CRAS
		1. Vila Califórnia; 2. Vila Coqueiral;
Noroeste	Noroeste	3. Pedreira Prado Lopes; 4. Vila Senhor dos Passos; 5. Vila Sumaré.
		1. Novo Aarão Reis – Brasilina Maria de Oliveira;
Norte	Norte	2. Jardim Felicidade; 3. Providência; 4. Vila Biquinhas; 5. Zilah Spósito.
		1. Havaí;
Oeste	Oeste	2. Graça Sabóia; 3. Vila Antena; 4. Vista Alegre I.
		1. Confisco;
Pampulha	Pampulha	2. Novo Ouro Preto; 3. Vila Santa Rosa; 4. Vila São José.
		1. Vila Apolônia;
Venda Nova	Venda Nova	2. Lagoa; 3. Mantiqueira.

Fonte: Decreto nº 18.027, de 15/07/2022.

De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social Quadriênio 2022/2025, o SUAS-BH conta com 4.243 trabalhadoras (es) ocupando as mais distintas funções. Destes, 2.971 (70%) atuam na rede complementar indireta e 1.272 (30%) atuam nas provisões executadas diretamente pelo Executivo municipal. O Plano afirma que a grande maioria dos profissionais do SUAS-BH (75%) é do gênero feminino.

O CRAS é a porta de entrada da Política de Assistência Social no território, e é por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) que os assistentes sociais e psicólogos do SUAS-BH realizam o trabalho social, de caráter continuado, com as famílias.

De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social Quadriênio 2022/2025 a equipe de referência dos 34 CRAS do SUAS-BH – que desenvolve, dentre outras ações, um conjunto de atividades necessárias à execução do PAIF – é composta por 424 trabalhadores. Essas equipes são compostas por trabalhadores que possuem como formação o Ensino Fundamental e Médio – tais como assistentes administrativos, porteiros, serviços gerais, entre outros –, além das categorias profissionais de Nível Superior.

Além do PAIF, os CRAS oferecem o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), complementar ao PAIF no desenvolvimento do trabalho social com as famílias e que é executado em grupo, de acordo com ciclo de vida. A oferta desse serviço se dá por meio de termo de parceria da Prefeitura Municipal com a Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais Sudeste Brasileira (ADRA) e o Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM).

Segundo o Plano Municipal de Assistência Social Quadriênio 2022/2025 existem 112 trabalhadores atuando no SCFV, nos 34 CRAS. Desse total, 65% (73/112) são do gênero feminino e 35% (39/112) são do gênero masculino.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais classifica o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas como um Serviço de Proteção Social Básica. De acordo com essa tipificação, esse serviço deve ser vinculado ao CRAS e manter articulação com o PAIF (Brasil, 2009). No entanto, no município de Belo Horizonte, essa implementação não ocorreu conforme o estabelecido na tipificação. O que existe é o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência, que é executado em territórios fora da área de abrangência do CRAS, sob a coordenação da Proteção Social e Cidadania, vinculada à DRAS.

Por outro lado, a oferta de Proteção Social Básica para a população idosa é realizada por meio do Programa Maior Cuidado (PMC), nos territórios de abrangência dos CRAS. O PMC conta com um total de 186 trabalhadores, dos quais 86% (160) são do gênero feminino e 14% (26) do gênero masculino.

Apesar de se configurar enquanto importante estratégia da política pública de Assistência Social para atendimento à população idosa em situação de dependência e semidependência, o PMC não atende a toda a população idosa de BH que, porventura, venha a apresentar necessidade de atendimento, uma vez que o município não possui toda a extensão de seu território coberta por CRAS e a execução do PMC está, necessariamente, integrada e articulada ao PAIF.

O Plano Municipal de Assistência Social Quadriênio 2022/2025 ressalta que 92% (171) dos trabalhadores do programa atuam como cuidadores. Os demais se dividem entre as funções de supervisores, auxiliar administrativo, coordenação, dentre outras funções essenciais ao Serviço. Essa execução se dá por meio termo de parceria da Prefeitura Municipal com o Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM).

Na perspectiva de ampliar a proteção das pessoas idosas – e em consonância com as discussões em âmbito federal sobre uma Política de Cuidado –, em 24 de setembro de 2024, o município de Belo Horizonte, antes mesmo da aprovação da Política Nacional de Cuidados, aprovou a Lei nº 11.751, que institui a Política Municipal do Cuidado (PMC). A Lei define o cuidado como "o trabalho cotidiano realizado para atender às necessidades materiais, psicológicas e sociais básicas da vida diária, sendo um meio de sustentação, reprodução e manutenção da vida humana e de garantia do bem-estar" (Belo Horizonte, 2024).

O Sistema Municipal de Cuidado (SMC) é estabelecido como uma "rede de proteção social composta por serviços, programas, projetos, benefícios e atividades oferecidos pelo poder público ou por particulares para atender às demandas de cuidado" (Belo Horizonte, 2024).

A Lei também destaca que o cuidado pode ser realizado de forma remunerada ou não, com ou sem interação entre pessoas, de maneira temporária ou permanente. Além de estabelecer princípios, objetivos e diretrizes da PMC, a Lei indica que são destinatários dessa política todas as pessoas diretamente envolvidas em relações de cuidado, com foco especial em: "I - pessoas idosas; II - pessoas em processo de envelhecimento que vivem em situação de rua; III - pessoas com deficiência; IV - pessoas com sofrimento ou transtorno mental; V - crianças na fase da primeira infância; VI - cuidadores remunerados ou não" (Belo Horizonte, 2024).

Essa legislação – ainda em construção no município devido à sua temporalidade e complexidade – representa um avanço significativo no atendimento

das necessidades materiais, psicológicas e sociais básicas de pessoas idosas, pessoas com deficiência, indivíduos com sofrimento ou transtorno mental, crianças na primeira infância, cuidadores remunerados ou não, entre outros, conforme pontua a lei.

A discussão sobre a Política do Cuidado tem ocupado centralidade nos debates em todo o território nacional. Após finalização dos debates do GTI-Cuidados, que iniciou as atividades em maio de 2023¹, o Governo Federal aprovou, em 23 de dezembro de 2024, a Lei nº 15.069, que instituiu a Política Nacional de Cuidados.

Essa política é “destinada a garantir o direito ao cuidado, por meio da promoção da corresponsabilização social e entre homens e mulheres pela provisão de cuidados, consideradas as múltiplas desigualdades”. Além disso, a lei estabelece que todas as pessoas têm direito ao cuidado, compreendido como o direito de ser cuidado, de cuidar e de praticar o autocuidado. Também determina que essa política é responsabilidade do Estado, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, cada um no âmbito de suas competências e atribuições, em corresponsabilidade com as famílias, o setor privado e a sociedade civil.

Conforme Art. 4º são objetivos da Política Nacional de Cuidados:

- I - garantir o direito ao cuidado, de forma gradual e progressiva, sob a perspectiva integral e integrada de políticas públicas que reconheçam a interdependência da relação entre quem cuida e quem é cuidado;
- II - promover políticas públicas que garantam o acesso ao cuidado com qualidade para quem cuida e para quem é cuidado;
- III - promover a implementação de ações pelo setor público que possibilitem a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares relacionadas ao cuidado;
- IV - incentivar a implementação de ações do setor privado e da sociedade civil, de forma a possibilitar a compatibilização entre o trabalho remunerado, as necessidades de cuidado e as responsabilidades familiares de cuidado;
- V - promover o trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores remunerados do cuidado, de maneira a enfrentar a precarização e a exploração do trabalho;
- VI - promover o reconhecimento, a redução e a redistribuição do trabalho não remunerado do cuidado, realizado primordialmente pelas mulheres;
- VII - promover o enfrentamento das múltiplas desigualdades estruturais no acesso ao direito ao cuidado, de modo a reconhecer a diversidade de quem cuida e de quem é cuidado; e
- VIII - promover a mudança cultural relacionada à organização social do trabalho de cuidado (Brasil, 2024).

¹ O GTI-Cuidados foi coordenado conjuntamente pela Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e pela Secretaria de Autonomia Econômica e Política de Cuidados das Mulheres,

Considerando os objetivos dessa lei, torna-se evidente sua relevância para a vida tanto de quem cuida quanto de quem recebe cuidado. A legislação parte do princípio de que o cuidado é um direito e estabelece que o Estado deve assegurar esse direito por meio de iniciativas que mobilizem os governos estaduais e municipais a desenvolverem ações que respondam aos objetivos da Política.

A Política Nacional de Cuidados, no Art. 8º, destaca que seu público prioritário é composto por:

- I - crianças e adolescentes, com atenção especial à primeira infância;
- II - pessoas idosas que necessitem de assistência, de apoio ou de auxílio para executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- III - pessoas com deficiência que necessitem de assistência, de apoio ou de auxílio para executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- IV - trabalhadoras e trabalhadores remunerados do cuidado; e
- V - trabalhadoras e trabalhadores não remunerados do cuidado (Brasil, 2024).

Espera-se que, seguindo a orientação nacional em relação à Política de Cuidados, outros municípios, como Belo Horizonte, elaborem e aprovem leis que garantam o pleno exercício do direito ao cuidado. Essas iniciativas devem contemplar não apenas o acesso ao cuidado como um direito, mas também a melhoria das condições de vida de quem o realiza, seja como trabalhador remunerado ou trabalhador não remunerado.

2.4.1 Programa Maior Cuidado – PMC

O Programa Maior Cuidado (PMC) foi criado em 2011, ao nível da Proteção Social Básica (PSB), sob a coordenação da Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), com cogestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), sendo executado por 26 CRAS no município de Belo Horizonte, dentre os 34 existentes (Barbosa; Bronzo, 2020).

Na sua origem, em 2011, a execução do PMC se deu com a contratação de 126 cuidadores e 9 supervisores, ambos selecionados e contratados por meio da parceria da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) com a Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais (ACIMG), entidade da rede socioassistencial, sem fins lucrativos, conveniada à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS) no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2014 (Barbosa; Bronzo, 2020).

Logo depois, em 2015, com a reforma administrativa da PBH, a gestão do PMC deixa de ser responsabilidade da SMAAS, e passa a ser da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), em regime de

cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme explicitado por Barbosa e Bronzo (2020).

Em 2015, foi aberto Edital de Chamamento Público SMAAS nº 16/2015 que previa a seleção de Organização da Sociedade Civil (OSC) para execução do Programa Maior Cuidado no Município de Belo Horizonte. Em junho de 2015, é divulgado o Resultado da Habilitação Parcial do Chamamento Público SMAAS nº 16/2015, em que a Comissão Técnica do Chamamento Público – instituída pela Portaria SMAAS/05/2013 e alterada pelas Portarias SMAAS nº 002/2014, nº 012/2014 e nº 014/2015 – no uso de suas atribuições, após análise da documentação apresentada pelas organizações interessadas ao certame, proferiu como vencedora do processo Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM)

Em 2020, foi assinado o sexto Termo Aditivo ao Termo de Colaboração entre o Município de Belo Horizonte e a GDECOM, com o objetivo de dar continuidade à execução do serviço do Programa Maior Cuidado. O Plano de Trabalho prevê o período de execução de 01 de julho de 2020 a 30 de junho de 2025, tendo como objeto:

[...] ofertar atendimento domiciliar de proteção social básica, desenvolvida por cuidadores de idosos, a pessoas idosas a partir de 60 anos, de ambos os sexos, dependentes ou semidependentes, que vivenciam situação de vulnerabilidade social residentes nas áreas de abrangência dos 34 Centros de Referência de Assistência Social – CRAS. O atendimento 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 (GDECOM, 2020, p. 2).

Os resultados esperados no Plano de Trabalho com a execução do PMC são:

Prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais;
Prevenir a exclusão e o isolamento dos usuários da pessoa idosa;
Prevenir o abrigamento institucional dos usuários com vistas a promover a sua inclusão social;
Oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo a participação cidadã;
Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida dos usuários e de suas famílias;
Contribuir para o desenvolvimento e manutenção da autonomia da pessoa idosa;
Contribuir para o fortalecimento da função protetiva da família para com a pessoa idosa (GDECOM, 2020, p.3).

Os recursos humanos previstos para execução do PMC apresentados no Plano de Trabalho são: 2 coordenadores nas áreas de Serviço Social e Psicologia com custo mensal de R\$ R\$ 4.389,05 (incluídos os encargos); 9 supervisores com Ensino Médio

completo com formação no Curso de Cuidadores de Idosos, custo mensal de R\$ 2.319,38 (com encargos); 169 cuidadores, Ensino <édio completo com formação no Curso de Cuidadores de Idosos, custo mensal de R\$ 1.884,64 (com encargos); 12 Cuidadores (feristas) com Ensino Médio completo com formação no Curso de Cuidadores de Idosos, custo mensal, com encargos, de R\$ 1.884,64; 2 auxiliares administrativos com Ensino Médio completo, custo mensal de R\$ 2.783,13 (com encargos); 5 Apoio Auxiliar de Escritório (PCDs) com Ensino Médio incompleto ou em curso, com custo mensal, com encargos, de R\$ 1.332,25 e; 3 Jovem Aprendiz com Ensino médio incompleto ou em curso, com custo mensal, com encargos, de R\$ 1.464,16.

As despesas, por ano de execução, a partir da assinatura do Plano de Trabalho são:

- 2020: total de R\$ 2.977.086,30;
- 2021: total de R\$ 5.954.172,60;
- 2022: total de R\$ 5.954.172,60;
- 2023: total de R\$ 5.954.172,60;
- 2024: total de R\$ 5.954.172,60;
- 2025: total de R\$ 2.977.086,30.

A soma dos valores para o período vigente do contrato, somou o valor de R\$ 29.770.863,00.

Os valores apresentados no Plano de Trabalho se destinam às despesas de material permanente, além dos vencimentos e vantagens fixas – pessoal civil, obrigações patronais, indenizações e restituições trabalhistas –; material de consumo e; outros serviços de terceiros executados por pessoa física ou jurídica, além de auxílio alimentação, obrigações tributárias e contributivas e auxílio transporte.

Como provisão da Política Pública Municipal de Assistência Social, o PMC é desenvolvido, intersetorialmente, com a Política Pública Municipal 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. Assim,

O PMC é executado em regime de cogestão pelas secretarias de saúde e de assistência social. A Prefeitura estabelece como responsabilidade da política de saúde, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) as questões pertinentes à saúde, como: elaborar a Rotina de Cuidado da Saúde; orientar as famílias e/ou os

cuidadores sociais quanto aos cuidados a serem dispensados aos idosos; participar das reuniões intersetoriais, conhecidas como Grupo de Trabalho (GT). Compete ao campo da assistência social, por meio do CRAS, selecionar, cadastrar e acompanhar os idosos e suas famílias. Por isso está entre as suas competências organizar a agenda de atendimento do cuidador social conforme a necessidade do idoso/família e realizar plano de acompanhamento familiar. No acompanhamento são identificadas as potencialidades e vulnerabilidades da família. O técnico do CRAS também fica responsável por articular e coordenar as reuniões mensais com os cuidadores de idosos, denominadas de Pré Grupo de Trabalho (Pré GT). Cabe ao técnico promover as reuniões de Grupo de Trabalho (GT), que envolvem os profissionais dos Centros de Saúde (ESF e NASF) e os cuidadores de idosos para que, todos juntos, discutam a situação de cada idoso e suas particularidades, como consta na normativa do Programa (Barbosa; Bronzo, 2020 p. 6).

Desse modo, o PCM tem a organização e competências definidas entres os atores de cada política pública, o que garante ações intersetoriais articuladas para atendimento às famílias que estão inseridas no programa.

Dentre outros objetivos, de acordo com a Portaria Conjunta SMASAC/SMSA Nº 007, de 2019, o PMC 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, nesse caso os territórios de abrangência dos CRAS (Belo Horizonte, 2019).

O PMC tem como diretrizes e princípios estruturantes:

- 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. intersectorialidade: 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 (Belo Horizonte, 2019, p. 2-3).

O público alvo do PMC são pessoas idosas dependentes e semidependentes e suas famílias, caso apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial e intersetorial no território e que vivenciam situação de vulnerabilidade social em decorrência da fragilização dos vínculos familiares e/ou

sociais; pela ausência de acesso às possibilidades de inserção comunitária, a exclusão e/ou isolamento do idoso – após identificação e avaliação da equipe do Serviço de Atendimento e Proteção Integral às Famílias (PAIF) e equipes dos Centros de Saúde (Faustino, 2018).

A intervenção da equipe do PAIF tem como foco as vulnerabilidades sociais e a prevenção dos riscos que afetam as famílias e seus membros, independentemente do seu ciclo de vida e de deficiência, de modo a resguardar a diversidade humana.

O PMC tem critérios de elegibilidade, que são: 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 de até 3 salários mínimos ou per capita de $\frac{1}{2}$ salário mínimo; ter, no mínimo, 60 pontos na avaliação clínico-funcional realizada pela equipe do Centro de Saúde ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e avaliação social realizada pela equipe técnica do CRAS.

A Portaria conjunta SMASAC/SMSA Nº 007, 2019, no Art. 13, define as 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), em relação ao PMC:

- 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 (Belo Horizonte, 2019, p.5).

Destaca-se que o acesso ao PMC se dá por meio de demanda espontânea das famílias; busca ativa realizada pelas equipes do CRAS e do Centro de Saúde; encaminhamento da rede socioassistencial e das demais políticas públicas.

A equipe do Centro de Saúde preenche o documento de Avaliação para inserção no PMC, o qual constam os fatores etários; a identificação de vulnerabilidades e riscos sociais; e a avaliação clínico funcional. Na avaliação, os idosos são classificados nos seguintes tipos: tipo 1 – semidependente, sem

comprometimento da mobilidade e com baixo ou ausência de apoio familiar; tipo 2 – semidependente, mas já com comprometimento da mobilidade e com baixo ou ausência de apoio familiar e tipo 3 - dependente, acamado e ou restrito ao domicílio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar.

A equipe do CRAS realiza o preenchimento da Rotina de cuidados de Assistência Social – PMC, em que são pontuados eixos, objetivos e ações de trabalho do Cuidador. Tais eixos e objetivos são:

Função Protetiva da Família: apoiar a família nos cuidados com os idosos, na melhoria da sua qualidade de vida;
 Vínculos Familiares e Comunitário: contribuir para a participação do idoso nos espaços de convivência familiar e comunitária;
 Desenvolvimento da autonomia do idoso: contribuir para que o idoso vivencie experiências que favoreçam o alcance da autonomia, da independência e das condições de bem-estar) e,
 Garantia de Direitos: contribuir para o acesso a serviços, programas, projetos, benefícios socioassistenciais transferência de renda e CADUNICO, bem como a outras Políticas Públicas setoriais (Belo Horizonte, 2019, p. 2)

No que se refere ao desligamento da pessoa idosa do PMC, ela pode ocorrer pelos seguintes motivos: quando a família reassume o cuidado; diante da reabilitação do idoso; mudança de território ou município; transferência para instituições de longa permanência para idosos (ILPI); óbito; opção da família; situação de risco para o cuidador e recusa do idoso (Faustino, 2018).

Atendidos os critérios de elegibilidade, quando a pessoa idosa é selecionada, a família assina um Termo de Consentimento PMC, o qual consta o papel de cada ator envolvido. Nesse termo, a família e a pessoa idosa declaram estarem cientes e de acordo com a inserção no PMC, além de autorizarem a permanência de um cuidador na residência nos dias e horários preestabelecidos pela PBH. Sem esse consentimento, não se inicia o trabalho do Cuidador.

O PMC disponibiliza o cuidador social de idosos para atendimento no domicílio da pessoa idosa. Esse profissional:

[...] permanece na residência do idoso (a), durante alguns horários do dia e/ou na semana, conforme orientação do CRAS, exercendo funções básicas de cuidado como: banho; alimentação e/ou preparação do alimento; organização do domicílio; participação e estímulo às atividades extradomiciliares (caso seja possível); conversas; leituras de livros; auxílio na execução dos exercícios físicos, prescritos pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF; organização dos medicamentos prescritos; entre outros. Salienta-se que a inserção do idoso ao Programa não extingue o papel da família para com o cuidado (Faustino, 2018, p.174).

O Termo de Consentimento PMC assinado pelo familiar e idoso apresenta as atribuições do cuidador:

[...] seguir as orientações da equipe técnica do CRAS e dos profissionais do Centro de Saúde;
 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;
 Contribuir e apoiar o acesso à rede socioassistencial;
 Favorecer relações socioafetivas na família e na comunidade, escutando e valorizando a história de vida da pessoa idosa atendida;
 Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, o idoso ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
 Estimular o idoso a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;
 Facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada e a comunidade;
 Orientar a família na organização do cuidado ao idoso (tarefas, funções, atividades);
 Estimular a autonomia do idoso;
 Participar de processos de formações e capacitações promovidos pela OSC e SMASAC;
 Participar das reuniões com o CRAS e os Centros de Saúde para acompanhamento e discussão de casos;
 Se ater às suas funções, cumprindo-as com responsabilidade, de acordo com as orientações da PBH;
 Manter uma relação de respeito e cooperação com a família;
 Seguir as orientações estabelecidas pela PBH e OSC parceira do Programa em relação à sua conduta profissional;
 Comunicar aos familiares sobre o cotidiano do idoso (Belo Horizonte, 2019, p.2).

Sobre as rotinas de cuidado para o cuidador de pessoas idosas, a Portaria conjunta SMASAC/SMSA Nº 007, 2019, no Art. 13, Parágrafo Único, descreve que “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” (Belo Horizonte, 2019, p.5).

A partir das atribuições descritas pelo PMC, em 2014, foi publicada a Portaria SMAAS nº 004 que dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do PMC. Os cuidadores devem observar, no exercício do trabalho, os princípios e as normas de conduta ética contidas no documento (Belo Horizonte, 2014).

A Portaria, em seu Art. 2º, conceitua Cuidador Social de Idosos como o agente público municipal contratado por entidade da rede socioassistencial, conveniada com a prefeitura e que exerce o cuidado domiciliar de rotina a idosos semidependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social (Belo Horizonte, 2014).

Sobre o perfil profissional do Cuidador de Idoso, o Plano de Trabalho de 2020 caracteriza como desejável que o profissional tenha conhecimento da Política de

Assistência Social e do Estatuto do Idoso; experiência como Cuidador de Idosos ou em cargos de liderança e cursos afins; possuir *expertise* para trabalhos em equipes; e conhecimento para a elaboração de relatórios.

Nos termos da Portaria SMAAS nº 004 de 2014, Art. 4º, são deveres do Cuidador Social de Idosos:

- I - Levar ao conhecimento do coordenador/técnico do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS - assuntos relevantes de sua rotina do trabalho e que exigem orientação especial, mediação ou permissão;
- II - Avaliar junto ao CRAS a pertinência de aceitar ou não convites do idoso e de sua família para eventos fora do seu horário de trabalho;
- III - Comunicar ao coordenador do CRAS sempre que o idoso apresentar sinais de negligência, violência física ou emocional;
- IV - Cumprir integralmente a carga horária prevista no contrato de trabalho, bem como a carga horária designada para cada idoso de acordo com orientações do CRAS;
- V - Comunicar imediatamente ao CRAS e à entidade conveniada qualquer falta ou atraso ao trabalho comprovando seu motivo no prazo de 72 horas;
- VI - Participar das capacitações sempre que convocado;
- VII - Prestar socorro em situações de urgência ou de emergência e informar ao CRAS o socorro prestado;
- VIII - Respeitar o direito de opinião e expressão do idoso e de sua família, além da diversidade de crenças e valores abstendo-se de qualquer tipo de doutrinação seja quanto à religião, condição sexual, orientação política, dentre outras;
- IX - Respeitar os espaços, os tempos e os objetos pessoais do idoso garantindo a inviolabilidade de sua integridade física, psíquica e moral;
- X - Ser discreto e manter sigilo acerca dos assuntos referentes ao idoso e sua família, exceto quando o relato seja necessário à discussão do caso com a coordenação/equipe do Serviço;
- XI - Preservar a identidade, imagem, autonomia e valores do idoso e sua família;
- XII - Manter a discrição quando houver necessidade de alimentar-se no local de trabalho;
- XIII - Não ceder a pressões de superiores hierárquicos, de contratantes, interessados e outros que visem a obter quaisquer favores ou vantagens indevidas, e sempre denunciar tais tentativas;
- XIV - Conservar-se independente em relação às influências político-partidária, religiosa ou ideológica, de modo a evitar que estas venham a afetar a sua capacidade de desempenhar com imparcialidade suas funções (Belo Horizonte, 2014).

A portaria SMAAS nº 004 prevê ainda, no Art. 5º, o que é vedado ao Cuidador Social no desenvolvimento do trabalho no domicílio dos idosos atendidos:

- I - Realizar atividade voluntária com o público do Programa;
- II - Realizar trabalho com o público do Programa remunerado por outra fonte pagadora que não seja a entidade conveniada com a Prefeitura de Belo Horizonte;
- III - Receber alimentos do idoso e de sua família;
- IV - Gerar custos ou despesas de qualquer natureza para o idoso e sua família, incluindo a utilização de equipamentos eletroeletrônicos, telefone fixo ou celular da casa do idoso para uso pessoal;
- V - Comercializar quaisquer bens ou serviços no local de trabalho;
- VI - Manusear ou administrar o dinheiro do idoso e de sua família;

- VII - Acompanhar o idoso em transações bancárias;
- VIII - Apresentar-se embriagado ou sob efeito de quaisquer drogas ilícitas no ambiente de trabalho comprometendo a imagem pessoal e institucional;
- IX - Fazer uso de álcool ou drogas ilícitas no ambiente de trabalho;
- XI - Fumar na residência do idoso, mesmo em áreas abertas;
- XII - Manter relação afetiva com o idoso ou com membro de sua família;
- XIII - Executar procedimentos exclusivos dos profissionais da enfermagem;
- XIV - Discriminar pessoa com quem se relacione em função do trabalho, em virtude de raça, cor, sexo, orientação sexual, origem, idade, religião, tendência política, posição social ou presença de deficiência;
- XV - Adotar conduta que interfira no desempenho do trabalho, que crie ambiente hostil ou intimidação, desqualificando os outros por meio de palavras, gestos ou atitudes que ofendam a autoestima, a segurança, o profissionalismo ou a imagem;
- XVI - Fazer ou extrair cópias de relatórios ou de quaisquer outros trabalhos ou documentos ainda não publicados, pertencentes ao Município, para utilização em fins estranhos aos seus objetivos ou à execução dos trabalhos a seu encargo, sem prévia autorização da autoridade competente;
- XVII - Fazer uso de qualquer símbolo, imagem, nome, logomarca do Programa, da entidade conveniada e/ou da Prefeitura de Belo Horizonte para fins privados ou estranhos aos seus objetivos (Belo Horizonte, 2014).

Seguindo o que é estabelecido no Art. 6º sobre o que é vedado ao Cuidador Social de Idosos, a Portaria enfatiza, no Art. 7º, que é proibido o cuidador pleitear, solicitar, provocar, sugerir ou receber qualquer tipo de ajuda financeira, gratificação, prêmio, presente, comissão, doação ou vantagem de qualquer espécie, para si ou para outrem, em razão de sua atividade, para o cumprimento de suas funções (Belo Horizonte, 2014).

Caso ocorra descumprimento ou suspeita de condutas incompatíveis com o que é estabelecido na Portaria SMAAS nº 004 de 2014, a entidade conveniada de ofício deve apurar a responsabilidade do cuidador e tomar as providências cabíveis com relação à denúncia apresentada.

Em 2020, o PMC foi considerado serviço essencial no contexto da pandemia de COVID 19, problema de saúde que chegou ao Brasil com seu primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo, conforme relatado pelo Ministério da Saúde. Em resposta à necessidade de se prevenir a propagação da doença e reduzir a curva de contágio, as autoridades instituíram o distanciamento físico como uma prática essencial e eficaz para conter o aumento de casos no país (OPAS, 2020).

Diante do contexto de enfrentamento à pandemia do Coronavírus, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte tomou medidas importantes, refletidas nos Decretos Municipais nº 17.297/2020, que declarou situação de emergência no município por um

período de 180 dias, e o de nº 17.298/2020, que estabeleceu diretrizes para a prevenção de contágio e combate à COVID-19.

Em consonância com as orientações delineadas nos referidos Decretos, a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), responsável pela gestão SUAS, emitiu, em 19 de março de 2020, a Portaria SMASAC nº 036/2020. Esta Portaria dispunha sobre medidas temporárias voltadas à prevenção do contágio e à contenção da propagação do COVID-19, evidenciando o compromisso da gestão municipal em preservar a saúde do trabalhador e da população.

Além disso, em seu Art. 3º, a Portaria proibia a realização de quaisquer atividades coletivas – tais como reuniões, encontros, eventos, oficinas, treinamentos, formações, visitas técnicas, conferências, plenárias, entre outras – nas unidades administrativas da SMASAC ou em ações prestadas em parceria com entidades ou organizações da sociedade civil.

No tocante ao PMC, a Portaria 036 de 2020 estabeleceu que,

Art. 7º - O Programa Maior Cuidado e o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias serão mantidos apenas para os casos excepcionais, em que a suspensão do serviço signifique o risco de agravamento da condição pessoal do usuário, culminando inclusive na inserção em serviço de acolhimento institucional.

Parágrafo único: a manutenção dos casos previstos no caput deverão ser, necessariamente, autorizados às entidades parceiras que executam os serviços pelos coordenadores de CRAS e CREAS, em articulação com os Centros de Saúde dos respectivos territórios (Belo Horizonte, 2020).

Dessa forma, a assistência socioassistencial presencial oferecida pelo PMC ficou restrita a situações excepcionais, nas quais a suspensão do Programa poderia acarretar um agravamento significativo do risco social e pessoal das pessoas idosas que estavam sendo atendidas até então. Enquanto isso, definiu-se que as demais famílias assistidas pelo PMC receberiam informações, orientações e apoio em formato remoto por meio da equipe do CRAS.

O Informativo DPSO/SUASS Nº 005 de 2020 destaca o perfil das pessoas idosas assistidas no PMC, resultado da avaliação realizada pelas equipes de referência dos 34 CRAS, em colaboração com as equipes do Centro de Saúde, levando em conta o critério excepcional de seleção. De acordo com o informativo, todas as pessoas idosas receberam proteção socioassistencial, todavia dentro do grupo selecionado pelo critério de excepcionalidade, 60,5% dessas pessoas encontravam-se na condição de dependentes de cuidados de terceiros, sendo que

68% delas tinham mais de 75 anos, geralmente enfrentando um agravamento das necessidades de cuidado e dependência. Notavelmente, 28% delas tinham como cuidadores outras pessoas idosas, 21% moravam sozinhas e em 9% dos casos seus cuidadores eram pessoas com deficiência ou problemas de saúde mental. Ademais, foi identificado que 8% delas estavam em situações de violação de direitos (Belo Horizonte, 2020).

O informativo ressalta que foi autorizada a distribuição de um *kit* de proteção individual, composto por máscaras, luvas, álcool em gel e sabão líquido bactericida, além de incentivar o uso de aventais e botas como medidas adicionais de proteção para os cuidadores sociais de idosos.

2.5 Trabalho e a precarização das condições de trabalho: algumas considerações

Diversos são os autores que se dedicam ao estudo sobre o Trabalho humano, que ao longo do tempo vem adquirindo características distintivas que não devem ser confundidas, tais como sua dimensão teleológica e a habilidade de criar e utilizar ferramentas para atender a novas necessidades (Iamamoto, 2006).

Para Marx² (1985) trabalho “é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (Marx, 1985, p.149). Nesse sentido, pode-se afirmar que o trabalho possui como objetivo a garantia da sustentação e reprodução da vida humana, e é por isso que a ação humana, transformada em trabalho, se impõe aos homens como algo diretamente necessário.

Ainda para Marx, nas palavras de Albornoz (2004, p. 69), “a essência do ser humano está no trabalho. O que os homens produzem é o que eles são. O homem é o que ele faz. E a natureza dos indivíduos depende, portanto, das condições materiais que determinam sua atividade produtiva”.

Já para Albornoz (2004, p. 9), o trabalho é compreendido com a capacidade “de realizar uma obra que te expresse, que dê reconhecimento social e permaneça além da tua vida; e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável”.

² Karl Heinrich Marx (Tréveris, 5 de maio de 1818 — Londres, 14 de março de 1883) foi um intelectual e revolucionário alemão, fundador da doutrina comunista moderna, que atuou como economista, filósofo, historiador, teórico político e jornalista. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Karl_Marx

Para Harvey (1990) *apud* Iamamoto (2006), o trabalho pode ser concebido como

[...] atividade racional orientada para um fim, à produção de valores de uso, a assimilação de matérias naturais para a satisfação de necessidades humanas. É originalmente metabolismo entre o homem e a natureza, da qual se apropria para satisfação das necessidades humanas. A natureza é o terreno dos valores de usos sociais ou a produção de valores de uso em forma de “natureza produzida”, isto é, construída e modificada pela ação humana (Harvey, 1990 *apud* Iamamoto, 2006 p. 40).

Considerando essa relação homem/natureza, intrínseca à compreensão de trabalho, Antunes (1999) pontua que, “no seu sentido primitivo e limitado por meio do ato laborativo, objetos naturais são transformados em coisas úteis” (Antunes, 1999, p.139). Até mesmo nas cavernas humanas mais antigas encontram-se instrumentos de pedra e armas, madeira, ossos e conchas trabalhados (Marx, 1985), ou seja, formas primitivas criadas para o exercício do trabalho.

Albornoz (2004), ressalta que “o trabalho é pressuposto em uma forma que o caracteriza como exclusivamente humano. O trabalho do homem tem uma qualidade específica, distinta de um mero labor animal” (Albornoz, 2004, p. 70).

Historicamente, observa-se um processo contínuo de organização do trabalho que remonta aos primórdios da evolução humana – com um marco específico ocorrendo no final do século XVIII e início do século XIX. Nesse período, as transformações sociais, políticas e econômicas proporcionaram o cenário inicial para a instituição do conceito de jornada de trabalho. Antes disso, não havia uma definição clara desse aspecto, o que resultava em longas e extenuantes horas de trabalho (Enguita, 1989).

Frente às profundas transformações no mundo do trabalho, é crucial ressaltar duas das principais formas históricas: a sociedade pré-industrial, caracterizada pela economia de subsistência, e a sociedade industrial, caracterizada pela venda e compra da força de trabalho.

No modo de produção feudal ou primitivo

Os trabalhadores pré-industriais controlavam seu processo de trabalho. Em uma economia primitiva, os meios de produção são rudimentares e sua elaboração está ao alcance de qualquer um. É o homem quem põe os meios a seu serviço, e não o contrário. As técnicas são simples e podem ser dominadas por todos. Isto coloca o trabalhador numa posição de controle absoluto de seu processo. Mesmo na produção agrícola para o mercado ou na produção artesanal, embora o trabalhador tenha perdido já, parcialmente, o controle sobre o seu produto, continua sendo dono e senhor do seu processo (Enguita, 1989, p. 8)

Quando se trata da sociedade industrial,

[...] os indivíduos nela vivem permanentemente cindidos entre o trabalho, considerado como uma carga, um esforço e uma fonte de desprazer, e o ócio, tempo exclusivo do desfrute e da entrega às implicações pessoais. O tempo do trabalho deve ficar livre de toda interferência externa. [...] A maioria dos trabalhadores não controlam hoje a duração nem a intensidade de seu trabalho. O trabalhador assalariado deve submeter-se aos ritmos impostos pela maquinaria, aos fluxos planificados de produção e às normas de rendimento estabelecidas pela direção (Enguita, 1989, p. 8-9).

Essas formas históricas que permeiam o mundo do trabalho, com ênfase na sociedade industrial, têm implicações profundamente ligadas ao sistema capitalista em que “o processo de produção como reprodução ampliada de relações sociais recria, simultaneamente, a consciência como alienação e a possibilidade de rebeldia por parte daqueles que vivem do trabalho ou dele são excluídos” (Iamamoto, 2006, p. 80).

Dessa forma a alienação,

[...] começa com as formas primitivas de apropriação por outro, do trabalho excedente com a aparição do trabalho forçado; mas sua verdadeira história e, de qualquer forma, sua história recente é a do surgimento do trabalho assalariado e sua evolução, a do processo de produção capitalista (Enguita, 1989, p. 12).

No modo de produção capitalista, o trabalho, que deveria ser a expressão da realização humana, muitas vezes se transforma em uma realidade marcada pela precariedade e pela crueldade. Isso faz com que o trabalhador seja tratado como uma mera mercadoria, nas palavras de Antunes (2008), “a mais miserável das mercadorias”. Em outras palavras, o resultado final do trabalho se torna estranho ao próprio trabalhador, que é quem o produziu. Nesse modelo de produção, o trabalhador frequentemente não encontra realização como ser social.

Nesse processo de estranhamento, de desrealização do trabalhador para realizar suas atividades laborais, visualiza-se que, “[...] sob o capitalismo, o trabalhador repudia o trabalho; não se satisfaz, mas se degrada; não se reconhece, mas se nega. Daí que o trabalhador só se sinta junto a si fora do trabalho e fora de si no trabalho” (Marx, 1983 *apud* Antunes, 2008, p. 145-146).

Considerando essas observações, o que significa, afinal, a alienação no contexto do trabalho? Para Marx (1977) *apud* Enguita (1989):

[...] no fato de que o trabalho é externo ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser; que em seu trabalho o trabalhador não se afirma, mas se nega;

não se sente feliz, mas infeliz; não desenvolve uma livre energia física e espiritual, mas mortifica seu corpo e arruína seu espírito. Por isso o trabalhador só se sente em si fora do trabalho, e no trabalho se sente fora de si. Ele se sente em casa quando não trabalha, e quando trabalha não se sente em casa. Seu trabalho não é assim, voluntário, mas obrigado; é trabalho forçado. Por isso não é a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer as necessidades fora do trabalho (Marx, 1977 *apud* Enguita, 1989, p. 22).

O estágio mais avançado do capitalismo é o concorrencial/liberal que inicia na segunda metade do século XVIII. A intensa concorrência entre os capitalistas impulsionou o surgimento do capital monopolista, que emergiu no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. Essa transição modificou elementos característicos do capitalismo, embora sua essência – a busca contínua pela acumulação de capital e lucro – tenha permanecido (Enguita, 1989).

Nesse estágio, o capitalismo evoluiu para se tornar um sistema econômico global. A fase imperialista do capitalismo, que começou no final do século XIX, alcançou seu auge no século XX, especialmente com as duas grandes guerras mundiais, e continuou no século XXI. O imperialismo passou a adotar características do capitalismo monopolista (Netto; Braz, 2006).

Depois do período de expansão do capitalismo no pós-geuerra, os anos da década de 1970

[...] seriam marcados pela estagnação e pela crise, estampadas de forma mais visível na crise de acumulação taylorista e fordista, mas que encontravam suas determinações mais profundas, caracterizadas por uma crise estrutural do sistema do capital (Antunes; Praun, 2015, p. 408).

É pertinente lembrar que, como estratégia para superar os obstáculos impostos ao processo de acumulação do capital, em 1980

[...] um conjunto de medidas, articuladoras de velhas e novas formas de exploração do trabalho, passou a redesenhar a divisão internacional do trabalho, alterando também de forma significativa a composição da classe trabalhadora em escala global. Movendo-se com facilidade pelo globo, fortemente enraizadas no capital financeiro, um número cada vez mais reduzido de corporações transnacionais passou a impor à classe-que-vive-do-trabalho, nos diferentes países do mundo, patamares salariais e condições de existência cada vez mais rebaixadas (Antunes; Praun, 2015, p. 408).

É sabido que o sistema capitalista frequentemente se reinventa e desenvolve diversas estratégias para enfrentar crises e assegurar sua continuidade – muitas vezes recorrendo a medidas que incluem a exploração mais intensa da força de trabalho e a redução dos salários e direitos. No caso do Brasil

[...] as transformações geradas pela nova divisão internacional do trabalho foram de grande intensidade, já que partiram de uma dinâmica interna, característica dos países de industrialização dependente, fundada na superexploração da força de trabalho. A imposição de baixos salários, associados a ritmos de produção intensificados e jornadas de trabalho prolongadas, foi ainda acentuada pela desorganização do movimento operário e sindical, imposta pela vigência, entre 1964 e 1985, da ditadura militar (Antunes, 2010 *apud* Antunes; Praun, 2015, p. 409).

Foi nesse contexto que o neoliberalismo conseguiu se estabelecer no Brasil, baseado pelo processo de reestruturação produtiva que intensifica a flexibilização, a informalidade e precarização das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, conforme afirmam Antunes e Praun (2015).

Como resultado, parte desses efeitos se materializa

[...] na relação direta entre trabalho terceirizado e alta incidência de acidentes de trabalho, inclusive aqueles que resultam no óbito do trabalhador. [...] adoecimentos com nexo laboral, sobretudo aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais (Antunes; Praun, 2015, p. 409).

A terceirização, característica do tipo de contratação trabalhista dos Cuidadores Sociais de Idosos do PMC/PBH/MG, desenvolveu-se como parte da reestruturação produtiva fundada na redução dos custos, sendo definida de acordo com a Ciência da Administração como:

A transferência de atividades para setores especializados, detentores de tecnologia própria e moderna que tenham esta atividade terceirizada como sua atividade fim, liberando a tomadora para concentrar seus esforços gerenciais em seu negócio principal, preservando e evoluindo em qualidade e produtividade, reduzindo custos e gerando competitividade (Carelli, 2003, *apud* Frez; Mello, 2016, p.84).

Acredita-se que, no Brasil, a terceirização teve início

[...] na década de 50, quando empresas privadas, com intuito de reduzirem custos e serem mais competitivas em relação às empresas estrangeiras, começaram a contratar serviços e produtos de outras empresas. Essas empresas contratadas, por sua vez, se especializavam em determinada área específica para melhor atender à empresa que a contratava. Na administração pública, na década de 70, com o Estado Mínimo, a terceirização começou a ser vista como uma maneira de reduzir custos (Alves, 2006, *apud* Frez; Mello, 2016, p.83).

A terceirização aumenta a rotatividade dos trabalhadores, o que pode comprometer a qualidade do serviço ofertado. Por outro lado, caracteriza-se pela superexploração do trabalho humano. Nas palavras de Ricardo Antunes (2015), citado por Frez e Mello (2016) “é na terceirização que o trabalho escravo, sem direitos, mais fatal e o que burla mais encontra maior acolhida” (Antunes *apud* Frez; Mello, 2016, p.

89). Observa-se redução dos salários médios, jornadas de trabalho prolongadas, aumento dos riscos de acidentes e doenças do trabalho, comprometimento da organização sindical etc.

Com base no exposto, torna-se evidente que, no contexto do capitalismo, não existem barreiras à precarização e exploração da força de trabalho. Nesse modelo de produção, o foco principal recai na acumulação de capital e na busca incessante por lucros. Dito isso, faz-se necessário afirmar que “as mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho” (Antunes; Praun, 2015, p. 423).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

De acordo com Gil (2008), a metodologia pode ser definida como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Está na essência da pesquisa desvendar respostas para questões mediante a aplicação de procedimentos e métodos científicos.

Minayo (2007) compreende a pesquisa como “atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade” (Minayo, 2007, p. 16), e acrescenta que mesmo sendo de caráter teórico, a pesquisa abastece o ensino, sem deixar a vinculação do pensamento e da ação. Desse modo, a pesquisa apresenta-se como um ser vivo em processo de transformação, pois constantemente ela precisa se atualizar frente as diversas necessidades que o viver vai impondo à humanidade.

Este estudo norteou-se a partir da teoria social marxista e referenciou-se no método dialético para fazer a interpretação dos dados. Vale destacar que a teoria é, para Marx, segundo Netto (2011, p. 21) “a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa”.

Ainda para Marx, segundo Netto (2011), o objeto de pesquisa “é a sociedade burguesa-um sistema de relações construído pelos homens”, “o produto da ação recíproca dos homens” (Marx, 2009, p. 244 *apud* Netto, 2011, p. 23). Em outros termos, vale registrar o “marxismo enquanto abordagem que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais” (Minayo, 2007, p. 24).

Através do conhecimento teórico captado no processo de investigação, o pesquisador busca desvendar a aparência do problema, no intuito de localizar a essência do objeto. Para Netto (2011), mesmo com esse movimento, o objeto da pesquisa existe objetivamente, independentemente da consciência do pesquisador.

Nessa perspectiva, compreende-se que a função do pesquisador no processo de reflexão da pesquisa e da produção de conhecimento não deve ser simplesmente passivo.

Para Marx, ao contrário, o papel do sujeito é essencialmente ativo: precisamente para apreender não a aparência ou a forma dada ao objeto, mas a sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica (mais exatamente: para apreendê-lo como um processo), o sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de

criatividade e imaginação. O papel do sujeito é fundamental no processo de pesquisa (Netto, 2011, p. 25).

É compreensível dizer que o conhecimento teórico é também o conhecimento real “do objeto de sua estrutura e dinâmica - tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador” (Netto, 2011, p. 20).

Deste modo, o materialismo dialético, de acordo com Gil (2008), pode ser entendido como um método de interpretação da realidade que se sustenta em três princípios:

- a) A unidade dos opostos. Todos os objetos e fenômenos apresentam aspectos contraditórios, que são organicamente unidos e constituem a indissolúvel unidade dos opostos. Os opostos não se apresentam simplesmente lado a lado, mas num estado constante de luta entre si. A luta dos opostos constitui a fonte do desenvolvimento da realidade.
- b) Quantidade e qualidade. Quantidade e qualidade são características imanentes a todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados. No processo de desenvolvimento, as mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas e essa transformação opera-se por saltos.
- c) Negação da negação. A mudança nega o que é mudado e o resultado, por sua vez, é negado, mas esta segunda negação conduz a um desenvolvimento e não a um retorno ao que era antes (Gil, 2008, p. 14).

A abordagem dialética oferece uma perspectiva dinâmica e abrangente para a interpretação da realidade. Ao reconhecer que todas as categorias estão interligadas e influenciam umas às outras, a dialética se mostra um terreno fértil para a compreensão dos fenômenos sociais e a investigação científica.

Para Gil (2008), a dialética

fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (Gil, 2008, p.14).

Gil (2008) expõe ainda que a dialética privilegia as mudanças qualitativas, o lado conflituoso da realidade social e busca captar os fenômenos históricos. Argumenta também que as pesquisas fundamentalmente dialéticas se distinguem das pesquisas desenvolvidas pela ótica positivista – que destaca os procedimentos quantitativos e a existência de leis que determinam a ocorrência dos fatos.

Minayo (2007, p. 24) destaca que a “dialética junta a proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais”.

A autora acrescenta ainda que a dialética, “trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, e com o movimento perene entre parte e todo e interioridade e exterioridade dos fenômenos” (Minayo, 2007, p. 24).

Articulando a isso,

[...] a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos (Gil, 2008, p. 14).

Desse modo, tendo em vista as contribuições da abordagem qualitativa e quantitativa, o presente estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, que será traduzida no item posterior.

O estudo caracteriza-se como qualitativo, uma vez que segundo Minayo (2007), a abordagem qualitativa mergulha no mar dos significados. Pode-se dizer que a abordagem qualitativa “responde a perguntas como ‘o que é X, como X varia em circunstâncias diferentes e por quê?’ em vez de ‘qual o tamanho de X ou quantos X existem’” (Pope; Mays, 2009, p. 13).

É importante destacar que a análise qualitativa

[...] não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é muito mais. É a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador (Minayo, 2007, p. 27).

Nessa perspectiva de análise, a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21). Ademais, o objeto de estudo da pesquisa qualitativa raramente pode ser interpretado por números e indicadores quantitativos. Isso não quer dizer que a abordagem qualitativa seja antagônica a abordagem quantitativa. Para Pope e Mays, (2009) cada uma pode ser vista como complementar a outra.

No que se refere à pesquisa qualitativa, Minayo (2007), pedagogicamente, separou o processo de trabalho científico em três segmentos: fase exploratória; trabalho de campo; análise e tratamento do material empírico e documental.

A primeira, compreendida como fase exploratória,

[...] consiste na produção do projeto de pesquisa e de todos os procedimentos necessários para preparar a entrada em campo. É o tempo dedicado — e que

merece empenho e investimento — a definir e delimitar o objeto, a desenvolvê-lo teórica e metodologicamente, a colocar hipóteses ou alguns pressupostos para seu encaminhamento, a escolher e a descrever os instrumentos de operacionalização do trabalho, a pensar o cronograma de ação e a fazer os procedimentos exploratórios para escolha do espaço e da amostra qualitativa (Minayo, 2007, p. 26).

Já a segunda, considerada como trabalho de campo,

[...] consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. Essa fase combina instrumentos de observação, entrevistas ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisados, levantamento de material documental e outros. Ela realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação e refutação de hipóteses e de construção de teoria (Minayo, 2007, p. 26).

E por fim, a terceira, denominada como análise e tratamento do material empírico e documental,

[...] diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo (Minayo, 2007, p. 27).

Considerando a importância dessas fases no processo de investigação científica, a análise qualitativa está para além de classificação de opiniões dos entrevistados. Segundo Minayo (2007), ela permite que se identifique os códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações.

Em relação aos métodos quantitativos, Marconi e Lakatos (2003) destacam que são abordagens de pesquisa que envolvem a coleta e análise de dados numéricos. Esses métodos utilizam técnicas estatísticas e matemáticas para obter resultados objetivos e mensuráveis, buscando quantificar relações, padrões e tendências dentro de um determinado fenômeno ou população. Os autores reconhecem a importância dos métodos quantitativos na pesquisa científica, destacando sua aplicabilidade em diversas áreas do conhecimento e enfatizando sua capacidade de oferecer resultados confiáveis e baseados em evidências numéricas.

3.1 A Propósito Deste Estudo

Este estudo foi conduzido com uma abordagem quanti-qualitativa, fundamentada nos princípios do materialismo histórico-dialético. Para atingir os objetivos propostos, foram utilizadas como estratégias de coleta de dados os

seguintes instrumentos: revisão bibliográfica de escopo, estudo documental, aplicação de questionário semiestruturado e realização de grupo focal.

3.1.1 Pesquisa Bibliográfica de Escopo

Pesquisa bibliográfica, de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 158), “é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”. O objetivo dessa pesquisa é colocar o pesquisador dentro do universo das produções que foram escritas, faladas ou filmadas sobre o assunto que se pretende estudar.

Destaca-se que a pesquisa bibliográfica “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (Marconi; Lakatos, 2003, p. 183). Assim, o levantamento bibliográfico é realizado a partir de conteúdo já elaborado seja por meio de livro, artigos, ensaios e outros.

Nas palavras de Gil (2008, p. 50) “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

Neste estudo, foi realizada revisão bibliográfica de escopo, compreendida como uma etapa valiosa no processo de pesquisa, uma vez que fornece uma visão geral e atualizada do conhecimento existente em uma área específica, além de ser um método utilizado para identificar e mapear estudos existentes em uma determinada área de conhecimento (Cordeiro; Soares, 2019).

Para Moraes (2022),

As revisões de escopo são um tipo de síntese de evidências que visa identificar e mapear sistematicamente a amplitude de evidências disponíveis em um determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas) dentro ou entre contextos específicos (Moraes, 2022, p.1).

Essa abordagem visa, explorar lacunas no conhecimento e fornecer uma visão geral do estado atual da literatura sobre o assunto em questão. Nas palavras de Cordeiro e Soares (2019, p. 39), a revisão de escopo “pode tanto auxiliar o revisor a examinar evidências emergentes, quando a produção científica existente é recente e ou incipiente, quanto examinar como as pesquisas estão sendo conduzidas em áreas já consolidadas”.

Na revisão bibliográfica de escopo, o pesquisador realiza buscas sistemáticas em bases de dados acadêmicas, periódicos, conferências e outras fontes relevantes, com o objetivo de identificar estudos relevantes que atendam aos critérios estabelecidos.

Os estudos selecionados são avaliados previamente, através da leitura de seus títulos e resumos, para determinar se estão de acordo com o escopo e os objetivos da revisão, sendo que aqueles que não atenderem aos critérios, são excluídos e os selecionados são utilizados para a análise dos resultados.

Esse tipo de revisão, de acordo com Cordeiro e Soares (2019, p. 43), “se propõe a mapear evidências, de tal forma que a confiabilidade é eminentemente processual e indicativa de aperfeiçoamento na área”.

Neste estudo, as seguintes bases de dados foram consideradas na revisão: SciELO, BVS e o Banco de teses de dissertação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O período considerado foi de julho de 2011 (ano de início de do PMC) a dezembro de 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: envelhecimento populacional; saúde do idoso; cuidador de idosos; políticas públicas de proteção a pessoa idosa; saúde do trabalhador.

No processo de busca foram utilizados os Operadores Booleanos, que atuam como palavras que informam ao sistema de busca como combinar os termos de sua pesquisa. Essa ferramenta possibilita uma visualização de pesquisa bastante genérica ou bem limitada.

Para conduzir a pesquisa bibliográfica, acionou-se o Serviço de Pesquisa - Consulta Individual da Biblioteca J. Baeta Vianna, localizada no Campus Saúde da UFMG. Na solicitação, foi detalhado a questão de pesquisa: "Quais são as possíveis repercussões do trabalho dos cuidadores sociais de idosos do PMC no município de Belo Horizonte, MG, tanto para sua saúde quanto para o trabalho que desempenham?". Além disso, especificou-se as palavras-chave relevantes para o estudo, tais como envelhecimento populacional, saúde do idoso, cuidador de idosos, políticas públicas de proteção à pessoa idosa e saúde do trabalhador. O formulário do Serviço de Pesquisa - Consulta Individual, preenchido pela bibliotecária da Biblioteca J. Baeta Vianna, contendo o registro da estratégia de busca, está anexado para conferência (Anexo A).

O resultado da estratégia de busca foi entregue ao autor, que conduziu o seguinte processo de seleção: criação de uma planilha para sistematizar os textos indicados, leitura de todos os títulos e resumos para identificar os trabalhos que dialogam com o tema, os objetivos e a questão norteadora da pesquisa.

Durante a análise dos resumos, o autor selecionou alguns textos, descartou outros e ficou com dúvida em alguns artigos, nos quais a relação com a pesquisa não estava clara no resumo.

Diante disso, foi realizada a leitura completa de todos os textos selecionados e daqueles nos quais permaneceram dúvidas. Posteriormente, a partir da leitura completa, o autor realizou seleção final dos trabalhos a serem utilizados na pesquisa.

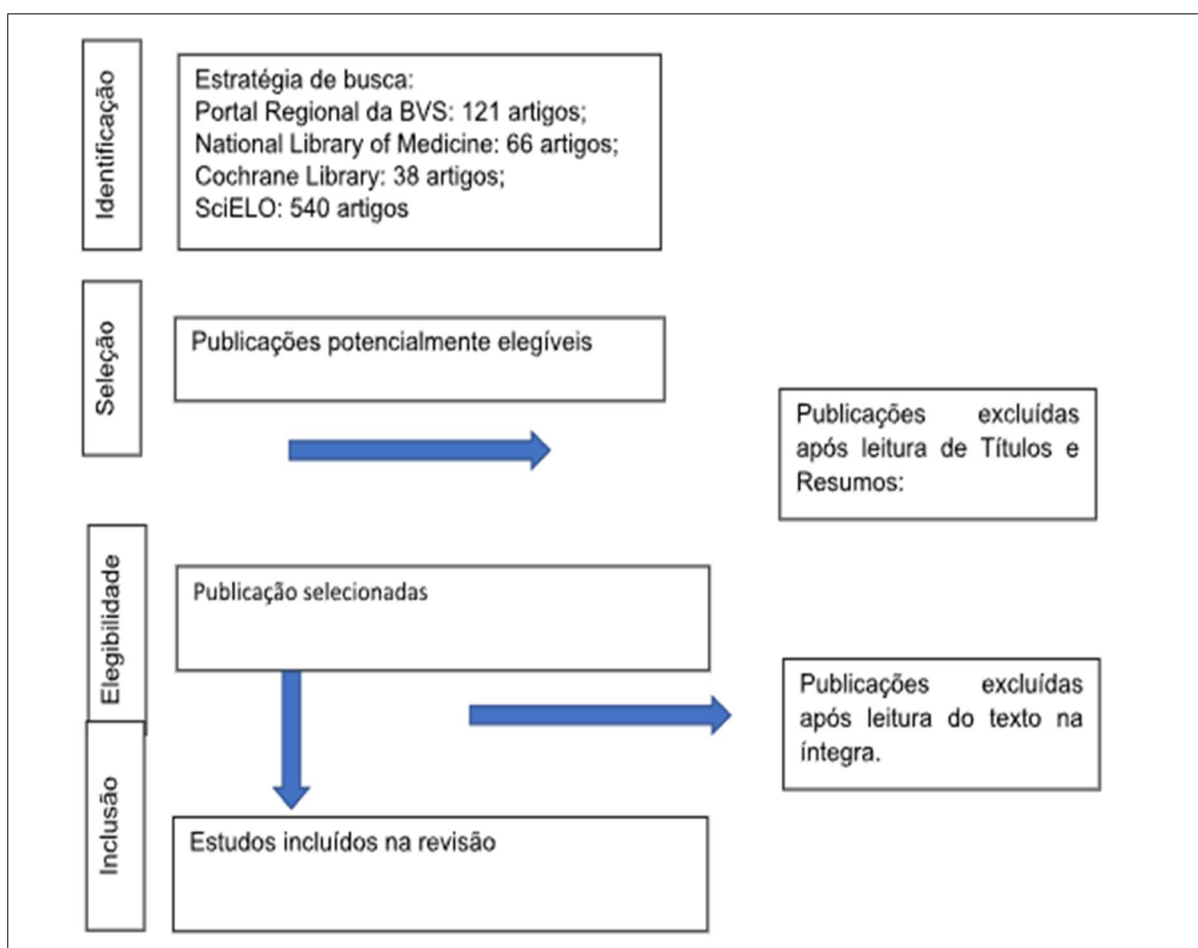
Utilizando a estratégia de busca no Portal Regional da BVS (Informação e Conhecimento para a Saúde), foram identificados 121 artigos relacionado ao tema e aos objetivos propostos no estudo. No âmbito da *National Library of Medicine*, foram encontrados 66 artigos utilizando a estratégia de busca previamente definida. Ao consultar a biblioteca *Cochrane Library* com a estratégia de busca indicada, identificaram-se 38 artigos. Na Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO, a estratégia de busca resultou em 540 artigos.

É importante destacar que a seleção final dos artigos envolveu a leitura completa de todos os artigos escolhidos, bem como daqueles que ainda suscitam dúvidas por parte do autor. Essa abordagem garante uma escolha mais precisa e fundamentada para a condução do estudo. Com base no tema selecionado, na pergunta norteadora e nos objetivos deste estudo, serão criteriosamente selecionados os estudos que se encaixem nos critérios estabelecidos.

Importante registrar que a leitura dos títulos, resumos, assim como dos artigos selecionados, foi realizada pelo autor deste projeto de mestrado e pela professora orientadora dele, no modelo duplo-cego.

A figura 1 mostra o fluxograma da seleção de artigos para a revisão de escopo.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos para a revisão de escopo



Fonte: elaborado pelo autor.

Finalizando, uma análise dos resultados será conduzida para identificar tendências, padrões e lacunas nos textos analisados.

3.1.2 Estudo Documental

Na abordagem qualitativa, a pesquisa documental se apresenta como uma valiosa estratégia de coleta de dados, sendo que, neste tipo de análise, o pesquisador trabalha com documentos que não passaram ou receberam qualquer tipo de interpretação crítica (Gil, 2008).

De acordo com Cellard (2015), os documentos podem ser divididos em dois grupos: os documentos que podem ser arquivados e os que não podem. Além disso, os documentos podem ser de domínio público ou privado, não importando a natureza da documentação.

O autor elenca exemplos de documentos públicos:

Os arquivos públicos. Trata-se de uma documentação geralmente volumosa e, por vezes, organizada segundo planos de classificação, complexos e variáveis no tempo. Ainda que ela seja dita pública, ela nem sempre é acessível. Esse tipo de arquivos compreende comumente: os arquivos governamentais (federais, regionais, escolares ou municipais), os arquivos do estado civil, assim como alguns arquivos de natureza notarial ou jurídica. Os documentos públicos não arquivados. Eles incluem, entre outros, os jornais, revistas, periódicos e qualquer outro tipo de documentos distribuídos: publicidade, anúncios, tratados, circulares, boletins paroquiais, anuários telefônicos, etc. (Cellard, 2016, p. 297).

A respeito disso, o documento escrito apresenta-se como terreno fértil para o pesquisador, pois ele permite que algumas análises sejam realizadas, a partir da sua interpretação. O documento é “evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas (Cellard, 2016, p. 295).

Destaca-se o seguinte,

No plano metodológico, a análise documental apresenta também algumas vantagens significativas. Como o enfatizou Kelly (apud GAUTHIER, 1984: 296-297), trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, eventualidade de qualquer influência - a ser exercida pela presença ou intervenção pesquisador - do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida (Cellard, 2016, p. 295).

Por fim, vale destacar que análise documental é compreendida “como uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência” (Bardin, 1977, p. 45). Ainda que o documento se apresente como um instrumento potente de coleta de dados para o pesquisador, este não o controla, visto que “a informação, aqui, circula em sentido único; pois, embora tagarela, o documento permanece surdo, e o pesquisador não pode dele exigir precisões suplementares” (Cellard, 2016, p 295-296).

Nessa direção, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, a seleção das fontes primárias apresentadas abaixo, são extremamente importantes, uma vez que promovem a discussão a respeito da legislação que resguarda o direito da pessoa idosa, a implementação e execução do PMC, no âmbito do SUAS BH, bem como documentos relativos à Saúde do Trabalhador:

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;

2. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências;

3. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências;

4. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências;

5. Lei nº 10.836, de 29 de julho de 2015. 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;

6. Processo nº 01.079.249.16-50 - instrumento jurídico: 01.2016.1006.0005.06.00 sexto termo aditivo ao termo de colaboração, que entre si celebram o município de Belo Horizonte e a Organização da Sociedade Civil Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), objetivando a execução do serviço do Programa Maior Cuidado;

7. Portaria SMAAS nº 004/2014: dispõe sobre a conduta do cuidador social de idosos do Programa Maior Cuidado;

8. 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;

9. Instrumental de Avaliação para inserção PMC;

10. Rotina de cuidados de Assistência Social – Programa Maior Cuidado;

11. Termo de Consentimento Programa Maior Cuidado;

12. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS);

13. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS);

14. Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014 - Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS); e

15. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Visando a construção do *corpus* de análise, leituras e releituras dos documentos selecionados foram realizadas e guiadas pelas seguintes questões:

1. O que os documentos selecionados dizem do papel do Estado, da sociedade e da família na proteção das pessoas idosas?
2. O que os documentos selecionados dizem sobre os processos e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras de idosos?

Os elementos apreendidos dos documentos selecionados – que dialogam com as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa – foram registrados em uma planilha própria que constituirá o *corpus* de análise desse estudo, apresentado posteriormente.

Considerando a relevância das fontes selecionadas em relação aos objetivos do estudo, o pesquisador procedeu à organização delas em pastas ou categorias distintas. Em seguida, foi criada uma matriz de análise que permitiu a sistematização e registro dos dados relevantes extraídos dos documentos. Essa matriz continha informações, tais como o título do documento, autor, ano de publicação, resumo, além dos principais temas e conceitos abordados – considerando outros aspectos pertinentes ao estudo.

Durante a leitura e análise criteriosa dos documentos, o pesquisador se atentou à identificação de informações relevantes para a pesquisa. É importante destacar que foram identificados padrões, tendências e lacunas de conhecimento ao longo desse processo de análise.

Após concluir essa etapa, o pesquisador sintetizou os resultados de forma clara e organizada, enfatizando as conclusões dos documentos e mapeando as lacunas de conhecimento identificadas.

3.1.3 Questionário Semiestruturado

O questionário, definido como "um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado" (Gil, 2002, p. 114), constitui-se como um instrumento de coleta de dados potente, rápido e econômico. Não requer investimento em treinamento de pessoal para sua aplicação, sendo uma técnica simples, conforme Gil (2002) observa.

Ao utilizar esse instrumento de coleta de dados, o pesquisador deve garantir que as questões do questionário reflitam os objetivos e a pergunta da pesquisa de forma clara e compreensível para os entrevistados, visto que “as respostas a essas

questões é que irão proporcionar os dados requeridos para descrever as características da população pesquisada ou testar as hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa” (Gil, 2008, p. 121).

Conforme Marconi e Lakatos (2003), o questionário é composto por uma série de perguntas respondidas sem a presença do entrevistador. Portanto, é essencial garantir que os entrevistados possam responder ao questionário de maneira segura, confortável e em um ambiente neutro, sem pressão, permitindo-lhes tempo para reflexão sobre as questões apresentadas e garantindo o sigilo de sua identidade.

Além disso, é importante incluir uma apresentação explicando os objetivos e a natureza da pesquisa junto ao questionário, a fim de sensibilizar os entrevistados a responderem as questões de forma completa e dentro de um prazo razoável, sem comprometer o andamento da pesquisa. Marconi e Lakatos (2003, p.201) observam que “em média, os questionários expedidos pelo pesquisador alcançam 25% de devolução”.

Vários fatores podem influenciar na demora da resposta e na devolução dos questionários pelos entrevistados, quais sejam:

O patrocinador, a forma atraente, a extensão, o tipo de carta que o acompanha, solicitando colaboração; as facilidades para seu preenchimento e sua devolução pelo correio; motivos apresentados para a resposta e tipo de classe de pessoas a quem é enviado o questionário (Selltiz, 1965 *apud* Marconi; Lakatos, 2003, p.121).

Com base nisso, ao considerar que cada técnica de coleta de dados possui uma série de vantagens e desvantagens, destaca-se algumas vantagens do questionário estruturado:

- a) Economiza tempo, viagens e obtém grande número de dados.
- b) Atinge maior número de pessoas simultaneamente.
- c) Abrange uma área geográfica mais ampla.
- d) Economiza pessoal, tanto em adestramento quanto em trabalho de campo.
- e) Obtém respostas mais rápidas e mais precisas.
- f) Há maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato.
- g) Há mais segurança, pelo fato de as respostas não serem identificadas.
- h) Há menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador.
- i) Há mais tempo para responder e em hora mais favorável.
- j) Há mais uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento.
- l) Obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis (Marconi; Lakatos, 2003, p. 201-202).

Algumas desvantagens do questionário estruturado são:

- a) Percentagem pequena dos questionários que voltam.

- b) Grande número de perguntas sem respostas,
- c) Não pode ser aplicado a pessoas analfabetas.
- d) Impossibilidade de ajudar o informante em questões mal compreendidas.
- e) A dificuldade de compreensão, por parte dos informantes, leva a uma uniformidade aparente.
- f) Na leitura de todas as perguntas, antes de respondê-las, pode uma questão influenciar a outra.
- g) A devolução tardia prejudica o calendário ou sua utilização.
- h) O desconhecimento das circunstâncias em que foram preenchidos torna difícil o controle e a verificação.
- i) Nem sempre é o escolhido quem responde ao questionário, invalidando, portanto, as questões.
- j) Exige um universo mais homogêneo inacessíveis (Marconi; Lakatos, 2003, p. 202).

Com base na reflexão teórica apresentada, a coleta de dados por meio de questionário predominantemente semiestruturado, nesta pesquisa, foi conduzida utilizando a plataforma gratuita do *Google Forms* como ferramenta tecnológica.

A utilização dessa plataforma permite que os participantes respondam ao questionário de forma segura e confortável. Também garante o sigilo da identidade dos entrevistados, o que é de extrema importância, dada a natureza das informações coletadas. Além disso, permite que os participantes possam responder ao questionário por meio de seus celulares, em qualquer lugar em que estejam, com a segurança de que sua identidade não será revelada.

No processo de coleta de dados, todos os cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas receberam um questionário semiestruturado, acompanhado por questões abertas. A escolha dessa técnica de coleta de dados levou em consideração alguns fatores, como o tempo disponível para a execução do mestrado, o número de pessoas a serem entrevistadas e a localização dos trabalhadores em seus respectivos postos de trabalho. Foi realizado um pré-teste nesses mesmos moldes.

O Apêndice 1 apresenta o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido pelos participantes. Já o Apêndice 2 apresenta o Instrumento de coleta de dados: questionário predominantemente estruturado, acompanhado por questões abertas, para os cuidadores e cuidadoras de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado/Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.1.3.1 A ferramenta *Google-Forms*

Os formulários *Google* permitem que o usuário “recolha e organize gratuitamente informações grandes e pequenas” (Google, 2017). As respostas de uma

pesquisa são armazenadas em planilhas (*Google Sheets*) e podem ser visualizadas em gráficos ou mesmo de forma bruta na planilha.

Vale ressaltar que o *Google Forms* oferece opções avançadas de privacidade e controle de acesso, permitindo restringir o acesso a um formulário para participantes específicos. Ao criar um formulário no *Google Forms*, é possível configurar as opções de compartilhamento e acesso de acordo com suas necessidades. Existem três opções principais de privacidade: Público, Restrito e Apenas da organização.

Ao escolher a opção Restrito, o pesquisador pode especificar os endereços de e-mail das pessoas autorizadas a preencher o formulário. Essas pessoas receberão um convite por e-mail com o *link* do formulário, garantindo que apenas os participantes restritos tenham acesso. Essa funcionalidade é útil quando se deseja limitar as respostas do formulário a um grupo específico de participantes, mantendo a confidencialidade dos dados coletados.

O *Google Forms* é uma ferramenta cuja utilização tem crescido no mundo acadêmico. As pesquisas concebidas com ela permanecem restritas ao autor da pesquisa, sendo ainda possível algumas regras e diretrizes de segurança – como, por exemplo, a utilização de senhas seguras, bloqueio e recuperação de contas etc.

Nesse tipo de pesquisa, o uso dos instrumentos de coleta e análise dos dados se configuram em forma de escalas, formulários, questionários e testes validados nacionalmente e internacionalmente ou construídos pelos pesquisadores de acordo com os objetivos da pesquisa. Os questionários são constituídos contendo perguntas que permitem a coleta de dados complexos, variados e em maior número por serem de aplicação e preenchimento rápido e objetivo, proporcionando maior uniformidade nas respostas.

Nesta pesquisa, o uso desta ferramenta possibilitou a coleta e análise de dados a partir do formulário *on-line* que foi encaminhado via *e-mail* dos participantes – obtidos junto à Prefeitura de Belo Horizonte. Também foi encaminhado o *link* para acesso ao questionário. As respostas são enviadas para uma planilha cujo acesso é restrito ao autor da pesquisa.

3.1.3.2 Plano de análise: questionário estruturado

Para análise das respostas do questionário foi utilizado o método de análise estatística de dados, que significa a realização do trabalho analítico dos dados. A respeito deles, pode-se afirmar que:

Os processos estatísticos permitem obter, de conjuntos complexos, representações simples e constatar se essas verificações simplificadas têm relações entre si. Assim, o método estatístico significa redução de fenômenos sociológicos, políticos, econômicos etc. a termos quantitativos e a manipulação estatística, que permite comprovar as relações dos fenômenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado (Marconi; Lakatos, 2003, p. 108).

3.1.4 Grupo Focal

Como instrumento de coleta de dados importante na pesquisa qualitativa, o grupo focal pode ser compreendido como “uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais” (Morgan, 1997 *apud* Trad, 2009, p. 780).

O grupo focal se apresenta como uma entrevista com grupos, um espaço coletivo de diálogo, comunicação e interação, em que os participantes discutem e problematizam questões que os afetam. O objetivo central do grupo focal “é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados” (Kitzinger, 2000 *apud* Trad, 2009, p. 780).

Como técnica diagnóstica na pesquisa, o uso de grupo focal possibilita, entre outras questões, aproximar, integrar e envolver os participantes. Segundo Iervolino; Pelicioni (2001, p. 116), “A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal”.

O espaço do grupo focal, de acordo com Trad (2009), deve proporcionar uma discussão aberta e acessível em torno de um tema de interesse comum aos participantes. Por natureza, a essência do grupo focal consiste na influência mútua entre os participantes e o pesquisador.

Para que o pesquisador, no grupo focal, consiga capturar as informações detalhadas do tema proposto, faz-se necessários seguir algumas orientações básicas, a seguir sinalizadas.

Na seleção dos participantes, recomenda-se, de acordo Borges e Santos (2005), que os integrantes do grupo não pertençam a um mesmo círculo de amizade ou local de trabalho. Destaca-se também a necessidade de garantir a não inclusão de integrantes que possam ameaçar, desvalorizar e inibir os participantes do coletivo.

Borges e Santos (2005), após realizarem revisão na literatura, também sinalizam que, em relação a quantidade de participantes nos grupos focais, é recomendado de 6 a 15 participantes. Acrescentam que a duração dos encontros deve ter uma variação entre 90 (tempo mínimo) e 110 minutos (tempo máximo).

Ainda no campo das recomendações, Trad (2009) destaca a importância do uso de gravadores (no mínimo dois) para o registro das informações dos participantes. Isso facilita o trabalho de transcrição das falas, por parte do pesquisador, de forma precisa e sem alterações. O uso desse equipamento deve ser autorizado expressamente pelos participantes.

Em relação ao local para realização dos grupos,

[...] devem ser reservados espaços apropriados, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes. O ideal é uma sala que abrigue confortavelmente o número previsto de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas. Os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular. É recomendável também disponibilizar água, café e um lanche ligeiro para os participantes (Borges; Santos, 2005, p. 781)

Recomenda-se ainda alguns outros cuidados – não menos importantes – para operacionalização do grupo focal, tais como:

- a) seus participantes não devem idealmente, pertencer ao mesmo círculo de amizade ou trabalho. Isto visa evitar que a livre expressão de ideias no grupo seja prejudicada pelo temor do impacto (real ou imaginário) que essas opiniões vão ter posteriormente.
- b) seus participantes devem ser homogêneos em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco, visando garantir o clima confortável para a troca de experiências e impressões de caráter muitas vezes pessoal (Iervolino; Pelicioni, 2001, p. 116-117).

Dessa forma, utilizou-se o grupo focal para responder aos objetivos propostos pela pesquisa, compreendendo que o grupo focal, de acordo com Backes (2011, p. 439), “pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados”.

Considerando a extensão do município de Belo Horizonte e a importância de preservar o sigilo da identidade e o anonimato dos participantes do grupo focal, optou-

se por convidar um cuidador ou uma cuidadora social de pessoas idosas de cada regional administrativa da cidade, ou seja, 9 participantes, seguindo o critério de mais tempo de serviço no PCM. O grupo focal foi realizado nas dependências da Faculdade de Medicina da UFMG, em horário previamente acertado com os participantes.

3.1.4.1 Plano de análise: grupo focal

Para a análise dos dados, tanto daqueles advindos da pesquisa documental, como também das questões do grupo focal, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, por entender que esse tipo de análise “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977, p. 38).

Compreendendo que a análise de conteúdo é o conjunto de técnicas de análise das comunicações, a autora aponta que no plano metodológico esse método pode ser aplicado na abordagem quantitativa e na abordagem qualitativa, assim sendo:

Na análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração (Bardin, 1977, p. 21).

A análise de conteúdo estrutura-se em torno de três pontos, de acordo com Bardin (1977): 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O item 1, pré-análise, é a etapa da organização e sistematização das ideias iniciais e possui três objetivos: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objectivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (Bardin, 1977, p. 95).

O item 2, denominado de exploração do material, é a etapa mais longa e cansativa, pois não se trata apenas de sistematizar os dados, mas de analisar em sua essência.

Já o item 3 – o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – versa sobre o momento que o pesquisador se apropria dos resultados sistematizados, analisados e propõe “inferências e adianta interpretações a propósito dos objectivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (Bardin, 1977, p. 101).

Cabe ressaltar que, além da análise de conteúdo, será realizada análise descritiva a partir dos dados obtidos das questões fechadas do questionário semiestruturado.

3.2 População de estudo

A população de estudo da presente pesquisa é constituída pelos 169 cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que o Programa Maior Cuidado é executado nos territórios de abrangência dos 34 CRAS, distribuídos nas 9 regionais da cidade, conforme apresentado no Quadro 2.

O Quadro 2 exibe informações sobre as regiões administrativas da prefeitura de BH, os respectivos CRAS que compõem essas regiões e a quantidade de cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas distribuídos em cada unidade de CRAS.

Quadro 2 –Quantitativo de cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas por CRAS

DRAS	CRAS	Cuidadores Sociais por territórios
Barreiro	1. Independência	6
	2. Petrópolis	5
	3. Cemig	6
Centro-Sul	1. Vila Santa Rita de Cássia	5
	2. Vila Nossa Senhora de Fátima	5
	3. Vila Marçola	4
Leste	1. Alto Vera Cruz	4
	2. Granja de Freitas	5
	3. Mariano de Abreu	4
	4. Taquaril	3
Nordeste	1. União	6

DRAS	CRAS	Cuidadores Sociais por territórios
Noroeste	2. Conjunto Paulo VI	5
	3. Vila Maria	5
	1. Vila Califórnia	5
	2. Vila Coqueiral	4
	3. Pedreira Prado Lopes	4
	4. Vila Senhor dos Passos	4
	5. Vila Sumaré	4
	1. Novo Aarão Reis – Brasilina Maria de Oliveira	5
	2. Jardim Felicidade	6
	3. Providência	6
Norte	4. Vila Biquinhas	5
	5. Zilah Spósito	5
	1. Havaí	8
	2. Graça Sabóia	5
	3. Vila Antena	5
Oeste	4. Vista Alegre I	5
	1. Confisco	5
	2. Novo Ouro Preto	5
	3. Vila Santa Rosa	5
	4. Vila São José	5
Pampulha	1. Vila Apolônia	6
	2. Lagoa	4
	3. Mantiqueira	4
Venda Nova		
Total	34	169

Fonte: Informações da Coordenação GDECOM

O Apêndice 3 apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal e o Apêndice 4 o Instrumento de coleta de dados - Grupo Focal.

Este estudo está compreendido no projeto *Observatório Interinstitucional, Intersetorial e Transdisciplinar de Políticas Públicas Municipais de Abordagem da Covid-19*, já aprovado pelo COEP UFMG sob o número 5.536.062, conforme parecer consubstanciado do COEP/UFMG (Anexo B).

Após análise do projeto, a Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do Suas-BH (GGTEP) aprovou os procedimentos metodológicos delineados no projeto de pesquisa "Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte/MG (PMC/BH/MG)" e autorizou o início do trabalho de campo e da coleta de dados planejados no projeto (Anexo C).

4 RESULTADOS DISCUSSÕES

Este estudo, desenvolvido a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, visando atingir os objetivos propostos, utilizou as seguintes estratégias metodológicas, conforme apresentado na seção anterior: revisão bibliográfica de escopo; análise documental; estudo do perfil sociodemográfico, das condições de trabalho e saúde dos cuidadores sociais de idosos através da aplicação de questionário semiestruturado; e realização de grupo focal. Os resultados e discussões de cada uma destas etapas, que foram realizadas no mesmo período – que compreendeu os meses de abril, maio e junho de 2024 – serão apresentados a seguir.

4.1 Revisão de Escopo

Para fins desta revisão de escopo, foi realizado levantamento bibliográfico, com suporte da bibliotecária da Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG, sobre o tema desta dissertação, compreendendo o período de julho de 2011, ano de início do PMC/PBH, a dezembro de 2023, nos idiomas português e espanhol, utilizando as seguintes palavras-chave: envelhecimento populacional, saúde do idoso, cuidador de idosos, políticas públicas de proteção à pessoa idosa e saúde do trabalhador.

A estratégia de busca foi realizada nas bases do Portal Regional da BVS, da *National Library of Medicine*, da *Cochrane Library*, da Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO e dissertações e teses da CAPES, resultando em 765 artigos. O processo de seleção dos artigos que fizeram parte da análise de escopo deste estudo encontra-se detalhado por base de dados, conforme descrito a seguir. Cabe ressaltar que não foram encontradas teses e dissertações relacionadas ao tema na busca do portal CAPES.

Na estratégia de busca no Portal Regional da BVS - Informação e Conhecimento para a Saúde, foram identificados 121 artigos ligados às palavras-chave do levantamento. Após análise inicial dos títulos, foram selecionados 16 artigos que se alinham a essas categorias temáticas. Posteriormente, ao examinar os resumos, 3 não fizeram parte da amostra porque, embora tratassem de políticas públicas e cuidados, não apresentavam o recorte de políticas públicas da pessoa idosa e o trabalho do cuidador e da cuidadora social, sendo realizada leitura completa

dos 13 artigos que dialogavam diretamente com o tema do estudo. Após esta etapa, 9 artigos foram selecionados, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Artigos selecionados, Portal Regional da BVS, 2024

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Silva, Patrick Leonardo Nogueira da; Santos, Cláudio Luís de Souza; Miranda, Fábio Batista; Galvão, Ana Patrícia Fonseca Coelho; Oliveira, Valdira Vieira de; Alves, Carolina dos Reis.	Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos frágeis: revisão integrativa	Nursing (Ed. bras., Impr.) ; 24(275): 5566-5581, abr.-2021.	2021	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Minayo, Maria Cecília de Souza.	Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente	Preprint em Português SciELO Preprints ID: pps-1279	2021	Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Carvalho, Simone Rodrigues de; Próspero, Yanka Carollayne Vogado; Silva, Ana Paula Pereira da; Rocha, Francisca Cecília Viana; Almeida, Camila Aparecida Pinheiro Landim; Lago, Eliana Campelo;	Atividades dos cuidadores de idosos em uma instituição de longa permanência	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 12: 965-970, jan.-dez. 2020.	2020	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Martins, Gabriela; Corrêa, Larissa; Caparrol, Ana Julia de Souza; Santos, Paloma Toledo Afonso dos; Brugnera, Leticia Maria; Gratão, Aline Cristina Martins;	Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer	Esc. Anna Nery Rev. Enferm ; 23(2): e20180327, 2019. tab	2019	Condições de trabalho Condições de saúde
Barbosa, Lara de Melo; Noronha, Kenya; Universidade Spyrides, Maria Helena Constantino; Araújo, Cristiane Alessandra Domingos de;	Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte	Rev. bras. estud. popul. ; 34(2): 391-414, mayo-agosto 2017. tab	2017	Condições de trabalho
Banchero, Serrana; s.af Mihoff, Mariángeles; s.af	Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y	Psicol. conoc. Soc ; 7(1) mayo 2017.	2017	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
	dimensión afectiva			
Folquitto, Jefferson Cunha; Marques, Rita de Cássia Gomes; Tatsch, Mariana Franciosi; Bottino, Cássio Machado de Campos;	Correlação entre sintomas neuropsiquiátricos e sobrecarga do cuidador em uma amostra comunitária de São Paulo, Brasil: um relato preliminar	Dement. neuropsychol ; 7(3): 258-262, set. 2013. tab	2013	Condições de trabalho
Araújo, Claudia Lysia Oliveira de; Oliveira, Janaina França;Pereira, Janine Maria;	Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer	Rev. Kairós ; 15(1): 109-128, mar.2012.	2012	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Resende, Márcia Colamarco Ferreira; Dias, Elizabeth Costa;	Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho	Physis (Rio J.) ; 18(4): 785-800, 2008	2008	Condições de trabalho Condições de saúde

Fonte: elaborado pelo autor.

Na Biblioteca Eletrônica Científica *Online* SciELO, a estratégia de busca resultou em um total de 540 artigos. Após a análise dos títulos, foram selecionados 101 artigos alinhados com as palavras chaves. Em seguida, a leitura dos resumos permitiu refinar a seleção, resultando na escolha de 52 artigos, conforme detalhado no quadro 4.

Quadro 4 – Artigos selecionados, Biblioteca Eletrônica Científica Online SciELO, 2024

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Batista, Ilaise Brilhante ; Marinho, Jéssica da Silva ; Brito, Tábatta Renata Pereira ; Guimarães, Maria Sortênia Alves ; Silva Neto, Luiz Sinésio da ; Pagotto, Valéria ; Nunes, Daniella Pires.	Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas	Artigo Original • Acta Paul Enferm 36 • 2023	2023	Condições de trabalho Condições de saúde
Godoy-Pozo, Jéssica ; Illesca-Pretty, Mónica ; Rosas, Carola ; González-Osorio, Luis ;	Experiências dos prestadores de cuidados a idosos institucionalizados	ARTIGO ORIGINAL • Cogitare Enferm. 28 • 2023	2023	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Flores, Elizabeth.	durante a pandemia de covid-19: uma perspectiva qualitativa			
Ximenes, Vanessa Santiago; Queluz, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues ; Barham, Elizabeth Joan.	Relação entre Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida em Cuidadores	Artigos • Psico-USF 27 (1) • Jan-Mar 2022	2022	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Brito, Cleidiane Maria Sales de ; Figueiredo, Maria do Livramento Fortes ; Tyrrell, Maria Antonieta Rubio	Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa	Artigo de Revisão • Acta Paul Enferm 35 • 2022	2022	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Viegas, Laura Monteiro ; Rodrigues, Fátima Moreira .	Trajetória da prestação de cuidados familiares a pessoas idosas com dependência	Artigo Original • Acta Paul Enferm 35 • 2022	2022	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Araujo, Anna Bárbara .	“Não sou empregada, sou cuidadora”: o trabalho de fronteira em torno de uma nova ocupação	Artigos/Articles • Civitas, Rev. Ciênc. Soc. 22 • 2022	2022	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Ceccon, Roger Flores ; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza ; Brasil, Christina César Praça ; Soares, Konrad Gutterres ; Portes, Virgínia de Menezes ; Garcia Júnior, Carlos Alberto Severo ; Schneider, Ione Jayce Ceola ; Carioca, Antonio Augusto Ferreira	Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores	Artigo • Ciênc. Saúde Colet. 26 (01) • Jan 2021	2021	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Minayo, Maria Cecília de Souza .	Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente	Artigo • Ciênc. Saúde Colet. 26 (01) • Jan 2021	2021	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Figueiredo, Maria do Livramento Fortes ; Gutierrez, Denise Machado Duran ; Darder, Juan José Tirado ; Silva, Rutielle Ferreira ; Carvalho, Mariana Lustosa de	Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados	Artigo • Ciênc. Saúde Colet. 26 (01) • Jan 2021	2021	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Lopes, Cristine Cogo; Oliveira, Gabriela Almeida de; Stigger, Felipe de Souza; Lemos, Adriana Torres de.	Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal	Artigo original • Cad. saúde colet. 28 (1) • Jan-Mar 2020	2020	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Mattos, Emanuela Bezerra Torres; Oliveira, Jéssica Paloma; Novelli, Marcia Maria Pires Camargo	As demandas de cuidado e autocuidado na perspectiva do cuidador familiar da pessoa idosa com demência	Artigos Originais • Rev. bras. geriatr. gerontol. 23 (3) • 2020	2020	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Cerutti, Priscila ; Pauli, Jandir ; Rissi, Vanessa; Gomes, Paula	O trabalho dos cuidadores de idosos na perspectiva da economia do care	Espaço tema livre • Rev. katálysis 22 (02) • May-Aug 2019	2019	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Nascimento, Hellen Guedes do; Figueiredo, Ana Elisa Bastos.	Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do	Artigo • Ciênc. saúde colet. 24 (4) • Abr 2019	2019	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
	outro			
Mendes, Polyana Norberta; Figueiredo, Maria do Livramento Fortes; Santos, Ana Maria Ribeiro dos; Fernandes, Marcia Astres; Fonseca, Ruth Suelle Barros.	Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idoso	Artigo Original • Acta Paul Enferm. 32 (1) • Jan-Feb 2019	2019	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Nunes, Daniella Pires ; Brito, Tábatta Renata Pereira de ; Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira ; Lebrão, Maria Lúcia .	Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE	Artigo original • Rev. bras. epidemiol. 21 (Suppl 02) • 2018	2018	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Rossetti, Estefani Serafim ; Terassi, Marielli ; Ottaviani, Ana Carolina ; Santos-Orlandi, Ariene Angelini dos ; Pavarini, Sofia Cristina Iost ; Zazzetta, Marisa Silvana	Fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social	Artigo Original • Texto contexto - enferm. 27 (3) • 2018	2018	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Gutierrez, Lucila Ludmila Paula; Fernandes, Neisa Rejane Machado; Mascarenhas, Marcello.	Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado	Artigo Original • Saúde debate 41 (114) • Jul-Sep 2017	2017	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Barbosa, Lara de Melo; Noronha, Kenya; Spyrides, Maria Helena Constantino; Araújo, Cristiane Alessandra Domingos de.	Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte	Articles • Rev. bras. estud. popul. 34 (02) • May-Aug 2017	2017	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Cesário, Vanovya Alves Claudino; Leal, Márcia Carréra Campos; Marques, Ana Paula de Oliveira; Claudino, Karolyny Alves.	Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer	Artigo Original • Saúde debate 41 (112) • Jan-Mar 2017	2017	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Meira, Edmeia Campos; Reis, Luciana Araújo	Vivências de mulheres	Pesquisa • Esc. Anna Nery 21 (2)	2017	Condições de trabalho Condições de saúde

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
dos; Gonçalves, Lúcia Hisako Takase; Rodrigues, Vanda Palmarella ; Philipp, Rita Radl.	cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado	• 2017		Perfil dos cuidadores
Lampert, Claudia Daiane Trentin; Scortegagna, Silvana Alba; Grzybovski, Denize.	Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência	Artigos • read. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre) 22 (3) • Sep-Dec 2016	2016	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Muniz, Emanuel Avelar; Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima; Oliveira, Eliany Nazaré; Lacerda, Maria Ribeiro.	Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família	Artigo Original • Saúde debate 40 (110) • Jul-Sep 2016	2016	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Marins, Aline Miranda da Fonseca; Hansel, Cristina Gonçalves; da Silva, Jaqueline.	Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador	Pesquisa • Esc. Anna Nery 20 (2) • Apr-Jun 2016	2016	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Morais, Daiene de; Terassi, Mariéli; Inouye, Keika; Luchesi, Bruna Moretti; Pavarini, Sofia Cristina Iost.	Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade	Artigos Originais • Rev. Gaúcha Enferm. (Online) 37 (4) • 2016	2016	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Lino, Valéria Teresa Saraiva; Rodrigues, Nadia Cristina Pinheiro; Camacho, Luiz Antônio Bastos; O'Dwyer, Gisele; Lima, Idenalva Silva de; Andrade, Mônica Kramer de Noronha; Atie, Soraya.	Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil	Artigo • Cad. Saúde Pública 32 (6) • 2016	2016	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Pereira, Lírica Salluz Mattos; Soares, Sônia Maria.	Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência	Artigo • Ciênc. saúde colet. 20 (12) • Dez 2015	2015	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Debert, Guita Grin ; Oliveira, Amanda Marques de.	A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil	Artigos • Rev. Bras. Ciênc. Polít. (18) • Sep-Dec 2015	2015	Perfil dos cuidadores
Batista, Analía Soria; Bandeira, Lourdes M.	Trabalho de cuidado: um conceito situacional e multidimensional	Artigos • Rev. Bras. Ciênc. Polít. (18) • Sep-Dec 2015	2015	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Costa, Sibely Rabaça Dias da; Castro, Edna Aparecida Barbosa de	Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar	Pesquisa • Rev Bras Enferm 67 (6) • Dez 2014	2014	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Batista, Marina Picazzio Perez; Almeida, Maria Helena Morgani de; Lancman, Selma.	Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro	Artigo de Atualização • Rev. bras. geriatr. gerontol. 17 (4) • Oct-Dec 2014	2014	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Silva, Rosa Maria Fernambel Marques e; Santana, Rosimere Ferreira.	Diagnóstico de enfermagem "tensão do papel de cuidador": revisão integrativa	Artigos de Revisão • Rev. bras. geriatr. gerontol. 17 (4) • Oct-Dec 2014	2014	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Pinto, Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues; Barham, Elizabeth Joan.	Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência	Artigos Originais • Rev. bras. geriatr. gerontol. 17 (3) • Jul-Sep 2014	2014	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Loureiro, Lara de Sá Neves; Fernandes, Maria das Graças Melo; Nóbrega, Maria Miriam Lima da; Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.	Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado	Pesquisa • Rev Bras Enferm 67 (2) • Mar-Apr 2014	2014	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Wachholz, Patrick Alexander; Santos, Rosa Cristina Cervi;	Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida	Artigos Originais • Rev. bras. geriatr. gerontol.	2013	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Wolf, Loreci Santos Pereira.	de cuidadores familiares de idosos frágeis	16 (3) • Set 2013		
Brum, Ana Karine Ramos; Camacho, Alessandra Conceição Leite Funchal; Valente, Geilsa Soraia Cavalcanti; Sá, Selma Petra Chaves; Lindolpho, Mirian da Costa; Louredo, Drielle dos Santos.	Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência	Relato de Experiência • Rev. Bras. Enferm. 66 (4) • Ago 2013	2013	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Araujo, Jeferson Santos; Vidal, Glenda Marreira; Brito, Felipe Nunes; Gonçalves, Débora Cristina de Abreu; Leite, Djeane Kathe Mascote; Dutra, Claudia Daniele Tavares; Pires, Carla Andrea Avelar.	Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA	Artigos Originais • Rev. bras. geriatr. gerontol. 16 (1) • Mar 2013	2013	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Pereira, Roberta Amorim; Santos, Emanuella Barros dos; Fhon, Jack Roberto Silva; Marques, Sueli; Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.	Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral	Artigo Original • Rev. esc. enferm. USP 47 (1) • Fev 2013	2013	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Gratão, Aline Cristina Martins; Talmelli, Luana Flávia da Silva; Figueiredo, Leandro Corrêa; Rosset, Idiane; Freitas, Cibele Peroni; Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.	Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador	Artigo Original • Rev. esc. enferm. USP 47 (1) • Fev 2013	2013	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Silva, Claudia Fernandes da; Passos, Valeria Maria de Azeredo; Barreto, Sandhi Maria.	Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência	Artigos Originais • Rev. bras. geriatr. gerontol. 15 (4) • Dez 2012	2012	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Oliveira, Ana Paula	As repercussões do	Artigos • Saude	2012	Condições de trabalho

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Pessoa de; Caldana, Regina Helena Lima.	cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer	soc. 21 (3) • Set 2012		Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Gratao, Aline Cristina J Martins; Vendruscolo, Thaís Ramos Pereira; Talmelli, Luana Flávia da Silva; Figueiredo, Leandro Correa; Santos, Jair Lício Ferreira; Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.	Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos	Artigo Original • Texto contexto - enferm. 21 (2) • Jun 2012	2012	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Stackfleth, Renata; Diniz, Marina Aleixo; Fhon, Jack Roberto Silva; Vendruscolo, Thaís Ramos Pereira; Fabrício-Whebe, Suzele Cristina Coelho; Marques, Sueli; Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani.	Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio	Artigos Originais • Acta paul. enferm. 25 (5) • 2012	2012	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Oliveira, Déborah Cristina de; Carvalho, Gisele Souza Fontanini de; Stella, Florindo; Higa, Celina Matiko Hori; D'Elboux, Maria José.	Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial	Artigo Original • Texto contexto - enferm. 20 (2) • Jun 2011	2011	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Ferreira, Caroline Gomes; Alexandre, Tiago da Silva; Lemos, Naira Dutra.	Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária	Artigos • Saude soc. 20 (2) • Jun 2011	2011	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Vieira, Chrystiany Plácido de Brito; Fialho, Ana Virgínia de Melo; Moreira, Thereza Maria Magalhães.	Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007	Artigo Original • Texto contexto - enferm. 20 (1) • Mar 2011	2011	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
De Nardi, Tatiana; Rigo,	Sobrecarga e	Artigos Originais	2011	Condições de trabalho

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Julio César; Brito, Maribel de; Santos, Elizabeth Luz M. dos; Bós, Ângelo José Gonçalves.	percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex)	• Rev. bras. geriatr. gerontol. 14 (3) • 2011		Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Fernandes, Maria das Graças Melo; Garcia, Telma Ribeiro	Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes	Artigo Original • Rev. esc. enferm. USP 43 (4) • Dez 2009	2009	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Fernandes, Maria das Graças Melo; Garcia, Telma Ribeiro.	Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes	Pesquisa • Rev. Bras. Enferm. 62 (3) • Jun 2009	2009	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Ribeiro, Marco Túlio de Freitas; Ferreira, Raquel Conceição; Ferreira, Efigênia Ferreira; Magalhães, Cláudia Silami de; Moreira, Allyson Nogueira.	Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG	Artigos • Ciênc. saúde coletiva 13 (4) • Ago 2008	2008	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Resende, Márcia Colamarco Ferreira; Dias, Elizabeth Costa.	Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho	Temas Livres • Physis 18 (4) • 2008	2008	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Cerqueira, Ana Teresa de Abreu Ramos; Oliveira, Nair Isabel Lapenta de.	Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos	Artigos originais • Psicol. USP 13 (1) • 2002	2002	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores
Kawasaki, Kozue; Diogo, Maria José D'Elboux.	Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II	Artigos Originais • Rev. esc. enferm. USP 35 (4) • Dez 2001	2001	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Fonte: elaborado pelo autor.

Apesar de o levantamento inicial ter sido apenas por artigos em português e espanhol, a pesquisa realizada identificou artigos publicados em inglês nas bases *National Library of Medicine* e *Cochrane Library*. Dada a proximidade com o objeto da

pesquisa, optou-se por incluir os artigos encontrados nessas bases de dados, que serão apresentados a seguir.

Na *National Library of Medicine*, foram encontrados 66 artigos utilizando a estratégia de busca previamente definida. Após a leitura dos títulos, que estavam disponíveis em português, foram selecionados 10 artigos que se mostraram vinculados às palavras-chave. Após a análise dos resumos, também disponíveis em língua portuguesa, 6 foram selecionados. Não foi possível a realização da leitura dos textos completos de nenhum destes 6 artigos, pois a revista não possui acesso livre aos mesmos. No quadro 5 encontram-se os artigos selecionados.

Quadro 5 – Artigos selecionados, National Library of Medicine, 2024.

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Hongwei Hu, Xin Yi Hu, Yang Xu	Carga de cuidado e sobrecarga dos cuidadores familiares na China: os efeitos mediadores do apoio social e da exclusão social	Front. Public Health, 22 September 2023 Sec. Aging and Public Health Volume 11 - 2023	2023	Condições de trabalho
Zhijian Liu, Sol de Wenjing, Hong Lin Chen, Jianhua Zhuang, Bei Wu, Hanzhang Xu, Peng Li, Xiaohan Chen, Juan Li, Você Yin.	Sobrecarga do cuidador e seus fatores associados entre cuidadores familiares de pessoas com demência em Xangai, China: um estudo transversal	Publicado por BMJ	2022	Condições de trabalho
Ryan Olson, Sharon V Thompson, Diane L Elliot, Jennifer A Hess, Kristy Luther Rhoten, Kelsey N Parker, Robert R Wright, Brad Wipfli, Katrina M Bettencourt, Annie Buckmaster, Miguel Marino Afiliações.	Apoio à segurança e saúde para trabalhadores de cuidados domiciliares: o ensaio clínico randomizado COMPASS	The Journals of Gerontology: Series B, Volume 77, Issue 9h	2022	Condições de trabalho Condições de saúde
Mara Cañedo-Ayala, Danielle B Arroz, Brooke Levis,	Fatores associados a sintomas de depressão entre	Disability and Rehabilitation Volume 42, 2020	2020	Condições de trabalho Condições de saúde Perfil dos cuidadores

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Transportadora Marie-Eve, Julie Cominho, Vanessa Malcarne, Mariët Hagedoorn, Brett D Thombs; Comitê Consultivo para Cuidadores de Esclerodermia	cuidadores informais de pessoas com esclerose sistêmica: um estudo transversal			
Kazuyuki Iwakiri, Masaya Takahashi, Midori Sotoyama, Xinxin Liu, Shigeki Koda.	Abordagens prioritárias de atividades de segurança e saúde ocupacional para prevenção de dor lombar entre cuidadores	Journal of Occupational Health publicado por John Wiley & Sons Australia	2019	Condições de trabalho Condições de saúde
Nadia Kandelman, Thierry Mazars, Antonin Levy.	Apoio à segurança e saúde para trabalhadores de cuidados domiciliares: o ensaio clínico randomizado COMPASS	DVolume27, Issue1-2 January 2018	2018	Condições de trabalho Perfil dos cuidadores

Fonte: elaborado pelo autor.

A consulta à biblioteca *Cochrane Library* utilizando a estratégia de busca indicada, resultou na identificação de 38 artigos. Após a análise dos títulos, 2 artigos foram selecionados para uma avaliação mais detalhada. Contudo, após a leitura dos resumos, apenas 1 artigo foi mantido. Da mesma forma que com os 6 artigos selecionados na *National Library of Medicine*, não foi possível realizar a leitura completa do texto selecionado, uma vez que a revista não disponibiliza o conteúdo de forma gratuita. O artigo selecionado está detalhado quadro 6.

Quadro 6 - Artigos selecionados, Cochrane Library, 2024.

Autor e Autora	Título	Periódico	Ano	Temas identificados após leitura
Kamioka H, Okuizumi H, Okada S, Takahashi R, Handa S, Kitayuguchi J, Mutoh Y	Eficácia da intervenção para dor lombar em cuidadoras em lares de idosos: um ensaio piloto baseado em randomização multicêntrica	Saúde ambiental e medicina preventiva, 2011, 16(2), 97-105	2011	Condições de trabalho Condições de saúde

Fonte: elaborado pelo autor.

Dos 68 artigos selecionados, foi realizada a leitura completa de 61 artigos. O processo de apreciação desses trabalhos possibilitou uma série de reflexões, em que a base da fundamentação teórica dialoga, em muitos elementos, com a realidade vivenciada pelos cuidadores e pelas cuidadoras sociais, assim como pelas pessoas idosas e suas famílias. A análise aqui apresentada enfatizou os seguintes aspectos: entendimento de cuidador e cuidadora, locais de trabalho do cuidador e da cuidadora, condições de saúde e de trabalho enfrentadas pelos cuidadores e cuidadoras sociais.

De início, é possível destacar o entendimento de cuidador e de cuidadora, apresentado por Kawasaki e Diogo (2001, p. 259):

- cuidador remunerado: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar;
- cuidador voluntário: não é remunerado;
- cuidador principal: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado;
- cuidador secundário: divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal, auxiliando-o, substituindo-o;
- cuidador leigo: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar;
- cuidador profissional: possui qualificação específica para o exercício da atividade (enfermeiro, terapeuta, etc.);
- cuidador familiar: tem algum parentesco com a pessoa cuidada;
- cuidador terceiro: não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada.

Segundo esse entendimento, os cuidadores e as cuidadoras referem-se a um grupo de trabalhadores e trabalhadoras muito diverso, que perpassa tanto pela dimensão do trabalho remunerado – os cuidadores e as cuidadoras profissionais, formais e informais – mas também pela dimensão do cuidador familiar, que realiza o trabalho cotidiano de cuidados sem qualquer remuneração. Isso, de alguma forma,

dificulta o reconhecimento como trabalhadores e trabalhadoras, daqueles que exercem a função do cuidado enquanto atividade profissional, o que irá comprometer a sua organização social e a busca por melhores condições de trabalho e de saúde.

Conforme destacam Kawasaki e Diogo (2001), o cuidador informal é, na maioria das vezes, um familiar ou amigo próximo que oferece apoio parcial ou integral à pessoa idosa, auxiliando nas dificuldades ou incapacidades relacionadas à realização das atividades de vida diária. Corroborando com essa compreensão, Santos *et al.* (2022) afirmam que o cuidador informal é aquele que realiza assistência à pessoa idosa de maneira não remunerada e não possui preparação profissional, sendo muitas vezes o próprio familiar.

Já o cuidador formal é aquele que desempenha o papel de cuidador de forma remunerada, conforme Debert e Oliveira (2015). A contratação de profissional “se apresenta como uma das alternativas para auxiliar o cuidador informal a diminuir sua sobrecarga advinda do cuidar, uma vez que se reconhece que cuidar de um idoso dependente pode acarretar adoecimento ao próprio cuidador” (Batista *et al.*, 2014, p. 880).

Pode-se afirmar que os cuidadores e as cuidadoras sociais do PMC/PBH são profissionais formais, contratados e remunerados pelo município para desempenharem funções voltadas à proteção e ao cuidado da pessoa idosa. O principal objetivo deste trabalho é apoiar o cuidador ou a cuidadora informal, ou seja, o familiar, auxiliando na redução da sobrecarga emocional e física gerada pelas demandas do cuidado diário.

Outro ponto importante diz respeito aos locais de trabalho onde acontecem os serviços de cuidado. Para Camarano e Mello (2010) *apud* Debert e Oliveira (2015, p. 8):

[...] os serviços de cuidado são oferecidos no próprio domicílio, na comunidade ou em instituições. Podem ser informais, prestados pelas famílias, por amigos/ou vizinhos, ou formais, quando feitos por profissionais. O cuidado formal é prestado pelo Estado ou pelo mercado, e pode ser domiciliar ou institucional, sendo o institucional pouco popular, muitas vezes considerado o último recurso quando ocorre a perda da capacidade mental e funcional do idoso.

Ao apontarem que o local do cuidado pode ser o próprio domicílio, Camarano e Mello (2010) *apud* Debert e Oliveira (2015) trazem para o debate um dos grandes desafios para a saúde e a segurança dos cuidadores e das cuidadoras sociais de

idosos do PMC/PBH: como propor ações neste campo, tendo em vista que um dos locais de trabalhos destes trabalhadores e destas trabalhadoras é a residência das pessoas idosas?

Cabe salientar que as pessoas idosas e suas famílias necessitam de maior suporte do Estado na garantia do acesso aos direitos básicos de condições de vida e sobrevivência por meio das diversas políticas públicas, o que implicaria, ao mesmo tempo, em melhores condições de trabalho e segurança aos cuidadores e as cuidadoras sociais, que desenvolvem o trabalho nesses domicílios.

Em relação às condições de saúde e de trabalho, os textos apontam que, de modo geral, as condições de saúde e de trabalho dos cuidadores e cuidadoras formais e informais são muito próximas, haja vista que o público atendido são as pessoas idosas.

Nesse sentido, Lopes *et al.* (2020) afirmam que o trabalho do cuidador e da cuidadora é complexo, pois envolve não apenas a responsabilidade pelo cuidado – como higiene, alimentação e transferências –, mas também é realizado em uma carga horária intensa e ininterrupta. Essa rotina resulta em situações estressantes e contribui para o agravamento da sobrecarga física e emocional.

Considerando a complexidade desse cuidado, quando ele é direcionado a uma pessoa idosa dependente e realizado por um único cuidador ou cuidadora, as exigências desse trabalho podem resultar em intensificação da sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga gerada sobre os cuidadores pode acarretar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso. Da mesma forma, a atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida (Gratão *et al.* 2012, p. 305).

Para Lopes *et al.* (2020), essa sobrecarga de trabalho pode, por sua vez, levar ao adoecimento físico e mental do profissional, devido ao intenso esforço e dedicação exigidos pela rotina de cuidados. No que tange aos problemas físicos gerados pela sobrecarga de trabalho apresentam-se queixas somáticas múltiplas, entre elas:

[...] dor do tipo mecânico no aparelho locomotor, cefaléia tensional, astenia, fadiga crônica, alterações no ciclo sono-vigília, assim como problemas psíquicos, manifestados por distúrbios como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (Gratão *et al.* 2012, p. 305).

Outro fator relevante relacionado aos problemas de saúde enfrentados pelos cuidadores e cuidadoras, conforme apontado por Resende e Dias (2008), refere-se às mudanças nas demandas de cuidado ao longo do tempo por parte das pessoas idosas atendidas. Essas alterações podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos, como destacado a seguir:

Um aumento nessa demanda resulta em aumento dos sintomas depressivos, ao passo que uma diminuição da demanda de cuidados pode diminuir tais sintomas nos cuidadores familiares de idosos, mostrando íntima relação entre a atividade desenvolvida pelo cuidador e a sua saúde (Nieboer *et al.*, 1998 *apud* Resende; Dias, 2008, p. 794).

Diante das reflexões, torna-se evidente apontar que o cuidado à pessoa idosa, especialmente àquela que é dependente para realizar atividades da vida diária, pode resultar em adoecimento físico ou emocional do cuidador ou cuidadora. Essa situação se agrava quando não há suporte ou retaguarda no cuidado, considerando as inúmeras demandas que esses e essas profissionais enfrentam cotidianamente no exercício de suas funções, pois o histórico de referência desses cuidados é marcado por sobrecarga de trabalho, afetando ainda mais as condições de saúde do cuidador e da cuidadora.

Além disso, o fato de que um dos locais de trabalho destes e destas profissionais é a residência das pessoas idosas adiciona um desafio a mais na busca por melhores condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais, visto que muitas pessoas idosas e suas famílias estão submetidas a situações precárias de vida, enfrentando inúmeras vulnerabilidades socioeconômicas, que refletem a ausência de cobertura e garantias de direitos básicos por parte do Estado.

4.2 Análise documental

Tendo como referência a pergunta norteadora e os objetivos da pesquisa, realizou-se leituras e análises dos documentos elencados a seguir, guiadas pelas seguintes questões:

1. O que os documentos selecionados dizem do papel do Estado, da sociedade e da família na proteção das pessoas idosas?
2. O que os documentos selecionados dizem sobre os processos e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras de pessoas idosas?

Cabe ressaltar que foram selecionados os documentos relacionados a seguir, descritos na seção anterior:

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;
2. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências;
3. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências;
4. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências;
5. Lei nº 10.836, de 29 de julho de 2015. 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;
6. Processo nº 01.079.249.16-50 - instrumento jurídico: 01.2016.1006.0005.06.00 sexto termo aditivo ao termo de colaboração, que entre si celebram o município de Belo Horizonte e a Organização da Sociedade Civil Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), objetivando a execução do serviço do Programa Maior Cuidado;
7. Portaria SMAAS nº 004/2014: dispõe sobre a conduta do cuidador social de idosos do Programa Maior Cuidado;
8. 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;
9. Instrumental de Avaliação para inserção PMC;
10. Rotina de cuidados de Assistência Social – Programa Maior Cuidado;
11. Termo de Consentimento Programa Maior Cuidado;
12. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS);
13. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS);
14. Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014 - Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do

Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS); e

15. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

A seguir, apresentam-se os achados nos documentos elencados, em relação às duas questões que norteiam esta pesquisa documental.

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

A Constituição Federal de 1988, ao definir em seu Art. 7º que “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social” (Brasil, 1988, p.18), elenca uma série de direitos que protegem o(a) trabalhador(a), a exemplo da jornada de trabalho, repouso semanal, gozo de férias, licença à gestante, aposentadoria etc. Especificamente, ela estabelece alguns que são de interesse direto deste estudo, a saber:

Alínea XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

Alínea XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei; [...]

Alínea XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa; [...] (Brasil, 1988, p.19).

É importante destacar o Art. 196, que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, p.118).

Por fim, cabe destacar o Art. 200, que estabelece as competências e atribuições do Sistema Único de Saúde, especificamente: “Alínea II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (Brasil, 1988, p. 120); e “Alínea VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (Brasil, 1988, p.120).

Observa-se que a Constituição Federal ampara o(a) trabalhador(a), demarcando que é preciso cuidar dos ambientes de trabalho, visando a redução de riscos e doenças relacionadas ao trabalho, como aponta o texto constitucional. Nesse caso, o cuidador e a cuidadora social de pessoas idosas – assim como todos os

trabalhadores brasileiros e todas as trabalhadoras brasileiras – possuem essa referência de proteção.

2. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

O Decreto aborda em seu Art. 10 que: ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

- I - viabilizar a implantação de programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do art. 10 da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;
- II - incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;
- III - estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;
- IV - incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;
- V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores (Brasil, 1994).

No Art. 11, indica que ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho. Já o Art. 12 versa que, ao Ministério da Cultura, compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programa de âmbito nacional, visando a:

- I - garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- II - propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;
- III - valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e identidade cultural;
- IV - incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais (Brasil, 1994).

O Art. 13 destaca que ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

- I - encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;
- II - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos (Brasil, 1994).

Diante disso, ficam evidentes, nessa legislação, as estratégias de proteção da pessoa idosa e os mecanismos de promoção para um envelhecimento digno, com acesso às diversas políticas públicas a partir da intersectorialidade entre as políticas de educação, trabalho, cultura, lazer e justiça, respeitando a condição da pessoa idosa.

Sobre o ponto relativo à saúde e às condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG, o decreto não trata dessa abordagem.

3. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

A Política Nacional do Idoso, no Art. 1º, define que esta política “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994, p. 5).

Além disso, estabelece princípios e diretrizes para formulação de políticas públicas nas áreas de promoção e assistência social; saúde; educação; habitação; urbanismo e justiça voltados para proteção das pessoas idosas.

Considerando a especificidade dessa Política, verificou-se que esse documento não aborda, em nenhum dos seus artigos, a questão da saúde e das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

4. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

No Art. 1º, “É instituído o Estatuto da Pessoa Idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (Brasil, 2003, p.12) e estabelece os Direitos Fundamentais das pessoas idosas, quais sejam: à Vida; à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade; aos Alimentos; à Saúde; à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer; à Profissionalização e ao Trabalho; à Previdência Social; à Assistência Social; à Habitação; ao Transporte. Esse conjunto de direitos visa assegurar o envelhecimento como um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social.

Nesse documento também não foram identificadas questões relacionadas à saúde e às condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

5. Lei nº 10.836, de 29 de julho de 2015. 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.

Norma que organiza a Política de Assistência Social no município de Belo Horizonte/MG como política pública de direitos, visando garantir o atendimento às necessidades básicas a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social.

A Lei também define objetivos, princípios e diretrizes para a gestão, financiamento e execução de serviços, programas e benefícios, promovendo a articulação intersetorial e a participação da sociedade civil na gestão do sistema.

Essa legislação versa ainda sobre as proteções sociais básica e especial, as quais serão ofertadas precipuamente nos CRAS, nos CREAS e nas entidades e organizações de assistência social.

Nessa Lei, constatou-se em seu Art. 16, § 4º que:

[...] as instalações dos Cras e dos Creas devem ser compatíveis com os serviços neles ofertados, com espaços para trabalhos em grupo e ambientes específicos para recepção e atendimento reservado das famílias e indivíduos, assegurada a acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência (Belo Horizonte, 2015).

A aprovação dessa Lei que regulamenta o SUAS-BH se apresenta como um marco e avanço para o município, pois insere a Assistência Social dentro do Sistema de proteção que busca ampliar o acesso da população aos serviços, programas e benefícios.

Além disso, estabelece que os espaços físicos dos CRAS e CREAS garantam condições de acessibilidade às pessoas idosas e com deficiência para ampliar o acesso dessas pessoas nas unidades socioassistenciais. Dessa forma, as pessoas idosas passam a ter esses espaços como referências de acolhimento e fortalecimentos dos seus direitos.

Após a leitura e releitura desta lei verificou-se que este documento não aborda a questão da saúde nem das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

6. Processo nº 01.079.249.16-50 - instrumento jurídico: 01.2016.1006.0005.06.00 sexto termo aditivo ao termo de colaboração, que entre si celebram o município de Belo Horizonte e a Organização da Sociedade Civil Grupo de Desenvolvimento Comunitário - GDECOM, objetivando a execução do serviço do Programa Maior Cuidado.

O documento que celebra o sexto Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, detalha a movimentação dos recursos financeiros que o município repassará mensalmente à GDECOM; além de prorrogar o prazo de vigência da parceria por 5 anos, com término previsto para 30/06/2025.

Ademais, define o foro da comarca de Belo Horizonte para resolver eventuais conflitos decorrentes desta colaboração. Ressalta-se a renúncia expressa a qualquer outro foro, mesmo que privilegiado, condicionada à tentativa prévia de solução administrativa com a participação da Procuradoria Geral do Município.

Dito isso, esse documento apresenta o custeio para execução do PMC, tendo como demanda os pagamentos referentes a: proventos de salários, insalubridade, vale transporte, vale alimentação, aquisição de EPIs entre outras necessidades do PMC.

A leitura e releitura desse documento evidenciou que ele faz referência a alguns pontos pertinentes à saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG, a exemplo do EPI e do pagamento do adicional de insalubridade. No entanto, o documento não avança no sentido de apresentar ações voltadas para a proteção e promoção da saúde dos cuidadores e das cuidadoras, quer seja em relação à saúde física e mental, mas também, em relação às condições de trabalho.

7. Portaria SMAAS nº 004/2014: dispõe sobre a conduta do cuidador social de idosos do Programa Maior Cuidado.

A Portaria estabelece os princípios e normas de conduta ética a serem observadas pelo cuidador e cuidadora social de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado.

O Art. 2º define como cuidador ou cuidadora social de pessoas idosas

[...] o agente público municipal contratado por entidade da rede sócioassistencial, conveniada com a Secretaria Municipal Adjunta de

Assistência Social e que exerce o cuidado domiciliar de rotina a idosos semidependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social (Belo Horizonte, 2014, p. 1).

A Portaria, no Art. 4º, define quais são os deveres do cuidador e da cuidadora social de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado:

- I - Levar ao conhecimento do coordenador/técnico do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS - assuntos relevantes de sua rotina do trabalho e que exigem orientação especial, mediação ou permissão;
- II - Avaliar junto ao CRAS a pertinência de aceitar ou não convites do idoso e de sua família para eventos fora do seu horário de trabalho;
- III - Comunicar ao coordenador do CRAS sempre que o idoso apresentar sinais de negligência, violência física ou emocional;
- IV - Cumprir integralmente a carga horária prevista no contrato de trabalho, bem como a carga horária designada para cada idoso de acordo com orientações do CRAS;
- V - Comunicar imediatamente ao CRAS e à entidade conveniada qualquer falta ou atraso ao trabalho comprovando seu motivo no prazo de 72 horas;
- VI - Participar das capacitações sempre que convocado;
- VII - Prestar socorro em situações de urgência ou de emergência e informar ao CRAS o socorro prestado;
- VIII - Respeitar o direito de opinião e expressão do idoso e de sua família, além da diversidade de crenças e valores abstendo-se de qualquer tipo de doutrinação seja quanto à religião, condição sexual, orientação política, dentre outras;
- IX - Respeitar os espaços, os tempos e os objetos pessoais do idoso garantindo a inviolabilidade de sua integridade física, psíquica e moral;
- X - Ser discreto e manter sigilo acerca dos assuntos referentes ao idoso e sua família, exceto quando o relato seja necessário à discussão do caso com a coordenação/equipe do Serviço;
- XI - Preservar a identidade, imagem, autonomia e valores do idoso e sua família;
- XII - Manter a discrição quando houver necessidade de alimentar-se no local de trabalho;
- XIII - Não ceder a pressões de superiores hierárquicos, de contratantes, interessados e outros que visem a obter quaisquer favores ou vantagens indevidas, e sempre denunciar tais tentativas;
- XIV - Conservar-se independente em relação às influências político-partidária, religiosa ou ideológica, de modo a evitar que estas venham a afetar a sua capacidade de desempenhar com imparcialidade suas funções (Belo Horizonte, 2014, p. 1-2).

Cabe destacar que o conjunto de deveres dos cuidadores e das cuidadoras sociais dialogam com a garantia da proteção da pessoa idosa atendida. A família atendida no PMC tem ciência que a qualquer situação de negligência, violência física ou emocional, o cuidador e a cuidadora têm o dever de formalizar a situação para garantia do enfrentamento dessas situações.

Ressalta-se também a prerrogativa desse documento demarcar a necessidade imperativa de o cuidador e a cuidadora respeitarem o direito de opinião e expressão da pessoa idosa e da família, bem como diversidade de crenças e valores, sem

exercer o seu trabalho com práticas de doutrinação e/ou discriminação de qualquer natureza.

Além disso, estabelece, no Art. 5º, o que é vedado ao cuidador e a cuidadora social de pessoas idosas do Programa Maior Cuidado:

- I - Realizar atividade voluntária com o público do Programa;
- II - Realizar trabalho com o público do Programa remunerado por outra fonte pagadora que não seja a entidade conveniada com a Prefeitura de Belo Horizonte;
- III - Receber alimentos do idoso e de sua família;
- IV - Gerar custos ou despesas de qualquer natureza para o idoso e sua família, incluindo a utilização de equipamentos eletroeletrônicos, telefone fixo ou celular da casa do idoso para uso pessoal;
- V - Comercializar quaisquer bens ou serviços no local de trabalho;
- VI - Manusear ou administrar o dinheiro do idoso e de sua família;
- VII - Acompanhar o idoso em transações bancárias;
- VIII - Apresentar-se embriagado ou sob efeito de quaisquer drogas ilícitas no ambiente de trabalho comprometendo a imagem pessoal e institucional;
- IX - Fazer uso de álcool ou drogas ilícitas no ambiente de trabalho;
- XI - Fumar na residência do idoso, mesmo em áreas abertas;
- XII - Manter relação afetiva com o idoso ou com membro de sua família;
- XIII - Executar procedimentos exclusivos dos profissionais da enfermagem;
- XIV - Discriminar pessoa com quem se relacione em função do trabalho, em virtude de raça, cor, sexo, orientação sexual, origem, idade, religião, tendência política, posição social ou presença de deficiência;
- XV - Adotar conduta que interfira no desempenho do trabalho, que crie ambiente hostil ou intimidação, desqualificando os outros por meio de palavras, gestos ou atitudes que ofendam a autoestima, a segurança, o profissionalismo ou a imagem;
- XVI - Fazer ou extrair cópias de relatórios ou de quaisquer outros trabalhos ou documentos ainda não publicados, pertencentes ao Município, para utilização em fins estranhos aos seus objetivos ou à execução dos trabalhos a seu encargo, sem prévia autorização da autoridade competente;
- XVII - Fazer uso de qualquer símbolo, imagem, nome, logomarca do Programa, da entidade conveniada e/ou da Prefeitura de Belo Horizonte para fins privados ou estranhos aos seus objetivos. (Belo Horizonte, 2014, p. 2).

Considerando a natureza do trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais e os vínculos estabelecidos entre as pessoas idosas atendidas, a legislação expressa pontos relevantes que precisam ser assegurados no desenvolvimento dessa função com vistas à proteção à pessoa idosa.

Vale frisar, entre as vedações previstas, elementos que poderiam comprometer a autonomia da pessoa idosa, bem como o atendimento às suas necessidades de sobrevivência. Por isso, é fundamental exercer o trabalho sem administrar recursos e realizar operações bancárias das pessoas idosas, evitando colocar em risco a autonomia de renda da pessoa atendida.

Outro ponto que merece ênfase é que aos cuidadores e as cuidadoras sociais é vedado no atendimento qualquer tipo de discriminação em função do trabalho, em

virtude de raça, cor, sexo, orientação sexual, origem, idade, religião, tendência política, posição social ou presença de deficiência.

No que tange às condições de trabalho, ter estabelecido que os cuidadores e as cuidadoras sociais não realizem procedimentos que são atribuições da família, configura uma ferramenta importante para esse trabalhador e essa trabalhadora darem possíveis negativas para as demandas indevidas solicitadas por familiares, como por exemplo: executar procedimentos exclusivos dos profissionais da enfermagem; manusear ou administrar o dinheiro do idoso e de sua família; e acompanhar o idoso em transações bancárias, entre outras.

Como esta Portaria tem por objeto a conduta do cuidador e da cuidadora social de pessoas idosas do PMC, a questão da saúde e das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG não foram identificadas diretamente nos eixos analisados.

8. 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 Portaria Conjunta apresenta as atribuições dos atores envolvidos na implementação e execução do PMC: Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), por meio da Diretoria de Proteção Social Básica (DPSO); Subsecretaria de Atenção à Saúde (SUASA), por meio da Diretoria de Assistência à Saúde (DIAS); Diretorias Regionais de Assistência Social (DRAS); Diretorias Regionais de Saúde (DRES); Coordenações dos CRAS; Gerências dos Centros de Saúde e as 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).

É instituído também, na Portaria, o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial do Programa Maior Cuidado e são definidos seus objetivos, bem como instituídos os Grupos de Trabalho Locais do Programa Maior Cuidado e seus objetivos.

Como esta Portaria tem por objeto os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do PMC, a questão da saúde e das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG não foram identificadas diretamente nos eixos analisados.

9. Instrumental de Avaliação para inserção do PMC

O Instrumental apresenta critérios para a inserção de pessoas idosas no PMC e consiste em um formulário a ser preenchido pelas equipes técnicas do PAIF, ESF dos Centros de Saúde. O formulário inclui informações sobre: identificação do usuário, composição e renda familiar, fatores etários, além da identificação de vulnerabilidades e riscos sociais, como vulnerabilidades de renda, famílias pertencentes ao público prioritário, e vulnerabilidades relacionais que podem fragilizar a capacidade protetiva das famílias. Também contempla uma avaliação clínico-funcional, classificando a pessoa idosa como semidependente tipo 1, tipo 2 ou dependente.

Neste documento, assim como nos anteriores, não foram identificadas questões que perpassam pela saúde e pelas condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

10. Rotina de cuidados de Assistência Social – Programa Maior Cuidado

O documento aborda a rotina de cuidados na Assistência Social, organizada em quatro eixos principais:

1. Eixo Função Protetiva da Família, cujo objetivo é apoiar a família nos cuidados com os idosos, na melhoria da sua qualidade de vida;
2. Eixo Vínculos Familiares e Comunitários, cujo objetivo é contribuir para a participação do idoso nos espaços de convivência familiar e comunitária;
3. Eixo Desenvolvimento da autonomia do idoso, que visa contribuir para que o idoso vivencie experiências que favoreçam o alcance da autonomia, da independência e das condições de bem-estar e,
4. Eixo Garantia de direitos, que possui como objetivo contribuir para o acesso a serviços, programas, projetos, benefícios socioassistenciais, transferência de renda e Cadastro Único, bem como a outras Políticas Públicas setoriais.

Neste documento não foram identificadas menções à questão da saúde ou das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

11. Termo de Consentimento Programa Maior Cuidado

Este documento é assinado pela pessoa idosa ou por um familiar, formalizando a ciência e o acordo com a inserção no PMC, com as suas diretrizes, bem como

autoriza a presença de um cuidador e uma cuidadora na residência nos dias e horários previamente estabelecidos pela Prefeitura de Belo Horizonte.

Além disso, o documento apresenta informações sobre o PMC, detalhando, no Item 2, as atribuições do cuidador e da cuidadora, conforme apresentado a seguir:

- 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. (Belo Horizonte, 2019, p. 2).

Destaca também, no Item 3, o que cabe à família em relação à inserção no PMC, dando ênfase aos quesitos:

- 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. (Belo Horizonte, 2019, p. 2).

Considerando que este documento é apresentado à pessoa idosa e/ou familiar na inserção no PMC, sua importância se mostra ao constar o que cabe ao cuidador e a cuidadora realizar, pois no processo de atendimento diário, demandas que não são de sua competência podem surgir e este profissional pode se resguardar ao dialogar com a pessoa idosa e/ou familiar sobre quais seriam suas responsabilidades.

Chama a atenção o papel de controle e fiscalização que o familiar do idoso atendido no PCM ocupa em relação ao cuidador ou cuidadora social de pessoas idosas, visto que o familiar fiscaliza, avalia a qualidade do serviço prestado e acompanha o cumprimento das funções do cuidador e da cuidadora. Nesse processo, ele assume a responsabilidade de informar ao CRAS o não cumprimento de horário do cuidador e da cuidadora, entre outras ocorrências que possam comprometer os direitos da pessoa idosa.

Como nos documentos analisados e já citados anteriormente, este também não aborda a questão da saúde e das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG.

12. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS).

O documento apresenta os princípios e diretrizes nacionais para a Gestão do Trabalho no âmbito do SUAS, incluindo os princípios éticos que norteiam a atuação

dos trabalhadores da Assistência Social. Detalha as equipes de referência das unidades socioassistenciais, conforme os níveis de proteção básica e proteção social especial de média e alta complexidade.

Além disso, estabelece funções essenciais para a gestão do SUAS, diretrizes para a Política Nacional de Capacitação, Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), além de orientações para entidades e organizações de assistência social e o cofinanciamento da gestão do trabalho.

Ele também define as responsabilidades e atribuições dos gestores federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Também organiza o Cadastro Nacional de Trabalhadores do SUAS (módulo CADSUAS) e regulamenta o controle social da gestão do trabalho no âmbito do SUAS.

No que tange às Equipes de referência, a NOB-RH/SUAS 2006 define que:

[...] são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários (Brasil, 2006, p.14).

O tópico VIII da NOB-RH/SUAS trata das Diretrizes para o Co-Financiamento da Gestão do Trabalho. Conforme esse item, é necessário:

Assegurar uma rubrica específica na Lei Orçamentária, com a designação de Gestão do Trabalho, com recursos destinados especificamente para a garantia das condições de trabalho e para a remuneração apenas de trabalhadores concursados nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2006, p.22).

No campo das responsabilidades e atribuições dos gestores municipais, destacam-se as relacionadas às condições de trabalho:

[...] 7. Manter e alimentar o Cadastro Nacional dos Trabalhadores do SUAS, de modo a viabilizar o diagnóstico, planejamento e avaliação das condições da área de gestão do trabalho para a realização dos serviços socioassistenciais, bem como seu controle social. [...]
12. Oferecer condições adequadas de trabalho quanto ao espaço físico, material de consumo e permanente. (Brasil, 2006, p.32).

Já no capítulo IX do documento, no item 4.2., fica definido que para os Municípios em Gestão Plena – caso das metrópoles –, além das responsabilidades e atribuições comuns à gestão municipal devem:

[...] b) Apresentar Plano para Qualificação (enfrentamento dos principais problemas identificados na área de gestão do trabalho) e Estruturação

(programa/ações como aquisição de bens visando à melhoria das condições de trabalho), aprovado pelo CMAS e pactuado na CIB (Brasil, 2006, p. 34).

A análise da NOB-RH/SUAS 2006 aponta que as equipes de referência do SUAS são compostas por profissionais concursados no âmbito Federal, Estadual e Municipal. Observou-se que para esses trabalhadores a NOB-RH/SUAS trata claramente das atribuições e condições adequadas de trabalho que devem ser asseguradas.

No entanto, há trabalhadores e trabalhadoras do SUAS que não são concursados ou concursadas e prestam serviços nos diversos campos de atuação dessa política dentro da proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade.

Assim, cabe a reflexão: a quem compete cuidar da saúde e das condições de trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUAS que não são concursados ou concursadas, situação dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC? Como a NOB-RH/SUAS não aborda esta questão, esse é um ponto para discussão em reuniões e fóruns de trabalhadores e trabalhadoras do SUAS e gestão, a fim de também pensar as estratégias de garantia de saúde e das condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais.

13. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS)

A Norma, no seu Art. 1º, estabelece que a Política de Assistência Social tem entre outras funções: “a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social – SUAS” (Brasil, 2012, p. 16).

Além disso, o documento define os objetivos; princípios organizativos; seguranças afiançadas; diretrizes estruturantes da gestão; os princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial e garantia de proteção socioassistencial no âmbito do SUAS.

A partir da leitura deste documento destaca-se, no Art. 6 – que trata dos princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial no SUAS –, o item XIII, que versa sobre a

[...] garantia aos profissionais das condições necessárias para a oferta de serviços em local adequado e acessível aos usuários, com a preservação do

sigilo sobre as informações prestadas no atendimento socioassistencial, de forma a assegurar o compromisso ético e profissional estabelecidos na Norma Operacional Básica de Recurso Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS (Brasil, 2012, p. 18).

O Capítulo VIII aborda a Gestão do Trabalho no SUAS. Especificamente no Art. 109 estabelece:

A gestão do trabalho no SUAS compreende o planejamento, a organização e a execução das ações relativas à valorização do trabalhador e à estruturação do processo de trabalho institucional, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Brasil, 2012, p. 46)

Quanto às ações relativas à valorização do trabalhador e da trabalhadora, na perspectiva da despreciação da relação e das condições de trabalho, constatou-se no §1º do Art. 109 as seguintes ações:

- I - a realização de concurso público;
- II - a instituição de avaliação de desempenho;
- III - a instituição e implementação de Plano de Capacitação e Educação Permanente com certificação;
- IV - a adequação dos perfis profissionais às necessidades do SUAS;
- V - a instituição das Mesas de Negociação;
- VI - a instituição de planos de cargos, carreira e salários (PCCS);
- VII - a garantia de ambiente de trabalho saudável e seguro, em consonância às normativas de segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII - a instituição de observatórios de práticas profissionais. (Brasil, 2012, p. 47)

É importante ressaltar que a NOB/SUAS é um marcador de mudanças de práticas no campo da Política de Assistência Social para todos os municípios da federação brasileira. Dessa forma, seu conteúdo se revela como referência para melhoria nas condições de trabalho dos trabalhadores e das trabalhadoras do SUAS, e por conseguinte, nos serviços prestados à população usuária.

A NOB/SUAS, assim como a NOB/RH-SUAS, também não aborda questões relativas à saúde e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG, na medida em que suas premissas, enquanto orientações e ações de condições de trabalho, estão relacionadas aos e as profissionais concursados nas esferas federais, estaduais e municipais. Portanto, se faz necessária a abordagem sobre os mecanismos que podem viabilizar condições de trabalho dignas para aquelas pessoas que atuam no SUAS sem vínculo efetivo de trabalho, ou seja, na condição de trabalhadores contratados e trabalhadoras contratadas.

Este documento ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de Ensino Médio e Fundamental do Sistema Único de Assistência Social, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS).

Cabe destacar que este documento relaciona as seguintes funções do Cuidador e da Cuidadora Social:

- a) desenvolver atividades de cuidados básicos essenciais para a vida diária e instrumentais de autonomia e participação social dos usuários, a partir de diferentes formas e metodologias, contemplando as dimensões individuais e coletivas;
- b) desenvolver atividades para o acolhimento, proteção integral e promoção da autonomia e autoestima dos usuários;
- c) atuar na recepção dos usuários possibilitando uma ambiência acolhedora;
- d) identificar as necessidades e demandas dos usuários;
- e) apoiar os usuários no planejamento e organização de sua rotina diária;
- f) apoiar e monitorar os cuidados com a moradia, como organização e limpeza do ambiente e preparação dos alimentos;
- g) apoiar e monitorar os usuários nas atividades de higiene, organização, alimentação e lazer;
- h) apoiar e acompanhar os usuários em atividades externas;
- i) desenvolver atividades recreativas e lúdicas;
- j) potencializar a convivência familiar e comunitária;
- k) estabelecer e, ou, potencializar vínculos entre os usuários, profissionais e familiares;
- l) apoiar na orientação, informação, encaminhamentos e acesso a serviços, programas, projetos, benefícios, transferência de renda, ao mundo do trabalho por meio de articulação com políticas afetas ao trabalho e ao emprego, dentre outras políticas públicas, contribuindo para o usufruto de direitos sociais;
- m) contribuir para a melhoria da atenção prestada aos membros das famílias em situação de dependência;
- n) apoiar no fortalecimento da proteção mútua entre os membros das famílias;
- o) contribuir para o reconhecimento de direitos e o desenvolvimento integral do grupo familiar;
- p) apoiar famílias que possuem, dentre os seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivência familiar;
- q) participar das reuniões de equipe para o planejamento das atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultado (Brasil, 2014, p. 3-4).

A Resolução reforça o que foi identificado nos documentos anteriores, os quais apresentam as funções dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas, evidenciando uma sobrecarga de trabalho em razão da quantidade e da complexidade das atribuições desses profissionais.

No processo de apreciação desse documento não foram evidenciados elementos que abordam as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas. A Resolução apenas detalha as funções desse profissional de Nível Médio que passa a compor as equipes de referência do SUAS.

15. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Essa Política tem por objetivo, dentre outros, promover ações de saúde voltadas à melhoria das condições de trabalho e à redução de riscos relacionados aos ambientes e processos de trabalho.

Nessa direção, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade, de acordo com o Art. 2º:

[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012, p. 1).

Além de apresentar essas dimensões para a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, a política assinala, em seu parágrafo único, que “alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença” (Brasil, 2012, p.1).

A Portaria detalha, no Art. 8º, os seus objetivos. No inciso I pontua como objetivo “fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde”, o que pressupõe:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
- d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;
- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
- h) participação dos trabalhadores e suas organizações (Brasil, 2012, p. 2).

O inciso II tem por objetivo “promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis”. Para isso pressupõe:

- a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;
- b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos

ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador (Brasil, 2012, p. 3).

No inciso III identifica-se como objetivo:

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede [...] (Brasil, 2012).

Para o objetivo em questão, consideram-se os seguintes componentes:

a) atenção primária em saúde;

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;

e) assistência farmacêutica;

f) sistemas de informações em saúde;

g) sistema de regulação do acesso;

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;

i) sistema de auditoria; e

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador (Brasil, 2012, p. 3).

A Política aborda ainda outros objetivos, tais como:

IV - ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (Brasil, 2012, p. 3-4).

Por se tratar de uma Portaria que apresenta a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ela não aborda as especificidades das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG, assim como não aborda de nenhuma outra ocupação específica.

Cabe considerar que essa Política apresenta elementos importantes relacionados às ações de saúde voltadas à melhoria das condições de trabalho e à redução de riscos relacionados ao trabalho, que precisam ser observados pela Gestão do Trabalho do SUAS no cuidado com a saúde e as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG. Isso implica na contribuição direta de indicadores proteção, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para o conjunto de trabalhadores e trabalhadoras.

Em síntese, em relação à saúde e às condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC/BH/MG, a leitura e releitura dos documentos selecionados demonstraram:

1. Estes trabalhadores e estas trabalhadoras estão submetidos e submetidas a sobrecarga de trabalho, o que fica evidenciado pela descrição das funções e deveres que eles e elas têm de realizar;
2. Os documentos revelaram que as atividades de cuidado com a pessoa idosa são complexas, desgastantes e diversificadas, variando conforme o grau de dependência da pessoa idosa. Além das tarefas relacionadas à saúde, os cuidadores e as cuidadoras também precisam atender às demandas do campo da Assistência Social, o que torna o trabalho ainda mais desafiador e complexo;
3. Em nenhum dos documentos analisados se observou menção à saúde e às condições de trabalho destes trabalhadores e destas trabalhadoras, inseridos no SUAS BH a partir de contratos de trabalho. Esta realidade traz à tona a necessidade de que a Política de Assistência Social do município de BH passe a considerar esta questão nos seus contratos. Vale lembrar que o contrato da atual empresa responsável pela contratação dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/SUAS-PBH vence em 30/06/2025. O momento é mais do que oportuno.

4. Alguns documentos apontam para a necessidade de garantir condições adequadas de trabalho, mas de forma limitada aos trabalhadores e as trabalhadoras com vínculo efetivo. No entanto, há trabalhadores e trabalhadoras do SUAS, como os cuidadores e as cuidadoras sociais de pessoas idosas, que não possuem vínculo concursado e atuam em diversos campos da Política de Assistência Social, ficando excluídos das pautas voltadas à melhoria das condições de trabalho.
5. Evidenciou-se que, além da gestão realizada pelas equipes técnicas do CRAS, dos Centros de Saúde e da GEDCOM, às quais os cuidadores e as cuidadoras sociais de pessoas idosas estão subordinados e subordinadas, a pessoa idosa e seus familiares inseridos no PMC também desempenham um papel de controle e fiscalização destes trabalhadores e destas trabalhadoras. Os familiares acompanham o cumprimento das funções do cuidador e da cuidadora, avaliam a qualidade do serviço prestado e fiscalizam a atuação dos profissionais.
6. A vedação de algumas atividades, conforme apresentado nos documentos, funciona como um mecanismo de proteção para os cuidadores e as cuidadoras. Mesmo sob o controle e fiscalização de diversos atores, essas restrições garantem que esses trabalhadores e essas trabalhadoras não sejam forçados ou forçadas a realizar tarefas que extrapolam o rol de suas atribuições e deveres.

4.3 Questionário semiestruturado

Um questionário semiestruturado foi aplicado aos 169 cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas do programa, entre abril e maio de 2024, utilizando-se da plataforma *Google*. Responderam ao questionário 115 trabalhadores e trabalhadoras, correspondendo a 68% do total do universo da pesquisa. Essa proporção de respostas nos permitiu uma análise representativa do perfil sociodemográfico desses trabalhadores e dessas trabalhadoras, das suas condições de trabalho e dos principais problemas de saúde por eles relatados e por elas relatadas, conforme apresentado a seguir.

4.4 Características Sociodemográficas

A análise dos dados revelou que o grupo respondente tem média de idade de 36 anos, sendo que a pessoa mais jovem revelou ter 23 anos e a mais velha informou ter 70 anos de idade. São predominantemente mulheres cisgênero (87%); a maioria absoluta se identificou como pardos e pardas (49,6%) ou pretos e pretas (33%); 53,9% possuem apenas o Ensino Médio, sendo que 28,7% têm ensino técnico completo e 41,7% declararam-se casados ou casadas.

A grande maioria desses trabalhadores e dessas trabalhadoras (53,9%) declarou ter filhos e filhas que dependem de seus cuidados. Além disso, 28,7% do grupo afirmou ser responsável pelo cuidado de adultos no ambiente doméstico. Quanto à residência, 89,6% moram em Belo Horizonte e o restante em municípios pertencentes à Região Metropolitana de Belo Horizonte.

A Tabela 1 apresenta o detalhamento do perfil sociodemográfico dos(as) cuidadores(as) sociais de pessoas idosas do PMC/PBH-MG.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH, 2024

Idade	≥ 18 ≤ 30	≥ 31 ≤ 40	≥ 41 ≤ 50	≥ 51 ≤ 60	≥ 61 ≤ 70
	27 (23,5%)	38 (33%)	30 (26%)	12 (10,5%)	8 (7%)
Identidade de Gênero	Mulher Cis	Homem Cis	Gay	Lésbica	P. não-binárie
	100 (87%)	10 (8,7%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	3 (2,6%)
Cor da pele/etnia	Pardo	Preto	Branços	Amarelos	Indígena
	57 (49,6 %)	38 (33%)	15 (13%)	5 (4,3%)	0
Escolaridade	Ens. Médio	Téc. Com.	Grad. Inc.	Grad. Com.	Téc. Inc.
	62 (53,9%)	33 (28,7%)	11 (9,6%)	6 (5,2%)	3 (2,6%)
Estado Civil	Casadas	Solteiras	Separadas	Viúvas	União estável
	48 (41,7%)	44 (38,3%)	19 (16,5%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)
Ter filhos que dependem dos cuidados dos/as cuidadores/as sociais de idosos					
	Sim	Não	Não tem filhos		
	62 (53,9%)	33 (28,7%)	20 (17,4%)		

Número de filhos que dependem de cuidados dos/as cuidadores/as sociais de idosos

1 Filho	2 Filhos	3 Filhos
24 (38,7%)	31 (50%)	7 (11,3%)

Ser responsável pelo cuidado de alguma pessoa adulta no seu ambiente doméstico:

Sim	Não
82 (71,3%)	33 (28,7%)

Município de residência

Belo Horizonte	103 (89,6%),
Ribeirão das Neves	5 (41,5%)
Santa Luzia	2 (16,6)
Betim	1 (8,3%)
Ibirité	1 (8,3%)
Matozinhos	1 (8,3%)
Sabará	1 (8,3%)
Vespasiano	1 (8,3%)

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

4.5 Sobre renda e principais características do trabalho

A maioria dos cuidadores e das cuidadoras respondentes (92,2%) indicou que a principal fonte de renda provém do Programa Maior Cuidado (PMC). Além disso, 86,1% do grupo não possui outra ocupação além do PMC.

A remuneração destes trabalhadores e destas trabalhadoras é de R\$ 1.580,29 (um pouco maior que o salário-mínimo da época: R\$ 1.412,00), acrescida de mais R\$ 297,00 – referente a adicional de insalubridade, totalizando R\$ 1.877,29.

Segundo informação da empresa Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), os trabalhadores e as trabalhadoras têm direito a plano de saúde e odontológico, oferecido pelo Sindicato dos Empregados em Instituições Benéficas, Religiosas e Filantrópicas do Estado de Minas Gerais (Sintibref-MG).

Em relação ao tempo de serviço, a maioria das pessoas respondentes (51,3%), informou trabalhar no programa de 1 a 5 anos. Sobre a carga horária, 95,7% informaram trabalhar 8 horas diárias de segunda a sexta-feira, sendo que 99,1% afirmaram não haver prática de hora extra no PMC.

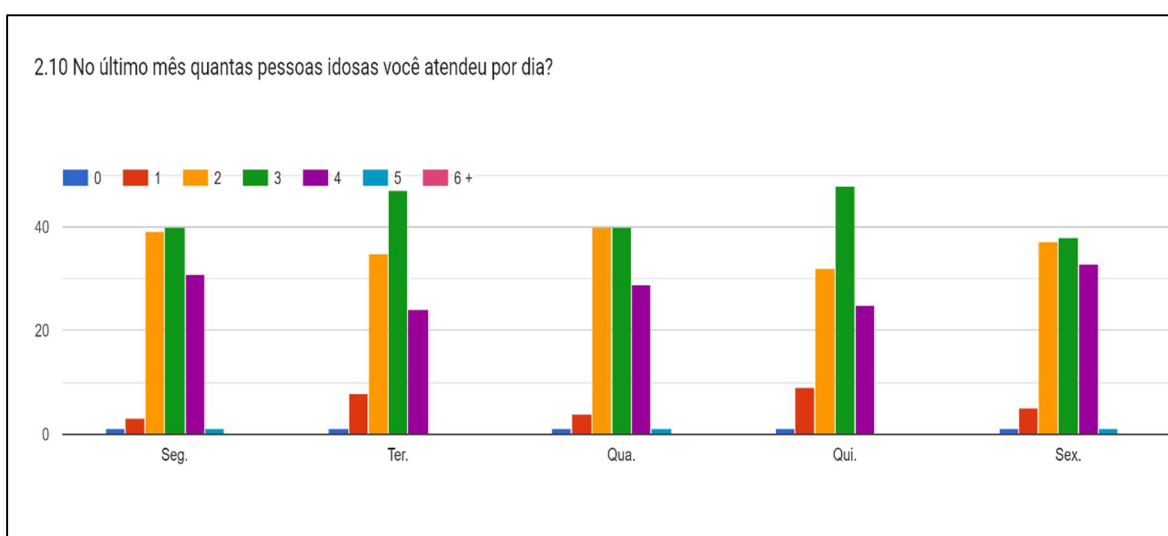
A principal Diretoria de Assistência Social (DRAS) na qual atuaram nos seis meses que antecederam a aplicação do questionário foi a Noroeste e Leste com 15,7% dos e das respondentes, seguida pela Oeste, Nordeste e Norte, Pampulha, Venda Nova, Barreiro e Centro-Sul.

O tempo de deslocamento entre casa e trabalho chamou a atenção, pois a maioria dos e das informantes (42,6%) gasta entre 1 e 2 horas e 16,5%, mais de 2 horas. Ressalte-se que para 97,4% do grupo respondente, o principal meio de transporte utilizado é o ônibus.

Sobre o número de pessoas idosas atendidas por cuidador ou cuidadora por semana, considerando o mês que antecedeu a aplicação do questionário, realizado entre abril e maio de 2024, os dados revelaram que 86,1% atendem entre 3 e 6 idosos por semana. Cabe destacar que 54,8% atendem 3 e 4 idosos e 31,3% atendem 4 e 5 idosos.

Um dado que chamou atenção nas respostas é o número de pessoas idosas atendidas por dia, por cuidador ou cuidadora, conforme encontra-se exposto no gráfico 1. De segunda a sexta feira, uma média de 40,8% do grupo declarou atender 3 pessoas idosas por dia, 32,2% declaram que atendem 2 pessoas idosas por dia e 25,2% declararam que atendem 4 pessoas idosas por dia.

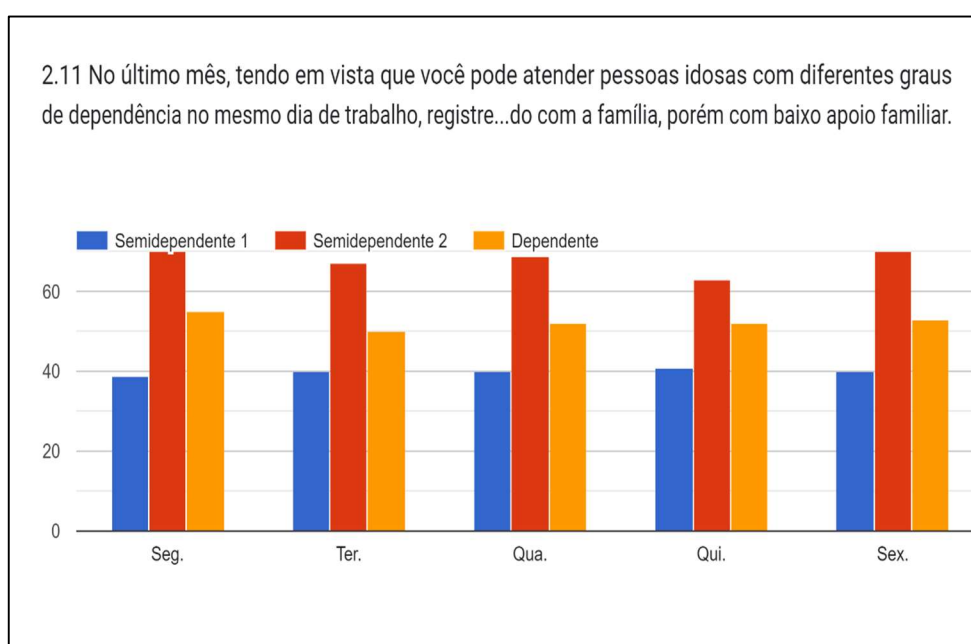
Gráfico 1 – Número de pessoas atendidas pelo cuidador ou cuidadora, por dia.



Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

Quando se analisa os dados a partir dos conceitos de Semidependente 1 (sem comprometimento da mobilidade e com baixo ou ausência de apoio familiar); Semidependente 2 (com comprometimento da mobilidade e com baixo ou ausência de apoio familiar) e Dependente (acamado e/ou restrito ao domicílio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar), as informações do questionário evidenciam que 60,8% do grupo atende pessoas idosas Semidependente 2; 43,4% atendem pessoas idosas Dependente e 34,7% atendem Semidependente 1. Destaca-se que o(a) cuidador(a) pode atender no mesmo dia pessoas idosas com diferentes graus de dependência, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Número de pessoas idosas com diferentes graus de dependência atendidas pelo cuidador ou cuidadora, por dia.



Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

Destaca-se que 67% das pessoas respondentes declararam que atendem pessoas idosas de ambos os sexos, em igual proporção. Quanto à dificuldade por parte da pessoa idosa em ser cuidado por profissional do sexo oposto ao seu, 59,1% não percebem dificuldades, 24,3% notam alguma dificuldade e 16,5% consideram indiferente.

Para transitar entre os domicílios das pessoas idosas atendidas, a maioria dos cuidadores e das cuidadoras desloca-se a pé ou combina caminhada e ônibus.

Quanto ao tempo de deslocamento entre domicílios, 56,5% gastam entre 11 e 20 minutos, 27% entre 21 e 30 minutos, 9,6% entre 5 e 10 minutos, e 7% mais de 30 minutos. Sobre a ajuda dos familiares nas atividades de cuidado, a maioria dos cuidadores e das cuidadoras, 53% indicaram que raramente recebem ajuda.

Do total pesquisado, apenas 24,3% das pessoas informaram participar de algum movimento social ou sindical.

A tabela 2 apresenta o detalhamento sobre renda e principais características do trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH-MG.

Tabela 2 – Características sobre renda e trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH, 2024

A renda proveniente do PMC é a sua principal fonte de renda?			
Sim	Não		
106 (92,2%)	9 (7,8%)		
Remuneração dos cuidadores			
R\$ 1.580,29 (à época o salário mínimo 1.412,00), acrescida de 20% de insalubridade, o que equivale a R\$ 297,00, totalizando R\$ 1.877,29.			
Além do PMC, você possui outra ocupação de trabalho?			
Sim	Não		
16 (13,9%)	99 (86,1%)		
Se sim, essa ocupação também envolve atividades de cuidado?			
Sim	Não		
9 (56,3%)	7 (43,8%)		
Há quanto tempo você trabalha no Programa Maior Cuidado?			
Até 01 ano	Mais de 1 até 5 anos	Mais de 5 até 10 anos	Mais de 10 anos
15 (13%)	59 (51,3%)	32 (27,8%)	9 (7,8%)
Jornada diária de trabalho			
Menos de 08 horas	De 08 horas	De 12 horas	
4 (3,5%)	110 (95,7%)	1 (0,9%)	

Faz hora-extra?

Sim	Não
1 (0,9%)	114 (99,1%),

Diretoria de Assistência Social (DRAS) atuaram nos últimos seis meses

Barreiro	11 (9,6%)
Centro-Sul	11 (9,6%)
Leste	18 (15,7%)
Nordeste	16 (13,9%)
Noroeste	18 (15,7%)
Norte	16 (13,9%)
Oeste	17 (14,8%)
Pampulha	15 (13%)
Venda Nova	13 (11,3%)

Quanto tempo você leva no deslocamento entre sua residência e o seu local trabalho?

Menos de 30 minutos	Entre 30 minutos e 1 hora	Entre 1 hora e 2 horas	Mais de 2 horas
13 (11,3%)	34 (29,6%)	49 (42,6%)	19 (16,5%)

Qual o principal meio de transporte utilizado por você para o deslocamento entre a sua residência e o seu local de trabalho?

Ônibus	Metrô	A pé	Carro p.	Aplicativo C. M.
112 (97,4%)	22 (19,1%)	11 (9,6%)	4 (3,5%)	5 (4,3%)

No último mês quantas pessoas idosas você atendeu por semana?

Entre 1 e 2 idosos	Entre 3 e 4 idosos	Entre 5 e 6 idosos	Mais de 6 idosos
2 (1,7%)	63 (54,8%)	36 (31,3%)	14 (12,2%)

Nos atendimentos às pessoas idosas que você realiza pelo PMC, predomina:

Pessoa idosa do sexo masculino	Pessoa idosa do sexo feminino	Atendo igualmente ambos os sexos
8 (7%)	30 (26,1%)	77 (67%)

Você observa alguma dificuldade por parte de quem está sendo cuidado (a) ao ser atendido(a) por cuidador (a) do sexo oposto ao dele(a)?

Sim, há dificuldade	Não, não há dificuldade	Indiferente
28 (24,3%)	68 (59,1%)	19 (16,5%)

Como você se desloca no território para chegar ao domicílio das pessoas idosas que estão sob seus cuidados?

A pé	Ônibus e a pé
24 (20,8%)	142 (79,2%)

Qual é a média de tempo de deslocamento no território entre os domicílios das pessoas idosas que estão sob seus cuidados?

05 a 10 min.	11 a 20 min.	21 a 30 min.	Mais de 30 min.
11 (27%)	65 (56,5%)	31 (27%)	8 (7%)

Famíliares das pessoas idosas que estão sob seus cuidados o auxiliam na execução das atividades de cuidado?

Com frequência auxiliam	Raramente auxiliam	Nunca auxiliam
47 (40,9%)	61 (53%)	7 (6,1%)

Você participa de algum movimento social ou de algum sindicato?

Sim	Não
28 (24,3%)	87 (75,7%)

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

4.6 Caracterização da saúde dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH - MG

A maioria das pessoas que responderam ao questionário (60,9%) afirmou não possuir nenhum problema de saúde. Entre aqueles e aquelas que declararam ter algum problema de saúde, a grande maioria (86,7%) afirmou ter um diagnóstico médico.

Entre os problemas de saúde informados pelos e pelas respondentes, merecem destaque a hipertensão arterial (55,6%); seguida por aqueles relacionados ao grupo de doenças neuromusculares, sendo dores musculares ou articulares (40%); na sequência o campo da saúde mental: ansiedade (40%); depressão (15,6%) e distúrbio do sono (11,1%). Outro problema de saúde a ser destacado é a obesidade (17,8%).

Quando questionados e questionadas sobre o uso de medicamentos, 51,3% dos cuidadores e das cuidadoras informantes declararam que fazem uso de medicamentos. Os trabalhadores e as trabalhadoras relataram o uso de diferentes classes de medicamentos, com destaque para os anti-hipertensivos, os

antidepressivos, os ansiolíticos e aqueles utilizados para controle do diabetes *mellitus*. Além do uso de medicamentos, a maioria dos trabalhadores e das trabalhadoras respondentes (50,4%) afirmou praticar atividades físicas como ações de saúde.

Entre os 38,3% dos e das respondentes que afirmaram afastamento do trabalho por problemas de saúde, a maioria ficou afastado por curto período - entre 2 a 5 dias. As principais causas de afastamento do trabalho registradas foram: crises de ansiedade e depressão, seguida por quadro de dengue.

Sobre encaminhamento para perícia médica do INSS, 84,1%, dentre aqueles (as) que relataram algum problema de saúde, afirmaram que não foram encaminhados (as), enquanto 15,9% declararam que sim. Também foi questionado se a perícia médica do INSS manteve o afastamento: 86,4% responderam que não, e o restante disse que sim.

Adicionalmente, foi perguntado se a perícia médica do INSS reconheceu o problema de saúde como decorrente do trabalho: 95,5% das pessoas afirmaram que não e 4,5% confirmaram que sim. Por fim, perguntou-se se a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi emitida: 93,2% relataram que não e 6,8% disseram que sim.

Ainda com base nas 44 respostas sobre afastamentos, foi perguntado ao(a) cuidador(a) se ele(a) considera que seu trabalho como cuidador(a) contribuiu para seu problema de saúde: 20 (45,5%) pessoas responderam que sim, e 24 (54,5%) disseram que não.

A Tabela 3 apresenta o detalhamento sobre a saúde dos(as) cuidadores(as) social de idosos do PMC/PBH-MG

Tabela 3 – Características sobre a saúde dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH

Você tem algum problema de saúde?	
Sim	Não
45 (39,1%)	70 (60,9%)
Quais os problemas de saúde?	
Saúde mental	
Ansiedade	(40%)
Depressão	(15,6%)

Distúrbio do sono	(11,1%)
--------------------------	---------

Problemas metabólicos

Hipertensão arterial	(55,6%)
-----------------------------	---------

Diabetes mellitus	(20%)
--------------------------	-------

Colesterol alto	(13,3%)
------------------------	---------

Obesidade	(17,8%)
------------------	---------

Problemas respiratórios

Alergia	(17,8%)
----------------	---------

Asma	(8,9%)
-------------	--------

Doenças neuromusculares

Dores musculares ou articulares	(40%)
--	-------

Enxaqueca	(8,9%)
------------------	--------

Outros

Lombalgia aguda, Insuficiência renal crônica, Mastoidite crônica, Hipotireoidismo, Hérnia de disco (aguardando avaliação), Miomas, Gordura no fígado	(2,2% cada)
---	-------------

Você tem diagnóstico médico dos problemas de saúde?

Sim	Não
39 (86,7%)	6 (13,3%)

Faz uso de medicamentos?

Sim	Não
59 (51,3%)	56 (48,7%)

Quais classes de medicamentos?

Antidepressivos	33,9%
Anti-hipertensivos	40,7%
Ansiolíticos	20,3%
Controle de diabetes mellitus	18,6%
Outros tipos de medicamentos	1,7%

Estratégias adotadas para cuidar da saúde

Atividades físicas	58 (50,4%)
---------------------------	------------

Práticas religiosas	46 (40%)
----------------------------	----------

Reeducação alimentar	38 (33%)
Não realizar nenhuma atividade	28 (24,3%)
Atividades culturais	11 (9,6%)
Meditação	11 (9,6%)

Nos últimos seis meses, você precisou se afastar do trabalho por qualquer período devido a problemas de saúde?

Sim	Não
44 (38,3%)	71 (61,7%)

Por quantos dias você ficou afastado(a)?

1 dia	2 a 5 dias	6 a 14 dias	Mais de 15 dias	Não fiquei afastado
1 (2,4%)	21 (47,7%)	13 (29,5%)	8 (18,2%)	1 (2,4%)

Foi encaminhado para perícia médica do INSS?

Sim	Não
7 (15,9%)	37 (84,1%)

Você considera que o seu trabalho como cuidador/a contribuiu para esse seu problema de saúde?

Sim	Não
20 (45,5%)	24 (54,5%)

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

4.7 Sobre o trabalho na Pandemia de COVID-19 dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH-MG

Durante a pandemia de COVID-19, 61,7% do grupo respondente declarou ter trabalhado presencialmente no atendimento às pessoas idosas. Todo o grupo afirmou ter recebido Equipamentos de Proteção Individual (EPI); 76,1% declararam que a PBH/GDECOM aplicou treinamento para o uso desses EPIs. Além disso, 90,1% das pessoas relataram que a rotina de trabalho foi modificada em razão da pandemia, e 63,4% afirmaram que foi possível realizar o distanciamento físico no ambiente de trabalho.

Na pandemia de COVID-19, 36,6% do grupo declarou ter cuidado de pessoas idosas que tiveram diagnóstico positivo para COVID-19. Além disso, 62% relataram

contato com familiares dessas pessoas idosas que também haviam se contaminado com o coronavírus.

Quanto aos cuidadores e as cuidadoras, 40,8% dos e das respondentes afirmaram ter contraído COVID-19 durante a pandemia. Por fim, todos os trabalhadores e todas as trabalhadoras que responderam ao questionário declararam que foram vacinados contra a COVID-19.

A Tabela 4 apresenta a sistematização dos dados sobre as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH-MG durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 4 – Trabalho na Pandemia de COVID-19 dos(as) cuidadores(as) sociais de idosos do PMC/PBH-MG

Você trabalhou como cuidador social de idosos do PMC/PBH/MG durante o período da pandemia de Covid-19?	
Sim	Não
71 (61,7%)	44 (38,3%)
Durante a pandemia de COVID 19 você recebeu Equipamentos de Proteção Individual - EPI da PBH / GDECOM?	
Sim	Não
71 (100%)	-
PBH / GDECOM aplicou treinamento para o uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI?	
Sim	Não
54 (76,1%)	17 (23,9%)
A rotina de trabalho foi modificada em razão da pandemia de Covid-19?	
Sim	Não
64 (90,1%)	7 (9,9%)
Foi possível realizar distanciamento físico no seu trabalho?	
Sim	Não
45 (63,4%)	26 (36,6%)
A PBH / GDECOM forneceu testagem do vírus?	
Sim	Não

52 (73,2%)

19 (26,8%)

Durante a pandemia você cuidou de pessoas idosas que testaram positivos para COVID-19**Sim**

26 (36,6%)

Não

45 (63,4%)

Se sim, esses idosos evoluíram para:**Óbito**

3 (11,5%)

Cura

18 (69,2%)

Ambas as situações

5 (19,2%)

Durante o período da pandemia, você teve contato com os familiares das pessoas idosas que estavam sob seus cuidados e que testaram positivo para COVID 19?**Sim**

44 (62%)

Não

27 (38%)

Você testou positivo para COVID-19 durante a pandemia?**Sim**

29 (40,8%)

Não

42 (59,2%)

Caso tenha tido COVID 19 você acha que ficou com alguma sequela?**Sim**

17 (58,6%)

Não

12 (41,4%)

A PBH / GDECOM incentivou a vacinação dos funcionários?**Sim**

70 (98,6%)

Não

1 (1,4%)

Você se vacinou?**Sim**

71 (100%)

Não

-

Se sim, você completou o esquema vacinal relativo à sua faixa etária?**Sim**

67 (94,4%)

Não

4 (5,6%)

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos dados do questionário semiestruturado.

Em síntese, os dados informados através do questionário semiestruturado apontam para o seguinte perfil sociodemográfico, de condições de trabalho e de saúde dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas do PMC/PBH/MG.

Os trabalhadores e as trabalhadoras do PMC são predominantemente mulheres cisgênero; em sua maioria pessoas pardas e pretas e com filhos e filhas que dependem de seus cuidados. A principal fonte de renda é o próprio salário. A maior parte dos trabalhadores e das trabalhadoras tem vínculo de 1 a 5 anos, cumprindo uma jornada diária de 8 horas, de segunda a sexta-feira.

De acordo com a maioria dos e das respondentes, o deslocamento de casa até os domicílios dos idosos é realizado principalmente por ônibus, sendo que o tempo médio de deslocamento, para a maioria, é de 1 a 2 horas.

É importante destacar que os atendimentos ocorrem, em sua maioria, em vilas e favelas situadas em áreas acidentadas, territórios de abrangência dos CRAs. Entre um domicílio e outro, devido à ausência de vias que permitam o trânsito de ônibus, os trabalhadores e as trabalhadoras combinam caminhadas com o transporte coletivo até onde é possível, gastando em média 11 a 30 minutos por trajeto.

Destaca-se que, em relação a ajuda dos familiares nas atividades de cuidado, o grupo respondente declarou que a maioria dos cuidadores e das cuidadoras raramente recebe ajuda. Associando este dado ao perfil dos idosos atendidos, as informações do questionário evidenciam que a maioria dos trabalhadores e das trabalhadoras atende pessoas idosas Semidependente 2 e pessoas idosas Dependente, o que exige mais esforço desses/as trabalhadores(as) decorrente da sobrecarga do trabalho realizado.

Um número significativo, cerca de 40% dos e das respondentes relataram ter problemas de saúde com diagnóstico médico, fazendo uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos e aqueles destinados ao controle do diabetes. Entre os problemas de saúde informados, destacam-se problemas de saúde mental, problemas de saúde relacionados a distúrbios metabólicos e doenças neuromusculares. Quanto aos registros de afastamento do trabalho, as principais causas que geraram afastamentos foram crises de ansiedade e depressão, seguidas por episódios de dengue.

Por fim, merece destaque, diante dos desafios apontados no questionário em relação às condições de trabalho e de saúde, a ausência de participação destes trabalhadores e destas trabalhadoras em algum movimento social ou sindical. Nesse sentido, cabe enfatizar que a organização da classe trabalhadora se apresenta como um mecanismo de defesa e garantia de direitos, que a partir das experiências dessa

organização e da luta por condições de trabalho esses trabalhadores podem fortalecer a identidade social e ampliar direitos.

4.8 Análise Qualitativa: Grupos Focais e Questões abertas do Questionário Semiestruturado

As pessoas participantes do grupo focal foram selecionadas voluntariamente, por meio de articulação com as coordenações dos 34 Centros de Referência da Assistência Social, existentes em Belo Horizonte no momento deste estudo. Como critério inicial, priorizou-se a participação de profissionais com maior tempo de atuação no Programa Maior Cuidado, respeitando sempre o livre desejo de participar e garantindo o anonimato.

Considerando que o município de Belo Horizonte está organizado em 9 regiões administrativas, onde estão distribuídos os 34 CRAS, foi possível organizar os grupos focais de forma a evitar a inclusão de pessoas do mesmo círculo social ou local de trabalho. Assim, pelo critério de antiguidade no PMC/PBH, indicaram-se dois participantes por regional, sendo que, obrigatoriamente, eles não poderiam estar lotados no mesmo CRAS.

Os dois grupos focais foram realizados nos dias 21 e 22 de maio de 2024, das 14h às 16h, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, situada na Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. Esse local foi escolhido por não possuir vínculo com a instituição empregadora, evitando exposição às cuidadoras sociais, bem como por ser de fácil acesso para todos os participantes. O Grupo 1 contou com 8 participantes (com uma ausência justificada) e o Grupo 2 com 9 participantes, todas do sexo feminino. O tempo médio de duração de cada grupo foi de 90 minutos.

Realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes dos grupos, cuja entrega aconteceu anteriormente para explicar os objetivos e os termos da pesquisa, seguido da coleta das assinaturas e uma lista de presença. Para o registro dos grupos focais foram utilizados dois gravadores por grupo, com o devido consentimento dos participantes.

Por fim, destaca-se que os encontros dos grupos focais possibilitaram trocas de experiências e, após a conclusão das discussões, as participantes tiveram a

oportunidade de interagir durante um lanche coletivo, organizado e financiado com recursos próprios do pesquisador.

4.8.1 Análise dos dados

Decorrida a realização dos dois grupos focais, iniciou-se o processo de transcrição do conteúdo de 2h e 40 minutos. Optou-se por utilizar o serviço do Transkriptor.com que, embora com algumas limitações, viabilizou a transcrição das falas de forma mais fidedigna aos relatos. Destaca-se que, caso fosse uma entrevista individual, a transcrição captaria todas as informações com maior precisão, pois nos momentos em que apenas uma participante falava, era possível compreender melhor a gravação. No entanto, por se tratar de um grupo focal, houve momentos em que a linguagem ficou confusa pela interação de mais de uma pessoa ao mesmo tempo, demandando uma análise posterior mais detalhada por parte do pesquisador.

A transcrição foi ouvida e revisada pelo menos três vezes para garantir que o conteúdo transcrito estivesse fiel ao que foi falado, assegurando a precisão entre o discurso oral e o texto escrito. Ressalta-se, ainda, que a transcrição foi revisada em consonância com os objetivos e a pergunta norteadora da pesquisa, com o intuito de identificar unidades temas e as categorias de análises pertinentes ao estudo, conforme apresentado no quadro 7.

Quadro 7 – Unidades temas e Categorias de análises. Grupos focais e Questões abertas dos questionários semiestruturados.

Unidades temas de análises	Categorias de análises
Condições de Trabalho	Carga de Trabalho Intensa
	Atuação em Áreas de Alta Vulnerabilidade Social
	Constrangimento, Situações de Assédio e Racismo
	Deslocamento e Logística
Relacionamento Institucional	Relacionamento entre CRAS e GDECOM
	Esgotamento Emocional das cuidadoras
Saúde dos Cuidadores e das Cuidadoras	Impacto na Saúde Física e Mental

Fonte: elaborado pelo autor.

4.8.1.1 Observações preliminares dos grupos focais

Durante a execução dos grupos focais, observou-se uma leve tensão inicial entre as participantes, possivelmente devido à curiosidade e às expectativas em relação à dinâmica do encontro. Contudo, assim que as falas começaram, o grupo rapidamente se tranquilizou e, ao se ambientar, organizou-se de forma homogênea, com todas as participantes engajando-se ativamente a partir das questões norteadoras.

No decorrer dos dois encontros, o pesquisador ficou atento à participação das integrantes do grupo, incentivando as participantes mais caladas a compartilharem suas perspectivas, ressaltando a importância das contribuições de todas para a discussão.

Durante as falas, evidenciou-se a sensibilidade das cuidadoras em relação às pessoas idosas atendidas. Algumas, ao descreverem suas relações com as pessoas idosas sob seus cuidados, se emocionaram, demonstrando o vínculo afetivo e o respeito que desenvolvem com os usuários.

Em ambos os dias, à medida que o Grupo Focal avançava, tornou-se perceptível que as cuidadoras não apenas cumpriam uma determinação de trabalho, mas também encontravam ali a oportunidade de falar sobre o próprio processo de trabalho. Foi possível identificar que o simples fato de estarem fora da rotina e em contato com colegas de profissão (mesmo que atuando em diferentes Regionais ou CRAS), proporcionou um espaço de interação, acolhimento, partilha de sentimentos e desafios.

Quando estimuladas a falarem sobre os desafios enfrentados no PMC, houve uma manifestação unânime de descontentamento, evidenciada nas expressões faciais e nos relatos. Foram compartilhadas experiências com os seguintes sentimentos: o cansaço, o desrespeito, a desvalorização, as violências institucionais em suas diversas formas e, principalmente, a sobrecarga de trabalho nas agendas diárias.

Por outro lado, ao falarem sobre os aspectos positivos do PMC, relataram, com alegria, experiências bem-sucedidas que presenciaram ao longo de suas

intervenções, demonstrando o impacto positivo do Programa em suas vidas profissionais.

Em um momento específico, uma cuidadora lembrou, com semblante de desgosto e tristeza, um episódio difícil ocorrido em uma das casas que ela atende. Todavia, a expressão de desconforto foi temporária, pois ela logo prosseguiu com seu relato, detalhando as ações subsequentes tomadas pela GDECOM e o CRAS para resolver a situação.

Sobre questões de saúde, evidenciou-se a grande preocupação das cuidadoras nesse aspecto. Muitas relataram sentir-se angustiadas quando precisam se afastar do trabalho por motivos de saúde, pois sabem que isso pode impactar diretamente nas pessoas idosas que atendem, muitas das quais vivem sozinhas. A ausência do cuidador pode significar que a pessoa idosa ficará sem alimentação ou higiene, o que também sobrecarrega a equipe que, caso esteja de horário vago, tenha que a substituir. Além do receio de ter o valor do vale-refeição cortado no dia do atestado médico, o que impacta nas condições de vida das trabalhadoras.

Por fim, ao abordarem os desafios enfrentados no cotidiano, algumas cuidadoras demonstraram sinais de aflição, especialmente ao lembrar situações de risco e vulnerabilidade social que vivenciaram nos territórios em que atuam.

4.9 Unidade tema de análise - Condições de Trabalho

As transcrições das falas dos grupos focais e os relatos das questões abertas do questionário semiestruturado pertinentes a este item são apresentadas no Quadro 8. Na sequência, realiza-se discussão deste material empírico à luz dos referenciais teóricos adotados neste estudo.

Quadro 8 – Condições de Trabalho

Carga de Trabalho intensa

Tem atendimento que é crítico e tem atendimento que não é crítico. Por exemplo, às vezes ela pega um idoso acamado. Eu, por exemplo, tinha uma que não tinha as duas pernas. Então, pra mim deslocar a cama ou a cadeira, ela precisava estar no meu pescoço e ela já estava desse tamanho. E eu dava conta. Entendeu? Tem hora que a gente tá nesses atendimentos? Infelizmente, a gente tá dentro da casa das pessoas, porque, as vezes, os próprios familiares não querem cuidar, a maioria deles. A maioria não quer cuidar. Então quem que leva esse cúmplice, esse amor, esse apoio, é a gente. Entendeu?

Você tem que ir lá dar o banho. Você sabe que se você não for, aquela idosa não tá no banho daquele dia. Vai ficar cagada, mijada, cheia de ferida. Então, você se anula ali. Tipo assim, ah, eu não posso marcar um médico nesse horário, na quarta-feira de manhã, porque eu tenho uma idosa acamada que eu preciso atender nessa idosa. Então, sobrecarrega a gente se não tem esse rodízio. Então a gente fica muito tempo ali, até chegar a esse ponto afetivo. Você cria o vínculo com aquela pessoa, você passa a preocupar com aquela pessoa, porque não tem como não criar um vínculo, você está na rede todos os dias.

Ah, você está indo três dias? Você vai todo dia 4 horas. Aí você faz tudo, aí você faz comida, você arruma o quarto, você arruma tudo, você arruma a casa, porque se o idoso mora sozinho, você arruma tudo. Aí você faz comida, aí você ajuda o outro idoso, aí você limpa a ferida, aí você faz não sei o que mais, aí você faz tudo, aí ele fica totalmente na sua mão. Aí o dia que você não vai, você se sente até mal de que não atestado, porque você sabe que o dia que você voltar, o idoso vai tá. Praticamente morto em cima da cama.

Eu ando muito, eu fico muito cansada. Eu ando demais, não é pouco não, é muito. A minha mochila é muito pesada, e às vezes você tem que andar rápido porque você tem horário. Você tem que chegar. O técnico fala ela vai chegar aí 8h, 8 horas, você tem que estar lá porque se não vão te ligar.

Tem atendimento que é tão crítico que você chega lá e às vezes precisa de duas pessoas. Eu tive um atendimento que me levaram lá, quando eu vi o tamanho da mulher na cama, que não tinha as duas pernas, e ia pendurar no meu pescoço, eu só falei assim, Jesus que tenha misericórdia. E aí o Técnico vai lá, te apresenta e sai. Aí eu virei para a supervisora e falei assim, não sei se vão dar conta ou não. E se eu não der conta, vai ter que colocar apoio aqui comigo, porque eu não sou mulher biônica.

Estou trabalhando enquanto tem gente que não tá trabalhando. Se tá todo mundo ali, se tem. Se tem 30 idosos no território e tem 5, porque não divide certinho pra todo mundo? Aí você fica esgotada. Aí o técnico fala assim, nossa, você tá triste. Ultimamente você está com a carinha triste. Ou acham que a gente não quer trabalhar. Igual, já aconteceu assim, deu sempre pegar os mais pesadinhos e uma colega nossa pegar sempre os mais levinhos. Aí eu peguei e falei com esse técnico, disse, olha, podia revisar isso aí. Eu tô ficando, eu fico assim, de 8 a 11 e meia com o idoso, vou para o CRAS, almoço, meio-dia, saio uma hora, em ponto, que é sempre tem que ser em ponto, chego 1h15min na casa do idoso e saio as 5h. E dou banho nesse outro idoso também. Só que eles pensam dessa forma. Que a gente tem que, como é que fala? Aguentar tudo isso. E é porque eu sou cuidadora. Eu penso assim, se ela tá na mesma profissão que eu, nós temos que fazer a mesma coisa igual. Agora, ah não, eu tô com dó dela, porque ela é mais nova que você, e não importa. Isso não pode existir.

É uma rotina árdua, né? Porque praticamente todas nós somos mães, donas de casa. E moramos longe do território. A maioria de nós moramos bem longe do território, porque não é permitido trabalhar nos territórios que a gente mora. Então, se torna complicado chegar a oito horas em ponto no idoso, é o horário que temos que estar, né? Aí uns vão pegar duas lotações, outros vão pegar mais de duas lotações, uns pegam um trajeto mais fácil, né? E chegamos na casa do idoso, aí começa uma outra rotina, né? Que é o cuidado, né? Às vezes você chega um idoso mais tranquilo, né? Às vezes é um idoso onde você vai fazer somente com a companhia. Mas a maioria das vezes você tem que começar a ofertar o café dele, né? Muitas das vezes a gente até o prepara, né? E o café, a medicação, todo cuidado com a medicação. É o banho, né? A gente vem fazer as transferências, né? Tira da cama, põe na cadeira, leva pro banheiro, volta e fazemos outra transferência. Muitas vezes idosos, pesados, né? E assim a gente vai com a nossa rotina.

Mas aí, é, na parte da manhã eu tô com dois acamados, um de 8 as 10 e outro de 10 ao meio dia. Todos os dias, de segunda-feira e sexta-feira. A primeira, a familiar ajuda. A segunda, às vezes, a filha sai. Então, eu tenho que lidar com isso sozinha. E o humor oscila muito. Então, tem vezes que ele trava. Então, isso é o que quer mais da gente, né? Aí uma dor muscular. Mas a parte da tarde, aí são, semidependentes. Mas é complicado.

Eu venho de uma rotina igual a todas nós. Mãe, dona de casa e dupla minha jornada, minha jornada acaba sendo tripla. Eu tenho dois serviços e ainda tenho uma casa. Mas, com a minha rotina aqui no programa, eu moro muito longe do território. Eu moro quase perto de XXXX. Eu moro XXXX e, to do lado de XXXXX, e trabalho lá no XXXXX. Estou chegando em XXXXX, na subida da XXXXX. Já pedi pra ser trocada, estão analisando a minha situação. Mas eu já percebi que, falando em troca de território, quando te deixam no território, se você se adaptou e não dar trabalho, o trabalho de ninguém reclamar de você, seu trabalho de estar ali, você chega no horário, eu chego 8, 8:10, até 8 e 15 eu chego pela distância, eles acabam te deixando. Você faz seu trabalho

direitinho, Está tranquilo, você vai ficando, já pedi pra trocar. É uma rotina de cuidado, eu estou com uma família agora que é o cuidado da esposa e do esposo. A esposa é totalmente independente, precisa de um auxílio para as coisas, um banho, para caminhar. O marido é totalmente acamado. Eu fiquei com ele já há três meses, no começo eu fui a primeira que peguei eles e não era todos os dias, era segunda, quarta e sexta. Aí era eu sozinha, agora eu estou a semana toda com ele, pela manhã. Então agora tem uma cuidadora me ajudando, porque ele é pesado e ele não faz nada, totalmente acamado, até que me ajudar ele da cama, por na cadeira, eu levo para o banheiro, eu volto, eu volto ele para a cadeira de passeio, para a gente poder tomar um sol, e a parte da tarde eu tenho mais duas idosas, os atendimento mais tranquilos, só a companhia e tem uma que ela tem o Alzheimer já bem avançado, que o grau é 9, que foi a médica que passou, então ela todo dia é uma criança nova, todo dia sou uma pessoas diferente, a gente colore, a gente ouve música, todo dia é uma situação nova com ela, ela gosta muito do cuidador, não é da minha presença como cuidadora, gosta dessa companhia. Todo dia eu chego lá tem uma acompanhante, antes de minha tinha outra cuidadora, trocou e agora sou eu. Ela ama essa companhia.

E a gente tem a duas horas pra fazer. É o café, é dar o banho, fazer um curativo. É correria, mas tem dia que não vai dar tempo de preencher o relatório, eu pego só a assinatura e vou preencher lá na outra casa. Então ai como é que vai fazer com a paciente. vai dar um banho, a gente já está acostumado a gente acaba dando um banho mais rápido. Mas se tem uma igual eu tenho, eu tenho idosa que tem três curativos então eu tenho que dar um banho de leite e o curativo eu faço ele amanhã, em duas horas pra pegar o ônibus 20 para as 10hs então e uma hora e 45 e muito pouco.

Quando eu tava na XXX, eu tinha um idoso muito pesado, sabe? Era muito distante. A mochila, eu vou falar assim, chego lá, eu vou fazer a transferência, a. Transferência é rápida, beleza, eu sozinha me viro, mas a mochila que. Você carrega o tempo todo, às vezes dói mais do que isso, você sente. A dor aqui, parece que puxa você para trás.

Atuação em Áreas de Alta Vulnerabilidade Social

Sim, o risco que nós corremos é porque nós trabalhamos, tá? Netos, de traficantes, trabalhamos com filhos de traficante, sabe? Então é uma situação assim, que o idoso, ele faz o comentário com o neto, com o filho. É um risco dentro do território onde hoje em dia tá tendo a facção, né? Nós estamos correndo risco até em acionar o SAMU.

O próprio filho, já matou, já foi preso, eu passando e ele falou assim : eu ainda vou acertar a colega dessa menina, vou acertar essa menininha. Ele falou assim, ela escapou da morte três vezes. Aquilo eu cheguei nervosa, contei pra meninas, falei assim, o que eu faço? Chegando o técnico e falo. Aí assim que eu falei, ele já acionou todo mundo GDECOM, todo mundo, já trocou ela, passou ela para outro CRAS, aí o quem coloca lá? Eu que cheguei e falei pra

ele. Mas comigo ele foi com a bênção, graças a Deus. Sabe, com ele. Ô menina, me arruma uns 50 centavos e me toma até um real. Deu um real, ficou por isso. E depois ficou amigo meu, sabe? Comigo ele foi carinhoso, mas com ela, mas por quê? Porque ela era mais séria. Aí ele já achava que ele tava tirando ela. Então tem tudo isso. Você também tem que saber levar.

Eu já fiquei presa dentro de uma casa porque estava tendo um tiroteio, não teve como sair. Então assim, não podia sair mesmo, nem como ir alguém buscar. Então eu tive que ficar lá até esperar que pudesse uma acalmada, pra depois eu conseguir sair.

Já aconteceu isso comigo também, o meu coordenador do CRAS foi me buscar porque o homem deu uma facada na pessoa lá. Eu falei, como que eu vou fazer se ele estiver de ferido? Ele entra no banheiro, vem aqui, vem aqui, porque eu não vou correr daqui de dentro, porque eu não sei o que esse homem está arrumando aqui. É um ambiente muito vício. Vício em droga, vício em álcool. E as vezes quando você assusta, você já tá lá no meio, e você tem que fingir plenitude. Você entrou e saiu e você não viu nada. E é perigoso porque sua mochila fica ali, se entra alguém e joga um trem na sua mochila, você nem vê. Quando você assustar, você já tá lá no meio. Se os meninos da rua acharem que você está fazendo alguma coisa com esse idoso, você nunca mais entra lá ou não sai, um dos dois.

Eu já tive colega minha no passado, que trabalhou no aglomerado. Ela estava dando banho no idoso, a polícia correndo atrás do neto do idoso. O neto fechou a porta e entrou pra dentro do banheiro junto com ela e o policial chegou. Nessa época o maior cuidado não era conhecido nos aglomerados. A minha colega de trabalho foi parar na delegacia, só que nessa época eram as obras, né? As obras era diferente da GDECOM, aí o pessoal, a menina, pediu o policial pra ligar pras obras, o pessoal saiu imediatamente, foram a delegacia, comprovaram que a menina era uma trabalhadora.

A gente tem a questão do peso, uma coisa também que já aconteceu comigo, a questão de poder ou não poder usar o banheiro. A gente sabe, né? Eu sei desde o início que eu ia trabalhar numa casa, num local insalubre. Mas infelizmente, gente, tem hora que dá vontade de ir no banheiro e você tem que ir. Então, assim, o banheiro não tem porta. Quando você chega lá dentro, você percebe que não dá pra ter que segurar e pra ter que ir no CRAS. Então, assim, às vezes não tem uma escola perto, não tem um centro de saúde perto, porque quando tem, você pode usar. A vantagem de a gente fazer o atendimento de duas horas é que se você está próximo desses locais, você consegue ir ao banheiro. Quando você tem que ficar quatro horas numa casa onde não tem condições de usar o banheiro, e nem de beber água.

Outra coisa que a gente tem também, gente, é a questão de O CRAS, não são todos, porque eu já passei em vários. Então, tem CRAS que tem condições de te receber. Tem outros, o CRAS onde eu tô alocada hoje, ele é muito pequeno. Então, acontece do cuidador estar de horário vago e não ter onde ficar. O horário de almoço é na mesma salinha onde os usuários usam o banheiro. Então, às vezes... Bom, eu estou falando de hoje. Às vezes nós estamos almoçando e chega o usuário e usa o banheiro. Onde nós estamos almoçando. Então, assim, teriam que ter melhores condições para receber os cuidadores nesses ambientes, né?

Tem vezes que a gente não consegue usar o banheiro. Tem vezes que é muito difícil de eu ficar sem fazer xixi. Porque não tem. Tem umas pessoas que não tem condição de ter uma porta no banheiro, por exemplo. Então você chega lá e você evita de beber água para você não dá vontade de fazer xixi por que as vezes a casa e longe. Não dá pra você ir lá fazer xixi. Tem tudo isso.

Eu já cheguei num feriado prolongado numa segunda feira, uma casa bem insalubre, cheia de gato, filhote de gato. Lá tinha 19 gatos e 3 fêmeas e um tanto de filhote. A idosa gostava de gato, beleza. Só que era assim, a gata pariu no guarda-roupa, parou no canto da cama, porque o negócio era insalubre. Ela era uma idosa lúcida e bem difícil, mas acamada. Ela não queria, tipo assim, os netos não foi lá trocou a fralda dela. Ela ficou, ela mesma tirando a fralda e jogando no saco de lixo. Quando eu cheguei lá, tava cheio de bichinho dentro da fralda no saco e vários lençóis que ela não foi enfiando. Por quê? Como ela não consegue, ela deu gota, então ela ficou totalmente independente, então ela não conseguia enfiar a fralda. E aí ela enfiou o lençol, eu precisei, ligar no CRAS e pedi ajuda a outro cuidador.. Porque não tinha um lugar que eu pisasse no quarto, que não tinha. E ainda era alcoólatra. Imagina uma pessoa chamada a alcoólatra independente e os netos não ajudar .

É, a gente já entra no programa, sabendo, no que a gente vai para o aglomerado. Só que tem umas casas que é normal, nem que teja uma cadeirinha de plástico tem.. Mas eu já cheguei a sentar no degrau, porque era dois cômodos, só, e não tinha, a única mesinha tinha lá, ele cortava canal, eu sentei no degrau, do lado de fora. Ou é alí, pra preencher relatório, ou então você fica lá. E a maioria das vezes você tem que cumprir mesmo que você terminou, você tem que cumprir as duas horas. Aí você tem que ficar em pé, as pernas já estão quase mole.

Aí, eu tenho uma idosa que eu ficava lá 4 horas. Lá, é assim, não tem como beber água, nem pegar água pra você beber e também nem para usar o banheiro e nesses dias, para trás, eu estava de atestado porque eu tive uma infecção urinária grave, infeccionou um dos meus rins, aí eu peguei e falei para

minha supervisora que a partir de agora vou ficar na casa da idosa, assim vou dar o banho dá o suporte pra ela e to indo embora, to indo para o CRAS. Por quê? A gente leva a água na nossa garrafa, mas acaba né?. Não tem como encher lá, porque eu vi o filho da idosa, pra encher o filtro pra dar água pra idosa, o filtro deles, ele lavou na própria mão, na vasilha que ele ia virar no filtro. Então tem condições de beber água, eu nem bebo. E o banheiro não dá pra usar, de jeito nenhum, o banheiro não é lavado, né? O banheiro é daquele jeito. Eles nem escovam nem a dentadura da idosa, eu vou lá na quinta-feira, no meu último dia lá com ela, e volto na terça. Ela tá com a mesma fralda, porque eu coloco um X na fralda, e com a dentadura do mesmo jeito. Entendeu? Então, é assim, não tem condições nenhuma. Nenhuma, nenhuma, nenhuma. Então, fica muito difícil. Esse horário de 4 horas eu acho que é muito puxado. Dependendo do lugar que você esteja, não dá pra você pegar e usar o banheiro, não dá pra você fazer nada, nem pra sentar. Tem gente que fica em pé, dependendo do lugar, porque o sofá dela não tem como sentar. Porque tá todo marcado de mijo e de outras coisas. Então, você fica em pé né, pra conversando com ela ali, mas em pé, quatro horas. Você já tá cansada, né, de fazer. Outro trajeto, né, tirar ela da cama, da cama pra cadeira de banho, da cadeira de banho pra cadeira de roda, da cadeira de roda pra colocar ela no sofá. Então a gente...e ficar quatro horas em pé.

A cozinha é onde as meninas fazem a oficina, lá fora, os usuários estão lá fora e às vezes eles falam muito. Eles entendem que a gente não está trabalhando. Eles querem saber coisas que a gente não sabe. Não tem lugar pra você ficar. Aí você senta no chão e alguém vai passar ali. Aí você incomoda a faxineira. Não tem lugar. Você não pode ficar do lado de fora, você tem medo de tomar um tiro.

Constrangimento, Situações de Assédio e Racismo

Tem um senhor, que a Cuidadora X, ia cuidar dele. Ele não era tão idoso assim. Aí o próprio irmão dele falou assim, se eu fosse você, falou com o técnico do CRAS, não coloca essa menina lá, e ela é novinha, bonitinha, não conhece a menina lá, porque ele tem histórico, o próprio irmão falando, ele tem histórico de ter cantado uma esposa de um traficante, e ele está jurado de morte. Por isso que ele não sai desse pedacinho aqui. E o CRAS não, mas ela vai ficar lá pra ajudar ele. Aí ele falou assim, pois é, porque no dia de acertar as contas, a menina vai junto, porque o cara, tipo assim, se chegar matando, vai matar todo mundo que estiver perto. Aí por fim, um abençoado, ele até saiu, ele é um Técnico, falou assim, você não vai pra esse atendimento, o supervisor. Você não vai pra esse atendimento. Aí ela não foi, mas pelo CRAS, ela estaria lá. E hoje em dia, você vê assim, graças a Deus, esse idoso já tá até andando pra lá e pra cá, mas não sai daquele pedacinho. O irmão dele é que leva o alimento pra ele naquele local, né? Porque ele não pode ir pra outro, não pode sair daquele pedaço. Mas assim, eu vejo é isso. Como sempre, eu falei com as meninas, cadê o cuidado com nós?

E eu tenho uma situação em que a Família saiu do programa. Ela preferiu sair do Programa, porque eu não estava lá mais. Ela falou com a técnica do CRAS, eu não quero outro cuidador, porque (fulana) faz isso, isso, isso, e eu não gosto de fazer isso. O Pai dela, na verdade, era uma pessoa muito complicada na questão. Ela tinha medo. Se fosse uma cuidadora muito, não é que eu sou brava não, ela tinha medo de ele fazer alguma coisa com ela. Ela não deixava os filhos dela sozinha com ele um mês. Ela tinha medo de ele fazer alguma coisa com a cuidadora. Quando eu era mais rígida com ele, quando eu tirava férias, ela ficava desesperada. Olha a moça que mandaram para ele. Eu não vou ter coragem de deixar ele sozinho com a ela. Porque se ele estiver lá no meio da merda, ele vai passar a mão nela. Entende? Comigo nunca aconteceu. Aí quando eu saí, quando falaram que ia trocar de cuidadora. Eu falei, não pode deixar que eu cuido do meu pai, porque eu tenho medo dele fazer alguma coisa com essa cuidadora. E a (fulana) já sabe o esquema da minha casa, ela sabe lidar com ele. A outra pessoa não vai saber lidar com ele. Aí ela saiu do Programa. Assinou o Termo.

E outra coisa também, o que aconteceu comigo foi esse ano, tá? Teve essa troca de cuidador. Aí o que que aconteceu? Eu chego nessa casa pra fazer o atendimento, idoso acamado, né? Todo debilitado, acamado mesmo, aquele idoso frágil. O idoso frágil, né? Aí, eu, fazendo os meus cuidados, tudo direitinho, tudo tranquilo, passou. Eu entrei de férias. No entrar de férias, quando eu voltei, bati na casa, chamei, né? Ah, olha o pessoal! (fulana) Apareceu a gente também, só que preconceito, viu, gente? Sofre, muito! Há um racismo ainda impera e existe preconceito. Por quê? Porque muitas vezes a família não quer uma pessoa negra na casa dela. Então isso tudo é muito complicado.

Sofri este ano, e foi através da netinha da idosa. A netinha chegou, a netinha olhou pelo ouro mágico, aí a hora que a esposa abriu pra mim entrar, aí a esposa falou assim, não filhinha, é a moreninha. Olha pra vocês verem gente, eu nunca nem aceitei que me chamasse de morena, eu não sou morena, eu sou negra. Aí a menina ficou o tempo todo falando sobre isso, né? Então eu acho que isso tem que ser feito e a família tem que saber também qual são os cuidadores que vão atender, se ela é negro, se ela é... sabe? Tem que explicar, porque esse tipo de coisa não pode acontecer. Aí a minha coordenadora é uma pessoa muito boa, ela é muito perceptiva. Ela virou para mim e falou assim, alô, se você sofreu preconceito lá, não sofreu? Porque ? O filho via fazendo ligação, é que essa cuidadora, ela não está ajudando, ela não faz o que a outra fez. Não é o que a outra fez, que a outra é o mais, né, pessoas de pele clara e tal, e o negra, né, Aí eu fui conversei com a minha coordenadora e me deu essa oportunidade para me falar. A gente conversou. Ela falou, não, você pode deixar que eu vou resolver essa situação. Então eu acho que tem que ter essa troca, sim. Tem que haver, para proteger o cuidador, o outro que vai fazer o atendimento para não passar constrangimentos. Eu penso assim, tá? Então o vínculo, tudo bem que nós poderíamos ter assim, que você tá cuidando de uma pessoa do idoso com carinho. A gente não vai cuidar dele de qualquer jeito, né? Se ele tá passando por algum problema de saúde, então ele vem a falecer, a gente sofre. Sim, mas eu acho.

As vezes o idoso, ele é bastante preconceituoso e ele escolhe o cuidador. Eu nunca passei, mas alguns colegas já passaram. Inclusive nesse CRAS que eu estou, e não nessa gestão também, outra gestão. Uma colega foi me acompanhar e quando eu abri o portão, a idosa sentada falou, essa neguinha que vai cuidar de mim agora? Antes que eu respondesse, a própria cuidadora. Respondeu, olha, não sou eu quem visitava, mas eu não vou nem ficar aqui. Por causa do seu preconceito. Então a cuidadora se retirou do portão mesmo. Mas assim, eles não têm essa opção, né? Isso é conversado com eles antes, né? Não pode escolher o cuidador ser homem ou ser mulher. Mas o idoso, às vezes até o familiar mesmo, tem esse preconceito quando chega uma pessoa negra. Infelizmente.

Então, essa situação é muito constrangedora, é complicada. Já aconteceu comigo duas vezes. Uma vez foi com o familiar do cuidador, o neto do idoso. Ele começou a me acompanhar nos atendimentos. Eu saía do atendimento, ia pro outro e ele tava sentado na porta desse atendimento, achava estranho. Passava batido. De repente, ele não aguentou, ele escreveu uma carta pra mim, uma carta, aí ele veio me entregar essa carta e disse que eu escrevi uma carta pra você e tal, e dentro da carta tinha uma foto, uma foto, mas eu não quis ver, aí eu não quis pegar a carta também, ele jogou a carta em mim e falou, você vai pegar Sim, jogou nas minhas costas a carta, eu gelei toda, quando ele jogou, fui pro CRAS, aí conversei com a coordenadora, aí ela falou assim, mas o que é que estava escrito na carta? Eu falei assim, não sei, não tive nem vontade de pegar a carta. Eu sei que ele estava me seguindo, todos os meus atendimentos ele estava na porta. Aí pela segurança do cuidador eles tiraram. Mas aquilo ali você já passou, teve constrangimento, já passou aquele aperto. Você não sabe, às vezes, como recorrer. Será que tá acontecendo mesmo? Você duvida que tá acontecendo. Não é possível.

E uma vez também aconteceu, até pouco tempo agora, com o próprio idoso. Eu estava cuidando dele, ele virou e falou assim, tira a calcinha pra mim. Oi? Tira a calcinha pra mim. Que? Aí eu pensei, gente, não é possível que ele está falando isso, né? Ele deve está com demência, respirei fundo e falei, você me respeite. Pronto, não falei mais nada, deixei. Quando eu penso que não, ele disse, eu não sou Gay, porque vou te comer, eu não sou gay. Ai tive que acionar, acionei o CRAS, o Posto de Saúde. O pessoal da Saúde foi para ver se ele estava com demência, ou alguma coisa assim. Aí tudo bem, passou. vamos dar uma oportunidade, então agora a filha vai ter que estar presente no seu atendimento e tudo mais. Beleza, fui. De repente que ele tocou em mim. Aí foi a onde eu não aguentei mais. Aí eu falei, não, aqui não dá pra mim. Até ele não tocar em mim, tudo ok, mas ele tocou em mim. Acabou, aí teve que acionar todo mundo de novo pra saber o que aconteceu, eu agora eu não posso mais dar banho, agora eu tenho que estar sempre acompanhada por uma pessoa, mas o atendimento tá ali acontecendo, e você tá ali dentro naquele estresse, é por isso que eu defendo demais o rodízio, demais, porque é complicado, você fica enojada, desmotivação, assim, nossa. Você tá aqui pra quê?

Eu tinha um atendimento enquanto eu fui do CRAS (área x). Fiquei oito meses nessa residência. Ele tinha umas brincadeirinhas, assim, maldosas, maliciosas, mas... eu cortava ele. Quando foi um dia de banho, [...]. Ele andava ainda com andador tinha todas as proteções no banheiro, nós estávamos na pia do banheiro, eu tinha que fazer a barba dele, ele pegou em mim assim, segurou, eu tive um segundo pra pensar, se eu empurrar ele, vou quebrar ele e vou machucar ele e eu que vou ser presa. Eu saí do banheiro, com sangue frio, chamei o filho dele, que não era bom relacionamento familiar, falei, fulano vem cá, vem cá, fazendo favor, aconteceu isso e isso. Ele queria entrar no banheiro e matar o pai dele. Eu mato esse velho, porque o Pai dava em cima da esposa dele, eu eu mato esse velho. Ele mesmo falou, liga pra CRAS agora, liga pra o CRAS .Pra ver, eu falo que esse velho não presta. Aí ligamos pro Cras, eu saí do atendimento, mas eu, eu tive que ouvir do técnico do Cras assim, você sabe que você pode passar por isso. Então sim, né? Você, eu acho que foi um pouco fraca, nessa situação. Porque você reclamar de uma situação dessa, você pode passar por isso. E ele disse isso na frente da supervisora, agora ficou completamente.. Então, o que que eu vou fazer? Eu vou colocar outra cuidadora lá, vou trocar você de atendimento, porque ela é mais forte, ei fiquei lá oito meses, porque ela vai saber lidar se ele voltar acontecer isso. Aí, o que aconteceu, a cuidadora não ficou uma semana, ela voltou para o CRAS, e disse que não dá para voltar naquela casa. Moral da história, ela foi transferida, por que ela queria ser transferida, mandaram um cuidador homem, mas ele não queria. Ele não tinha vontade. Não queria um homem, queria uma mulher. E ele perguntava pela cuidadora dele, eles falavam assim ela subiu de cargo. Ele encontrou comigo outro dia. E disse é mais fácil você ia ser mandada embora, do que acontecer alguma coisa comigo, porque eu sou idoso.

Eu tive um caso parecido. Eu cheguei na casa e fui recepcionada por um casal. Todos os dias ele olhava pra mim e falava assim, nossa senhora você é um mulherão. Eu falava pra ele, o Senhor me respeite, porque eu sou casada, e de certa forma eu sabia que ele entendia que eu era casada e a família relatou que ele era muito mulherengo então assim, já tinha uma história ali por trás aí um dia a supervisora fez a visita junto comigo, ele olhou pra mim e falou, quem é essa gorda aí? E ela ouviu ele também falando, quando você for embora, eu fui embora com você. Então, ela teve a percepção que ele poderia fazer alguma coisa e ela, com cuidado, me perguntou se eu via algum perigo naquele atendimento por causa dessa atitude dele e também porque quando eu ia transferir ele, fazer o deslocamento e tudo, eu precisava que ele me abraçasse. Então, a preocupação dela era que ele era atrofiado e que naquele momento que eu chegasse perto dele, ele tentasse fazer alguma coisa. Então, com o olhar dela e com o cuidado que eu estava tendo, mesmo a gente sabendo que ainda é perigoso, eu falei pra ela, não, eu não tenho medo desse atendimento, eu não tenho nenhum problema nesse atendimento. Então, eu permaneci ali até ter a troca, né, de cuidador. Mas não são em todas as situações que o supervisor tem essa visão do cuidador.

É um idoso muito complicado. Eu não fui para ele ainda, pra te falar a verdade, eu não quero ir pra esse idoso, mas se tiver que ir...Ele é um idoso que está acamado, nunca foi fácil, a Assistente Social, e aí Terapeuta Ocupacional, do centro de saúde já falou, que ele é um idoso, ele estuprava a esposa dele, pegava ela à força, os filhos dele tem pavor dele. Então, ele é um idoso, ele tem todo um cuidado no preparo do banho de leito, aí ele falou com a cuidadora outro dia, ele diz, quando você chegou estava com a barraquinha armada. Fala que quer que a esposa suba em cima dele, então tem que cortar ele, se der trela para ele, ele vai aprontar.... Os filhos dele, quando ouvem aquilo, querem agredir ele [...] É um atendimento complicado, complicado assim. Tem uma cuidadora lá, mulher, eu acho, que nós temos cuidador homem, eu já deveria, eu faria um outro rodízio, colocando um homem lá, porque primeiro pra deslocar, e você consegue deslocar ele para a cama porque tem um problema de artrite e artrose, sente muita dor,, mas a língua dele é afiada para essas coisas de imoralidade [...].

Já chegou o filho da idosa se masturbar no quarto que eu estava. Isso foi logo quando eu entrei, uns dois anos e meia. Só que com uma idosa que entrou 2011, logo no programa começou, o CRAS disse que nunca aconteceu isso. Aí, isso aconteceu com a cuidadora anterior. Aí, o duvidou daquela cuidadora, eu entrei no mesmo período que ela, ai eles foram e me colocou. Eu fiquei lá uns 4, 5 meses quando foi justamente na virada do ano que ele bebeu uma mais, ele não estava tão bêbado assim e antes eu já tinha questionado.. Lá não tinha banheiro, mas tinha dois degraus que não tinha descer escada. Então, eu esquentava água, eu dava banho dentro do quarto, depois eu tinha que secar tudo, de baldinho e canequinho. Dentro do quarto, com cuidado, para não espirrar água no guarda roupa e na cama. Beleza. Só que no início, ele começou a sair do quarto. Depois, ele deitava num quarto pequeno, uma cama solteira aqui, outra lá no Guarda Roupa aqui, e uma cama aqui, e a cadeira aqui. Eu dava banho nela ali, com o filho dela lá de 40 e poucos anos, deitado ali. Constrangedor pra ela.Por que na hora de trocar a roupa, ela olha para o filho pra ver se o filho está por perto, pra ver se o filho está olhando para o canto, gente era só ir para o terreiro, ficar lá. Aí quando eu questionei isso antes de acontecer, ele falou assim, não, mas isso aí é uma vergonha. Então eu colocava ela dentro da banheira, eu tô vendo um movimento no dia, no dia seguinte. Como ele duvidou da primeira eu gravei um, só o movimento de baixo pra baixo.

Tem muito racismo. Sim. Eu já cheguei a ter uma idosa que a menina que estava no lugar teve que sair porque a idosa... Eu tenho mais facilidade de cuidar de idosas com demente do que lucida. Não sei porquê, mas os idosos demente eu acho mais fácil, porque o que eles falam hoje amanhã eles já esqueceram. Então eu já coloquei aquilo na minha mente, aquele ali tá doente, ele não sabe o que está falando, mas o lúcido, você ver o que ele tá falando, tem idoso muito lúcido. Então, de falar um chama de preto, de gorda, chuta, faz. E aí, tipo assim, você vê a pessoa precisando de ajuda pra colocar a comida na boca e eles falam pra você.

Ó, você vem andando, com mochila pesada. Nossa, tem gente com mochila pesada. Eu saio de uma casa e vou até a outra. Não tem ônibus que leva, você tem que ficar andando, com sol, chuva, mochila super pesada.

A mochila, para não ficar tão pesada, eu divido a minha, eu coloco a bota, luva, máscara, álcool e relatório. Eu divido a minha, em uma outra sacolinha menor para mim andar, porque eu tenho que descer morro, subir morro. Porque lá no xxx, é muito morro. Não é igual aos aglomerados, que são escadas.

O meu eu pego oito, saio dela nove e quarenta, não, nove e cinquenta, vou pra outra (idoso(a) X), que fica na rua de trás, fico de dez até onze e quarenta e vou pro CRAS. O do CRAS, pra ir pro outro. Que é longe, que é lá perto da xxx Então eu saio do CRAS e vou até o xxx, andando, meia hora até chegar nesse atendimento. E haja coluna, né? Quando idoso o idoso é acamada, é pior ainda. Saúde mental ainda, né?

E eu pedi à empresa, no início, que me deixasse mais próxima, porque eu queria que deixa-lo na escola e ir trabalhar. Então, durante um período, eu consegui que a empresa me acolhesse dessa forma. Até que chegou um período em que falaram que hoje eu já não consigo, mas eu vou fazer o possível. Eu já tive, gente, dentro da empresa, essa hoje, nas outras era melhor, momentos de acolhida, onde que uma única pessoa olhava pra mim, me conhecia e a gente conseguia atender essa necessidade minha. Hoje não tem mais, mas assim, falando por mim, não por todos, mas eu já tive sim, essa acolhida de estar mais próximo de casa.

A gente não pode trabalhar com o território que a gente mora. Então, não pode ser no mesmo bairro. Então aí manda a gente mais pra longe, mas eles estão tentando resgatar isso, colocar a gente mais perto pra evitar esse desgaste. Porque eu também já passei, fiz a mesma coisa que ela.

Então é um desafio chegar até no XXXX, porque é um pouco diferente, né? Então, às vezes eu venho em ônibus muito cheio, venho até o centro, do centro pego outro ônibus tem o trajeto no território, a gente tem que andar no território, as vezes de ônibus. Então, assim, se eu for parar pra pensar, é umas seis conduções por dia. Então, assim, às vezes eu chego em casa e tenho a função da dona de casa, tem vezes que eu chego, apago, vou tomar um banho três horas da manhã, meia-noite, uma hora. Então, assim, é extensivo essa rotina de deslocamento, né? Eu falo que nem tanto é o nosso trabalho cansativo, né? Igual cada um de nós tem esse desafio de sair de casa e já é determinado pra poder ir exercer a sua função. A logística é um pouco diferente, né? Não, pra mim, no meu território, eu pego três conduções. Eu pego o meu ônibus, desço na estação, pego o metro, chego lá na estação vilarinho, pego o XXXX pra chegar no território. É muito cansativo, porque na segunda-feira eu tenho duas idosas. Uma, a primeira de oito às dez. Ela tem demência de

grau oito. Então, ela esqueceu de jantar, esqueceu de comer, esqueceu de tudo. Aí, tem que fazer essa transferência, dar banho. Depois, tem a outra que teve oito AVC. Que é a camada, né? Então, pra mim, fica muito difícil. A gente já chega já cansada, né? Já chega, no território cansada. Né? Ainda tem que chegar na casa do idoso e ainda mostrar seu lado amoroso, o afetivo porque tem ele não culpa, mas é muito cansativo.

Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre a categoria de análise **Carga de trabalho intensa**, os relatos dos cuidadores e das cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao Programa Maior Cuidado (PMC) revelaram que a intensa carga de trabalho é uma realidade constante, impactando diretamente a saúde e as condições de trabalho desses e dessas profissionais.

Essa sobrecarga é constatada pelo curto tempo destinado a cada atendimento (variando de 2 a 4 horas por domicílio) e pela realização de mais de um atendimento por turno – ou até mesmo a realização de atendimentos simultâneos, ou seja, duas pessoas idosas no mesmo horário com diferentes graus de dependência.

As tarefas, muitas vezes fisicamente exaustivas, incluem transferência de pessoas idosas acamadas e com mobilidade reduzida, administração de medicamentos e cuidados pessoais, como higiene e alimentação. Rotina que, segundo eles e elas, exige grande esforço físico e mental, gerando desgaste significativo. Esse contexto nos leva ao resgate do entendimento que “a sobrecarga relacionada ao cuidado é um construto complexo, que compreende uma série de aspectos e consequências na vida dos cuidadores e suas famílias e tem sido relacionada ao desenvolvimento de diversos problemas” (Silva *et al.*, 2021, p. 5567).

Dada a natureza estressante do trabalho de cuidadores e cuidadoras sociais, o cuidado com pessoas idosas, segundo Gutierrez *et al.* (2017), pode desencadear diversos problemas de saúde associados à sobrecarga de trabalho. Com destaque para depressão, baixa autoestima, dificuldade em lidar com frustrações, sensação de desamparo, intolerância e culpa. Condições como obesidade acompanhada de doenças crônicas, incluindo hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes, são frequentemente relatadas. Além disso, há também queixas de dores articulares e lombares, muitas vezes relacionadas à realização de movimentação das pessoas idosas.

Outro fator agravante apontado pelos cuidadores e pelas cuidadoras é a ausência ou insuficiência da colaboração das famílias das pessoas idosas atendidas, aumentando a sobrecarga de trabalho e o desgaste do cuidador e da cuidadora. Cabe ressaltar que segundo o documento “Rotina de cuidados de Assistência Social”, o cuidador e a cuidadora são profissionais contratados para “apoiar a família nos cuidados com os idosos, na melhoria da sua qualidade de vida”, não para substituí-la, ponto importante de destaque porque muitas famílias confundem o papel e as atribuições dos cuidadores e das cuidadoras.

Além disso, muitas famílias resistem às orientações de cuidados indicados pelos profissionais de saúde – como, por exemplo, a realização de atividades físicas mesmo em dias nos quais o cuidador ou a cuidadora não estão presentes. Essa falta de suporte familiar, além de comprometer a saúde da pessoa idosa, resulta no acúmulo de responsabilidades pelos cuidadores e pelas cuidadoras, que assumem funções que deveriam ser compartilhadas.

Cabe ressaltar, ainda, que o deslocamento dentro do próprio território – geralmente realizado a pé entre os atendimentos – intensifica o desgaste cotidiano.

Em relação à segunda categoria de análise da unidade tema “Condições de Trabalho”, qual seja, **Atuação em áreas de alta vulnerabilidade social**, foi relatado que o trabalho ocorre em domicílios localizados em territórios marcados por alta vulnerabilidade social, caracterizados por condições precárias de infraestrutura, renda e de vida.

Muitas residências das famílias atendidas carecem de itens básicos como banheiros apropriados e acesso regular à água potável. Essas limitações comprometem não apenas o bem-estar e a higiene das pessoas idosas atendidas, mas também dificultam o trabalho diário dos cuidadores e das cuidadoras, expondo-os (as) a riscos de saúde e segurança.

Algumas situações, segundo as pessoas participantes da pesquisa, tornam a execução do trabalho extremamente desafiadora. Dentre elas, pode-se citar a ausência de banheiros em condições de uso (alguns sem porta ou sem higiene básica); domicílios pequenos e desorganizados; a presença de animais que defecam dentro da casa; além da falta de locais adequados para se sentar e ou preencher relatórios. Considerando essa realidade, surgiram vários relatos sobre necessidade de “conter a vontade de fazer necessidades fisiológicas” por até 4 horas, por conta das condições estruturais e de higiene dos banheiros e, em último caso, ter de limpá-lo para poder usar. Tais relatos revelam indicadores que afetam as condições de saúde dos cuidadores e das cuidadoras, tendo em vista as situações precárias que as pessoas idosas estão submetidas.

Além dos desafios internos nas moradias, os cuidadores e as cuidadoras também enfrentam riscos externos, devido à insegurança nos territórios em que atuam. São áreas com alta incidência de violência, tráfico de drogas, conflitos entre policiais e traficantes, e até situações de intervenção policial nos próprios domicílios durante o horário de trabalho. Conforme declarado, essa exposição contínua a perigos

e ao risco aumenta significativamente a pressão emocional e física sobre os trabalhadores e as trabalhadoras.

Também foram relatadas questões referentes às condições de infraestrutura de alguns CRAS – que deveriam servir como ponto de apoio para esses e essas profissionais, mas que, na prática, mostram-se inadequados. Em muitos casos, faltam espaços apropriados para o descanso no horário de almoço ou nos períodos de espera entre atendimentos, para a realização de refeições e para o desenvolvimento de atividades administrativas, como o preenchimento de relatórios, o que amplia ainda mais os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho.

Nessa perspectiva, para além desses agravantes que perpassam as condições de trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais, é fundamental salientar algumas reflexões da OMS:

A Organização Mundial de Saúde considera que estão em situação de vulnerabilidade as pessoas idosas com as seguintes características: idade superior a 80 anos; moram sozinhas; mulheres solteiras ou viúvas; residentes em ILPI; isoladas socialmente; sem filhos; com limitações severas ou incapacidades físicas, motoras, psicológicas e neurológicas; casais acima de 65 anos quando um dos cônjuges incapacitado ou doente, e os que vivem com recursos escassos. Nas várias políticas sobre dependência hoje existentes, os idosos são classificados pelo grau de gravidade de sua perda de autonomia. Os mais vulneráveis costumam ser os atingidos por enfermidades mentais como depressão, Alzheimer, demência senil, perda de movimentos, incontinência urinária e insônia, encontram-se em estado terminal ou em condição de privação social ou de liberdade (OMS *apud* Minayo, 2021, p.10).

Ao analisar as falas dos trabalhadores e das trabalhadoras, fica evidente que o perfil das pessoas idosas atendidas no PMC corresponde ao apontado pela OMS: idosos e idosas que moram sozinhas; mulheres solteiras ou viúvas; isoladas socialmente; sem filhos ou sem apoio familiar; com limitações severas ou incapacidades físicas, motoras, psicológicas e neurológicas.

Em relação à terceira categoria de análise desta unidade tema, **Constrangimento, Situações de assédio e Racismo**, foram relatadas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras vivências de situações de racismo, constrangimento e, em alguns casos, assédio moral e sexual. Esses episódios intensificam a complexidade do trabalho e impactam diretamente as condições laborais, a dignidade e a segurança desses e dessas profissionais. Embora essas experiências não sejam iguais para todos os cuidadores e cuidadoras, evidenciam

desafios graves que demandam atenção e medidas efetivas da Gestão da Prefeitura de Belo Horizonte, com vistas a acolher e proteger essas pessoas.

No âmbito do racismo, foram relatados casos em que pessoas idosas atendidas recusaram atendimento de cuidadores e cuidadores pretos (as), solicitando, inclusive, a troca desses (as) profissionais. Em outras situações, manifestaram comportamentos e falas racistas, incluindo familiares. Os relatos indicaram que a gestão do PMC não adotou medidas de enfrentamento a essas situações, o que reforça a sensação de desamparo e negligência vivenciada por eles e elas.

Quanto ao assédio moral e sexual, foram descritas as seguintes situações: perseguições de familiar no trajeto da trabalhadora no território com tentativa de entrega de carta com conotação afetiva, com ameaças para que ela recebesse; durante as rotinas de atendimento, como o banho ou a troca de leito, foram mencionados casos em que idosos tentaram tocar nas partes íntimas das cuidadoras ou verbalizaram comentários de natureza sexual. Além disso, houve relato de familiar que se masturbou na presença da cuidadora. Esse quadro traduz a insegurança, os medos e as aflições sofridas pelos trabalhadores e pelas trabalhadoras.

Essas experiências mostram que o risco de assédio e discriminação é uma realidade constante para essas profissionais que desenvolvem seu trabalho no ambiente doméstico das famílias atendidas, o que reafirma a necessidade efetiva de suporte para garantir melhores condições de trabalho, acolhimento e segurança para essas trabalhadoras, evitando os processos de adoecimento ou mesmo ocorrências trágicas com fatalidades com riscos de vida.

Por fim, a última categoria de análise desta unidade tema refere-se ao **Deslocamento e Logística**. Nela, foram relatados percursos de trajetos longos e desgastantes para chegar ao trabalho, frequentemente utilizando ônibus superlotados e, não raramente, mais de um meio de transporte.

Segundo os relatos, a empresa não permite que esses e essas profissionais atuem no território onde residem ou em áreas próximas, o que intensifica o cansaço físico e emocional, agravado pela necessidade de conciliar uma jornada de trabalho extenuante com o tempo significativo gasto no transporte público durante o deslocamento.

Além disso, foi destacado que grande parte dos deslocamentos dentro dos territórios é feita a pé, na maioria das vezes, em terrenos íngremes, subindo e

descendo morros, incluindo longas escadarias, enquanto carregam mochilas pesadas contendo EPIs e outros materiais necessários para o trabalho.

Outro ponto evidenciado é o controle das atividades realizadas. Para comprovar os serviços prestados, além da supervisão pela empresa e pela equipe do CRAS, as pessoas idosas atendidas ou seus familiares devem assinar, diariamente, um relatório de atividades, o que reforça a vigilância sobre o trabalho dos cuidadores e das cuidadoras.

4.10 Unidade tema de análise - Relacionamento Institucional

A segunda unidade tema de análise que surgiu, a partir da leitura e releitura das transcrições das falas dos grupos focais e dos relatos das questões abertas do questionário semiestruturado, foi o Relacionamento Institucional, composto por duas categorias de análise, conforme apresentado no Quadro 9. Na sequência, realiza-se discussão deste material empírico à luz dos referenciais teóricos adotados neste estudo.

Quadro 9 – Relacionamento Institucional.

Relacionamento entre CRAS e GDECOM
Eu ligava e falava, gente, tem um... Ah, coloca o material e faz atendimento. Gente, é o segundo Covid, né? Até eu pegar. Quase morri. Fiquei cinco meses afastada. Cheguei na GDECOM a supervisora me viu já fez assim, só virou pra mim e disse me dá o relatório. Me dá o relatório do que tá acontecendo com você. Mas aí deixaram ficar em casa 5 meses e eu não me cuidando, né? Fazendo tratamento. Tem machismo, tem homofobia, tem tudo. E não é só por parte da família, do CRAS também, as vezes eles vão eles não sabem lidar com as pessoas, [...] Particularmente eu acho que eles não olham pra gente eles olham para a família, é tipo assim, a Família não pode escolher cuidador, então se você chega lá e é uma pessoa que eles não querem, tchau! Você não tem que por outra pessoa. Tipo assim, se você não quer, não é que precise trocar. Eu penso assim, se é o idoso que está precisando, é isso. [...] Eu penso assim, se é o idoso que tá precisando, é ele que lhe precisa disso. Não tem que ficar trocando. E aí, eu penso assim, porque não acontece troca. Só acontece quando acontece alguma coisa muito pesada e eles trocam do nada assim. Na sexta-feira você é foi, na segunda você não vai mais. Você não tem o momento de se despedir. Não tem. E era para ser de seis em seis meses. Melhoraria muito a vida de todo mundo. Se fosse os seis meses e trocar. Não iria

gerar o desconforto para ninguém. Mas demora 4 anos. Tem cinco anos que atuo. Tem idoso que está comigo desde que eu entrei lá e eles não trocam porque fala que está dando certo.

Principalmente quando é saúde mental, quando é saúde mental, que dá muito trabalho pro CRAS e um cuidador entra e consegue deliberar essa situação, tipo assim, sem comprometer muito, assim, demanda pro CRAS. O que o CRAS faz? Aquele cuidador vai ficar, porque aquele cuidador deu certo, [...]. Porque aquele cuidador deu certo, aí mexe com a agenda de todo mundo, o cuidador que tá com saúde mental com três, continua lá na casa, não tá sofrendo com a família, mas tipo assim, porque o cuidador conseguiu contornar a situação.

É uma mania de achar que a cuidadora é mulher maravilha, e a gente não é. Igual assim, eu trabalhei numa casa do Sr. (nome do Sr X), que só, assim, eu saí de lá porque ele faleceu, ele tinha câncer. E ele me deu uns tapas na cara uma vez, que eu saí assim, só falei com a filha dele assim, me dá cinco minutos, fui lá fora, respirei, né, porque é lógico, um tapão, respirei fundo, cheguei no CRAS e contei pra eles ganhei uns tapas na cara. O que eu tinha que fazer? Sair da casa. Mas ele era acamado e eu gostava muito da filha dele, que era muito educada. Aí ela começou a chorar e eu continuei na casa. Aí o CRAS, tipo assim, me deixou lá ainda uns bons anos. E eu penso assim, cadê o cuidado com o cuidador? Tem que tirar ela de lá. E eu acho errado assim, você tomou um tapa na cara, mas eu então vou te por, sei lá. Não é assim, gente.

Aí, uma outra vez, tirou a minha colega, porque o moço queria bater nela e não conseguiu. Aí, ela pediu pra sair, trocaram lá. Coloca a (Cuidadora X). Aí, eu sou tipo assim, o tapa-buraco. A (Cuidadora X) sabe conversar, sabe levar uma boa. Aí, esse moço me deu uns tapas, que saiu batendo assim. Eu peguei na hora, já liguei pra eles. Olha, ele era agressivo no olhar. Ele te olhava do pé à cabeça e eu ficava com medo. Ele não deixava por a mão em mim. Aí nesse dia que ele me deu uns tapas, aí a (Pessoa X) já me chamou lá, a gente fez uma reunião, e o CRAS tinha falado comigo assim, (Cuidadora X), mas doeu?. Não importa se doeu ou não, ele encostou em mim, sabe? Eu falei assim, não, ele encostou em mim, não tem que encostar em mim. Mas pelo CRAS, eu estava lá ainda, apanhando até hoje. Então, por isso que eu penso assim, cadê o cuidado com o cuidador? Eu cuido, eu quero cuidados também. Então, eu sempre bati nessa tecla e falei lá na GDECOM, já falei até com a (Pessoa X), falei assim, olha, eu também gosto de cuidados, dou carinho, quero também ganhar carinho, respeito demais e cadê o respeito comigo? Aí, depois disso aí, tirar, o pessoal do CRAS falou comigo assim, nossa, nem doeu, não sei porque que te tiraram de lá. Então, o CRAS não entende isso.

Eles (o CRAS) não entende isso, porque tem coisas que não são de sua responsabilidade. O Maior Cuidado não tem “perna” para resolver algumas coisas. Então tem que passar, vai passando até o Programa resolver. O CRAS defende muito o idoso. Ele defende lá até o idoso morrer com a gente lá, que é uma coisa que não era para a gente estar lá mais. E assim, já aconteceu de idoso morrer e a gente está lá dentro. Aí a gente limpa para o SAMU ir buscar. A gente que faz isso. Já aconteceu de eu chegar e a idosa está morta e a Irmã dela cuidando dela, e eu assim, tá. Mas não é eu, não é

minha responsabilidade falar pra ela assim sua irmã morreu, não é minha responsabilidade, mas é uma coisa que já era, para estar em outro programa. Por exemplo, o SPEPEDI vai subindo, só que eles não passam, porque eles falam assim, ah, vai demorar, mas e aí? Mas o maior cuidado não tem pernas pra vai ficar segurando, essa é a responsabilidade, não é uma responsabilidade mais nossa.

Meu maior desafio é a gente não ter voz. Você leva pra o CRAS uma situação que você não tem o que fazer, você está dentro de uma situação e você não tem o que fazer. Para mim é um desgaste emocional muito grande.

Eu acho que é o diálogo entre o CRAS, a com a GDECOM, com os Centros de Saúde. Essa desproteção deles, sobra para a gente, porque se o CRAS não consegue dialogar com gente, eu não sei porque a GDECOM não se põe em cima do CRAS, eles apresentam a gente eles falam uma coisa que está errada, você sabe que está errado, mas também tem a responsabilidade de falar aqui técnico você está errado na frente do idoso. Que lá é assim tem a mania de levar a gente no dia que vai apresentar o idoso, falar do programa, tudo na mesma hora. E aí, eles falam assim, ela pode receber por você, não posso. Mas também não é minha responsabilidade falar para você não. Ele tem que escutar. Aí, você chega na casa do idoso, e ele está arrumadinho querendo receber, aí você fala que não posso. Já te xinga, você todo, e fala, mas o técnico que veio aqui falou que podia. E você sabe que tá errado. Você sabe que tá errado, você olha profundamente no olho do técnico e você fala, tá errado. Você tá entendendo? tá errado. E é uma coisa que não acontece uma vez ou outra. Acontece toda vez que está apresentando o Idoso é um problema diferente, e eles não sabem dialogar e a GDECOM resolve o problema dela te mudando de território. Você tem problema te muda de território.

A empresa não conhece você. Então, eles só dão ouvidos ao familiar, à família, e às vezes nem o CRAS. O CRAS também não escuta a gente. Então, não é assim que se resolve. Pelo menos pra gente que já tá passando por vários casos, por vários territórios, a gente não tem esse momento de poder falar o que está acontecendo, o que a gente está sentindo. Olha, talvez eu sei como poderia ser feito, mas eles não estão escutando a gente. Ninguém, ninguém mesmo. Fora o risco, né? Aconteceu uma situação lá no CRAS, e o técnico tem que abordar a Família, só que ele precisa tem sabedoria para abordar a família, sem comprometer o cuidador. Por exemplo, a Cuidadora X falou que você está falando isso, isso, isso.

Você sabe quando você chega no atendimento, e você encontra com a Irmã do idoso que ela acaba com você, fala um tanto de coisa. Aí eu tive que pensar, eu falei, nossa, mas acho que ele entendeu errado fulana, não, não foi isso que eu disse, não, a foi assim ele disse.

Em contrapartida, gente, eu acho que isso parte da empresa também, quando eu falo que a gente não tem suporte, que a gente não tem quem olhe por nós. Eu estive com infecção de urina e avisei a empresa, eu estou hospitalizada, não sei até quando. Todos os dias a empresa me ligou. Me

mandava mensagem perguntando do atestado. Aí eu disse, eu estou internada, não tem como ter atestado. Eu fiquei 14 dias internada, durante os 14 dias a empresa me pediu o atestado.

E uma outra senhorinha que tinha 93 anos, eu levava pintura, a gente fazia pinturas, recortava papelzinho, colava, fazia uns desenhos maravilhosos. Eu tenho mais de 100. Eu estava olhando assim, eu coloquei em cima da cama de casal, ficou como uma coxa. Ficou em cima da cama, no chão. Fiquei com ela tem muitos anos. E assim, aí quando tira assim da gente, nossa, eu assim, volto destruída. Eu choro horrores. Porque se apegar, não pode apegar. Então, o próprio Programa fala assim, não pode apegar. Nossa! Acabou comigo.

Na verdade, no Programa o rodízio é feito, é para ser feito, em 6 e 6 meses, para que todos os cuidadores passem por todos os idosos, porque quando a família assina o termo de compromisso, ela assina o termo, ela não pode escolher cuidador se é homem, se é mulher, religião, nada. Então ela tem que saber que vai ser trocado. Só que acaba acontecendo que às vezes não é trocado. Eu fique com uma idosa cinco anos.

Essa troca é entre nós, a Assistente Social, do CRAS junto com a nossa supervisão, eles fazem uma análise e troca os cuidadores para não ter aquele vínculo afetivo. Mas acaba tendo aquele vínculo, tem um idoso que estou a 5 anos.

Tem que lembrar também que, às vezes, quando acontece essa troca, o cuidador, ele começa a trabalhar por causa dessa dificuldade, de ter costume com o cuidador anterior até aceitar, aí quando aceita, deu seis meses. Tá na hora de fazer uma nova troca.

Tem um vínculo, só que quando ele se vem a falecer, querendo ou não, você tem um vínculo. Às vezes você fica de seis meses, um ano, dois anos. Quando eles vem a falecer, a gente não tem contato mais. Então, querendo ou não, às vezes o esposo a esposa, eles sentem falta. E você não volta mais na casa, nem vai te despedir.

Esgotamento

Tivemos um idoso assim. E ele resistiu por cinco anos. Cinco ou seis anos foi esse idoso. Ele morava sozinho, não era bem visto por nenhum vizinho. A vizinha que auxiliava ele, e ele era mal agradecido. Muito, muito, muito, muito. Chegou, às vezes o Cuidador na segunda-feira e ninguém foi lá, nem a vizinha que ajudava ele que não estava aguentando mais. Ele ficou o final de semana no chão, caiu porque já não estava mais aguentando andar. Levaram. O que é que tinha que ser feito? Porque ele também tem parkinson, mas ele é lúcido. Então, ele não aceitava ILPI. O caso dele era ILPI. Ele tinha família, mas a família toda se afastou dele, não queria saber dele de jeito nenhum. O que foi feito? Ele caiu, o cuidador, chamou o Samu. Como lá ainda é divisa entre Contagem e Belo Horizonte deu o maior problema. Porque o Samu de Contagem que levou ele. Cuidador teve que ir para Contagem. Depois teve que mandar dinheiro para o Cuidador poder vir embora. O idoso ficou em

Contagem. O Assistente Social do CRAS falou assim: Ele não tem ninguém. Vai ficar aí até vocês conseguirem uma ILPI pra ele que vai ter que ser compulsória.

E tem um porém, se você tá indo, sai da tua casa, tá indo pro seu, do trajeto de atendimento, se você sentir vontade de ir no banheiro, deu 5 pra 8, você não pode deixar esses 5 pra 8 pra trás, você tem que tá na casa do idoso. Caso você chegar lá 8 e 5, a empresa, estou falando aqui, não tem problema se alguém quiser comentar. A questão de 5 minutos está sendo descontado. Eles estão multiplicando esses 5 minutos. . Eles descontaram esse mês meu R\$ 40,00 do meu salário.

Porque o exercício na fisioterapia você tem que passar 4 vezes por dia ou 2 vezes por dia, 4 vezes por semana. Mas nós damos 2 dias na semana. E essa idosa, a gente tem que levar o idoso no posto de saúde referente deles e a fisioterapeuta passar o exercício. Então, ela circulou lá todos os dias. A família faz? Não. Não faz. Ai fala pro CRAS que vai fazer e aí o cuidador chega no horário que é pra dar o banho, fazer uma outra coisa, ai a família tipo assim, a família ajudar que a gente é o cuidador social, a gente faz uma parte e a família outra e acaba que a gente faz tudo. Já chegou a família perguntar, mas e o fim de semana e o feriado?

Aí ela fala comigo, minha filha, eu estou toda molhada,, porque a família não trata. Porque a cuidadora vai chegar, eu chego tá com vestido, está toda molhada. Eu não vou me esforçar porque tem o cuidador pra olhar. Eu vou esperar ela chegar. Já aconteceu de uma cuidadora, ela está de atestado, e eu fui substituir ela. Só que o atendimento da cuidadora, fixa, era 10 horas. A filha, dentro de casa, sem trabalhar fora, esperou chegar 12h40, porque era tão longe que eu cheguei lá de ônibus 2 e 40. 2 e 40 da tarde, a mulher estava com a fralda no dia anterior. Eu olhei assim, não quer dar banho beleza, espera eu dar banho, mas a fralda eu tinha que trocar. Eu olhei pra ela assim, e a idosa fica na parte debaixo da casa, só a cama e a televisão, e a filha lá em cima, não vai lá nem ver. O que adianta ter uma filha, nessa forma de pensar, eu prefiro que colocassem na instituição. Porque ela tá lá abandonada. Juro, não tem fogão, é só a cama dela. Sabe aquela casa de três cômodos, abandonada e ela em cima da casa dela com os netos. Eu fiquei assim de cara, esperando. Aí se você chega, tem tudo. Mas ela ir lá dar um banho, café também, trocar uma fralda não custa nada. Então ela espera. Eles esperam. Tem muito, caso.

E é assim, a gente chega lá que todo mundo tem problema. A gente já vai com os problemas da gente e chega lá e depara com os problemas deles. E , o que acontece? Na hora de ajudar, a família não quer saber de ajudar, eles acham que a gente está lá, que a gente tem que cozinhar, que tem que passar, que tem que arrumar a casa e cuidar do idoso. E na hora de, eu tenho uma idosa lá que teve trombose, ela conseguia me ajudar, agora eu tive que assinar um documento tipo assim, com orientação, a partir de hoje, você não pega ela sozinha mais, a família tem que te ajudar. Se der para dar o banho de chuveiro, se não der, vai ser o banho de leito. Então, a partir de hoje, você não mexe com ela sozinha. E tá lá correndo a briga entre os três irmãos. Porque vem uma casada de outro lugar, ficou comigo três dias, aí, agora, a que mora do lado da casa da idosa pra ajudar, ela não quer ajudar, porque a outra mulher que mexe com o dinheiro, ela acha desaforo isso, a gente escuta e a gente não pode interceder.

Fonte: elaborado pelo autor.

A primeira categoria de análise desta unidade tema refere-se ao **Relacionamento entre CRAS e GDECOM**. As principais questões apontadas aqui dizem respeito às dificuldades na relação entre a Equipe do CRAS e a GDECOM, destacando a falta de participação nas decisões que afetam diretamente o trabalho do cuidador e da cuidadora, e a ausência de suporte, por parte dos dois órgãos, quando demandados, especialmente em situações de conflito ou de risco.

Relataram que, em situações de tensão com a pessoa idosa ou com os familiares, a versão apresentada pela família é a considerada. Em casos de famílias que demandam mais atenção e em que o cuidador ou a cuidadora conseguem estabelecer um manejo dos conflitos existentes, esse ou essa profissional acaba se tornando a referência fixa para a família, sem previsão de substituição, mesmo quando a sobrecarga de trabalho se torna evidente, comprometendo as condições de trabalho e de saúde do cuidador e da cuidadora.

Por outro lado, quando a pessoa idosa ou seus familiares solicitam a troca do cuidador ou da cuidadora, essa substituição é realizada de forma ágil, demonstrando uma diferença significativa no tratamento dessas situações.

Segundo os trabalhadores e as trabalhadoras, uma das diretrizes estabelecidas no PMC é o rodízio dos cuidadores e das cuidadoras a cada seis meses, com o objetivo de evitar a criação de vínculos afetivos entre estes profissionais e as pessoas idosas, bem como diminuir a sobrecarga nos casos mais complexos. No entanto, essa prática nem sempre é seguida e, quando aplicada, pode gerar sofrimento tanto para os cuidadores e as cuidadoras quanto para as pessoas idosas e suas famílias, que precisam se adaptar com a chegada de um ou uma nova profissional.

Em relação à rotatividade dos cuidadores (as), as percepções são variadas. Alguns e algumas consideram que as trocas frequentes afetam negativamente a qualidade do cuidado, gerando resistência por parte das pessoas idosas e seus familiares. Essa resistência pode resultar em dificuldades na continuidade dos atendimentos e na construção de relações de confiança.

Por outro lado, outros (as) declararam a rotatividade como parte natural da rotina e não a consideram um problema significativo. Argumentam que as trocas permitem que casos mais complexos tenham uma nova referência de cuidado, o que

pode proporcionar diferentes abordagens e contribuir para a qualidade do atendimento.

Outro ponto levantado pelas pessoas participantes foi o tratamento adotado pela GEDCOM em relação a atrasos, ausências para consultas médicas e apresentação de atestados médicos. Os cuidadores e as cuidadoras relataram que, mesmo em casos de internação hospitalar sem previsão de alta, a empresa entra em contato para questionar quantos dias serão necessários de afastamento. Também houve relatos de descontos na folha de pagamento devido a atrasos.

Também foram narradas situações em que, antes mesmo do cuidador ou da cuidadora chegar ao atendimento, a família já havia informado o atraso ao CRAS, que, por sua vez, comunicou o fato à empresa. Nesses casos, a empresa envia mensagens ao trabalhador ou à trabalhadora solicitando explicações sobre o motivo do atraso e questionando se ele ou ela irá comparecer ao trabalho naquele dia. Tais posturas configuram invasão de privacidade e comprometem o repouso e o bem-estar do cuidador e da cuidadora, podendo ser interpretadas como indícios e agravantes de assédio moral.

A segunda categoria de análise desta unidade tema é o **Esgotamento Emocional dos cuidadores e das cuidadoras**. Sobre esta categoria, os cuidadores e as cuidadoras destacam a falta de empatia e compreensão por parte das equipes técnicas, o que contribui para o desgaste emocional.

Eles e elas relatam situações em que familiares, mesmo orientados a realizar procedimentos na pessoa idosa, como cuidados que deveriam ocorrer quatro vezes ao dia ou duas vezes por semana, simplesmente não os realizam. Nesses momentos, a família acaba transferindo essa responsabilidade para o trabalhador ou trabalhadora – que atende à pessoa idosa somente em dias específicos –, sobrecarregando-o (a) com tarefas que deveriam ser de responsabilidade dos familiares.

Diante desse cenário, os cuidadores e as cuidadoras sociais ficam submetidos e submetidas a intensos processos de esgotamento. De acordo com a realidade identificada em alguns estudos,

[...] o cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta frequentemente desconforto e sentimento de solidão, quando não sente apoio de outros membros da família. A necessidade de dividir com outras pessoas o desgaste provocado pelas situações de enfrentamento de eventos negativos indica a vontade de suavizar o impacto provocado pela carga de tarefas (Luzardo *et al.*, 2006 *apud* Araújo *et al.*, 2012 p. 122).

Acredita-se que as ações da equipe do CRAS, no trabalho social realizado com as famílias e em consonância com os documentos que normatizam o PMC, possam fortalecer a função protetiva familiar. A perspectiva é de envolver os familiares da pessoa idosa atendida no cuidado, de modo que a responsabilidade não recaia exclusivamente sobre o cuidador e a cuidadora. Assim, busca-se equilibrar a carga de trabalho e promover uma divisão mais justa e colaborativa das responsabilidades.

Alguns relatos apontam casos de pessoas idosas acompanhadas há anos pelo mesmo cuidador ou pela mesma cuidadora, mesmo em situações em que não há envolvimento ou suporte familiar. Essas pessoas permanecem no Programa sem que sejam feitos os devidos encaminhamentos para outros serviços ou, quando necessário, para uma instituição de acolhimento.

Segundo os cuidadores e as cuidadoras, essa continuidade de atendimento não deveria ocorrer nesse nível de proteção social básica. Nessas situações, as pessoas idosas estão tendo seus direitos violados e deveriam ser encaminhados para a proteção social de média e alta complexidade. Diante da perspectiva de falta de resposta, os cuidadores e as cuidadoras se veem com profundo esgotamento emocional, pois há uma percepção de estagnação e negligência nas demandas apresentadas, sem que medidas efetivas sejam tomadas ou que familiares sejam responsabilizados e orientados.

Conforme Araújo *et al.* (2012), a ausência de apoio para lidar com a sobrecarga física e mental decorrente do trabalho diário impacta diretamente a saúde dos cuidadores e das cuidadoras. Entre as consequências relatadas estão sintomas de depressão, ansiedade, dores musculares, cefaleias persistentes e insônia, agravados pela falta de suporte familiar.

Com relação ao esgotamento emocional advindo do trabalho, verifica-se que,

[...] quando a exposição prolongada ao estresse do trabalho afeta o bem-estar do cuidador, desgastando-lhe os recursos físicos e psicológicos [de acordo] com o que hipotetizam os autores, o bem-estar declinará linearmente ao longo do tempo com a exposição contínua a uma situação estressante (Araújo *et al.*, 2012 p. 119).

Mesmo quando a pessoa idosa ou o seu familiar têm ciência das funções e responsabilidades dos cuidadores e das cuidadoras – responsabilidades que constam no do Termo de Consentimento, assinado pelas pessoas envolvidas –, muitas famílias demandam que esses e essas profissionais realizem atividades que não fazem parte de suas atribuições. Os cuidadores e as cuidadoras ressaltam a importância de

estabelecer um diálogo com a pessoa idosa e seus familiares para esclarecer quais são suas responsabilidades e, assim, evitar que tarefas que não competem a este trabalhador ou esta trabalhadora sejam solicitadas, evitando ainda conflitos e desgastes entre o cuidador e a cuidadora social, a pessoa idosa e sua família.

4.11 Unidade tema de análise - Saúde dos Cuidadores

A terceira e última unidade tema de análise proposta neste estudo foi **Saúde dos Cuidadores e das Cuidadoras**, composta por duas categorias de análise, conforme apresentado no quadro 10. Na sequência, realiza-se discussão das categorias de análise desta unidade tema à luz dos referenciais teóricos adotados neste estudo.

Quadro 10 – Saúde dos Cuidadores e das cuidadoras.

Impacto na Saúde Física e Mental
O emocional também. Terça e quinta meu emocional está à flor da pele. Tenho essa idosa que ela tem alzheimer, eu fico lá 3 horas e meia chorando na minha cabeça... eu extravaso com meu marido. Toda vez que eu chego, porque lá eu não posso extravasar, eu tenho que me acalmar de ficar lá com ela. E assim, já foi médico, porque ela não sabe se é manha, só sei é que ela teve, um AVC no ano passado. E assim, poxa, ela chora, ela grita. Nem ir no bairro eu consigo, eu tenho que ficar lá alisando ela. Nossa eu já chego estressada, já chego brigando. Terça e quinta-feira. Eu adorei, eu estou aqui na terça-feira. Se pudesse eu estaria fora toda terça e quinta. A hora da entrega de EPI semana que vem, vai ser na quinta-feira, eu já estou feliz. Os meus meses de Médicos oftalmologista, vai ser terça, um na terça e na outra terça também, estou feliz. Eu só tenho período saúde mental, gente. É muito estressante. É isso. Eu fico 4 horas fazendo a mesma coisa, falando a mesma coisa. E é idoso assim. Não tem condição de você pegar e levar na mão. Não tem condição de você fazer isso. Aí você fica ali e é desgastante. Você fala no CRAS e diz que é assim mesmo. O doutora, eu arrumei uma dor aqui assim que na hora que estou na cama eu viro, ai gritando. Eu consulto no hospital X. O médico passou duas medicações e nada. Aí liguei para uma colega minha que é farmacêutica.... Ela disse, toma uma beta trinta. E fui lá, tomei [...] Aí eu expliquei que era uma situação que tinha tomado um remédio lá que o médico não deu em nada, nenhuma melhora. Foi só eu tomar essa injeção e ele me passou um outro remédio lá. A dor sumiu. Mas eu sinto que quando eu pego um peso... Inflamação. Inflamação aqui, ó.

Então assim, os cuidadores estão ficando doentes mesmo? Então você tem que ir para um médico para ter alguma infecção de urina.

Dor no joelho, eu sinto uma dor no joelho que ela é crônica...

Aí, assim, pega sete dias de atestado, já quebra as nossas pernas, porque para mim o atestado não deveria descontar nada. De descontar nada, porque você ficou doente.

E às vezes, a saúde não que o idoso tem uma doença que é transmissível. E você descobre quando você já está lá há três meses. E assim, não é que você não vá fazer o atendimento, de jeito nenhum, e para você ter cuidado com isso também. Eles não falam, eles não falam. Aí, do nada, você ouve uma conversa, da pessoa da assistência social falando.

No território que eu trabalho, eles têm a mania de pegar os mais novos, e dar o atendimento pior que existe. E as pessoas que são mais velhas, eles dá atendimento muito tranquilo. É só ir lá conversar direitinho. Eu tenho 30 anos, e tenho dores na coluna de uma pessoa gente, que eu vou te falar. Eu peguei um atestado de quatorze dias porque eu não estava conseguindo me mexer. Então, se você foi contratada igual a mim, é de nós dois os atendimentos. Lá não, eles falam assim, você aguenta, você é forte.

Nossa! É como se a gente não pudesse adoecer. Às vezes você fica quatorze dias sem me ver, quando você volta, o idoso está com ferida até no olho. A família exige da gente um atendimento que eles não fazem de jeito nenhum. Eles querem que nós fiquemos fazendo aquela coisa impecável. E quando a gente tá doente, você volta e o idoso está terrivelmente pior. Aí você sai com um atestado de dor de coluna, volta, você volta, tem dois, idosos com o triplo do seu peso para você segurar. Aí você não fala não. A Família ainda fala, tenta não adoecer, boba!

A empresa uma vez falou pra nós que a gente estava levando coisas a mais deles. Porque eu pego um absorvente então assim, vou fazer um mês que eu estou menstruando, se eu estou com mioma, então eu tenho que levar muitas coisas. Coisa particular minha. Aí eles acham que você tem que levar somente o essencial.

E a gente fica na rua de de 8 às 5. Gente, eu preciso comer, senão eu passo mal. Minha pressão, ela realmente, ela baixa. Então eu levo muita coisa, mas você também não pode comer dentro da casa do idoso. Você tem que comer na rua. A gente come na rua. Às vezes eu deixo de comer porque eu posso dar pra ele.

Em relação à questão do atestado, aconteceu comigo eu estava gripada, com risco de gripe, e fui trabalhar. Coincidentemente, o médico e a enfermeira foram fazer visita na residência onde eu estava

atendendo, e eram dois idosos. Assim que a enfermeira entrou, eu atrasei, eu estava usando EPI, tudo direitinho, e eu espirrei. A enfermeira falou pra mim assim, você não pode ficar aqui não, você tá gritada, aqui são dois idosos. Aí virou o familiar e falou assim, olha, ela vai retirar do atendimento agora porque ela não pode trabalhar desse jeito. Aí eu falei, mas o que eu vou fazer? Porque se eu for no médico, eles não vão me dar testado. Ela falou, você vai lá no centro de saúde, ela me mandou pro centro de saúde, de onde ela é alocada, onde eu trabalho, e você vai explicar a sua situação, falar que você faz atendimento de dois idosos, você vai fazer um teste de Covid, se você não estiver com Covid, você vai pedir um testado de tantos dias pra você ficar afastada do trabalho. Gente, o médico estava lá e eu peguei e falei, se não quiserem me atender Aí ela falou, você me espera que assim que a gente sair daqui o doutor x te atende. Nesse dia, gente, eu fiquei o resto da semana sem trabalhar. Assim que eu saí de lá, não estava com covid, foi numa terça-feira Mas eu fiquei o resto da semana com febre E se ela não. Tivesse passado lá e me dado a suplementação? Porque muitas vezes a gente vai no médico e o médico fala assim, dá um monte de dipirona te orienta naquele dia a voltar pra casa ou te dá a declaração de comparecimento. Você tem que ir trabalhar mesmo passando mal, né?

A coluna é o principal, por causa da mochila pesada. Por levarmos tanto peso que é necessário e por lidar por causa do nosso dia a dia. O dia a dia é muito pesado, então não é fácil. Por mais que você tenha ali um atendimento que é mais tranquilo, mas você vai ter dois, três que é pauleira o tempo todo. Então, é muito difícil. Eu vi ela falando que tem uma acompanhante, né? É muito difícil, né? É muito difícil você ter um outro cuidador acompanhando, ajudando você, no seu atendimento. Isso é muito raro. Então, normalmente, é só a gente mesmo. E aí, vai coluna, vai entrando mais.

É, porque ela vai puxando assim. Então o nervo ciático inflama, vire e mexe você tem que ir na UPA, o joelho doi. Eu já cheguei a ficar doente do dedo e o pé como se fosse trombose, mas aí quando eu fui ver, era o nervo ciático inflamado. O dedão e o pé morreu. Eu achei que estava com trombose. Mas o psicológico, quando eu cheguei mesmo eu chorava. Deu ir num atendimento e não achar a casa, não atendeu ele. Cobrir o horário dos outros e não saber, eu chorava com vontade de ir embora e largar tudo. Esse dia quase, quase que eu surto.

Tenho observado minha pressão. A pressão tá alterando, a vida inteira. Na minha gestação sempre foi 11 por 7, 12 por 8. Agora tá sempre 13 por 8, 14 por 9.

Tem as dificuldades das vezes ter infecção de urina, porque nós não tomamos água... Tem água para beber, que a gente tenta levar, mas dependendo do local, como não tem banheiro, você não toma água, senão você vai ter que ficar segurando o xixi.

Ansiedade, né? Às vezes as pessoas entram em um lugar difícil e não conseguem lidar. Às vezes também não tem o suporte necessário, que precisa lidar com aquele desafio ali. Depressão também. Na minha equipe também tive muitas... as meninas de afastamento por isso, por ansiedade, crises. problemas respiratórios também, cheguei ir numa casa, eu fui num dia e no outro dia eu já dava com

bronquite asmática, um quadro assim muito evolutivo, muito rápido mesmo, por conta de mofo, infiltração, gatos, pelos de gato, poeira, então assim, são outras questões também, motora, inchaço nas pernas, porque a gente fica muito tempo em pé, ou muito tempo sentado, ou muito tempo deslocando.

Aí, assim, pega sete dias de atestado, já quebra as nossas pernas, porque para mim o atestado não deveria descontar nada. De descontar nada, porque você ficou doente.

Olha, eu já tive uma colega que perdeu o trabalho porque ela estava com um problema sérrissimo de coluna, porque ela tinha que pegar o idoso sozinho para dar banho no idoso, dar alimentação e fazer as trocas. Por ela ter pegado e testado, pegou 3, 4, 5, assim que ela melhorou, eles dispensaram ela. Eles não ligaram pra... Olha gente, a nossa saúde tem que ser olhada, sabe? Eu acho que a empresa tinha que valorizar a nossa questão da nossa saúde, a nossa saúde corporal, mental. Nós estamos precisando.

E as vezes você passa mal no atendimento, você tem que ir no hospital, no mesmo dia, pra você pegar o atestado. Sim. Porque eles nem perguntam assim, você está bem? eles falam assim, quando você pegar seu atestado, você envia, mande foto.

Mas como eu lembro na pandemia, eles só estavam atendendo os serviços essenciais. O CRAS fazia o monitoramento do idoso que precisava de mais atendimento. Os acamados que foram mais. A gente fazia o atendimento e ia embora. Fazer o atendimento de 8h até 10h da manhã e ir embora.

Prazer no Trabalho com Idosos

E sem contar que assim, o idoso, alguns que eu já percebi assim, não é todos que você chega e que ele gosta, não. Idoso se ele gosta, ele gosta mesmo. Eu, graças a Deus, eu tive a sorte de todos gostarem muito de mim. Aí, na hora que tirou a minha idosa, ela ligou pra minha técnica do CRAS e falou assim, me dá o telefone da empresa dela, que eu vou ligar pra lá, que eu tô achando um absurdo, de repente, me ligam tirando a (fulana). Aí eu falei com ela assim, mas tem os giros, tá? Ah eu chorei horrores. E já tô querendo chorar de novo. A família dela toda me acolheu, sabe?

Essa situação é que. Tem as trocas. De 6 em 6 meses. Por causa da afetividade, não só idoso, mas da família também. Porquê isso gera sofrimento para a gente também. Por exemplo, a Família dela não aceita ter outro cuidador que vai tirar ela de qualquer jeito. Por que tem que ter a troca. Só que se eu entrar lá, eu vou ser punida. Então, eu vou sofrer como cuidador, porque a família não vai aceitar.

Eu acho que a ideia do Programa não é ser eterno no Programa. A gente trabalha vínculos familiares e fortalecer. Para que daqui a um tempo eles possam caminhar sozinhos. É difícil e raro de acontecer, mas também aconteceu lá no CRAS (nome x). Essa filha, quando ela chegou no Programa, ela

queria institucionalizar o Pai dela. Porque ele foi uma pessoa muito difícil, muito ruim. Ninguém gostava dele. Ela tinha problema com ele. Então tudo que ele fazia, a situação dele, às vezes o babar, sujar, alguma coisa, ela achava que estava confrontando ela. Então ela chegou no CRAS o e disse que quero institucionalizar ele porque ele é mal. Ele fez isso, fez aquilo. Aí, com o tempo, na casa dela, ela entendeu, falou, não, não é assim, você viu que ele está ficando debilitado, que está acontecendo isso? Aí, ela foi percebendo. A situação dele foi se agravando assim, com a mente dele, com o movimento, tudo ele foi declinando, aí ela foi entender que ele estava doente mesmo. Mas, cara, é muito difícil fortalecer vínculos quebrados.

É, eu acho que tem que ter o dom, né, de gostar, se olhar o salário não é muito recompensador, mas a gratidão que eles criam, né, eles têm com a gente, com cada coisinha que você pode fazer, né, largar seus afazeres, sua família, né, trabalhar no seu emocional, ver que eles estão melhorando na saúde, a qualidade de vida, a gente leva a qualidade de vida pra eles, um pouco melhor, e a família é um trabalho, é um processo, né?

E ele se sente importante. Tipo assim, porque a maioria fica lá no quarto sozinha, só leva comida e água e quando a gente chega, a gente tira eles, conversa, a atenção é só pra eles. Então, eles se sentem importantes.

Então, assim, o brilho deles, né? no olhar de fazer uma unha, né? de cortar a unha, passar um esmalte, passar um batom, trançar o cabelo pro final de semana, não vai ter ninguém pra pentear, então você deixa os trancinhas bem ajeitadinhas pra segunda você chegar e tá lá. E você escutar, nossa, tava com saudade de você, é só com você que eu posso conversar, você vê que você é um pedacinho do céu para aquelas pessoas que você está atendendo ali. Então isso é muito gratificante.

Aí eu tinha uma idosa também, ela é da parte da tarde, aí a filha não tem muita paciência não, né? Porque a gente ficava sendo psicólogo, né? tem que escutar a família e a idosa, aí eu falo pra filha assim, não, pode ir lá cuidar, vai dormir um pouquinho, deixa ele ir com a sua mãe. Aí como eu fiquei de atestado, quando eu voltei, ela disse, ô menina, você veio, né? já tava aqui aí eu falei com a mamãe que ela precisava tomar banho, que ela precisava fazer isso, que você não ia vir. Aí ela disse, não, mas no meu coração eu senti seu cheiro. Eu pensei, gente, como é bom, né? Você é um brilho, né? Uma luz para aquela família, não só para o idoso, mas também para a família toda porque é só um mundo para conversar um pouco e você escutar. E você pegar ali um pouco e dar um conselho não é conselho, mas falar o que você acha, moça, se você fizer assim, aí vai lá e faz, aí depois quando você volta. Mas você sabe aquele conselho que você me deu? Fiz aquele jeito, deu certo. Sabe bem? Mas você coloca algo, o fermento no bolo, né?

A primeira trata do **Impacto na Saúde Física e Mental**. Diversos problemas de saúde física e emocional, diretamente relacionados às condições de trabalho, foram relatados. Entre as queixas mais frequentes, destacam-se as dores na coluna e nos joelhos, muitas vezes associadas ao carregamento de mochilas pesadas – transportadas a pé – e à realização de transferências de pessoas idosas.

Esse quadro representa a realidade de muitos cuidadores e muitas cuidadoras, em conformidade com dados de pesquisa em que “a alta porcentagem de problemas de coluna parece estar intimamente relacionada com as atividades diárias de cuidados com os idosos, que envolvem o uso da força muscular e, muitas vezes, posturas inadequadas” (Resende; Dias, 2008, p. 794).

Outro problema amplamente mencionado foi a ausência de banheiros em condições adequadas de uso nos domicílios atendidos – muitos sem porta ou sem higiene básica. Essa precariedade leva os cuidadores e as cuidadoras a “segurar o xixi”, o que frequentemente resulta em infecções urinárias recorrentes.

Nesse mesmo direcionamento dos apontamentos feitos pelos cuidadores e pelas cuidadoras desta pesquisa, a literatura também expõe os problemas de saúde que afetam esses trabalhadores e essas trabalhadoras. Segundo Silva *et al.* (2021, p. 5572):

Alguns problemas de saúde que podem acometer os cuidadores são: dores lombares (lombalgias), dores articulares (artralgias e artrites), hipertensão arterial sistêmica (HAS) – problemas físicos, perda de equilíbrio financeiro e de relacionamento familiar e ocupacionais – sobrecarga objetiva, bem como sintomas psiquiátricos, uso de medicamentos psicotrópicos, efeitos sociais e emocionais – sobrecarga subjetiva.

Além dos desafios físicos, o impacto sobre a saúde mental foi ressaltado em diversos relatos. Ansiedade, depressão e estresse emocional são queixas comuns, especialmente no atendimento de pessoas idosas com doença de Alzheimer, demência ou sofrimento mental.

Sobre os relatos de ansiedade, depressão e estresse emocional no atendimento às pessoas idosas com questões de saúde mental, Minayo (2021) chama atenção para o fato de que:

Cuidar sempre afeta a vida da cuidadora. Em estudos que as comparam com a população em geral, são representadas com pior saúde física, mais frequente uso de medicamentos, taxas elevadas de depressão e ansiedade, estresse, distresse, menor satisfação com a vida e sensação de sobrecarga. Existem evidências de que o comprometimento cognitivo e a doença mental do idoso são mais onerosos para quem cuida deles, do que os problemas

físicos. Os agravos da própria saúde mental da pessoa que acompanha o idoso, frequentemente aumentam à medida do tempo gasto no cuidado (Minayo, 2021, p.9).

Desse modo, Martins *et al.* (2019, p. 2) alertam ainda que:

Como consequência da perda progressiva da memória e da autonomia, concomitantemente às mudanças comportamentais e psicológicas dos idosos doentes, os cuidadores são submetidos a transtornos psicológicos, tais como ansiedade, depressão e estresse, quando comparados a indivíduos que não exercem essa função.

Uma preocupação recorrente levantada pelos cuidadores e pelas cuidadoras foi a falta de transparência e orientações em relação às condições de saúde das pessoas idosas atendidas. Muitos relataram só descobrir, meses após o início do atendimento, que a pessoa idosa tinha doenças ou infecções transmissíveis.

Eles e elas destacaram que essa informação não seria motivo para recusar o atendimento, mas sim de adotar maiores cuidados durante as intervenções. Por isso, é importante que haja conhecimento e orientação prévia para preservar e intensificar os procedimentos necessários ao bem-estar e à saúde da pessoa idosa, bem como do cuidador e da cuidadora social.

Os cuidadores e as cuidadoras também relataram que, após períodos de afastamento por motivos de saúde, retornam aos domicílios das pessoas idosas e ficam submetidos (as) a condições de trabalho ainda mais desgastantes. Isso ocorre porque, durante sua ausência, familiares muitas vezes não assumem as responsabilidades do cuidado, acumulando ainda mais tarefas para o cuidador ou cuidadora. Esse ciclo agrava tanto os problemas de saúde já existentes quanto o desgaste emocional do cuidador e da cuidadora social.

Diante disso, faz-se necessário construir estratégias de promoção de saúde para esses trabalhadores e essas trabalhadoras, com base em análises e ações propostas em estudos sobre a temática em questão, pois:

A atenção à saúde do cuidador deve ser estabelecida a partir da capacidade de determinar as necessidades de saúde desse público, e de planejar e avaliar as intervenções relacionadas ao cuidado para as pessoas, com base em seus desejos e particularidades (Martins *et al.*, 2019 p. 2).

É fundamental destacar que, a partir do levantamento das demandas legítimas relatadas pelos cuidadores e pelas cuidadoras no âmbito coletivo, torna-se imperativo planejar ações voltadas à prevenção, promoção da saúde e intervenções direcionadas a esse público, bem como realizar avaliações periódicas dessas iniciativas, com o

objetivo de mensurar o impacto das ações na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras e, conseqüentemente, promover a melhoria das condições de trabalho. Isso se justifica porque:

A sobrecarga reflete os níveis tensionais associados ao cuidado e é explicada pela combinação de condições relativas ao perfil do cuidador, contexto de cuidado, enfrentamento e apoio, e às manifestações do estresse. Vários autores demonstraram a relação negativa entre sobrecarga e qualidade de vida, ou seja, quanto maior o nível de sobrecarga, menor será a qualidade de vida do cuidador (Batista *et al.*, 2023 p. 6).

Ainda segundo Batista *et al.* (2023), a prestação de cuidados, frequentemente, desvia a atenção do autocuidado, o que não pode ser negligenciado pelo cuidador ou cuidadora. A ausência de cuidado pode levar esse trabalhador e essa trabalhadora a estar propenso a problemas de saúde, que podem se manifestar através de sintomas e agravos como insônia, ansiedade, depressão, ganho de peso corporal, dentre outros, que acabam repercutindo na qualidade de vida.

Por fim, merece destaque a categoria **Prazer no Trabalho com Idosos**. De maneira geral, os cuidadores e as cuidadoras relataram um sentimento de realização com o trabalho que desempenham. Eles e elas expressaram sentimentos como afeto, carinho, cuidado, respeito, empatia e amor nas experiências de cuidados com as pessoas idosas.

Declararam dificuldade em desapegar das pessoas idosas atendidas após longos períodos de convivência, evidenciando o impacto emocional causado no afastamento em decorrência do rodízio de profissionais. Apesar dos desafios enfrentados no cotidiano, muitos e muitas destacaram o valor e o significado emocional de sua atuação, apontando a gratificação e alegria que sentem ao perceberem, através de seus cuidados, o impacto positivo do Programa Maior Cuidado na vida das pessoas idosas atendidas.

O vínculo afetivo que se desenvolve no cotidiano do processo de trabalho é reconhecido como uma importante fonte de satisfação profissional. Os cuidadores e as cuidadoras ressaltaram que o reconhecimento das pessoas idosas e de familiares – expresso por meio de olhares, gestos ou palavras de agradecimento – torna o trabalho significativo e fortalece o propósito de continuar nesse exercício profissional, mesmo diante de inúmeros e complexos desafios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Maior Cuidado é uma iniciativa inovadora no Brasil, especialmente em Belo Horizonte, pois visa oferecer suporte às pessoas idosas dependentes ou semidependentes, bem como às suas famílias, em situações de limitações, restrições ou dificuldades de acesso à rede socioassistencial e intersetorial nos territórios de abrangência dos Centros de Referência da Assistência Social.

Tendo em vista o crescente envelhecimento da população e a consequente necessidade de ampliar os serviços públicos para atender às demandas específicas das pessoas idosas no ambiente do domicílio, sua inovação também reside no fato do Programa ser uma estratégia de proteção à pessoa idosa, desenvolvido pela Política Pública Municipal de Assistência Social, integrada à Política Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG.

Como vimos na análise documental, para viabilizar a execução do PMC, a Prefeitura de Belo Horizonte firmou um Termo de Parceria com a Organização da Sociedade Civil, denominada Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), para contratação de trabalhadores (as) – denominados cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas – para oferecer atendimento domiciliar às pessoas idosas e suas famílias inseridas no programa.

Nesse contexto, destaca-se ainda que o trabalho das cuidadoras e dos cuidadores sociais, no PMC, é viabilizado por meio da terceirização, com vínculos empregatícios regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, 1943). Essa configuração, embora garanta direitos trabalhistas formais, não assegura, por si só, condições adequadas de trabalho – especialmente quando a gestão terceirizada prioriza a execução das metas pactuadas em detrimento do bem-estar dos trabalhadores e das trabalhadoras.

A terceirização, nesse caso, distancia a contratante (a PBH) da responsabilidade direta pela promoção da saúde laboral e pela melhoria das condições de trabalho, evidenciando a urgência de dispositivos contratuais que considerem esses aspectos como parte essencial da qualidade do serviço prestado e da valorização da força de trabalho no âmbito da Política de Assistência Social.

Dessa forma, o presente estudo analisou as condições de trabalho e saúde dos cuidadores e cuidadoras sociais de pessoas idosas vinculados ao PMC. Nesse percurso, a questão norteadora da pesquisa se orientou a partir da indagação: quais

são as possíveis repercussões do trabalho dos cuidadores e das cuidadoras sociais das pessoas idosas do PMC no município de Belo Horizonte/MG, tanto para sua saúde quanto para o trabalho que desempenham?

Do ponto de vista empírico, a pesquisa nos levou ao processo de análise, dialogando entre os fundamentos teóricos e os dados representativos da realidade investigada. Assim, os dados obtidos a partir do questionário semiestruturado revelaram o seguinte perfil sociodemográfico destes trabalhadores e trabalhadoras: a maioria é composta por mulheres cisgênero e por pessoas pardas ou pretas; 53,9% declararam ter filhos que dependem de seus cuidados; enquanto 53,9% possuem apenas o Ensino Médio como escolaridade, e 41,7% declararam estar casados ou casadas.

A principal fonte de renda é o próprio salário. A maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras tem vínculo de 1 a 5 anos, cumprindo uma jornada diária de 8 horas, de segunda à sexta-feira. Quanto ao local de residência, 89,6% declararam que moram em Belo Horizonte, enquanto o restante reside em municípios da Região Metropolitana da capital.

Quanto aos determinantes das condições de trabalho, os trabalhadores e as trabalhadoras estão submetidos e submetidas a sobrecarga de trabalho, o que fica evidenciado pela descrição das funções e deveres que eles e elas têm de realizar, conforme identificado nos documentos relacionados ao PMC, nos registros dos questionários e na análise dos grupos focais.

Essa sobrecarga é constatada pelo curto tempo destinado a cada atendimento, variando entre 2 a 4 horas por domicílio, além do volume de atribuições nesse intervalo de tempo, e pela realização de mais de um atendimento por turno, ou até mesmo atendimentos simultâneos, ou seja, duas pessoas idosas no mesmo horário com diferentes graus de dependência, sem ou pouca ajuda dos familiares nas atividades de cuidado.

Os atendimentos ocorrem, em sua maioria, em vilas e favelas situadas em áreas acidentadas, que correspondem aos territórios de abrangência dos CRAs. Entre um domicílio e outro, devido à ausência de vias que permitam o trânsito de ônibus, os trabalhadores e as trabalhadoras combinam caminhadas com o transporte coletivo até onde é possível, gastando em média 11 a 30 minutos por trajeto, carregando consigo os materiais de trabalho que pesam aproximadamente 10 kg.

Cerca de 40% dos cuidadores e das cuidadoras relataram ter diagnóstico médico de algum problema de saúde, fazendo uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos e aqueles destinados ao controle do diabetes *mellitus*. Entre os problemas de saúde informados, destacaram-se problemas de saúde mental, problemas relacionados a distúrbios metabólicos e doenças osteomusculares. Em relação aos registros de afastamento do trabalho, as principais causas que geraram afastamentos foram crises de ansiedade e depressão, seguidas por episódios de dengue.

Foram identificadas situações de racismo, constrangimento e, em alguns casos, assédio moral e sexual. Essas vivências apontaram os riscos inerentes ao trabalho no ambiente doméstico das famílias atendidas, em que a falta de supervisão direta e de protocolos de proteção agrava a exposição dos cuidadores e das cuidadoras. A necessidade de suporte mais efetivo, políticas de acolhimento e medidas para prevenir e combater o racismo, o assédio e outras formas de violência, revela-se fundamental para garantir condições de trabalho dignas e seguras para os trabalhadores e as trabalhadoras.

Vale ressaltar que os relatos de cuidadores e cuidadoras sociais apontaram vivências de racismo durante os atendimentos. Essas experiências, muitas vezes naturalizadas no cotidiano, geram sofrimento psíquico e reforçam desigualdades estruturais no ambiente de trabalho. É fundamental afirmar que o racismo é crime, conforme estabelece a Lei nº 7.716 de 1989, e não pode ser tolerado sob nenhuma circunstância.

Diante disso, é essencial que a gestão adote medidas para acolher, orientar e proteger os profissionais que vivenciam essas situações, além de promover ações permanentes de formação antirracista e garantir canais seguros e acessíveis para denúncia e responsabilização dos casos identificados.

A análise do material empírico deste estudo revelou que as atividades de cuidado com a pessoa idosa são complexas, desgastantes e diversificadas, variando conforme o grau de dependência da pessoa idosa, a participação dos familiares e as condições estruturais das residências. Além das demandas relacionadas à política de Saúde, os cuidadores e as cuidadoras também precisam atender às demandas do campo da Assistência Social, o que torna o trabalho ainda mais desafiador e complexo.

Apesar disso, ficou evidente, pela análise documental realizada, que a saúde e as condições de trabalho desses e dessas profissionais não estão na prioridade das intervenções da Gestão do Programa, no âmbito da prevenção da promoção de cuidados, indicando a necessidade de incluir essas questões nos contratos da Política de Assistência Social do município. Cabe destacar que o contrato vigente com a empresa responsável pela contratação dos cuidadores e das cuidadoras expira em 30/06/2025, configurando um momento oportuno para avaliações e melhorias em sua gestão e execução.

Embora alguns documentos apontem a necessidade de melhores condições de trabalho, essas demandas se limitam aos profissionais com vínculo efetivo, excluindo trabalhadores e trabalhadoras contratados e contratadas. Diante dessa constatação, avalia-se a necessidade de desenvolver políticas públicas voltadas para “a redução dos riscos inerentes ao trabalho por norma de saúde, higiene e segurança”, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, considerando o ambiente de trabalho dos cuidadores sociais de idosos, que se mostrou com risco e agravamento das condições de saúde.

Durante a investigação, ficou evidente que, além da gestão realizada por equipes do CRAS, dos Centros de Saúde e da GDECOM, os familiares das pessoas idosas também desempenham um papel de controle e fiscalização, avaliando a atuação dos cuidadores e das cuidadoras e a qualidade do serviço prestado.

Observou-se que as vedações a algumas atividades funcionam como mecanismos de proteção, impedindo que esses e essas profissionais sejam obrigados e obrigadas a realizar tarefas que ultrapassem suas atribuições e garantindo que o trabalho seja realizado de forma adequada e justa.

Considerando que esta dissertação é fruto do percurso acadêmico do mestrado profissional, são apresentadas, a seguir, recomendações para o aprimoramento do PMC, com base nas análises e reflexões realizadas ao longo deste estudo, à luz dos referenciais teóricos:

- garantir o rodízio entre os trabalhadores e trabalhadoras nos atendimentos a pessoas idosas, priorizando casos mais complexos;
- realizar distribuição mais equilibrada das tarefas, ampliando a carga horária de trabalho dedicada a cada domicílio, quando necessário;

- implementar estratégias de acolhimento e atendimento psicológico para apoiar os trabalhadores e trabalhadoras em situações de estresse e outros desafios emocionais decorrentes do trabalho;
- criar e fortalecer espaços participativos onde trabalhadores e trabalhadoras possam apresentar suas demandas, reivindicações e sugestões relacionadas aos processos e condições de trabalho;
- promover ações contínuas de capacitação e orientação para o trabalho, visando o desenvolvimento profissional dos cuidadores e cuidadoras;
- elaborar e implementar protocolos específicos para lidar com situações de assédio e racismo, oferecendo acolhimento, acompanhamento e segurança aos trabalhadores e trabalhadoras envolvidos;
- melhorar a comunicação entre as equipes do CRAS, GDECOM e os cuidadores e cuidadoras, assegurando um diálogo efetivo e permanente para garantir que as demandas dos cuidadores e cuidadoras sejam ouvidas e consideradas no processo de tomada de decisões;
- realizar estudos técnicos que avaliem, de forma participativa, qual a carga horária mais adequada ao exercício do cuidado no âmbito do PMC, considerando a intensidade das tarefas, os deslocamentos territoriais, a complexidade dos casos atendidos e o impacto do trabalho na saúde física e mental dos profissionais;
- reforçar a articulação entre as políticas de Assistência Social, Saúde e Trabalho, a fim de ampliar a proteção social dos trabalhadores e das trabalhadoras do Programa, especialmente diante dos desafios enfrentados nos territórios;
- incluir no contrato cláusulas que assegurem a supervisão sistemática das condições de trabalho, o respeito aos direitos trabalhistas e a promoção da saúde ocupacional, incluindo medidas de prevenção aos agravos relacionados ao exercício da função.

É imprescindível e urgente que a Gestão Municipal promova discussões e desenvolva propostas voltadas à atenção integral à saúde desses trabalhadores e trabalhadoras. Essas iniciativas devem adotar uma perspectiva de proteção, promoção e prevenção da saúde, considerando que seu ambiente de trabalho são os

domicílios das famílias atendidas, o que exige ações intersetoriais articuladas entre diversas políticas públicas. Esse é um dos grandes desafios para o SUAS no que diz respeito à proteção e promoção da saúde destes e destas trabalhadoras.

Assim, acredita-se que a coleta de dados e as informações obtidas ao longo da investigação terão um impacto significativo no cumprimento dos objetivos propostos. Além de contribuir para a ampliação do conhecimento e das descobertas relacionadas ao assunto em estudo, espera-se que essa pesquisa possa ser utilizada como embasamento para o aprimoramento do programa em nível municipal. Isso, por sua vez, irá promover melhorias nas condições de trabalho desempenhado pelos cuidadores e pelas cuidadoras sociais de pessoas idosas, podendo assim refletir positivamente no atendimento prestado às pessoas idosas assistidas pelo PMC. Essa experiência pode também subsidiar a gestão do programa em outros municípios.

Cabe destacar que os resultados deste estudo serão apresentados em um encontro com os cuidadores e cuidadoras sociais de idosos e com o Conselho Municipal de Assistência Social, dada a relevância acadêmica e social da pesquisa desenvolvida.

Por fim, pretende-se ainda publicar artigos científicos e apresentar os resultados deste estudo em congressos científicos, de modo a socializar as reflexões, ampliar os conhecimentos no contato com outros pesquisadores e outras pesquisadoras, bem como estreitar os diálogos com os trabalhadores e as trabalhadoras do PMC para fortalecer as reivindicações e necessidades apresentadas face aos desafios e a complexidade de trabalho desenvolvida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, Boitempo, 1999.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ARAÚJO BARBOSA, Danielle Cristina de; BRONZO, Carla. A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira. **GIGAPP Estudos Working Papers**, v. 7, n. 156, p. 309-324, 2020. Disponível em: <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/items/52f7d087-8b3e-4c68-ac2b-fceccada905d>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ARAÚJO, Claudia Lysia Oliveira de; OLIVEIRA, Janaina França; PEREIRA, Janine Maria. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, v. 15, n. 1, p. 109-128, mar. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-766842>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BACKES. Dirce Stein *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BATISTA, Ilaise Brilhante; MARINHO, Jéssica da Silva; BRITO, Tábatta Renata Pereira; GUIMARÃES, Maria Sortênia Alves; SILVA NETO, Luiz Sinésio da; PAGOTTO, Valéria; NUNES, Daniella Pires. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00361>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; LANCMAN, Selma. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 897-906, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Conselho Municipal de Saúde. **2º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior 2023**. Belo Horizonte: Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/relatorio/rdaq/310620/158945f5721fe7ae26662671521262fc.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. **Decreto no 10.953 de 15 de fevereiro de 2002**. Regulamenta o Fundo Municipal do Idoso - FUMID, criado pela Lei no 8.288, de 28 de dezembro de 2001. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1560, 16 fev. 2002.

Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/edicao/4707>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. **Informativo DPSO/SUASS nº 005/2020**: Informações e orientações técnicas complementares ao Informativo 004/2020 quanto ao atendimento do Programa Maior Cuidado no contexto de pandemia do Coronavírus – COVID-19. Belo Horizonte: PBH, 2020.

BELO HORIZONTE. Lei 7.930, de 30 de dezembro de 1999. Institui a Política Municipal do Idoso. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1039, 311 dez. 1999. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/62042>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Lei nº 10.836, de 29 de julho de 2015. 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. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4854, 30 jul. 2015. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/316448>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Lei nº 11.751 de 24 de Setembro de 2024. Institui a Política Municipal do Cuidado. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 30, n. 7098, 25 set. 2024. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/448075>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 7.930 de 30 de dezembro de 1999**. Institui a Política Municipal do Idoso. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1039, 31 dez. 1999. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/62042>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. **Lei no 7930/99 de 30 de dezembro de 1999**. Autoriza o Executivo a associar o Município a outras entidades, visando à criação de associação civil comunitária e dá outras providências. Dez. 1999. **Diário Oficial do Município de Belo Horizonte**. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/7932/1999> Acesso: 29/03/2024

BELO HORIZONTE. Portaria SMAAS nº 004/2014. Dispõe sobre a conduta do cuidador social de idosos do Programa Maior Cuidado. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4510, 1 mar. 2014. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/287128>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Portaria SMASAC no 036, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre medidas temporárias para fins de prevenção ao contágio e à propagação do COVID-19 no âmbito Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 26, n. 5978, 19 mar. 2020. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1227071>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. **Processo nº 01.079.249.16-50**. Instrumento Jurídico: 01.2016.1006.0005.06.00. Sexto Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, que entre si

celebram o Município de Belo Horizonte e a Organização da Sociedade Civil Grupo de Desenvolvimento Comunitário - GDECOM, objetivando a execução do serviço do Programa Maior Cuidado. Belo Horizonte: PBH, 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. **Plano Municipal de Assistência Social – Quadriênio 2022/2025**. Belo Horizonte: PBH, 2022. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2023/suass_pmas-2022-2025-versao-25-04-2022.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Secretário Municipal de Saúde. **Portaria Conjunta SMASAC/SMSA nº 007, de 29 de novembro de 2019. Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, v. 25, n. 5910, 1 mar. 2019. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/390156>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Fazenda. **Decreto no 17.298, de 17 de março de 2020**. Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19. Belo Horizonte: SMF, 2020. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, mar. 2020. Disponível em: <https://fazenda.pbh.gov.br/internet/legislacao/formkey.asp?key=998>. Acesso: 16 jan. 2025.

BORGES. Camila Delatorre; SANTOS. Manoel Antônio dos. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 1, p. 74-80, jan./jun. 2005.

BOSCARI, Marilene; SILVA, Fátima Noely da. A trajetória da Assistência Social até se efetivar como política social pública. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 108-127, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/341/326>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014**. Brasília, DF: CONAS, 2014. Disponível em: <https://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-9-de-15-de-abril-de-2014/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989.** Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 127, n. 4, p. 470, 6 jan. 1989. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, 9 ago. 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-15069-23-dezembro-2024-796797-publicacaooriginal-173901-pl.html>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Brasília, DF: MS, 1999. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília, DF: MDS, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília, DF: MDS, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas:** Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.** Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: MDS, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO. Brasília, DF MTE, 2010. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/observatoriosocial/files/2014/09/CBO-Livro-1.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. *In*: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 1-22.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira:** uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

COELHO, Tatiane Perusse *et al.* Comparação e análise do uso de revisão sistemática e revisão de escopo na área do cuidado ao paciente na Farmácia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6992242/mod_folder/content/0/Compara%C3%A7%C3%A3o%20e%20an%C3%A1lise%20do%20uso%20de%20revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20e%20revis%C3%A3o%20de%20escopo%20na%20%C3%A1rea%20do.pdf. Acesso em 16 jan. 2025.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Ontologia do ser social:** os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo. Ciências Humanas, 1979.

CRONEMBERGER, I. H. G. M.; TEIXEIRA, S. M. O sistema de proteção social brasileiro, política de assistência social e a atenção à família. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v.19, n. 2, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200011#:~:text=O%20PAIF%20%C3%A9%20realizado%20exclusivament

e,no%20territ%C3%B3rio%20de%20abrang%C3%A2ncia%20do. Acesso em 16 jan. 2025.

CUNHA, Gilson Luis da. Mecanismos Biológicos do Envelhecimento. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DEBERT, Guita Grin; OLIVEIRA, Amanda Marques de. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 18, p. 7-41, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.SciELO.br/j/rbcpol/a/xn63L5MQssvMRG4ytGHvJXM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ENGUITA, Mariano Fernandez. **A face oculta da escola**: educação e trabalho no capitalismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ESCORSIM, Silvana Maria. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.SciELO.br/j/sssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

FAUSTINO, T. Q. S. Programa Maior Cuidado potencializando proteção social aos idosos em situação de vulnerabilidade social: a experiência do CRAS Senhor dos Passos – BH / MG. **Revista Serviço Social em Debate**, v. 1, n. 2, p. 163-188, 2018.

FLORENCIO, R. S.; CESTARI, V. R. F.; SOUZA, L. C. de.; FLOR, A. C.; NOGUEIRA, V. P.; MOREIRA, T. M. M.; SALVETTI, M. de G.; PESSOA, V. L. M. de P. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. **Acta Paulista De Enfermagem**, n. 33, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01886>. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-33-eAPE20200188/1982-0194-ape-33-eAPE20200188.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

FLORES, Luis Patricio Ortiz. O envelhecimento da população brasileira. **Redeca**, v.2, n. 1, p. 86-100, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/redeca/article/view/27901/19658>. Acesso em 16 jan. 2025.

FREZ, Genivaldo Marcilio; MELLO, Vanessa Miei. Terceirização no Brasil. **South American Development Society Journal**, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 78 - 101, mar. 2017. Disponível em: <http://www.sadsj.org/index.php/revista/article/view/32>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GDCOM. **Plano de Trabalho Programa Maior Cuidado**. Belo Horizonte: PBH, 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Irene; BRITO, Vinícius. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência IBGE**, Rio de Janeiro, 27 out. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GRATÃO, Aline Cristina Martins; VENDRÚSCOLO, Thaís Ramos Pereira; TALMELLI, Luana Flávia da Silva; FIGUEIREDO, Leandro Corrêa; SANTOS, Jair Lício Ferreira; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wbT7yCZMDVq5JMSGNbx7vvz/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; FERNANDES, Neisa Rejane Machado; MASCARENHAS, Marcello. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 994-1007, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S4MCz4LkS7JKN3w6HwdbCJR/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Trabalho e indivíduo social**: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2006.

IERVOLINO. Solange Abrocesi, PELICIONI Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal - parte II. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, p. 395-401, dez. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/YDKTPwylFp9FYYB5LRD6k8B/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

LIBARINO, Ducilene de Souza; REIS, Luciana Araújo dos. Envelhecimento e trabalho: uma revisão bibliográfica. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 6, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v6i1.1006> Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1006/630>. Acesso em 16 jan. 2025.

LOPES, Cristine Cogo; OLIVEIRA, Gabriela Almeida de; STIGGER, Felipe de Souza; LEMOS, Adriana Torres de. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. e184, jan./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010184>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8qDfwTKH3zKFGfzC9CJbJdy/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Gabriela; CORRÊA, Larissa; CAPARROL, Ana Julia de Souza; SANTOS, Paloma Toledo Afonso dos; BRUGNERA, Leticia Maria; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, e20180327, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-989813>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. *In*: MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. p. 149-163.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MORAES, Érica Brandão de. Protocolos de Revisão. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 21, Supl. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226585>. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6585>. Acesso em: 16 jan. 2025.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. 2006. *In*: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de vida na idade madura**. Campinas: Papirus, 2006. p. 9-15.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS, 2009.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**, volume 1. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, Matheus Papaléo. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

OLIVEIRA, Iris Maria de. **Assistência social pós-LOAS em Natal: a trajetória de uma política social entre o direito e a cultura do atraso**. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17548>. Acesso em: 16 jan. 2025.

PBH oferece atendimento domiciliar para idosos. [S. l.: s. n.], 2018. Publicado pelo canal Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?reload=9&time_continue=2&v=O3ZN3suZcic&feature=em. Acesso em: 16 jan. 2025.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RESENDE, Márcia Colamarco Ferreira; DIAS, Elizabeth Costa. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rv6ZHLppJdrCWPYnjGdqKKz/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos; HARMUCH, Camila; PAIANO, Marcelle; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; RÊGO, Anderson da Silva; CARREIRA, Lígia. Competência de idosos cuidadores informais de pessoas em assistência domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. 1, e 20210288, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0288>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/kxGWhq3hTJFkyGhS9PkBLch/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SILVA, P. L. N.; SANTOS, C. L. S.; GALVÃO, A. P. F. C.; OLIVEIRA, V. V.; ALVES, C. R. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos frágeis: revisão integrativa. **Nursing**, v. 24, n. 275, p. 5566-5581, abr. 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1224397>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SINGER, Paul. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo. Fundação Perseu Abramo, 2002.

TAVARES, Maria Augusta. Envelhecimento e trabalho na sociedade capitalista. Revista **Katálisis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, v. 2020. Disponível em: <https://www.SciELO.br/jrk/a/M4RFYds7dv5mTWhwdG5DVmD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRAD. Leny A. Bomfim. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

WONG, Laura L. Rodríguez e CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO.

Projeto: Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG

Com o objetivo de obter informações sobre as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos responsáveis pela execução do Programa Maior Cuidado – PMC no município de Belo Horizonte, MG (PMC/BH/MG) apresentamos a seguir, questionário estruturado, composto por 04 sessões, organizadas nos seguintes itens: 1) Identificação; 2) Informações sobre o trabalho; 3) Informações sobre aspectos socioeconômicos e 4) informações sobre saúde, incluindo informações sobre a Covid-19. Estes 04 itens estão todos organizados no formato de questões fechadas, sendo acompanhados no final por duas questões abertas.

A sua participação nesta pesquisa somente ocorrerá após a leitura e o registro do seu consentimento no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado a seguir, em conformidade com as Recomendações do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Tempo estimado para você responder: 20 a 30 minutos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa **Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG** (PMC/BH/MG), sob a responsabilidade do pesquisador Abraão dos Santos Freire, CPF Nº. 012.875.765-59 e orientação da professora Dr^a. Jandira Maciel da Silva, CPF Nº. 276.123.176-72. Este estudo tem como objetivo analisar os processos e as condições de trabalho e de saúde, assim como investigar possíveis relações entre problemas de saúde referidos pelos cuidadores sociais de idosos inseridos no Programa relacionados com os processos e condições de trabalho existentes.

Você está sendo convidado a participar desse estudo respondendo a este questionário que contém perguntas predominantemente fechadas, acompanhadas

por duas perguntas abertas. Este estudo visa conhecer as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores de idosos do Programa. Gostaríamos de ressaltar que todos os dados que possam identificar você como participante da pesquisa serão mantido em total anonimato e sob sigilo absoluto, tanto durante o estudo, quanto após a sua conclusão. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. A divulgação dos resultados se dará de forma a preservar sua identidade, utilizando apenas informações relacionadas ao objeto e aos objetivos do estudo.

Quanto a eventuais riscos e desconfortos, gostaríamos de esclarecer que este projeto não apresenta riscos potenciais para os participantes. Caso você venha experimentar algum desconforto ao responder o questionário, solicitamos que informe ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, incluindo a sua retirada do projeto, além do apoio e orientações decorrentes da sua participação neste estudo. Esclarecemos ainda, que a sua participação neste estudo não implicará nenhum custo para você.

Como participante, você tem o direito de receber esclarecimentos e respostas a quaisquer perguntas relacionadas à pesquisa, bem como a liberdade de desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você.

Sua participação é muito importante para o avanço do conhecimento nessa área e agradecemos antecipadamente pela sua colaboração.

Caso você tenha alguma dúvida ou precise de mais informações, sinta-se à vontade para entrar em contato conosco pelos seguintes endereços eletrônicos: abraaofreire@ufmg.br e jandira.macieli@gmail.com

Eu _____, portador do documento de Identidade nº _____ declaro que fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG**. Após ter recebido os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização das informações por mim transmitidas na produção, divulgação e publicação de conhecimentos. Desta forma, assinalo o meu de acordo com este termo.

Belo Horizonte – MG, ____ de _____ de 2024.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA OS CUIDADORES DE IDOSOS DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Seção 1: IDENTIFICAÇÃO

1.1 Data de nascimento: (-----/-----/-----) [dd/mm/aaaa]

1.2 Identidade de Gênero:

- ☐ Mulher cisgênero (nasceu mulher e se identifica com o sexo do nascimento)
- ☐ Homem cisgênero (nasceu homem e se identifica com o sexo do nascimento)
- ☐ Gay (homem que se identifica afetivamente e/ou sexualmente por outros homens)
- ☐ Lésbica (mulher que se identifica afetivamente e/ou sexualmente por outras mulheres)
- ☐ Mulher transgênero (fez a transição de gênero e hoje se identifica como mulher)
- ☐ Homem transgênero (fez a transição de gênero e hoje se identifica como homem)
- ☐ Pessoa não-binária (não se identifica com nenhum dos dois sexos)

1.3 Cor da pele/etnia (marcar apenas uma opção):

- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Branca
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

1.4 Escolaridade (marcar apenas uma opção):

- ☐ Ensino Técnico Incompleto
- ☐ Ensino Técnico Completo
- ☐ Graduação Incompleta
- ☐ Graduação Completa
- ☐ (...) Apenas Ensino Médio
- ☐ Outros: qual? _____

1.5 Estado Civil (marcar apenas uma opção):

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Separado(a)/ Desquitado(a)/ Divorciado(a)
- ☐ Outro: qual? _____

Seção 2: INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO COMO CUIDADOR(A) SOCIAL DE IDOSOS(AS) DO PMC/BH/MG

2.1 Há quanto tempo você trabalha no Programa Maior Cuidado? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Até 01 ano
- ☐ mais de 1 até 5 anos

- ☐) mais de 5 até 10 anos
- ☐) mais de 10

2.2 Sua jornada diária de trabalho é (marcar apenas uma opção):

- ☐) menos de 08 horas
- ☐) 08 horas
- ☐) 12 horas
- ☐) outra. Qual? -----

2.3 Você faz hora-extra? (marcar apenas uma opção):

- ☐) Sim
- ☐) Não

2.4 Se Sim, com qual frequência? (marcar apenas uma opção):

- ☐) até 01 vez por semana
- ☐) Entre 01 e 02 vez por semana
- ☐) mais de 02 vez por semana

2.5 Atualmente você reside? (marcar apenas uma opção):

- ☐) Em Belo Horizonte
- ☐) Outro município de Minas Gerais

2.5.1 Se marcou outro município de Minas Gerais, qual?

2.6 Nos últimos 06 meses você vem atuando em qual Diretoria de Assistência Social - DRAS? (pode marcar mais de uma opção):

- ☐) Barreiro
- ☐) Centro-Sul
- ☐) Leste
- ☐) Nordeste
- ☐) Noroeste
- ☐) Norte
- ☐) Oeste
- ☐) Pampulha
- ☐) Venda Nova

2.7 Quanto tempo você leva no deslocamento entre sua residência e o seu local trabalho? (marcar apenas uma opção):

- ☐) Menos de 30 minutos
- ☐) Entre 30 minutos e 1 hora
- ☐) Entre 1 hora e 2 horas
- ☐) Mais de 2 horas

2.8 Qual o principal meio de transporte utilizado por você para o deslocamento entre a sua residência e o seu local de trabalho? (pode marcar mais de uma opção):

- ☐) Ônibus
- ☐) Metrô
- ☐) Carro: aplicativo ou táxi

- () Moto: aplicativo ou táxi
 () Carro próprio ou da família
 () Moto própria ou da família
 () A pé

2.9 No último mês quantas pessoas idosas você atendeu por semana? (marcar apenas uma opção):

- () Entre 1 e 2 idosos(as)
 () Entre 3 e 4 idosos(as)
 () Entre 5 e 6 idosos(as)
 () Mais de 6 idosos(as)

2.10 Essa é média do número de atendimento realizado por você no último semestre? (marcar apenas uma opção):

- () Sim
 () Não

2.11 No último mês quantas pessoas idosas você atendeu por dia?

Segunda feira _____ idosos(as)

Terça feira _____ idosos(as)

Quarta feira _____ idosos(as)

Quinta feira _____ idosos(as)

Sexta feira _____ idosos(as)

2.12 No último mês, tendo em vista que você pode atender pessoas idosas com diferentes graus de dependência no mesmo dia de trabalho, registre no quadro 1 os atendimentos que você realizou, considerando o dia da semana e a seguinte classificação clínico funcional definida no Instrumental de Avaliação para inserção no Programa Maior Cuidado:

Semidependente 1 - sem comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar.

Semidependente 2- com comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar.

Dependente, acamado e/ou restrito ao domicílio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar.

Dia da semana	Semidependente 1	Semidependente 2	Dependente
Segunda feira			
Terça feira			
Quarta feira			
Quinta feira			
Sexta feira			

2.13 Nos atendimentos às pessoas idosas que você realiza pelo PMC, predomina: (marcar apenas uma opção):

- () pessoa idosa do sexo masculino

- ☐ pessoa idosa do sexo feminino
- ☐ Atendo igualmente ambos os sexos

2.14 Você observa alguma dificuldade por parte de quem está sendo cuidado (a) ao ser atendido(a) por cuidador (a) do sexo oposto ao dele(a)? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim, há dificuldade.
- ☐ Não, não há dificuldade.
- ☐ Indiferente.

2.15 Como você se desloca no território para chegar ao domicílio das pessoas idosas que estão sob seus cuidados? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Caminhando
- ☐ Ônibus
- ☐ Outra forma: Qual _____

2.16 Qual é a média de tempo de deslocamento no território entre os domicílios das pessoas idosas que estão sob seus cuidados? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Entre 05 minutos e 10 minutos.
- ☐ Entre 11 minutos e 20 minutos.
- ☐ Entre 21 minutos e 30 minutos.
- ☐ Mais de 30 minutos.

2.17 Os familiares das pessoas idosas que estão sob seus cuidados o apoiam na execução das atividades de cuidado? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Com frequência o familiar apoia.
- ☐ Raramente o familiar apoia
- ☐ O familiar nunca apoia.

2.18 Marque os equipamentos de proteção individual (EPI) e material de trabalho que você recebe para realizar suas funções (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Máscaras faciais
- ☐ Luvas descartáveis
- ☐ Aventais descartáveis ou de tecido impermeável
- ☐ Óculos de proteção ou protetores faciais
- ☐ Gorros ou toucas
- ☐ Álcool em gel
- ☐ Sapatilhas descartáveis
- ☐ Bota
- ☐ mochila
- ☐ termômetro
- ☐ Não recebo estes materiais.

2.19 Você participa de algum movimento social ou de algum sindicato?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Seção 3: INFORMAÇÕES SOBRE ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS DOS(AS) CUIDADORES(AS) SOCIAL DE IDOSOS(AS) DO PMC/BH/MG

3.1 A renda proveniente do Programa Maior Cuidado é a sua principal fonte de renda? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.2 Além do Programa Maior Cuidado, você possui outra ocupação de trabalho? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.3 Se sim, essa ocupação também envolve atividades de cuidado? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.4 Você tem filhos que dependem dos seus cuidados? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.5 Se sim, quantas? (marcar apenas uma opção):

- ☐ 1 filho
- ☐ 2 filhos
- ☐ 3 filhos
- ☐ 4 filhos
- ☐ mais de 4 filhos

3.6 Você é responsável pelo cuidado de alguma pessoa no seu ambiente doméstico? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

Seção 4: INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

4.1 Você tem algum problema de saúde? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.2 Se sim, quais dos abaixo relacionados se aplicam a você? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Alergia
- ☐ Ansiedade
- ☐ Asma
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Depressão
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Distúrbio do sono
- ☐ Dores musculares ou articulares
- ☐ Enxaqueca
- ☐ Hipertensão arterial

- ☐ Obesidade
- ☐ Outras condições médicas _____

4.3 Você tem diagnóstico médico dos problemas de saúde registrados por você na questão 3.2? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.4 Você faz uso de medicamentos? (marcar apenas uma opção):

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.5 Se sim, quais das classes de medicamentos você faz uso diário? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ antidepressivos
- ☐ anti-hipertensivos
- ☐ ansiolíticos
- ☐ medicamentos para controle do diabetes mellitus
- ☐ Outros _____

4.6 Você utiliza alguma das estratégias abaixo relacionada para cuidar da sua saúde? (pode marcar mais de uma opção):

- ☐ Atividade física
- ☐ Atividades culturais
- ☐ Meditação
- ☐ Práticas religiosas
- ☐ Reeducação alimentar
- ☐ Outros _____
- ☐ Nenhuma atividade

4.7 Nos últimos seis meses, você precisou se afastar do trabalho por qualquer período devido a problemas de saúde? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.7.1 Se sim, por qual problema de saúde você precisou se afastar do trabalho?

4.8 Este problema de saúde que ocasionou o seu afastamento do trabalho foi decorrente de acidente ou doença do trabalho? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.9 A comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) foi emitida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.10 Você foi encaminhado para perícia médica do INSS? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
- ☐ Não

4-11 A perícia médica do INSS deferiu o seu afastamento?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.12 A perícia médica do INSS reconheceu seu problema de saúde como decorrente do trabalho?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.13 Por quantos dias você ficou afastado(a)? (marcar apenas uma opção)

- ☐ 1 dia
- ☐ 2 a 5 dias
- ☐ 6 a 14 dias
- ☐ Mais de 15 dias
- ☐ Não fiquei afastado

Seção 4.1: INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19

4.1.1 Você trabalhou como cuidador social de idosos do PMC/PBH/MG durante o período da pandemia de Covid-19?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.1.2 Durante a pandemia de COVID 19 você recebeu Equipamentos de Proteção Individual - EPI da PBH / GDECOM? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.1.3 Se sim, quais?

- ☐ Máscaras faciais
- ☐ Luvas descartáveis
- ☐ Aventais descartáveis ou de tecido impermeável
- ☐ Óculos de proteção ou protetores faciais
- ☐ Gorros ou toucas
- ☐ Álcool em gel
- ☐ Sapatilhas descartáveis
- ☐ Bota
- ☐ Não recebo estes materiais.

4.1.4 A PBH / GDECOM aplicou treinamento para o uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
- ☐ Não

4.1.5 A rotina de trabalho foi modificada em razão da pandemia de Covid-19? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.6 Foi possível realizar distanciamento físico no seu trabalho? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.7 A PBH / GDECOM forneceu testagem do vírus? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.8 Durante a pandemia você cuidou de pessoas idosas que testaram positivos para COVID-19 (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.9 Se sim, esses idosos evoluíram para:

- ☐ Óbito
☐ Cura
☐ Ambas as situações

4.1.10 Durante o período da pandemia, você teve contato com os familiares das pessoas idosas que estavam sob seus cuidados e que testaram positivo para COVID 19? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.11 Você testou positivo para COVID-19 durante a pandemia? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.12 Se sim, como você acredita que contraiu o vírus?

4.1.13 Caso tenha tido COVID 19 você acha que ficou com alguma sequela? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.14 Se sim, que tipo de sequela

4.1.15 A PBH / GDECOM incentivou a vacinação dos funcionários? (marcar apenas uma opção)

- ☐ Sim
☐ Não

4.1.16 Você se vacinou? (marcar apenas uma opção)

- () Sim
() Não

4.1.17 Se sim, você completou o esquema vacinal relativo à sua faixa etária?
(marcar apenas uma opção)

- () Sim
() Não

4.1.18 Que importância tem para a sua vida trabalhar como Cuidador Social de idosos do PMC/PBH/MG?

4.1.19 Você gostaria de acrescentar alguma outra informação:

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Focal

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa **Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG** (PMC/BH/MG), sob a responsabilidade do pesquisador Abraão dos Santos Freire, CPF N°. 012.875.765-59 e orientação da professora Dr^a. Jandira Maciel da Silva, CPF N°. 276.123.176-72. Este estudo tem como objetivo analisar os processos e as condições de trabalho e de saúde, assim como investigar possíveis relações entre problemas de saúde referidos pelos cuidadores sociais de idosos inseridos no Programa relacionados com os processos e condições de trabalho existentes.

Você está sendo convidado a participar desse estudo como participante do grupo focal que contém questões norteadoras para instigar a discussão. O grupo focal será conduzido pelo pesquisador responsável pelo estudo, Abraão dos Santos Freire e pela professora Dr^a. Jandira Maciel da Silva, orientadora do projeto. Visa conhecer em profundidade as condições de trabalho e de saúde dos cuidadores de idosos do Programa, sendo que o mesmo será gravado e depois transcrito, para a análise das informações. Gostaríamos de ressaltar que todos os dados que possam identificar você como participante da pesquisa serão mantido em total anonimato e sob sigilo absoluto, tanto durante o estudo, quanto após a sua conclusão. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo. A divulgação dos resultados se dará de forma a preservar sua identidade, utilizando apenas informações relacionadas ao objeto e aos objetivos do estudo.

Quanto a eventuais riscos e desconfortos, gostaríamos de esclarecer que este projeto não apresenta riscos potenciais para os participantes. Caso você venha experimentar algum desconforto ao responder o questionário, solicitamos que informe ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, incluindo a sua retirada do projeto, além do apoio e orientações decorrentes da sua participação neste estudo. Esclarecemos ainda, que a sua participação neste estudo não implicará nenhum custo para você.

Como participante, você tem o direito de receber esclarecimentos e respostas a quaisquer perguntas relacionadas à pesquisa, bem como a liberdade de desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você.

Sua participação é muito importante para o avanço do conhecimento nessa área e agradecemos antecipadamente pela sua colaboração.

Caso você tenha alguma dúvida ou precise de mais informações, sinta-se à vontade para entrar em contato conosco pelos seguintes endereços eletrônicos: abraaofreire@ufmg.br e jandira.maciel@gmail.com

Eu _____, portador do documento de Identidade nº _____ declaro que fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG**. Após ter recebido os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização das informações por mim transmitidas na produção, divulgação e publicação de conhecimentos. Desta forma, assinalo o meu de acordo com este termo.

Belo Horizonte – MG, ____ de _____ de 2024.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - GRUPO FOCAL

Projeto de pesquisa: Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG

Grupo Focal: Trabalhadores do PMC/BH/MG

Data: -----/-----/2024

Horário início: -----

Horário encerramento: -----

Moderador: Abraão

Observador e controlador do tempo: Jandira Maciel da Silva

Nº de participantes do Grupo Focal: -----

Sexo: F: -----; M: -----

Observações gerais:

I. Durante a sessão deverão ser observados e registrados:

- a. Gestos feitos pelos participantes;
- b. Expressões faciais e corporais – denotam espanto, surpresa, desprezo ou indiferença, etc.;
- c. Atitudes;
- d. Linguagens verbais e não-verbais;
- e. Outros (se movimentam muito, saem da sala, idas ao banheiro).

II. Observar e registrar na fala dos participantes:

- a. Tipo de discurso (eloquente, reticente, etc.);
- b. Palavras-chaves do discurso;
- c. Expressões que se repetem;
- d. As reações – verbais e não verbais - a determinadas situações e estímulos

III. Avaliar o impacto da atividade:

- a. Registrar críticas;
- b. Verificar a importância da mobilização e participação;

IV. Observações específicas:

- a. Observar se há pessoas brigando, se há hostilidade, se há indiferença, etc.;
- b. Como as discussões se resolvem;
- c. Você presenciou algum fato que o(a) marcou, emocionou, irritou?

- d. Você identificou algo que para você é surpreendente, ofensivo ou elogioso, mas normal para os participantes

V. Questões norteadoras para o grupo focal:

1. Me conte sobre a rotina de trabalho de vocês como cuidadores sociais de idosos do PMC/PBH/MG;
2. Quais são os principais desafios ou dificuldades que os cuidadores sociais de idosos do PMC/PBH/MG enfrentam para a realização do seu trabalho?
3. Me conte: quais são as queixas sobre as condições de trabalho apresentadas pelos cuidadores sociais de idosos do PMC/PBH/MG;
4. Como vocês acham que o trabalho dos cuidadores sociais de idosos do PMC/PBH/MG pode afetar a saúde deles?
5. Nos fale a respeito da situação de saúde e de trabalho de algum cuidador social de idosos do PMC que enfrentou algum problema de saúde nos últimos seis meses;
6. Nos casos de afastado do trabalho nos últimos seis meses de algum cuidador social de idosos do PMC, nos conte o que aconteceu e como foi o retorno ao trabalho;
7. Quais é o significado do trabalho para os cuidadores social de idosos do PMC?.

ANEXO A – FORMULÁRIO DO SERVIÇO DE PESQUISA DA BIBLIOTECA J. BAETA VIANA/CAMPUS SAÚDE/UFMG - CONSULTA INDIVIDUAL

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735

Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

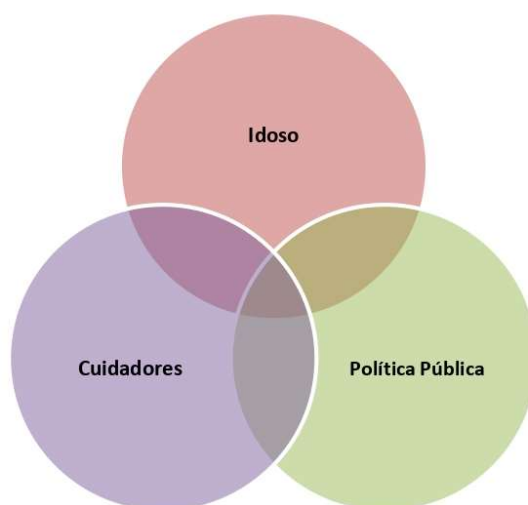


Formato de resultado desejado para acessar os resultados

- ☐ Arquivo .RIS de citação e resumos
- ☐ Arquivo .TXT de citação e resumos
- ☐ Arquivo .CSV de citação e resumos
- ☐ Documento Word com citação e resumos
- ☐ Analisar os resultados diretamente nas bases de dados
- ☐ Outro:

6 PLANEJAMENTO DA ESTRATÉGIA DE BUSCA, LEVANTAMENTO DOS DESCRITORES E ELABORAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A estratégia de busca foi planejada para recuperar os estudos que contenham (pelo menos) um dos termos de cada conceito:



Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

Termos controlados (descritores DeCS/MeSH) e termos livres (palavras-chave) selecionados para busca

CONCEITO 1 - Idoso

☒ **Descritores selecionados (DeCS / MeSH)**

Descritor em português:	Envelhecimento
Descritor em inglês:	Aging
Descritor em espanhol:	Envejecimiento
Descritor em francês:	Vieillessement
Termo(s) alternativo(s):	Senescência
Código(s) hierárquico(s):	G07.345.124
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D000375
Nota de escopo:	Mudanças graduais irreversíveis na estrutura e funcionamento de um organismo que ocorrem como resultado da passagem do tempo.

Descritor em português:	Saúde do Idoso
Descritor em inglês:	Health of the Elderly
Descritor em espanhol:	Salud del Anciano
Descritor em francês:	Santé des Anciens
Termo(s) alternativo(s):	Cademeta de Saúde da Pessoa Idosa Cademeteta de Saúde do Idoso Saúde da Pessoa Idosa Saúde da Terceira Idade
Código(s) hierárquico(s):	SP2.770.750.653
Nota de escopo:	Refere-se à saúde e bem-estar das pessoas de idade avançada e à prestação de cuidados de saúde adaptados aos problemas especiais dessas pessoas. A saúde na terceira idade

Descritor em português:	Idoso
Descritor em inglês:	Aged
Descritor em espanhol:	Anciano
Descritor em francês:	Sujet âgé
Termo(s) alternativo(s):	Idosos Pessoa Idosa Pessoa de Idade Pessoas Idosas Pessoas de Idade População Idosa
Código(s) hierárquico(s):	M01.060.116.100
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D000368
Nota de escopo:	Pessoa de 65 anos de idade ou mais. Para uma pessoa com mais de 79 anos, IDOSO DE 80 ANOS OU MAIS está disponível.

☒ **Termos livres - sinônimos, termos relacionados, variações de grafia, siglas, acrônimos, palavras-chave (termos livres) indispensáveis ao conjunto de pesquisa:** *Elderly, Old Aged People, Older People, Older Person*

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

CONCEITO 2 - Cuidadores

☒ Descritores selecionados (DeCS / MeSH)

Descritor em português:	Cuidadores
Descritor em inglês:	Caregivers
Descritor em espanhol:	Cuidadores
Descritor em francês:	Aidants
Termo(s) alternativo(s):	Cuidador Cuidador Familiar Cuidador de Família Cuidadores Cônjuges Cuidadores Familiares Cuidadores Informais Cuidadores de Família Cônjuges Cuidadores Familiar Cuidador Familiares Cuidadores Outro Apoiador
Código(s) hierárquico(s):	M01.085 M01.526.485.200 N02.360.200
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D017028
Nota de escopo:	Pessoas que proveem cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Podem prestar a assistência em casa, em um hospital ou em uma instituição. Apesar do termo cuidador incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o conceito também se refere a pais, cônjuges ou outros familiares, amigos, clérigos, professores, assistentes sociais, colegas pacientes.

☒ Termos livres - sinônimos, termos relacionados, variações de grafia, siglas, acrônimos, palavras-chave (termos livres) indispensáveis ao conjunto de pesquisa

Nenhum termo identificado pelo pesquisador.

CONCEITO 3 - Política Pública

☒ Descritores selecionados (DeCS / MeSH)

Descritor em português:	Política Pública
Descritor em inglês:	Public Policy
Descritor em espanhol:	Política Pública
Descritor em francês:	Politique publique
Termo(s) alternativo(s):	Ação Afirmativa Ações Afirmativas Discriminação Positiva Igualdade de Oportunidade Igualdade de Oportunidades Política Demográfica Política Migratória Política Populacional Política Social Política de Controle da População Política de Imigração Políticas Públicas Proteção Social
Código(s) hierárquico(s):	I01.655.500.608 I01.880.604.825.608 N03.623.500.608 SH1.010.010
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D011640
Nota de escopo:	1) Curso ou método de ação escolhido geralmente por um governo entre várias alternativas para guiar ou determinar decisões presentes e futuras. 2) Política demográfica: Decisões e ações do poder público com o objetivo de nortear ou determinar resoluções presentes ou futuras que influenciam nas variáveis demográficas. (Adaptação do original: Popline, 2002)

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual

Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

Descritor em português:	Política de Saúde do Trabalhador
Descritor em inglês:	Occupational Health Policy
Descritor em espanhol:	Política de Salud Ocupacional
Descritor em francês:	Politique de Santé Au Travail
Código(s) hierárquico(s):	VS4.002.002
Qualificadores permitidos:	Sem qualificador
Identificador DeCS:	51561
ID do descritor:	DDCS051561

Descritor em português:	Saúde Ocupacional
Descritor em inglês:	Occupational Health
Descritor em espanhol:	Salud Laboral
Descritor em francês:	Santé au travail
Termo(s) alternativo(s):	Higiene Industrial Higiene do Trabalho Saúde Industrial Saúde Laboral Saúde do Trabalhador Saúde dos Empregados Saúde dos Trabalhadores Segurança Laboral Segurança Ocupacional Segurança do Trabalho Segurança dos Trabalhadores Segurança no Trabalho
Código(s) hierárquico(s):	NO1.400.525 SP2.770.750.763 VS4.002.001
Identificador Único RDF:	https://id.nlm.nih.gov/mesh/D016272
Nota de escopo:	Promoção e manutenção no mais alto grau do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores de doenças ocupacionais causadas por suas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus labores, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde; a colocação e conservação dos trabalhadores nos ambientes ocupacionais adaptados a suas aptidões fisiológicas e psicológicas.

☒ **Termos livres - sinônimos, termos relacionados, variações de grafia, siglas, acrônimos, palavras-chave (termos livres) indispensáveis ao conjunto de pesquisa**

Nenhum termo identificado pelo pesquisador.

BVS

(Envelhecimento OR Aging OR Envejecimiento OR Vieillissement OR "Saúde do Idoso" OR "Health of the Elderly" OR "Salud del Anciano" OR "Santé des Anciens" OR Idoso OR Aged OR Anciano OR "Sujet âgé" OR Idosos OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Cuidadores OR Caregivers OR Cuidadores OR Aidants) AND ("Política Pública" OR "Public Policy" OR "Política Pública" OR "Politique publique" OR "Política de Saúde do Trabalhador" OR "Occupational Health Policy" OR "Política de Salud Ocupacional" OR "Politique de Santé Au Travail" OR "Saúde Ocupacional" OR "Occupational Health" OR "Salud Laboral" OR "Santé au travail" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Worker Health")

PubMed e demais bases de dados

(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers) AND ("Public Policy" OR "Occupational Health Policy" OR "Occupational Health" OR "Worker Health")

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735

Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244



7 REGISTRO DAS ESTRATÉGIAS DE BUSCA

BASE	ESTRATÉGIA
BVS*	(envelhecimento OR aging OR envejecimiento OR vieillissement OR "Saúde do Idoso" OR "Health of the Elderly" OR "Salud del Anciano" OR "Santé des Anciens" OR idoso OR aged OR anciano OR "Sujet âgé" OR idosos OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (cuidadores OR caregivers OR cuidadores OR aidantes) AND ("Política Pública" OR "Public Policy" OR "Política Pública" OR "Politique publique" OR "Política de Saúde do Trabalhador" OR "Occupational Health Policy" OR "Política de Salud Ocupacional" OR "Politique de Santé Au Travail" OR "Saúde Ocupacional" OR "Occupational Health" OR "Salud Laboral" OR "Santé au travail" OR "Saúde do Trabalhador" OR "Worker Health") AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "IBCS" OR "WHOLIS" OR "campusvirtualsp_brasil" OR "INDEXPSI" OR "BINACIS" OR "WPRIM" OR "coleccionaSUS" OR "BBO" OR "PAHOIRIS" OR "MULTIMEDIA" OR "PREPRINT-SCIELO" OR "RHS" OR "RSDM"))
MEDLINE VIA PUBMED	(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers) AND ("Public Policy" OR "Occupational Health Policy" OR "Occupational Health" OR "Worker Health")
COCHRANE	(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers) AND ("Public Policy" OR "Occupational Health Policy" OR "Occupational Health" OR "Worker Health")
SCOPUS (Via Portal Capes)	(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers) AND ("Public Policy" OR "Occupational Health Policy" OR "Occupational Health" OR "Worker Health")
WEB OF SCIENCE (Via Portal Capes)	(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers) AND ("Public Policy" OR "Occupational Health Policy" OR "Occupational Health" OR "Worker Health")
SCIELO	(Aging OR "Health of the Elderly" OR Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND (Caregivers)
EMBASE (Via Portal Capes)	(aging OR aged) AND (caregiver) AND ("public policy" OR "occupational health")

* Os resultados do MEDLINE foram excluídos da BVS, uma vez que eles serão analisados via PubMed.

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735

Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244



8 ORIENTAÇÕES PARA ACESSAR OS RESULTADOS

Orientação para acesso aos resultados da BVS:

1. Acesse este link: <https://bvsalud.org/>
2. Cole estratégia de busca completa (destacada em vermelho) na caixa de pesquisa e clique no botão **Pesquisa (Lupa)**.

Orientação para acesso aos resultados do MEDLINE via PubMed:

1. Acesse este link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. Cole estratégia de busca completa (destacada em vermelho) na caixa de entrada e clique no botão **Search**.

Orientação para acesso aos resultados da Cochrane:

1. Acesse este link: <https://www.cochranelibrary.com/search>
2. Cole estratégia de busca completa (destacada em vermelho) na caixa de entrada e clique no botão **Search (Lupa)**.

Orientação para acesso aos resultados das demais bases com acesso via CAPES:

1. Acesse o Portal de Periódicos da CAPES e realize o login através do Acesso CAFE (canto superior direito). Utilize seu login e senha da MinhaUFMG;
2. Acesse a base selecionada para pesquisa na opção Buscas Base;
3. Cole estratégia de busca na barra de pesquisa e clique no botão Search.

9 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram satisfatórios? Caso os resultados não tenham sido satisfatórios (quantitativa e qualitativamente) fineza agendar uma nova consulta com a equipe de Bibliotecários da biblioteca do Campus Saúde da UFMG.

10 ORIENTAÇÕES PARA RELATO DO PROCESSO DE BUSCA

O relato do processo de busca deve conter os seguintes elementos: Lista dos bancos de dados pesquisados; Especificação da data mais antiga de busca ou período a partir do

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

qual os estudos foram buscados; Lista de qualquer restrição de idioma, tipo de publicação, sexo, grupo etário, etc.; Lista das fontes complementares de pesquisa (indivíduos e organizações contatadas; literatura cinzenta, teses e dissertações, busca manual, anais de congressos, lista de referências, etc.); Indicação da estratégia completa de busca para cada base de dados nos apêndices; Indicação do número total de referências recuperadas por cada estratégia de busca deve ser incluída na seção de resultados.

11 ORIENTAÇÕES PARA LOCALIZAR O TEXTO COMPLETO

ACESSO REMOTO AO PORTAL CAPES

1. Acesse o Portal de Periódicos da CAPES: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>
2. Clique no botão **Acesso Cafe** (canto superior direito),



3. Digite a sigla **UFMG** na caixa de busca abaixo da xícara e clique no botão **Enviar**.

Acesso remoto via CAFE

Esta opção permite o acesso remoto ao conteúdo assinado do Portal de Periódicos disponível para sua instituição. Este serviço é provido pelas instituições participantes, ou seja, o nome de usuário e senha para acesso deve ser verificado junto à equipe de TI ou de biblioteca de sua instituição.

Para utilizar a identificação por meio da CAFE, sua instituição deve aderir a esse serviço provido pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP).

cafe comunidade acadêmica federada

[Tutorial](#)

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

SERVIÇO DE PESQUISA FORMULÁRIO PARA CONSULTA INDIVIDUAL

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome	Abraão dos Santos Freire	
E-mail	abraao_freire@yahoo.com.br	Telefone: (31) 99876-4525
Unidade acadêmica	☐ Escola de Enfermagem ☒ Faculdade de Medicina ☐ HC/UFMG ☐ HRTN/UFMG ☐ Outra:	
Vinculação Institucional	☒ Discente ☐ Docente ☐ Profissional	Curso: Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Orientador(a): Profa. Dra. Jandira Maciel da Silva Curso/Departamento: Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência Área/Especialidade:
Finalidade da busca	☐ Assistência ao Paciente ☐ Apresentação/Palestra ☐ Auditoria ☐ Atualização Profissional ☐ Avaliação de Tecnologia em Saúde ☐ Criação de Guideline ☐ Ensino ☐ Escrita de Artigo/Capítulo de Livro ☐ Desenvolvimento de Políticas ☐ Processo Judicial ☐ Revisão de Projeto de Pesquisa ☐ Revisão para Dissertação ☐ Revisão para TCC Graduação ☐ Revisão para TCC Pós-Graduação ☐ Revisão para Tese ☒ Revisão de escopo ☐ Revisão integrativa ☐ Outra:	
Para que os resultados serão utilizados?	☒ Pesquisa pessoal ou estudo particular ☐ Comercial* * Destinado ou direcionada a vantagens comerciais ou compensação monetária	

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

2 QUESTÃO DE PESQUISA

Pergunta de pesquisa	Considerando a crescente demanda por serviços públicos decorrente do envelhecimento da população, bem como as responsabilidades definidas em portarias, decretos e documentos orientadores do PMC, este estudo se interessa pelas condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos. Nesse contexto, a questão de pesquisa que surge é: quais são as possíveis repercussões do trabalho dos cuidadores sociais de idosos do PMC no município de Belo Horizonte, MG, tanto para sua saúde quanto para o trabalho que desempenham?
Palavras-chave	Envelhecimento populacional, saúde do idoso, cuidador de idosos, políticas públicas de proteção à pessoa idosa e saúde do trabalhador.
Tipo de estudo (Desenho metodológico)	Este estudo será conduzido com uma abordagem quanti-qualitativa, fundamentada nos princípios do materialismo histórico-dialético. Para atingir os objetivos propostos, serão utilizadas estratégias de coleta de dados, revisão bibliográfica escopo, estudo documental e entrevistas por meio de questionários semiestruturados.

Sua pergunta é específica para qualquer categoria abaixo?

Gênero	Grupo etário	
☐ Feminino ☐ Masculino	☐ Recém-nascido: nascimento até 1 mês ☐ Lactente: 1 a 23 meses ☐ Pré-escolar: 2 a 5 anos ☐ Criança: 6 a 12 anos ☐ Adolescente: 13 a 18 anos	☐ Adulto jovem: 19 a 24 anos ☐ Adulto: 19 a 44 anos ☐ Meia-idade: 45 a 64 anos ☐ Idoso: 65 ou mais ☐ Idoso de 80 anos ou mais

Condição	☐ Anatomia e fisiologia ☐ Cirurgia ☐ Complicações ☐ Diagnóstico ☐ Educação ☐ Efeitos adversos ☐ Epidemiologia ☐ Ética ☐ Etiologia/fatores de risco ☐ Farmacologia ☐ Farmacoterapia	☐ Frequência/taxa ☐ Incidência ☐ Prevalência ☐ Prognóstico/predição ☐ Lesões ☐ Mortalidade ☐ Morbidade ☐ Prevenção e controle ☐ Terapia/Tratamento ☐ Uso terapêutico ☐ Outro:
----------	---	--

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

3 RECURSOS PARA PESQUISA

Bases de dados bibliográficas

- ☒ LILACS e outras bases via Portal Regional da BVS (Acesso público)
- ☒ MEDLINE via PubMed (Acesso público)
- ☒ Embase (Acesso via Portal CAPES)
- ☒ Cochrane Library (Acesso público)
- ☒ Scopus (Acesso via Portal CAPES)
- ☒ Web of Science (Acesso via Portal CAPES)
- ☐ PsycINFO (Acesso mediante assinatura)
- ☐ CINAHL (Acesso mediante assinatura)
- ☐ PEDro (Acesso público)
- ☐ OTseeker (Acesso público)
- ☐ Outra:

Anatomia e Fisiologia 3D

- ☐ Primal Pictures

Registro de Estudos em Andamento

- ☐ ClinicalTrial.gov
- ☐ WHO ICTPR
- ☐ The Campbell Collaboration
- ☐ Joanna Briggs Institute
- ☐ BEME Collaboration
- ☐ Clinical Trials Register EU

Bases de patentes

- ☐ Derwent, WIPO, Reaxys, USPTO, INPI

Fontes de Evidências Pré-analisadas

- Meta busca:

- ☐ ACCESSS
- ☐ Epistemonikos
- ☐ TripDatabase

- Sumários Point of Care:

- ☐ UpToDate (Acesso mediante assinatura)
- ☐ Dynamed (Acesso mediante assinatura)
- ☐ Nursing Center (Acesso mediante assinatura)
- ☐ Access Medicine (Acesso mediante assinatura)
- ☐ BMJ Best Practice (Acesso mediante assinatura)

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735



Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244

Literatura Cinzenta

- Repositórios de Teses e Dissertações Nacionais

- ☐ BDTD
- ☐ Banco de Teses da CAPES
- ☐ Repositórios Institucionais: UFMG, FIOCRUZ, USP, UnB, etc.

- Repositórios Internacionais

- ☐ ProQuest
- ☐ BIOSIS Citation Index
- ☐ CollectionsCanada
- ☐ OpenGray (Europa)
- ☐ DissOnline (Alemão)
- ☐ Theses (Grã-Bretanha e Irlanda)

4 FILTROS E LIMITES QUE SERÃO APLICADOS À BUSCA

Ano de publicação

- | | |
|--|---|
| ☒ Últimos 12 meses | ☐ Últimos 15 anos |
| ☐ Últimos 5 anos | ☐ Últimos 20 anos |
| ☐ Últimos 10 anos | ☐ Todos os anos (sem limite) |

Idiomas

- | | |
|---|---|
| ☒ Português | ☐ Qualquer idioma com resumo em inglês |
| ☒ Inglês | ☐ Todos os idiomas |
| ☒ Espanhol | ☐ Outro idioma específico: |

Outros

- | |
|---|
| ☐ Tipos de estudo (desenho de pesquisa): |
| ☐ Tipo de publicação: |
| ☐ Outro: |

5 GESTÃO DOS RESULTADOS DA BUSCA

Você pretende utilizar gerenciador de referências? Se sim, qual?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ EndNote | ☐ Zotero |
| ☐ Mendeley | ☐ Outro: |

Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde da UFMG
Setor de Referência: 31 3409-9735

Serviço de Pesquisa - Consulta Individual
Gabriella Braga Andrade Martins
Bibliotecária - CRB/6 2244



4. Utilize seu login e senha do **MinhaUFMG** para acessar o Portal CAPES.
5. O acesso remoto ao Portal CAPES disponibiliza os mesmos recursos que você acessa nas dependências da UFMG.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Observatório Interinstitucional, Intersetorial e Transdisciplinar de Políticas Públicas Municipais de Abordagem da Covid-19, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Pesquisador: Elza Machado de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56338822.9.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.536.062

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 2a. versão do projeto de pesquisa que responde diligências do parecer de número: 5.380.301.

A proposta de pesquisa tem por objetivo avaliar as Políticas Públicas Municipais de Abordagem da COVID-19, de Promoção de Saúde e de Prevenção da Violência, a ser desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência-Mestrado Profissional/UFMG, em parceria com os municípios de Belo Horizonte, Contagem, Betim, Juatuba, Brumadinho, Timóteo, São Joaquim de Bicas. Outros Municípios poderão participar em tempos sucessivos, mediante emenda ao CEP-UFMG.

A pesquisa é de natureza quali quantitativa, longitudinal e comparativa e terá por objeto as Políticas Públicas Municipais de Abordagem da Covid-19, de Promoção de Saúde e suas associadas, a saber, Saúde, Educação, Assistência Social e de Prevenção da Violência. O Observatório será inerente e imediatamente resultante do desenvolvimento da pesquisa, sendo, pois, um observatório de pesquisa. A parte qualitativa da metodologia será composta por entrevistas e grupos focais com gestores, gerentes, profissionais e usuários e por pesquisa documental, sobre as diferentes Políticas Públicas Municipais elencadas acima, de todos os sete

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

Municípios participantes. A parte quantitativa será constituída por análise de dados secundários de bancos públicos e dados secundários dos municípios referentes ao perfil de morbimortalidade e vacinação de Covid-19.

A pesquisa prevê múltiplos procedimentos, a saber:

- 1) entrevistas em profundidade com gestores, gerentes e profissionais dos sete Municípios envolvidos nas Políticas Públicas de Abordagem da Covid-19, de Promoção de Saúde e de Prevenção da Violência
- 2) grupos focais com profissionais dos sete Municípios envolvidos nas mesmas Políticas;
- 3) grupos focais com usuários dos serviços correspondentes às áreas estudadas;
- 4) grupos focais com famílias dos alunos - no caso da educação
- 5) estudos de morbimortalidade e vacinação com utilização de dados secundários, de bancos públicos e de bancos dos municípios de Betim, Contagem, Timóteo, São Joaquim de Bicas e Juatuba;
- 6) análise documental: material dos sites públicos; material veiculado na mídia; políticas e programas propostos por agências internacionais e nacionais, etc.

Os três primeiros procedimentos mais a análise documental compõem a parte qualitativa da proposta, para executá-la, serão realizadas, em cada município 10 entrevistas com gerentes; 10 grupos focais com profissionais; 10 grupos focais com usuários; 10 grupos focais com famílias de alunos matriculados no setor educação. Além disso, serão realizadas entrevistas com os secretários e secretários adjuntos de cada município. No total prevê-se a participação de 820 indivíduos. No entanto, esse número de entrevistas e de grupos focais constitui um ponto de partida; sua definição final atenderá ao critério de saturação, podendo se antecipar o término da pesquisa com um menor número ou aumentar o número de entrevistas a serem feitas.

A parte qualitativa terá a função de descrever a implementação, execução e efeitos das Políticas e, ao mesmo tempo, de classificar os municípios segundo o desenvolvimento dessas Políticas, tornando-os comparáveis.

A parte quantitativa utilizará dados agregados dos bancos públicos e dados distribuídos por setores censitários, quando isto for possível e os dados secundários liberados pelos Municípios referentes à morbimortalidade e vacinação de COVID-19 com as respectivas variáveis

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

sociodemográficas, endereço e comorbidades, coletados na Rede Pública de Saúde dos Municípios de Betim, Contagem, Juatuba, Timóteo, e São Joaquim de Bicas, do período de março de 2019, em diante; A Pesquisa documental será realizada coletando informações em sites públicos e matérias jornalísticas da mídia.

O estudo será desenvolvido de maneira longitudinal sendo a parte qualitativa repetida a cada quatro anos. A parte quantitativa com dados públicos e a análise documental serão atualizadas mensalmente.

Os critérios para recrutamento de participantes são:

Inclusão: Gestores, gerentes e profissionais que estejam atuando na rede pública, com início em tempo anterior à pandemia por Coronavírus. Usuários residentes nos municípios estudados e que utilizam a sua rede pública de serviços; famílias de alunos da rede de educação, regularmente matriculados.

Exclusão: Profissionais contratados após o início da pandemia Usuários que utilizam a rede pública, mas não são residentes nos municípios estudados; Famílias que têm membros matriculados no setor de educação mas não residem nos municípios estudados.

Para a análise qualitativa será utilizada a grounded theory (análise fundamentada em dados), que propõe formulação e proposições, nexos e teorias, a partir da fala dos participantes, com posterior argumentação com a literatura. A parte quantitativa, representada por análise de bancos de dados secundários públicos e por análise de bancos de dados secundários dos municípios referentes à COVID-19, contemplará análise descritiva, bivariada, multivariada, análise de tendência e análise espacial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo Geral: Analisar a formulação de Políticas Públicas Municipais de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Brumadinho, Juatuba, Timóteo, São Joaquim de Bicas, assim como as iniciativas de movimentos sociais, sua implementação, sua execução e seus efeitos sobre o perfil de morbimortalidade por Covid-19, o perfil de Promoção de Saúde e o perfil de violência, propiciando a criação do Observatório Interinstitucional, Intersetorial e Transdisciplinar de Políticas Públicas Municipais de Abordagem da Covid-19, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

Objetivos específicos:

- Descrever as principais Políticas Públicas em vigor nos Municípios estudados;
- Analisar as políticas destinadas à abordagem da Covid-19 – medidas de controle e prevenção, incluindo vacinação; retorno às atividades presenciais; assistência e reabilitação, nos Municípios participantes;
- Analisar as Políticas Públicas Municipais de Promoção de Saúde e Enfrentamento da Violência;
- Analisar o perfil de morbimortalidade por Covid-19 dos municípios estudados;
- Analisar o perfil de morbimortalidade por COVID 19 dos municípios estudados, segundo as políticas públicas municipais implementadas;
- Promover a criação e sustentabilidade do Observatório de Pesquisa de Políticas Públicas Municipais;

Objetivo Secundário:

Contribuir para a formulação, implementação e avaliação de Políticas Públicas Municipais de Abordagem da COVID-19, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos a integridade física dos entrevistados e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para as Políticas Públicas, sua melhor qualidade, alcance e eficácia. Os únicos riscos da pesquisa são os referentes a possíveis desconfortos gerados por receio de exteriorizar opiniões, se o momento apresentar conjuntura adversa, para tratar algum conteúdo. Se este for o caso, o entrevistado poderá interromper a entrevista totalmente ou suprimir os conteúdos que o(a) preocupam. Além disso, em qualquer situação, sua privacidade estará garantida, sendo um compromisso nosso ético e incondicional. Caso ainda assim ocorra alguma dúvida, o entrevistado terá o direito de negar o consentimento referente ao uso dos seus dados já coletados, se assim quiser e julgar necessário, sem que isto lhe acarrete qualquer problema ou transtorno.

Outro risco possível seria a divulgação por algum participante, no caso dos grupos focais, de informações sobre a identidade e opiniões de outro participante. Relativamente a isso, será

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2, Sala 2005 2, Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

expressamente solicitada a garantia de privacidade, constando explicitamente no TCLE, a ser assinado por todos participantes, a condição de não divulgação de informações sobre o grupo, ficando elas restritas exclusivamente aos pesquisadores e participantes.

Benefícios:

O Projeto permite acompanhar a formulação, a implementação e a avaliação das Políticas Públicas Municipais de Abordagem da Covid-19, de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e analisar sua qualidade e eficácia, comparando-as no tempo e uma com as outras, em diferentes municípios. Os objetos dessas políticas são constituídos pelos principais problemas que afetam a sociedade, daí seus benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os municípios assinaram anuência para o município inteiro, contemplando a participação de todos os seus setores públicos, exceto Belo Horizonte e Brumadinho, cujas anuências se referem apenas ao setor de Assistência Social. O Projeto tramitará nas instâncias de praxe da UFMG e será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, por meio da Plataforma Brasil, quando será, no mesmo ato, distribuído para o município de Betim que é o único entre os municípios que já possui Comitê de Ética próprio (o CEP de Belo Horizonte pertence à Secretaria de Saúde, que ainda não está incluída no presente projeto - a anuência desta Secretaria está tramitando segundo o fluxo estabelecido - assim que for liberada, será objeto de emenda aqui na Plataforma Brasil). Todos os participantes assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o uso de dados secundários de bancos não públicos referente à COVID-19 será encaminhado, nesta tramitação, o Termo de Utilização de Dados Secundários – TCUD, para todos os municípios, exceto para Belo Horizonte e Brumadinho que, como já foi dito, participarão por meio das Secretarias de Assistência Social, que não dispõe deste tipo de dados.

O trabalho de campo da pesquisa será realizado por mestrandos e professores do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; as entrevistas serão virtuais e os dados de natureza quantitativa já foram coletados, pois virão de bancos públicos e dos municípios, por isso, pelo menos em sua fase inicial, não serão dispendidos recursos financeiros. A pesquisa conta com financiamento próprio.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2, Sala 2005 2, Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No parecer constubstanciado de número 5.380.301 foi indicado que os seguintes termos haviam sido entregues e foram considerados adequados:

- 1) Folha de rosto preenchida e assinada: Ok
- 2) Parecer consubstanciado atestando a relevância técnica do projeto e a sua adequação metodológica e aprovação do projeto pela Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social
- 3) Projeto Completo: Ok
- 4) Cartas de anuência das secretarias envolvidas no projeto dos 7 Municípios (exceto o do Município de Timóteo que foi considerado ilegível).
- 5) Indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Betim no campo de instituição coparticipante.
- 6) Instrumentos de coleta de dados: Foram considerados ok, mas não estavam alinhados com a descrição metodológica;
- 7) TCUD: Foram apresentados os TCUDs relativos ao uso de dados secundários de morbimortalidade e vacinação de COVID-19 com as respectivas variáveis sociodemográficas, endereço, comorbidades, coletados na Rede Pública dos Municípios de Betim, Contagem, Juatuba, São Joaquim de Bicas e Timóteo. Conforme informado no formulário básico, não foram apresentados TCUDs para Belo Horizonte e Brumadinho, uma vez que não serão utilizados tais dados para tais municípios.

Atendendo, às solicitações deste mesmo parecer foram entregues os termos a seguir.

- 1) Carta resposta, indicando como foram atendidas às diligências indicadas.
- 2) Anuência da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de Timóteo, agora considerado legível.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 e 2º. Andar e Sala 2005 e Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

3) Formulário de Informações Básicas revisto e incluindo as informações sobre os grupos focais a serem realizadas com as famílias de alunos e riscos relativos a grupos focais.

4) Instrumentos de coletas de dados revistos e alinhados com coletas descritas no projeto:

a. Roteiro de Entrevista - Gestor (Secretário Municipal ou Subsecretário) e Gerentes – Assistência Social: Ok

b. Roteiro para entrevista - Gestor (Secretário Municipal ou Subsecretário) e Gerentes – Educação: Ok

c. Roteiro para entrevista - Gestor (Secretário Municipal ou Subsecretário) e Gerentes – Trabalho: Ok

d. Roteiro para entrevista - Gestor (Secretário Municipal ou Subsecretário) e Gerentes - Meio Ambiente: Ok;

e. Roteiro de Entrevista - Profissionais de Saúde: Ok

f. Roteiro de Entrevista - Profissionais de Assistência Social: Ok

g. Roteiro de Entrevista – Profissionais de Educação: Ok

h. Roteiro de Entrevista - Profissionais da Área do Trabalho e Moradia: Ok

i. Roteiro de Entrevista - Profissionais de Meio Ambiente: Ok

j. Roteiro de Grupos Focais – Usuários: Ok

k. Roteiro de Grupos Focais - Famílias de alunos: Ok

l. Roteiro de Grupos Focais – Profissionais: Ok

5) TCLE e TALEs revistos seguindo solicitações e foram entregues:

a. TCLE - Entrevistas com Gestores, Gerentes e Profissionais: Ok;

b. TCLE - Grupos Focais com Profissionais: Ok

c. TCLE - Grupos Focais com Usuários : Ok

d. TCLE - Grupos Focais com Famílias: Ok

e. TCLE - Grupos focais - responsável por menores de 18 anos das Famílias: Ok

f. TALE - Grupos Focais com Membros das Famílias menores de 18 anos: Ok

g. TALE - Grupos Focais com Membros das Famílias menores de 15 anos: Ok

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.536.062

Recomendações:

Nos TCLEs e TALEs ao informar que serão feitas gravações, deixar claro que são gravações de áudio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista que a pesquisadora atendeu às diligências feitas no parecer 5.380.301 relativo à 1ª. versão do projeto. Na condição de se atender as recomendações solicitadas, somos, S.M.J. favoráveis à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881969.pdf	18/05/2022 15:08:13		Aceito
Outros	Carta_indicando_as_correcoes_solicitadas.docx	18/05/2022 15:04:05	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Observatorio.doc	18/05/2022 15:00:41	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Novo_Roteiros_entrevistas_e_Grupos_Focais_Observatorio.docx	18/05/2022 14:56:26	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Nova_anuencia_Timoteo.pdf	18/05/2022 14:53:21	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Parecer_cientifico.pdf	28/02/2022 12:32:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Aprovacao_Camara_Departamental.	27/02/2022	Elza Machado de	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.536.062

Outros	pdf	21:48:31	Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Brumadinho.pdf	27/02/2022 18:44:53	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Sao_Joaquim_de_Bicas.pdf	27/02/2022 18:42:10	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Juatuba.pdf	27/02/2022 18:37:08	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Contagem_Saude.pdf	27/02/2022 18:36:14	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Contagem.pdf	27/02/2022 18:35:48	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_Betim.pdf	27/02/2022 18:35:06	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	Anuencia_SUAS_BH.pdf	27/02/2022 18:34:23	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TCUD_Timoteo.pdf	27/02/2022 18:33:18	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TCUD_Sao_Joaquim_de_Bicas.pdf	27/02/2022 18:32:48	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TCUD_Juatuba_MG.pdf	27/02/2022 18:32:20	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TCUD_Betim_MG.pdf	27/02/2022 18:31:43	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TCUD_Contagem_MG.pdf	27/02/2022 18:31:10	Elza Machado de Melo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rostoassinada_Observatorio_completa.pdf	27/02/2022 18:29:28	Elza Machado de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Observatorio_COEP.docx	27/02/2022 18:26:39	Elza Machado de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Julho de 2022

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO – PESQUISA SUASS

Subsecretaria de Assistência Social
Diretoria de Gestão do SUAS-DGAS
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente -GGTEP

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO – PESQUISA SUASS

Declaramos, para os devidos fins, que a Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do SUAS-BH (GGTEP) recebeu o parecer consubstanciado CEP UFMG nº 5.536.062 o qual aprova os procedimentos metodológicos previstos no projeto de pesquisa “Cuidar de quem cuida: estudo das condições de trabalho e de saúde dos cuidadores sociais de idosos do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte – MG (PMC/BH/MG)”, sob responsabilidade de Abraão dos Santos Freire.

A emissão do parecer consubstanciado favorável ratifica que o projeto está em consonância com os requisitos da Resolução nº 510, do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e suas complementares. Sendo assim, a GGTEP autoriza o início do trabalho de campo e da coleta de dados previstos no projeto. Ressalta-se que é de responsabilidade do solicitante, de acordo com as orientações das unidades e diretorias da SUASS, a organização das etapas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

Belo Horizonte, 11 de abril de 2024.

Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente do SUAS-BH

Carlos Eduardo Firmino
BM 105.514-1

Portal da Assinatura - PBH

2 página(s) assinada(s) - Datas e horários baseados em Brasília, BR

Certificado de assinaturas gerado em quinta-feira, 11 de abril de 2024 às 20:01

Documento assinado eletronicamente, de acordo com Decreto 17.710 de 13 de Setembro de 2021

Autorização Abrãao Santos.pdf

Documento assinado digitalmente, por assinatura simples, em quinta-feira, 11 de abril de 2024 às 20:01
Assinante: CARLOS EDUARDO FIRMINO Matrícula: PR105514
Hash da assinatura: D6B4BB62FBD753A7B5BEF340B841712876515348 Para validar utilize o QR Code ao lado.

