

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tatiana Kelly Silva

**AVALIAÇÃO DA FASE INICIAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR
CUIDADO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM (MG)**

Belo Horizonte

2025

Tatiana Kelly Silva

**AVALIAÇÃO DA FASE INICIAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR
CUIDADO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM (MG)**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde (PPAS).

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte

2025

Silva, Tatiana Kelly.

SI586a Avaliação da fase inicial de implantação do Programa Maior Cuidado no Município de Contagem (MG) [recurso eletrônico]. / Tatiana Kelly Silva. - - Belo Horizonte: 2025.
157f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Programas Sociais. 2. Cuidadores. 3. Idoso. 4. Assistência Domiciliar. 5. Brasil. 6. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 115

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 128 (CENTO E VINTE E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA TATIANA KELLY SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 08 (oito) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e cinco, às 09:00 (nove horas), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AVALIAÇÃO DA FASE INICIAL DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM (MG)", da aluna *Tatiana Kelly Silva*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Mirela Castro Santos Camargos, Karla Cristina Giacomin e Wanderson Costa Bomfim, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora.

Belo Horizonte, 08 de agosto de 2025.

Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos

Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Prof. Dr^a. Karla Cristina Giacomin

Membro Titular (PBH)

Dr. Wanderson Costa Bomfim

Membro Titular (FJP)



Documento assinado eletronicamente por Mirela Castro Santos Camargos, Coordenador(a), em 11/08/2025, às 17:32, 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 Wanderson Costa Bomfim, Usuário Externo, em 11/08/2025, às 18:56, 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 Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo, em 11/08/2025, às 21:33, 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 4447412 e o código CRC 6C78C70F.

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre em um contexto de significativas transformações familiares, impulsionadas pela queda da fecundidade e pela crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho. Essas alterações desafiam os papéis tradicionais de gênero e aumentam a demanda por cuidado às pessoas idosas. O Programa Maior Cuidado (PMC) surge em Belo Horizonte, em 2011, como uma importante iniciativa de cuidado, oferecendo suporte às famílias de pessoas idosas semidependentes e dependentes em contextos vulneráveis. Em 2023, um Projeto Piloto foi iniciado nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG) para implementar e avaliar o PMC. O objetivo do presente trabalho é avaliar a fase inicial da implantação do PMC no município de Contagem, levantando os desafios e oportunidades relacionados à contratação de cuidadores, à seleção dos idosos e à manutenção do programa. Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, que empregou entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados, tendo como população-alvo os cuidadores sociais e suas supervisoras, os trabalhadores técnicos da saúde e assistência social da prefeitura de Contagem e representantes da equipe do Projeto Piloto. Quanto ao processo seletivo para cuidadoras sociais, as entrevistas indicaram que as experiências foram positivas, especialmente em relação ao curso de treinamento ofertado, por proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e habilidades; contudo, a contratação foi considerada lenta. Diante da ausência de quadro de reserva e da saída de algumas cuidadoras após o início da intervenção, foram realizados seis processos seletivos, todos com baixa procura, atribuída principalmente à remuneração ofertada. Evidenciou-se a importância das supervisoras para o bom funcionamento do programa, ao ampliar os vínculos entre pessoas idosas e seus familiares, cuidadoras, técnicos da prefeitura e equipe do PMC, assim como um desejo por formações específicas voltadas à gestão de pessoas. Entre os desafios para a seleção e inserção das pessoas idosas, destacam-se: a falta de experiência dos envolvidos diante de um novo programa; a necessidade de articulação entre os setores de saúde e assistência social; a insuficiência de veículos para realizar avaliações em um território extenso; a ausência de alguns profissionais nos quadros da prefeitura em certos momentos; a alta rotatividade de ocupantes de determinados cargos; e a desconfiança das famílias por ser um programa novo. Para garantir a sustentabilidade do PMC, observa-se que é essencial pensar na melhor forma de lidar com desafios vivenciados na implantação, investir na divulgação do programa e na busca por parcerias e fontes de financiamento diversificadas. Mesmo diante dos desafios encontrados na fase inicial da implantação do PMC, acredita-se que o comprometimento dos envolvidos ajudou para que o programa se sustentasse e que as famílias pudessem ser beneficiadas. Este estudo reforçou a importância da avaliação de políticas públicas, oferecendo subsídios para avanços no programa e para a implementação de estratégias semelhantes em outros contextos, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e seus familiares. Além da pesquisa realizada, considerando a experiência e vínculo da mestranda com a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), neste Trabalho de Conclusão de Mestrado foram desenvolvidos como produtos técnicos uma caderneta de saúde e materiais educativos sobre o consumo consciente de plantas medicinais, que podem contribuir para a melhoria da atenção às pessoas idosas atendidas pela PMC e também ser replicados em outros contextos, promovendo saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Programa Maior Cuidado; cuidadores sociais; pessoa idosa; assistência domiciliar aos idosos; Brasil.

ABSTRACT

In Brazil, population aging occurs in a context of significant family transformations, characterized by a decline in the number of children and an increase in the number of women entering the labour market. These changes challenge traditional gender roles leading to a greater demand for professional care and specialized services to ensure the well-being of the elderly. The Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme – PMC) was implemented in 2011, as an important care initiative, offering support to families of semi-dependent and dependent elderly people who live in vulnerable contexts. In 2023, a pilot project was initiated in the cities of Salvador (BA) and Contagem (MG) to implement the PMC. The aim of this study was to evaluate the initial phase of the deployment of the PMC in the city of Contagem, identifying the challenges and opportunities related to the hiring of caregivers, the selection of elderly individuals, and the maintenance of the programme. This is an evaluative research with a qualitative approach, which used semi-structured interviews for data collection, with the target population being social caregivers and their supervisors, technical health and social assistance workers from the city of Contagem, and representatives of the pilot project team. In the selection process for social caregivers, interviews revealed positive experiences, particularly regarding the training course offered, which facilitated the acquisition of new knowledge and skills. However, the hiring process was perceived as slow. Due to a lack of reserve staff and the departure of some caregivers after the intervention began, six selection processes were conducted, all experiencing low demand, primarily attributed to the compensation provided. The significance of supervisors for the effective operation of the program was emphasized, as they fostered connections between older adults, their families, caregivers, city technicians, and the PMC team. There was also a clear desire for targeted training in people management. Challenges in the selection and placement of older adults included: the lack of experience among those involved in a new program; the need for better coordination between health and social assistance sectors; lack of vehicles to carry out assessments across a large area; the unavailability of certain professionals on the city's staff at times; high turnover rates in specific positions; and family distrust stemming from the program's novelty. To ensure the sustainability of the PMC, it is crucial to effectively address the challenges encountered during implementation, invest in program promotion, and seek diverse partnerships and funding sources. Despite the obstacles faced during the initial phase of the PMC's implementation, it is believed that the commitment of all involved played a vital role in sustaining the program and benefiting families. This study underscored the importance of evaluating public policies and supporting program advancements, as well as implementing similar strategies in other contexts to enhance the quality of life for older adults and their families. In addition to the research conducted, and taking into account the master's student's experience and affiliation with the Ezequiel Dias Foundation (FUNED), this Master's Thesis developed a health booklet and educational materials on the conscious consumption of medicinal plants as technical products. These resources can enhance care for older adults served by the PMC and can also be adapted for use in other contexts, promoting health and well-being.

Keywords: Older Adult Care Programme; integrated care; older vulnerable people; health and social integration; Brazil.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Formas de acesso e critérios de inclusão para o PMC | 30 |
| Figura 1 – Mapa das regionais administrativas do município de Contagem | 36 |
| Figura 2 – Linha do tempo do Projeto Piloto do Programa Maior Cuidado em Contagem, da concepção ao início das atividades das cuidadoras sociais | 37 |
| Quadro 2 – Categorias de análises | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEFET-MG | Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais |
| CEP | Comitê de Ética e Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COEP-UFMG | Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| DPD | Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento |
| DPGF | Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças |
| EE-UFMG | Escola de Enfermagem da Universidade |
| eMulti | Equipes Multidisciplinares na Atenção Primária à Saúde |
| ESF | Equipes da Saúde da Família |
| FUNED | Fundação Ezequiel Dias |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ISO | Organização Internacional de Normalização |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAIF | Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias |
| PMC | Programa Maior Cuidado |
| PAIF | Proteção e Atendimento Integral às Famílias |
| SFPF | Serviço de Fitoquímica Prospecção Farmacêutica |
| SMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SMASAC | Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 18 |
| 2.1 Objetivo geral | 18 |
| 2.2 Objetivos específicos | 18 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 3.1 Envelhecimento populacional, mudanças demográficas e epidemiológicas e o efeito no cuidado para pessoas idosas | 19 |
| 3.1.1 O envelhecimento populacional brasileiro | 23 |
| 3.2 Cuidados às pessoas idosas | 25 |
| 3.3 Programa Maior Cuidado (PMC) | 27 |
| 3.4 Avaliação de políticas públicas | 32 |
| 4 METODOLOGIA | 35 |
| 4.1 Tipo de estudo | 35 |
| 4.2 Cenário e a implementação do Projeto Piloto do PMC em Contagem (MG) | 35 |
| 4.3 População do estudo | 39 |
| 4.4 Técnica para coleta de dados | 41 |
| 4.5 Técnica para análises de dados | 45 |
| 4.6 Aspectos legais e éticos | 46 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 49 |
| 5.1 O processo de seleção e contratação dos cuidadores sociais | 49 |
| 5.2 O curso de formação de cuidadores | 56 |
| 5.3 A importância da comunicação e integração para o êxito do Programa Maior Cuidado | 64 |
| 5.4 A seleção e inserção de pessoas idosas | 70 |
| 5.5 Desafios para a sustentabilidade do programa maior cuidado: lições do Projeto Piloto | 77 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS | 88 |
| APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM CUIDADOR SOCIAL | 97 |
| APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM SUPERVISORAS | 100 |
| APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM TÉCNICOS DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL | 103 |
| APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM A EQUIPE DO PROJETO PILOTO | 106 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 109 |
| APÊNDICE 6 – CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS..... | 113 |
| APÊNDICE 7 – PRODUTO TÉCNICO 1..... | 114 |
| APÊNDICE 8 – PRODUTO TÉCNICO 2..... | 116 |
| APÊNDICE 9 – PRODUTO TÉCNICO 3..... | 121 |
| ANEXO 1 – INSTRUMENTAL INSERÇÃO IDOSO..... | 131 |
| ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO IDOSO PMC..... | 137 |
| ANEXO 3 – ROTINA DE CUIDADOS DA SAÚDE..... | 140 |
| ANEXO 4 – ROTINA DE CUIDADOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL..... | 144 |
| ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 147 |
| ANEXO 6 – PROGRAMAÇÃO CURSO DE CUIDADORES SOCIAIS (100 HORAS) | 155 |
| ANEXO 7 – PROGRAMAÇÃO CURSO DE CUIDADORES SOCIAIS (15 HORAS) | 156 |

APRESENTAÇÃO

Formada em Tecnologia em Normalização e Qualidade Industrial pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET-MG), em 2010, desenvolvi uma base sólida em gestão da qualidade e normalização industrial. Posteriormente, ampliei meus conhecimentos ao concluir a especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense, em 2017, o que me permitiu integrar perspectivas da saúde pública à minha formação inicial.

Minha trajetória profissional se consolidou na Fundação Ezequiel Dias (FUNED), instituição estadual de destaque nacional, referência na produção de soros antivenenos, vacinas (como a da meningite C) e medicamentos para o SUS. A instituição me proporcionou adquirir experiência e expertise em um ambiente que valoriza a inovação e o enfrentamento de desafios. A FUNED, como instituição de referência em pesquisa e tecnologia, proporciona um contexto propício para o crescimento profissional e a aplicação de conhecimentos em prol da saúde pública.

Ingressei na FUNED em 2007, como técnica em química na Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento (DPD), na qual desenvolvi minhas atividades ao longo dos anos, incluindo a atuação como analista da qualidade. Posteriormente, fiz um novo concurso para analista da qualidade e continuei na DPD até 2019. Nos últimos anos, executei tarefas administrativas e de suporte para adequação aos requisitos do sistema de gestão da qualidade a diversas áreas da Diretoria de Planejamento, Gestão e Finanças (DPGF) para a auditoria interna da norma ISO 9001. Em 2024, assumi a coordenação do Serviço de Fitoquímica e Prospecção Farmacêutica (SFPF), vinculado à DPD, o qual desenvolve pesquisas na área de produtos naturais de origem vegetal e fúngica, por meio de estudos fitoquímicos biomonitorados, visando a obtenção de substâncias bioativas e o uso sustentável da biodiversidade.

O desejo de aprofundar meus conhecimentos e contribuir para a área de saúde coletiva me levou a ingressar no Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Dentre as diversas temáticas possíveis e meu interesse por avaliação de políticas públicas de saúde, optei por investigar o Programa Maior Cuidado (PMC), dada sua relevância e impacto na população idosa. Recém implantado em Contagem (MG), município no qual resido, vi a oportunidade de avaliar as fases iniciais do Programa Maior Cuidado e aplicar o conhecimento adquirido no Mestrado

Profissional. Durante o trabalho de campo, percebi a oportunidade de integrar minhas experiências diárias no SFPF/DPD com as demandas dos idosos atendidos pelo Programa Maior Cuidado. Nesse contexto, desenvolvi produtos técnicos específicos, como uma cartilha sobre consumo consciente de plantas medicinais por idosos, uma caderneta de saúde e folders informativos. Esses materiais foram elaborados com a colaboração de pesquisadores do Serviço SFPF, de um bolsista e do Serviço de Comunicação da FUNED. Essa iniciativa visa oferecer informações precisas e acessíveis sobre o uso seguro e eficaz de plantas medicinais, abordando desde os fundamentos do PMC até aspectos práticos como formas de preparo de chás medicinais e possíveis interações medicamentosas. A cartilha representa um recurso importante para a promoção da saúde e do bem-estar, especialmente para a população idosa, ao fornecer orientações claras e baseadas em evidências científicas.

A cartilha poderá ser utilizada como recurso educacional no curso de capacitação dos cuidadores sociais do Programa Maior Cuidado, considerando a tradição da população idosa de cultivar e consumir plantas medicinais. Além disso, uma caderneta será disponibilizada para auxiliar as cuidadoras sociais no controle do consumo de plantas medicinais pelas pessoas idosas, permitindo que os médicos tomem decisões mais assertivas durante a prescrição de medicamentos. Os folders, por sua vez, serão distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regionais Industrial e Ressaca, alvos do programa, com o objetivo de fornecer informações de forma clara e acessível à população idosa que faz uso de plantas medicinais. Em conjunto, esses produtos visam promover o uso seguro e eficaz de plantas medicinais por essa população, contribuindo para a melhoria da saúde e bem-estar das pessoas idosas, podendo ser distribuídos, posteriormente, em outras UBS e em outros municípios.

Esta pesquisa se insere no contexto da avaliação de políticas públicas, reconhecendo a importância da gestão eficiente e eficaz dos recursos públicos e da necessidade de atender à demanda por cuidados, diante do envelhecimento da população. Ao investigar a implantação de uma política de cuidado à população idosa, este estudo visa contribuir para a discussão de modelos capazes de melhorar a qualidade de vida dessa população e seus familiares, oferecendo assim subsídios para melhorias no programa de Contagem e para que estratégias como essas sejam aplicadas em outros municípios.

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a configuração da pirâmide etária no Brasil tem se alterado em função da queda nas taxas de mortalidade e natalidade. Essa evolução resulta em uma diminuição da parcela da população jovem, enquanto se verifica um crescimento na quantidade de indivíduos adultos e idosos (Lassance, 2022).

A redução das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, impulsionados por melhorias nos cuidados de saúde e nas condições socioeconômicas, resultaram em um rápido envelhecimento da população brasileira. Embora esse fenômeno não seja exclusivo do Brasil e reflita uma tendência global, a transição demográfica no país está ocorrendo de maneira acelerada. Enquanto a França levou 140 anos para que a proporção de idosos dobrasse de 10% para 20%, no Brasil esse processo deverá acontecer em apenas 25 anos. Assim, em 2060, mais de um quarto da população brasileira terá mais de 60 anos (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou dados do Censo Demográfico 2022 com destaque sobre o crescimento da população idosa, definida como pessoas com 60 anos ou mais, conforme o Estatuto da Pessoa Idosa. Em 2022, o Brasil contava com 32.113.490 pessoas idosas, um aumento de 56% em relação a 2010 (Gomes; Britto, 2023).

O envelhecimento rápido da população brasileira traz desafios relevantes para a saúde, uma vez que os idosos relatam um pior estado de saúde e apresentam maior prevalência de doenças crônicas e dificuldades funcionais. Além disso, essa situação impõe desafios tanto ao sistema de saúde quanto às famílias, que precisam lidar com a demanda de cuidados de pessoas idosas com problemas de saúde ou dificuldades em realizar atividades diárias. Conseqüentemente, o aumento da população que necessita de cuidados está diretamente relacionado ao prolongamento do período de dependência. À medida que as pessoas vivem mais, é comum enfrentarem limitações e necessitarem de ajuda para realizar atividades da vida diária, especialmente nas fases mais avançadas da vida (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Em média, no Brasil, os indivíduos passam de dois a quatro anos em situação de dependência de cuidados para realizar atividades básicas no final da vida (Camargos, 2013). Estima-se que, entre 2010 e 2030, o número de pessoas idosas que precisarão de cuidados prolongados poderá crescer entre 61% e 77%, com

homens e mulheres demandando, respectivamente, 4,2 e 4,7 anos de assistência (Noronha; Castro; Gadelha, 2023).

O envelhecimento populacional e as mudanças nas estruturas familiares impactam significativamente a demanda por cuidados aos idosos. Com o aumento da expectativa de vida e a redução do tamanho das famílias, há uma sobrecarga para os familiares, especialmente as mulheres, que tradicionalmente assumem o papel de cuidadoras. No entanto, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e a evolução dos papéis de gênero desafiam essa dinâmica. Hoje, as mulheres brasileiras contribuem com cerca de 42% da renda familiar e ainda cuidam dos dependentes, evidenciando a necessidade de reavaliar e apoiar as famílias na tarefa de cuidar dos idosos (Muller; Fernandes; Moser, 2018; Noronha; Castro; Gadelha, 2023).

O envelhecimento populacional levanta questões econômicas, sociais e de saúde para as pessoas idosas, incluindo a necessidade de políticas voltadas ao provimento de cuidados para os dependentes. O cuidado oferecido aos idosos influencia diretamente sua qualidade de vida e pode impactar sua permanência em casa, evitando custos elevados com hospitalizações e institucionalizações. A presença de apoio próximo, considerando geralmente a mulher como principal cuidadora, é essencial para o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, mesmo para aqueles que são independentes nas atividades diárias (Castro; Aredes; Giacomini; Firmo, 2023).

As políticas públicas desempenham papel crucial na articulação entre trabalho, responsabilidades familiares e o cuidado, que deve ser garantido como um direito. Com as transformações nas estruturas familiares e o aumento da população idosa, é fundamental que o Estado intervenha para oferecer suporte àqueles que cuidam de pessoas nessa faixa etária. Essas políticas devem incluir a criação, desenvolvimento e implementação de serviços de apoio que atendam tanto a esse público quanto a suas famílias, considerando a diversidade de arranjos familiares e as necessidades individuais de cada membro, especialmente aqueles com mais de 60 anos (Muller; Fernandes; Moser, 2018).

No Brasil, a responsabilidade pelo cuidado com as pessoas idosas recai majoritariamente sobre a família, especialmente sobre as mulheres, que se tornam cuidadoras informais sem orientação ou estrutura adequada. Essas características refletem a representação social do cuidado como uma obrigação feminina. Além disso,

os cuidadores familiares enfrentam condições sociodemográficas desfavoráveis, vulnerabilidade a doenças e problemas emocionais e financeiros, evidenciando a necessidade de políticas e práticas que diminuam o estresse e a sobrecarga percebida (Araújo; Fernandes, 2015).

Apesar do crescimento dos programas de assistência domiciliar no Brasil, ainda existem lacunas significativas nas políticas públicas de cuidado, especialmente para as pessoas idosas. O Plano Nacional de Cuidados (Brasil, 2025) é uma iniciativa recente que busca abordar essas lacunas, mas ainda há muito a ser feito. Até então, os programas de assistência domiciliar existentes, embora importantes, não são suficientes para atender às necessidades dos idosos dependentes e de seus cuidadores, que frequentemente se sentem sobrecarregados e sem preparo adequado. A falta de recursos humanos que possam permanecer 24 horas no domicílio e a incipiência de programas voltados para o cuidador são desafios que precisam ser superados. Experiências bem-sucedidas em cidades como São Paulo e Belo Horizonte podem servir de modelo para a construção de uma política de cuidados de longa duração em todo o país (Duarte; Berzins; Giacomini, 2016).

Um exemplo de programa de atenção aos idosos é o Programa Maior Cuidado (PMC), iniciado em Belo Horizonte (MG) em 2011 e administrado pelas Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social (Centro [...], 2018). Seu objetivo é oferecer suporte às famílias no cuidado a idosos dependentes ou semidependentes, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, visando aprimorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. Essa iniciativa busca proporcionar apoio integral e qualificado, contribuindo para o bem-estar tanto das pessoas idosas quanto de seus familiares.

Na prática, os chamados cuidadores sociais prestam assistência domiciliar a idosos que possuem diferentes níveis de dependência. Esses profissionais realizam visitas programadas às residências das pessoas idosas, conforme orientação de uma equipe multidisciplinar, adaptando-se ao grau de necessidade de cada indivíduo e priorizando a prevenção da exclusão e do isolamento social (Fagundes, 2019).

O PMC tem como finalidade primordial oferecer suporte às famílias que cuidam de idosos inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF). Essas pessoas idosas, em virtude de suas condições sociais e de saúde, necessitam de cuidados contínuos e especializados. O PMC não apenas se propõe a garantir o

acesso aos direitos desses indivíduos, mas também busca prevenir situações que possam fragilizar ou romper os vínculos familiares e sociais dos beneficiários. Assim, o programa atua de maneira a promover um ambiente mais seguro e acolhedor para as pessoas idosas, assegurando que suas necessidades sejam atendidas de forma digna e respeitosa (Centro [...], 2018; Castro; Aredes; Giacomini; Firmo, 2023).

As ações do PMC visam fortalecer e enriquecer o relacionamento entre idosos e suas famílias, complementando as responsabilidades dos familiares e evitando a institucionalização. Além disso, ao compartilhar a carga diária de cuidados com o cuidador social, os laços familiares são reforçados, promovendo um ambiente mais saudável e equilibrado para todos os envolvidos, o que é essencial para garantir a qualidade de vida das pessoas idosas e a harmonia no seio familiar. O cuidador social desempenha esse papel ao dedicar-se integralmente à pessoa idosa em estado de vulnerabilidade, realizando atividades essenciais e acompanhando o idoso em momentos de lazer e consultas médicas. Por conseguinte, promove um cuidado integral que abrange as necessidades físicas e emocionais do assistido, garantindo que os idosos se sintam valorizados e respeitados em seu cotidiano e contribuindo para sua qualidade de vida e bem-estar (Centro [...], 2018; Castro; Aredes; Giacomini; Firmo, 2023).

O PMC tem gerado resultados positivos ao melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos, ao fortalecer a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e assistência social, e ao prevenir situações de violência intrafamiliar. Em virtude disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o programa como uma experiência bem-sucedida (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024). Os resultados altamente favoráveis dessa avaliação levaram o Ministério da Saúde a financiar um Projeto Piloto de intervenção em dois municípios: Salvador, na Bahia, e Contagem, em Minas Gerais.

Em Contagem, o Projeto Piloto de Intervenção do Programa Maior Cuidado é uma iniciativa resultante de uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), financiada pelo Ministério da Saúde. Seu objetivo é apoiar as famílias no cuidado com os idosos, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos por meio de atendimento domiciliar por cuidadores sociais capacitados. Essa parceria demonstra a importância da cooperação entre governo e instituições de ensino superior para desenvolver políticas públicas eficazes na área da saúde e da assistência à população idosa. No município de Contagem, foram selecionadas as

regionais Ressaca e Industrial, com a previsão de atendimento para 50 idosos e suas famílias, por meio da contratação de 17 cuidadores sociais (Gravino, 2024). Diante desse cenário, torna-se essencial não apenas implementar políticas públicas voltadas ao cuidado da população idosa, mas também avaliá-las sistematicamente, a fim de garantir que atendam de forma eficaz às necessidades dessa população em expansão.

As avaliações de políticas públicas, projetos e programas, como por exemplo o PMC, são fundamentais para evitar gastos desnecessários para o governo, garantindo uma gestão eficiente e eficaz dos recursos públicos, contribuindo também para promover a sustentabilidade financeira das ações desenvolvidas. Além do mais, trazem benefícios tangíveis, como transparência, eficiência e promove o aprimoramento contínuo, conferindo legitimidade ao processo de avaliação (Mendes; Gugliano, 2020).

Diante da importância do papel social de iniciativas como o PMC, pretende-se responder à seguinte questão de pesquisa: Quais são os desafios e oportunidades identificados na implantação do Programa Maior Cuidado no município de Contagem (MG), especialmente no que se refere à contratação de cuidadores, à seleção dos participantes e à manutenção do programa?

A escolha de um recorte específico na avaliação da implantação de um programa é crucial, pois destaca uma fase frequentemente negligenciada nos processos avaliativos. A atenção costuma se concentrar nos resultados, que podem ocultar os desafios das etapas iniciais, fundamentais para o sucesso do programa. Compreender obstáculos como resistência à mudança, falta de recursos e necessidade de capacitação profissional é essencial para uma avaliação completa. Ignorar esses aspectos pode distorcer a percepção da eficácia da intervenção, levando a interpretações errôneas dos resultados positivos, que muitas vezes refletem a superação desses desafios iniciais. Ademais, avaliações em fases iniciais de implantação de programas auxiliam na concretização de ajustes fundamentais para o curso das ações planejadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a fase inicial da implantação do Programa Maior Cuidado no município de Contagem, levantando os desafios e oportunidades relacionados à contratação de cuidadores sociais, à seleção dos idosos e à manutenção do programa.

2.2 Objetivos específicos

- a. Examinar o processo de contratação, treinamento e inserção dos cuidadores sociais nas residências das pessoas idosas;
- b. Investigar o processo de seleção, adesão e incorporação das pessoas idosas no programa.
- c. Analisar os desafios e oportunidades relacionados à implantação do Programa Maior Cuidado em Contagem

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que implica mudanças demográficas e epidemiológicas significativas, afetando diretamente o cuidado para pessoas idosas. Nesse contexto, políticas públicas eficazes são fundamentais para garantir a qualidade de vida e o bem-estar dessa população.

O PMC e seu Projeto Piloto em Contagem (MG) são exemplos de iniciativas que buscam responder às necessidades das pessoas idosas e suas famílias, oferecendo apoio e cuidado domiciliar. Além disso, a avaliação de políticas públicas como essas é essencial para entender suas contribuições e identificar oportunidades de melhoria.

Considerando a relevância dessas temáticas, este capítulo de fundamentação teórica aborda esses assuntos e se divide em três seções.

3.1 Envelhecimento populacional, mudanças demográficas e epidemiológicas e o efeito no cuidado para pessoas idosas

O envelhecimento populacional é um desafio global que impacta tanto países em desenvolvimento quanto desenvolvidos. Dados da Organização das Nações Unidas indicam que mais de 12% da população mundial tem 60 anos ou mais, e essa proporção deve ultrapassar 20% até a metade do século XXI. Além disso, espera-se que, em 2050, o número de pessoas com 100 anos aumente significativamente, impulsionado por melhorias no condicionamento físico e mental (Neta *et al.*, 2020).

O processo de envelhecimento da população teve início no século XIX, primeiramente em alguns países da Europa Ocidental, e posteriormente se disseminou para outras nações desenvolvidas, sendo observado mais recentemente também em países em desenvolvimento (Ottoni, 2020). Paralelamente a esse fenômeno, nota-se a feminização do envelhecimento, caracterizada pela maior proporção de mulheres na população idosa em comparação aos homens, especialmente nas idades mais avançadas, devido à maior expectativa de vida das mulheres. Essa questão é complexa porque abrange não apenas o aspecto quantitativo de haver mais mulheres idosas, mas também as desigualdades enfrentadas por elas no trabalho, incluindo preconceito de gênero e idade, o que impacta sua inserção, manutenção e progressão profissional. Essa complexidade exige uma abordagem multifacetada para mitigar os efeitos negativos e promover uma transformação efetiva no mundo do trabalho (Cepellos, 2021).

O aumento no número de pessoas idosas gera uma competição por recursos, uma vez que as necessidades de saúde de um idoso se somam a problemas urgentes, como a alta mortalidade infantil e a desnutrição. Assim, a sociedade se vê diante do desafio de equilibrar investimentos em diferentes áreas da saúde, enquanto enfrenta o aumento de condições crônicas, como diabetes, acidentes vasculares cerebrais e demência senil, que afetam cada vez mais essa faixa etária crescente (Ottoni, 2020).

Diante disso, o Brasil enfrenta uma polarização epidemiológica, caracterizada pela coexistência de doenças infecciosas e crônico-degenerativas, o que impõe dois desafios principais: lutar em duas frentes (doenças infecciosas e crônicas) e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. Para enfrentar esses desafios, é fundamental a informação epidemiológica confiável e atualizada, que subsidie o planejamento de saúde e a definição de prioridades. A comunidade acadêmica também tem um papel importante a desempenhar na análise dos dados e na realização de estudos especiais para aprofundar a compreensão da polarização epidemiológica e seus determinantes (Araújo, 2012).

Para melhorar a qualidade de vida dos idosos, é crucial promover o envelhecimento ativo e saudável, que busca maximizar oportunidades de saúde, participação e segurança. Essa abordagem inclui a promoção de comportamentos saudáveis, a manutenção da autonomia e o acesso a serviços de saúde. Investir no envelhecimento ativo é essencial para enfrentar os desafios da transformação demográfica, combater a discriminação etária e assegurar igualdade de oportunidades para todas as idades (Puglia *et al.*, 2024).

As mudanças demográficas e epidemiológicas induzem a necessidade de adequação das políticas de saúde e assistência social, escassez de recursos e profissionais qualificados, além de questões como a solidão entre os idosos. Portanto, é essencial reavaliar estratégias sociais e de saúde para garantir dignidade e qualidade de vida das pessoas idosas (Kalache; Veras; Ramos, 1987).

O envelhecimento é um fenômeno humano e social que vai além de um ciclo biológico, sendo influenciado por fatores econômicos, políticos e culturais, especialmente no contexto do capitalismo. Assim, o processo de envelhecimento trouxe novas oportunidades, vivências e experiências para as pessoas idosas. Contudo, é fundamental reconhecer que as pessoas envelhecem de maneiras distintas e encaram a velhice de formas variadas. Além disso, é importante destacar

que envelhecimento e velhice não devem ser automaticamente associados à doença. Contudo, é essencial considerar os declínios naturais do envelhecimento, assim como os diversos aspectos ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que influenciam a vida da pessoa idosa (Brasil, 2023a).

Apesar de o envelhecimento populacional apresentar desafios para os sistemas de saúde e previdência social, o processo não implica necessariamente em adoecimento, pois muitas pessoas idosas mantêm um bom nível de saúde. A crescente presença dessa faixa etária destaca a necessidade de incluir o envelhecimento nas políticas públicas e implementar ações de prevenção e cuidado, exigindo a organização de uma rede de serviços de proteção social (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

No âmbito social, a velhice é rotulada pela própria sociedade como uma etapa de profundas transformações que vão desde doenças, incapacidades, perdas financeiras e até mesmo de ordem funcional (Lima, 2019). A avaliação da capacidade funcional pode identificar riscos de dependência futura e orientar intervenções para melhorar a saúde dos idosos (Mellado; Lima, 2023).

O comprometimento da capacidade funcional dos idosos impacta negativamente sua qualidade de vida e aumenta a dependência na velhice, tornando essencial a avaliação dessa capacidade para desenvolver planos de treinamento adequados. A capacidade funcional refere-se à habilidade de realizar atividades diárias, fundamentais para a autonomia e independência. Cuidar dessa capacidade também contribui para a saúde emocional e mental, aumentando a confiança e a independência do idoso (Mellado; Lima, 2023).

A prática de exercícios físicos é crucial para fortalecer o sistema imunológico, prevenir doenças crônicas e manter a saúde mental, minimizando os efeitos do envelhecimento, como o enfraquecimento muscular. Programas de atividades físicas podem melhorar a capacidade funcional e promover a saúde, controlando condições como hipertensão e melhorando a saúde mental. Um envelhecimento saudável envolve a manutenção da capacidade funcional, que vai além da ausência de doenças, englobando fatores como sono adequado, alimentação saudável, apoio social e atividade física.

O envelhecimento ativo é um fenômeno que promove uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas, permitindo que participem de diversas atividades

saudáveis e seguras ao longo de suas vidas. Esse conceito abrange não apenas a participação econômica, mas também envolvimento social, culturais e de lazer. Com o aumento da população idosa, é essencial implementar estratégias que previnam doenças crônicas e melhorem hábitos de vida desde a juventude, reduzindo riscos na velhice. A política de envelhecimento ativo depende de comportamentos positivos, incentivando famílias e indivíduos a se prepararem para a velhice com um estilo de vida saudável (Neta *et al.*, 2020).

Nesse sentido, avanços em saúde e tecnologia têm contribuído para uma melhor qualidade de vida nessa fase, destacando a importância de investir em ações de prevenção ao longo da vida. Assim, os países buscam entender o envelhecimento para garantir que os idosos permaneçam social e economicamente integrados e independentes. Isso requer a inclusão do envelhecimento nas políticas públicas e a implementação de ações de cuidado que atendam às necessidades dessa população, organizando uma rede de proteção social eficaz (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Além disso, o processo de envelhecimento humano é influenciado por fatores hereditários, biológicos, sociais, ambientais, históricos e culturais, conhecidos como determinantes sociais da saúde. Esses fatores interagem entre si e exercem forte influência nas condições de saúde e bem-estar ao longo da vida. A exposição crônica a experiências adversas na infância e a desigualdades sociais pode acelerar o envelhecimento biológico e comprometer a saúde. Portanto, para promover um envelhecimento bem-sucedido, é fundamental investir em políticas públicas que abordem esses determinantes sociais desde a infância, garantindo um pleno desenvolvimento e um bom envelhecimento para todos (Gomes *et al.*, 2022).

O envelhecimento ativo depende de fatores acumulados ao longo da vida, e intervenções que promovam ambientes saudáveis são essenciais em todas as idades. Contudo, a população idosa é heterogênea e a diversidade tende a crescer com o tempo. As doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes e condições cardiovasculares, são as principais causas de morbidade e mortalidade nessa fase. Por isso, embora a promoção da saúde seja essencial, é preciso reconhecer que muitos idosos demandarão cuidados e suporte contínuo em fases mais avançadas da vida (Organização Mundial de Saúde, 2005).

3.1.1 O envelhecimento populacional brasileiro

Em países em desenvolvimento como o Brasil, o termo “idoso” é legalmente definido como aquele indivíduo com 60 anos ou mais, porém o envelhecimento abrange aspectos além da idade cronológica, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Além disso, o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei nº 10.741/2003, recentemente alterado em 2022 para substituir as expressões “idoso” por “pessoa idosa”, visa promover a inclusão e combater o preconceito contra essa parcela da população. De acordo com o Estatuto, pessoas com 60 anos ou mais têm direitos garantidos, como gratuidade de medicamentos e transporte público, além de medidas de proteção e prioridade. Essas medidas visam proteger e valorizar os direitos das pessoas idosas no Brasil (Brasil, 2022).

O envelhecer traz mudanças significativas, como maior suscetibilidade a doenças, declínio das capacidades cognitivas e perdas afetivas devido ao distanciamento ou falecimento de pessoas importantes (Leandro; Rosso, 2020).

O número de pessoas idosas brasileiras vem crescendo significativamente e as projeções para o ano de 2030, no cenário nacional, apontam para uma superação do quantitativo de idosos em relação ao de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em 2,28 milhões aproximadamente. Já em 2050, a população idosa corresponderá a cerca de 30% da população do Brasil, enquanto os adolescentes e crianças representarão 14% (Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde, 2022).

De acordo com o Censo 2022 do IBGE, a população idosa no Brasil, composta por pessoas com 60 anos ou mais, apresentou um aumento significativo de 56% em relação a 2010. Esse crescimento expressivo reflete as mudanças demográficas no país e destaca a importância de políticas e programas voltados para atender às necessidades específicas dessa faixa etária. Em 2015, a proporção de idosos no Brasil era de 12,7%, comparada a 25,2% no Canadá, mas as projeções indicam que, até 2050, o Brasil poderá ter uma população idosa semelhante ou até maior que a dos canadenses. No entanto, enquanto o Canadá possui um sistema estruturado com políticas públicas voltadas para o envelhecimento e instituições acadêmicas dedicadas ao tema, apenas 10% das faculdades de medicina no Brasil têm departamentos de Geriatria, evidenciando uma falta de preparação para lidar com o envelhecimento populacional (Noronha; Castro; Gadelha, 2023).

A análise dos dados de nascimentos do registro civil entre 2018 e 2020 revela uma diminuição de 3,5% entre 2018 e 2019, e de 5,3% entre 2019 e 2020. Essa tendência de queda, já observada nos anos anteriores devido à redução da fecundidade, parece ter se intensificado durante a pandemia. Os dados do Sistema de Informações de Nascimentos corroboram essas informações, com os dados preliminares de 2021 indicando uma redução de 2,3% no número de nascimentos em relação a 2020. Comparando 2021 com 2018, a diminuição total foi de 9,2%. Com base nessas informações, a taxa de fecundidade total foi estimada em 1,6 filho por mulher, valor que se assemelha ao estimado pelas Nações Unidas (Camarano, 2023).

Quanto à proteção legal, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos é um avanço importante no direito internacional, visando promover os direitos das pessoas idosas e incentivar um envelhecimento ativo e saudável. Sua eficácia depende da ação dos Estados Membros da OEA, organizações internacionais, instituições acadêmicas e associações de idosos, que devem colaborar para garantir sua implementação.

A Década do Envelhecimento Saudável oferece uma oportunidade para fortalecer esses esforços, reunindo líderes e organizações para melhorar a vida das pessoas idosas e suas comunidades. É crucial reconhecer e proteger os direitos da pessoa idosa, promovendo uma atitude positiva em relação à velhice, permitindo que contribuam para sociedades inclusivas e justas (OPAS, 2023).

No Brasil, o artigo 230 da Constituição Federal de 1988 estabelece a obrigação do Estado, da sociedade e da família em proteger a pessoa idosa, reconhecendo a dignidade na velhice como um direito humano fundamental. A Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto da Pessoa Idosa são as principais leis que visam essa proteção. No entanto, quase três décadas após a redemocratização, as políticas públicas para o envelhecimento ainda não foram implementadas, evidenciando uma dívida do Estado com essa população, o que sobrecarrega as famílias com a responsabilidade de cuidar de seus idosos (Alcantara, 2016). Em dezembro de 2024, foi sancionada a Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024), que visa 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. Pessoas idosas, juntamente com crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e trabalhadores do cuidado (remunerados ou

não), fazem parte do público-alvo prioritário (Brasil, 2024). Por ser relativamente recente, ainda não é possível prever como a Política Nacional de Cuidados irá se consolidar.

3.2 Cuidados às pessoas idosas

No presente trabalho, assume-se cuidado como a atenção e assistência prestada a alguém que necessita de apoio, proteção ou tratamento. No contexto do envelhecimento, envolve ações que visam garantir a dignidade, bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas, abrangendo aspectos físicos, emocionais e sociais. Isso inclui assistência nas atividades diárias, apoio emocional, acompanhamento médico e promoção da autonomia, com o objetivo de proporcionar uma vida digna e saudável.

Em todo o mundo, a família é o principal suporte para as pessoas idosas, garantindo seus direitos e bem-estar. Dificuldades na assistência familiar podem afetar negativamente a saúde da pessoa idosa, aumentando sua vulnerabilidade. O cuidado é frequentemente realizado por um cuidador principal, que pode não estar preparado para a função. Isso gera uma carga que pode levar a problemas como frustração e ansiedade, tornando importante cuidar também da saúde e equilíbrio psicológico do cuidador (Leandro; Rosso, 2020).

A OMS prevê um aumento de 400% na demanda por cuidados devido ao crescimento da população idosa nos países em desenvolvimento. Segundo Minayo *et al.* (2021), alguns países europeus incorporaram as políticas voltadas à dependência no âmbito de seus sistemas de seguridade social, embora com diferentes níveis de cobertura: enquanto alguns garantem proteção total ao idoso e ao cuidador familiar, outros oferecem apenas proteção parcial. No continente americano, o número de pessoas com 60 anos ou mais necessitando de cuidados prolongados terá uma ampliação considerável nas próximas três décadas, passando de 8 milhões em 2019 para 27 a 30 milhões até 2050 (Brasil, 2023b).

A velhice é um fenômeno complexo e individual, influenciado por fatores materiais e simbólicos que variam conforme o contexto. A análise social do envelhecimento enfatiza a necessidade de considerar aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos, que podem levar a atitudes paternalistas e gerar conflitos, isolamento e solidão entre os idosos. O crescimento da população idosa no Brasil exige novos modelos de saúde focados na vulnerabilidade, que afeta a autodeterminação e a qualidade de vida. Portanto, é crucial que políticas públicas e

serviços de saúde sejam adaptados para atender às necessidades dessa população, promovendo um envelhecimento digno e saudável (Silva *et al.*, 2019).

Assim, discutir o envelhecimento populacional é crucial para preparar a sociedade para as necessidades dessa população, promovendo dignidade, autonomia e qualidade de vida para as pessoas idosas. As mudanças demográficas e epidemiológicas demandam uma reavaliação dos serviços de saúde, que precisam ser adaptados para atender às doenças crônicas comuns entre as pessoas idosas, incluindo uma adequação urgente da formação dos profissionais de saúde, que atualmente foca em crianças e gestantes, negligenciando os cuidados geriátricos. Em 2020, apenas 0,7% dos residentes se especializaram em Geriatria, em contraste com 9,5% em Pediatria, resultando em uma carência de 28 mil geriatras no país. A falta de interesse dos jovens médicos por essa especialidade é preocupante, indicando a necessidade de repensar a formação médica para atender adequadamente a população idosa (Noronha; Castro; Gadelha, 2023).

O aumento da população idosa e a redução de potenciais cuidadores geram novas demandas por serviços públicos, como acompanhamento, abrigamento e saúde. No entanto, o Brasil ainda conta com poucos programas estatais para auxiliar idosos que têm suporte familiar insuficiente ou poucos recursos financeiros (Camargos, 2013). Apesar de relevantes, essas iniciativas ainda não configuram uma política pública consolidada; são ações pontuais que, embora exitosas, correm o risco de não se perpetuarem caso não sejam institucionalizadas e reconhecidas como parte de um esforço contínuo de construção da consciência social em torno do cuidado com a pessoa idosa dependente (Minayo *et al.*, 2021). Dois exemplos recentes, são o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) da prefeitura de São Paulo (SP) e o Programa Maior Cuidado (PMC) da prefeitura de Belo Horizonte (MG).

O PAI, implementado em toda a cidade de São Paulo, tem como objetivo atender idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, oferecendo serviços de saúde e apoio nas atividades de vida diárias, bem como desenvolver e ampliar sua atuação na rede municipal de saúde. O programa começou a funcionar no ano de 2004 e visa incluir idosos dependentes e vulneráveis, proporcionando assistência domiciliar e inclusão no sistema socio-sanitário (Programa [...], 2025; Marcucci, 2018).

O PMC foi iniciado em Belo Horizonte em 2011, com o objetivo de oferecer suporte às famílias no cuidado aos idosos e aprimorar a qualidade de vida de todos. Além disso, os cuidadores sociais prestam assistência domiciliar a idosos com diferentes níveis de dependência, realizando visitas programadas conforme orientação de uma equipe multidisciplinar. Com isso, o PMC visa garantir o acesso aos direitos dos idosos inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), prevenir situações que possam fragilizar ou romper os vínculos familiares e sociais e promover um ambiente mais seguro e acolhedor para os idosos, assegurando que suas necessidades sejam atendidas de forma digna e respeitosa (Fagundes, 2019).

O PAI em São Paulo e o PMC em Belo Horizonte compartilham objetivos semelhantes, como atender idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social. No entanto, o PAI se concentra em oferecer serviços de saúde e apoio nas atividades de vida diárias (AVD), visando incluir idosos dependentes e vulneráveis no sistema socio-sanitário. Enquanto o PMC em Belo Horizonte tem uma abordagem mais ampla, buscando não apenas fornecer cuidadores sociais, mas também promover a manutenção da independência e autonomia dos idosos, reduzir hospitalizações e melhorar a qualidade de vida. Além disso, o PMC enfatiza a importância de abordar aspectos relacionais, como o enfrentamento da solidão e do isolamento social, visando garantir uma vida digna e plena para os idosos em condições de vulnerabilidade social. Acredita-se que iniciativas como o PMC de Belo Horizonte configuram-se como uma das experiências exitosas a serem consideradas.

No próximo item, será apresentado um detalhamento do PMC de Belo Horizonte, incluindo um subitem do Projeto Piloto de Intervenção de Contagem. Esse item permitirá uma compreensão mais aprofundada das estratégias e ações desenvolvidas pelo programa para cuidar das pessoas idosas e suas famílias.

3.3 Programa Maior Cuidado (PMC)

O PMC tem como proposta ofertar os chamados cuidadores sociais para idosos com fragilidade clínica e vulnerabilidade social. São objetivos do programa: fortalecer os vínculos familiares e sociais, garantindo os direitos e a inclusão social dos idosos; evitar ou postergar a entrada em instituições de longa permanência; fortalecer o papel protetivo da família; diminuir as hospitalizações; reduzir o risco de quedas e fraturas; promover a manutenção da independência e autonomia; aprimorar a qualidade de

vida do idoso e de sua família; aperfeiçoar e humanizar os cuidados prestados no ambiente domiciliar (Fagundes, 2019).

Trata-se de uma iniciativa integrada que visa disponibilizar cuidadores capacitados para prestar serviços de assistência nos domicílios, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar dos idosos. O foco do PMC reside na saúde e na qualidade de vida dessa população, ao mesmo tempo em que aborda aspectos relacionais significativos, como o enfrentamento da solidão e do isolamento social. Esses objetivos evidenciam a intenção do programa de atender às necessidades específicas de pessoas idosas que se encontram em condições de vulnerabilidade social, buscando, assim, garantir uma vida digna e plena para essa parcela da população (Barbosa; Bronzo, 2020).

Ademais, o PMC visa: aumentar a conscientização das famílias sobre a importância do cuidado familiar, proporcionando uma compreensão mais profunda das necessidades das pessoas idosas e do papel crucial que os cuidadores desempenham nesse processo; e proporcionar suporte emocional e social para idosos e cuidadores, ajudando a reduzir a solidão e o estresse (Miranda *et al.*, 2015).

A qualificação dos cuidadores é uma das estratégias centrais do programa, permitindo que eles adquiram as habilidades e conhecimentos necessários para oferecer um cuidado de qualidade. Essa iniciativa é fundamental, pois muitos cuidadores familiares carecem de orientações adequadas e frequentemente se sentem sobrecarregados com as responsabilidades que assumem (Miranda *et al.*, 2015).

Ao abordar questões como estresse e problemas emocionais, o programa promove a saúde mental e física dos cuidadores, o que melhora a qualidade do cuidado prestado às pessoas idosas. Além disso, destaca a importância de parcerias com outros setores e a criação de espaços de discussão, resultando em uma abordagem mais integrada no cuidado a esse público (Miranda *et al.*, 2015).

Por sua vez, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é estruturado de forma semelhante ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas com recursos e alcance mais limitados. Seu foco principal é a inclusão social por meio de benefícios não contributivos, como o Benefício de Prestação Continuada, voltado a pessoas em situação de vulnerabilidade. O SUAS também desenvolve programas e serviços de assistência social para grupos vulneráveis, como pessoas idosas que vivem em áreas

pobres. A gestão do sistema é descentralizada, com atendimento nos territórios por meio de unidades como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), sendo este último mais especializado (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

Dessa forma, o PMC pode ser considerado um componente valioso para o fortalecimento tanto do SUAS como do SUS ao focar na prevenção e no acesso mais equitativo para a população idosa (Fagundes, 2019; Centro [...], 2018). O CRAS e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm uma ligação fundamental com o PMC, pois são essenciais para o funcionamento e a eficácia do programa. Eles contribuem para a promoção do cuidado e bem-estar dos idosos e suas famílias em situação de vulnerabilidade:

O CRAS oferece serviços socioassistenciais básicos em áreas vulneráveis, sendo o ponto de entrada na política de assistência social. Localizado estrategicamente, facilita o acesso das famílias à rede de proteção social do SUAS. Em Belo Horizonte, há 34 CRAS referenciando cinco mil famílias cada, aproximadamente, e atendendo no mínimo mil por ano. Além de fornecer apoio a famílias vulneráveis, incluindo aquelas do PMC, o CRAS fortalece laços familiares e comunitários, promove inclusão social e previne situações de risco na comunidade (Fagundes, 2019; Centro [...], 2018).

As UBS são responsáveis pelo encaminhamento e coordenação entre os serviços de saúde, além de servir como uma ponte entre o SUS e as comunidades locais. Por isso, as UBS são consideradas essenciais para a implementação e o sucesso do PMC, pois garantem acesso, integração, coordenação e suporte contínuo aos idosos e seus cuidadores (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

Em Belo Horizonte, o PMC é custeado integralmente pela Secretaria de Assistência Social. A prefeitura tem um convênio com uma Organização da Sociedade Civil (OSC) para a contratação, treinamento e acompanhamento dos cuidadores sociais e seus supervisores. Cabe à OSC a prestação de contas do recurso financeiro para o município e a garantia do padrão de qualidade das ações previstas na parceria (Castro, 2022).

No Quadro 1 estão apresentadas as formas de acesso e os critérios de inclusão estabelecidos para o PMC (Castro, 2022; Aredes *et al.*, 2021).

Quadro 1 – Formas de acesso e critérios de inclusão para o PMC

| Formas de Acesso | Crítérios de inclusão |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa realizada pelos profissionais dos CRAS e das UBS; • Demanda espontânea; • Encaminhamento da rede socioassistencial e da saúde. | <ul style="list-style-type: none"> • Ter 60 anos ou mais; • Residir em uma área coberta pelo CRAS; • Estar cadastrado em um Centro de Saúde vinculado às regiões atendidas pelos CRAS; • Apresentar semidependência ou dependência em relação ao autocuidado; • Estar em situação de vulnerabilidade clínica e social; • Atender aos critérios de renda, que estipulam uma renda familiar mensal de até três salários mínimos ou uma renda per capita inferior a meio salário mínimo; • Obter uma pontuação igual ou superior a 60 pontos em um instrumento de avaliação específico. |

Fonte: Elaboração Própria

O instrumento de avaliação para admissão no programa é composto por um exame clínico-funcional realizado pela UBS local ou equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), agora denominado “e-multi”, e uma análise social realizada pela equipe técnica do CRAS (Faustino, 2016).

A conexão entre a UBS, CRAS e PMC é essencial para assegurar uma abordagem integrada e eficaz no atendimento aos usuários idosos, levando em conta suas necessidades de saúde, assistência social e suporte comunitário. Essa colaboração entre os diferentes setores contribui para a promoção do bem-estar e qualidade de vida dessa população vulnerável (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

O estudo de Barbosa e Bronzo (2020) identificou que os desafios na implementação do PMC são diversos e complexos. Observou-se uma percepção generalizada de que os fluxos burocráticos são excessivamente extensos, o que resulta em uma sobrecarga significativa para as equipes de ponta. Ademais, a escassez de cuidadores disponíveis para atender à demanda representa um obstáculo considerável, dificultando a efetividade do programa e a assistência necessária aos idosos. Também destacaram as disparidades institucionais, técnicas e operacionais entre os setores de saúde e assistência social, que criam barreiras à convergência de objetivos e à partilha de recursos e informações, o que agrava ainda mais a situação.

Mesmo diante de tantos desafios na sua execução, o PMC demonstra eficácia e gera diversos efeitos positivos, como a melhoria da saúde e bem-estar das pessoas idosas, a redução do estresse e da sobrecarga dos cuidadores familiares, e uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde. Além disso, o programa oferece uma importante oportunidade de subsistência para os cuidadores empregados. Em abril de 2023, o custo mensal per capita do programa foi estimado em R\$ 916,20 (173 dólares), significativamente inferior ao de intervenções alternativas. O PMC tem contribuído para fortalecer a rede de atenção primária e assistência social, além de prevenir situações de violência intrafamiliar, sendo reconhecido pela OMS como uma experiência bem-sucedida (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

Face a esses resultados, o Ministério da Saúde realizou um convênio junto à Universidade Federal da Bahia para replicar o PMC de Belo Horizonte em duas localidades distintas: Salvador (BA) e Contagem (MG), cuja avaliação do processo de implementação é o objeto dessa dissertação.

O Projeto Piloto de Intervenção em Contagem visa avaliar a viabilidade de implementar intervenções baseadas no modelo do PMC em novos contextos, adaptando a versão criada e vigente no município de Belo Horizonte. Reconhecendo os desafios das iniciativas interdisciplinares, o Projeto Piloto dá atenção especial à colaboração entre as secretarias municipais de saúde e assistência social. Além disso, outro objetivo é desenvolver e ampliar a base de evidências sobre o PMC. Ao contrário da versão de Belo Horizonte, o Projeto Piloto permitirá a realização de uma pesquisa de base, incluindo dados não anteriormente coletados sistematicamente, como a carga de cuidados familiares e a capacidade de cuidados (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

Acredita-se que a intervenção poderá ter impactos positivos significativos ao promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, oferecer apoio às famílias, prevenir a exclusão social, garantir acesso a direitos e serviços, fortalecer a rede de cuidados e contribuir para o desenvolvimento de ações governamentais apropriadas para atender às necessidades dessa população. Ademais, o projeto tem potencial para contribuir com o fortalecimento da rede de cuidados para idosos em Contagem, identificando boas práticas e áreas de melhoria. Os resultados da pesquisa poderão subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes voltadas para o cuidado com os idosos, tanto no município como em demais localidades no país,

influenciando decisões e investimentos na área da saúde e assistência social (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

3.4 Avaliação de políticas públicas

As políticas públicas são essenciais para o bem-estar da população e sua avaliação é fundamental para monitorar impactos e resultados, permitindo decisões informadas e ajustes. Na saúde, a avaliação de políticas, programas e ações assegura a eficácia do SUS e atende às necessidades da população, promovendo um sistema de saúde mais justo. Além disso, a avaliação aumenta a transparência e a responsabilidade na governança, favorecendo o autoconhecimento dos formuladores e melhorando a compreensão dos processos. Como instrumento político, a avaliação pode melhorar as condições de vida e educação. Por fim, uma prática avaliativa consciente é necessária para fortalecer a democracia e a participação comunitária (Mendes; Gugliano, 2020).

A avaliação de políticas públicas desempenha três funções básicas: informação, realocação e legitimação, que refletem a evolução das pesquisas de avaliação desde os anos 1960 até os anos 1990. Nos anos 60, a ênfase estava na função de informação, com foco na melhoria dos programas e no uso da avaliação como *feedback* pelos gerentes. Já na década de 1980, a função de realocação se destacou, promovendo uma alocação racional de recursos no processo orçamentário, em um contexto de crescente institucionalização das avaliações (Miranda, 2021).

Avaliar é o processo de determinar o valor de uma iniciativa organizacional com base em padrões comparativos estabelecidos. Envolve verificar a presença ou quantidade de valores desejados nos resultados de uma ação, utilizando critérios de aceitabilidade. A avaliação deve fornecer informações confiáveis e úteis, contribuindo para a experiência na tomada de decisões. Assim, é um instrumento que aprimora a tomada de decisões e assegura uma prestação de contas mais eficaz sobre as políticas públicas (Trevisan; Bellen, 2008).

A avaliação consiste em determinar a qualidade, o valor ou o mérito de algo, visando provocar mudanças em realidades indesejadas ou em programas e políticas. Para ser eficaz, é essencial a participação ativa dos envolvidos, incluindo diversos atores e promovendo decisões coletivas que incentivem a reflexão crítica sobre as práticas de saúde. É importante que os participantes adotem uma postura ativa, em vez de serem meros espectadores. Além disso, a avaliação deve considerar a

natureza dinâmica da realidade, reconhecendo que programas são implementados em contextos específicos e que imprevistos podem influenciar os resultados, tanto positiva quanto negativamente (OPAS, 2024).

Os programas são estruturados em cinco etapas fundamentais: planejamento, implantação, desenvolvimento, consolidação e conclusão. Em cada fase, perguntas norteadoras são essenciais para garantir avaliação e monitoramento adequados. Na implantação, a avaliação formativa é crucial, fornecendo *feedback* contínuo para ajustes e otimizações em tempo real. Considerar fatores contextuais, como ambiente local, colaboradores, oponentes e elementos dificultadores e facilitadores, é fundamental para uma implementação eficaz e bem-sucedida. (Samico *et al.*, 2010; Cazarin; Mendes; Albuquerque, 2011).

As avaliações na fase de implantação são fundamentais para identificar melhorias e promover aprendizado com base nas experiências vividas. Elas auxiliam gestores e formuladores de políticas a compreender o contexto da intervenção, permitindo ajustes em iniciativas futuras. A avaliação se torna um instrumento de aprendizado contínuo, aumentando a eficácia das ações e garantindo que as intervenções se adaptem às necessidades do ambiente, sendo crucial para o sucesso do programa (Samico *et al.*, 2010).

A avaliação de processos tem como objetivo identificar falhas na elaboração dos procedimentos, monitorar e avaliar a execução das etapas de implantação dos programas, além de reconhecer barreiras e obstáculos à sua efetivação. Essa avaliação gera dados que possibilitam a reprogramação, por meio do registro de intercorrências e atividades. Realizada simultaneamente ao desenvolvimento do programa, a utilização adequada das informações geradas permite a incorporação de alterações em seu conteúdo (Trevisan; Bellen, 2008).

A avaliação de resultados é fundamental para medir a eficiência, eficácia e efetividade das ações implementadas em uma organização. Ela permite verificar se os objetivos estão sendo alcançados e se os recursos estão sendo otimizados. Esse sistema de avaliação é crucial para identificar áreas de melhoria, aumentar a produtividade e garantir que as atividades sejam executadas corretamente, contribuindo para o sucesso da organização (Oliveira, 2009).

A partir dos anos 1990, a América Latina começou a questionar a eficiência do setor público, levando ao surgimento de novas iniciativas de avaliação. Durante as

décadas de 80 e 90, a avaliação passou a servir à reforma do setor público, com ênfase na contenção de gastos, melhoria da eficiência e transparência na gestão pública. Essas reformas buscavam reavaliar a relevância das atribuições governamentais, promovendo uma valorização da provisão privada de bens e serviços (Miranda, 2021).

O modelo de política racional propõe que a política deve ser a realização eficiente de metas, onde a eficiência é medida pela relação positiva entre resultados alcançados e recursos utilizados. Esse modelo, embora prescritivo e descritivo, apresenta limitações, como a incapacidade de explicar a autonomia dos indivíduos nas organizações e a influência de variáveis externas que não podem ser totalmente controladas pelos decisores. A teoria assume que os tomadores de decisão têm pleno conhecimento das preferências sociais e das alternativas disponíveis, o que nem sempre é o caso na prática (Miranda, 2021).

O crescimento do campo de avaliação de políticas públicas pode ser atribuído à crescente demanda por transparência e responsabilidade nas ações governamentais, bem como à necessidade de utilizar evidências para fundamentar decisões políticas. A avaliação se torna um meio de identificar e tratar problemas sociais, além de aprimorar os métodos científicos utilizados na implementação de políticas. Portanto, a combinação de uma maior conscientização sobre a importância da avaliação e a busca por transformações sociais tem impulsionado o crescimento desse campo de estudo (Souza; Brandalise, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa que foi realizada em Contagem (MG).

A pesquisa qualitativa permite um aprofundamento na compreensão dos fenômenos, destacando o contexto do objeto estudado. Essa abordagem aproxima o pesquisador, facilita a coleta de dados profundos e promove interpretações contextualizadas. Flexível, adapta técnicas conforme a dinâmica do campo e valoriza as vozes dos participantes, enriquecendo a análise. É eficaz na exploração de novas questões e contribui para a geração de teorias e *insights*, ressaltando sua relevância em contextos que exigem compreensão profunda. (Pitanga, 2020).

Segundo Stake (2011), a pesquisa qualitativa é interpretativa, baseada em experiências e se preocupa em entender os aspectos mais subjetivos como o comportamento das pessoas e seus diferentes pontos de vista. Também, é naturalista, ou seja, o pesquisador se preocupa em não interferir e nem em manipular as informações para obtenção dos dados.

4.2 Cenário e a implementação do Projeto Piloto do PMC em Contagem (MG)

O município de Contagem está situado na região central de Minas Gerais e faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Com uma área de 194,746 km², suas cidades vizinhas são Belo Horizonte, Betim, Esmeraldas, Ribeirão das Neves e Ibirité. (Prefeitura de Contagem, [2022])

O município de Contagem é dividido em oito regionais: Eldorado, Nacional, Petrolândia, Ressaca, Riacho, Sede, Vargem das Flores e Industrial (Figura 1). A cidade conta com dez unidades do CRAS, sendo oito de base regional e duas de base territorial, que visam atender as necessidades dessa população crescente (CEMAIS, 2022).

Figura 1 – Mapa das regionais administrativas do município de Contagem



Fonte: Centro [...], [2024]

O desenho do projeto de intervenção prevê o atendimento a 50 pessoas idosas, distribuídas entre 17 cuidadores sociais. O processo teve início em maio de 2023 com a apresentação da proposta aos gestores municipais. Seguiram-se as assinaturas dos termos pelos respectivos gestores de Saúde e Assistência social e a definição da área de intervenção. As regionais foram determinadas a partir da elevada concentração de idosos que preenchem os requisitos do Programa Maior Cuidado. Cabe mencionar que a intervenção foi iniciada em abril de 2024 e com duração prevista de 18 meses. Na Figura 2, é apresentado cronograma de implementação do Projeto Piloto do PMC em Contagem (MG).

Figura 2 – Linha do tempo do Projeto Piloto do Programa Maior Cuidado em Contagem, da concepção ao início das atividades das cuidadoras sociais



Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

Em novembro de 2023, foi lançado um Edital com ampla divulgação em Contagem, incluindo os CRAS e UBS envolvidos e o Sistema Nacional de Emprego (SINE), para a seleção, treinamento e contratação de cuidadores sociais. O processo seletivo foi composto de três etapas, a saber: entrevista por videoconferência, prova de redação e participação em curso presencial de capacitação de 100 horas/aula.

As supervisoras do PMC foram selecionadas mediante um processo seletivo, que envolveu análise de currículos e entrevistas online, com destaque para o conhecimento prévio do território e do projeto. Além disso, participaram do mesmo curso de capacitação oferecido às cuidadoras sociais, o que lhes permitiu

compreender melhor as necessidades e habilidades das cuidadoras. Essa capacitação foi fundamental para que as supervisoras pudessem realizar uma supervisão mais eficaz e apoiadora, aproveitando as experiências compartilhadas pelas cuidadoras para melhorar a atuação do programa. A participação no curso de capacitação também fortaleceu a relação entre supervisoras e cuidadoras, promovendo uma atuação mais integrada e eficaz no âmbito do Programa Maior Cuidado.

Em paralelo ao processo de seleção, treinamento e contratação de cuidadores sociais e suas supervisoras, ocorreram os primeiros Grupos de Trabalho (GT) nos territórios para discutir ações para localização de famílias com pessoas idosas que poderiam ser selecionadas para participar do PMC em Contagem.

O Projeto Piloto do PMC em Contagem é conduzido em bairros de baixa renda com níveis de vulnerabilidade média e alta, localizados nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) nas regionais Ressaca e Industrial (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024). Dentro do Projeto Piloto, a regional Ressaca inclui o CRAS Ressaca, a UBS Jardim Laguna, a UBS Novo Progresso e a UBS Vila Pérola. Na regional Industrial, estão inclusos o CRAS Industrial, a UBS Amazonas, a UBS Jardim Industrial, a UBS João Evangelista e a UBS Industrial III Seção.

A seleção dos usuários idosos para o PMC envolve uma parceria entre as políticas de saúde e assistência social (Barbosa; Bronzo, 2020). Em Contagem, os critérios para seleção dos idosos foram construídos com base no modelo de Belo Horizonte, com pequenas adaptações à realidade de município.

O instrumento para seleção das pessoas idosas (Anexo 1) conta com uma parte dedicada à Saúde e outra aos aspectos sociais, cabendo a cada setor responsável o preenchimento dos quesitos que lhes dizem respeito. Os técnicos da saúde e assistência receberam treinamento para se familiarizarem com o instrumento e, para ser selecionado, é necessário que a pessoa idosa atinja a pontuação mínima de 60 pontos e atenda aos critérios de inclusão.

É importante destacar que o programa tem uma área de cobertura específica, abrangendo apenas as UBS mencionadas anteriormente. Assim, caso a pessoa idosa resida fora dessas áreas, não pode participar da seleção, mesmo que resida dentro

da área CRAS do Ressaca ou do Industrial. As equipes da rede de assistência social e da saúde trabalham em conjunto para busca de pessoas para a seleção.

No caso da Saúde, os técnicos da UBS realizam uma busca ativa nas residências, identificando os usuários idosos que podem se beneficiar do programa, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que visitam as residências em suas microáreas adscritas e repassam informações sobre as pessoas idosas com vulnerabilidade física e social. Um integrante da equipe de saúde, preferencialmente uma enfermeira, avalia os casos por meio do instrumento de seleção e verifica se a pessoa idosa atende aos critérios estabelecidos pelo programa.

Os técnicos do CRAS também desempenham um papel fundamental na seleção das pessoas idosas, identificando aquelas que atendem aos critérios do programa, baseados na vulnerabilidade social. A identificação é feita por meio de demandas espontâneas ou encaminhamentos da rede de saúde e demais equipamentos do município. Os técnicos do CRAS realizam uma avaliação social dos usuários idosos identificados, verificando se têm o perfil para serem atendidos pelo programa.

Após o preenchimento do instrumento, o CRAS e a equipe de saúde compartilham as informações coletadas e consolidam a avaliação. Se a pessoa idosa for considerada elegível para o programa, os técnicos encaminham as informações para a equipe do Projeto Piloto do PMC. Caso exista disponibilidade de vagas, a supervisora dos cuidadores faz uma visita para conhecer a pessoa idosa e o cuidador familiar responsável. Neste momento, é realizado o convite para participação no PMC e apresentado um termo de compromisso (Anexo 2), que deverá ser assinado. Caso a família e a pessoa idosa concordem em participar do PMC, são avaliados a quantidade de dias e horas de atendimentos, dentro das características do caso e da rotina de cuidados estabelecidos pela Saúde (Anexo 3) e pela Assistência Social (Anexo 4).

4.3 População do estudo

A população-alvo deste estudo foi composta por informantes-chave, ou seja, pessoas estratégicas com conhecimento profundo sobre o objeto de pesquisa. Esses informantes são essenciais para a fase exploratória, pois fornecem dados acurados que ajudam a compreender o fenômeno estudado (Peres, 2003).

Os informantes-chave deste estudo são indivíduos que participaram dos treinamentos, do processo de recrutamento, da seleção de idosos e de cuidadores sociais, bem como de suas supervisoras. Dessa forma, a população estudada foi composta por trabalhadores técnicos da saúde e da assistência social da Prefeitura Municipal de Contagem, pesquisadores do projeto, cuidadores sociais e supervisores. Entrevistar diferentes grupos envolvidos no PMC é fundamental para obter uma compreensão abrangente e multifacetada do programa e de seus impactos. A seguir justifica-se a escolha de cada um dos grupos mencionados.

Os cuidadores sociais são os profissionais que estão na linha de frente do atendimento e têm uma visão direta das necessidades, desafios e sucessos do programa. Suas experiências e percepções podem fornecer *insights* valiosos sobre a eficácia das intervenções, a satisfação e as áreas que necessitam de melhorias.

As supervisoras têm uma visão mais ampla do funcionamento do programa, incluindo a gestão e a coordenação das atividades dos cuidadores sociais. Elas podem oferecer uma perspectiva sobre a formação e o suporte oferecido aos cuidadores, bem como sobre a implementação das políticas e diretrizes do programa. Suas opiniões podem ajudar a identificar lacunas na formação ou na supervisão que podem afetar a qualidade do atendimento.

Além disso, os trabalhadores técnicos da prefeitura de Contagem têm um papel crucial na integração dos serviços de saúde e assistência social. Entrevistá-los pode revelar como o PMC se articula com outras políticas e serviços disponíveis no município. Eles podem fornecer informações sobre a colaboração intersetorial, a identificação de necessidades de saúde e assistência social dos beneficiários e a eficácia das abordagens utilizadas no programa.

Já a equipe do Projeto Piloto é responsável pela implementação inicial e pela avaliação do programa. Entrevistá-los pode oferecer uma visão sobre os objetivos do projeto, os desafios enfrentados durante a implementação e as lições aprendidas. Eles podem compartilhar sugestões para futuras expansões ou melhorias, além de fornecer uma perspectiva sobre a viabilidade e a sustentabilidade do programa em longo prazo.

Portanto, entrevistar esses diferentes grupos permite uma análise mais rica e contextualizada do PMC, contribuindo para a formulação de recomendações para aprimoramento.

Foram estabelecidos critérios específicos de inclusão e exclusão para a seleção de participantes, a fim de garantir a relevância e a qualidade das informações coletadas durante a pesquisa.

Para os cuidadores sociais, os critérios de inclusão determinam que o participante deve ser um cuidador social ativo no PMC, possuir pelo menos três meses de experiência na função e estar disposto a participar da pesquisa, além de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No que diz respeito às supervisoras dos cuidadores sociais, os critérios de inclusão estabelecem que a participante deve estar no cargo há pelo menos três meses e concordar em participar da pesquisa, também assinando o TCLE.

Para os técnicos da saúde e da assistência social do município de Contagem, os critérios de inclusão exigem que o participante seja um trabalhador atuando na área de saúde ou assistência social, possua pelo menos três meses de experiência com o PMC e esteja disposto a participar da pesquisa, assinando o TCLE. Por fim, para a equipe do Projeto Piloto, os critérios de inclusão requerem que o membro seja parte da equipe do PMC, tenha participado ativamente do desenvolvimento ou implementação do projeto e concorde em participar da pesquisa, assinando o TCLE.

Os critérios de exclusão para participação na entrevista de todos os grupos englobaram duas situações específicas que obstaculizavam a participação dos candidatos. Serão excluídos aqueles que se encontrarem afastados do trabalho em virtude de motivos de saúde ou licença, assim como aqueles que não dispuserem de disponibilidade para participar das entrevistas presenciais ou remotas, de acordo com o agendamento prévio estabelecido.

4.4 Técnica para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais utilizaram um roteiro elaborado para captar as impressões dos entrevistados sobre temas específicos, permitindo, ao mesmo tempo, uma ampla liberdade de expressão. A entrevista é um método de coleta de dados fundamental em pesquisas qualitativas, permitindo ao pesquisador obter informações detalhadas sobre percepções e experiências dos participantes. Ela pode ser estruturada, semiestruturada ou não estruturada, variando em flexibilidade na interação entre entrevistador e entrevistado. Esse instrumento possibilita explorar questões complexas, resultando em uma compreensão mais profunda do fenômeno estudado,

e permite construir uma rede de significados a partir das narrativas dos participantes, proporcionando uma análise mais rica e contextualizada dos dados (Leitão, 2021).

Os roteiros de entrevistas foram elaborados com base em modelos anteriores utilizados no Projeto Piloto de Salvador, Bahia, e adaptados para atender aos objetivos específicos e gerais desta dissertação, garantindo uma abordagem direcionada e eficaz para a coleta de dados. Eles estão disponíveis no Apêndice 1 (cuidadores sociais), Apêndice 2 (supervisoras dos cuidadores sociais), Apêndice 3 (trabalhadores técnicos da saúde e da assistência social do município de Contagem) e Apêndice 4 (equipe do Projeto Piloto).

O roteiro de entrevistas destinado aos cuidadores sociais possui perguntas que abordam a experiência dos cuidadores sociais em relação ao programa, incluindo suas expectativas, a qualidade do treinamento recebido, os desafios enfrentados e sugestões para melhorias, alinhando-se assim à análise dos desafios e oportunidades da implementação do programa. Além disso, parte das perguntas foca no processo de recrutamento, seleção, treinamento e integração dos cuidadores sociais, discutindo a qualidade do treinamento e a preparação para a função, aspectos que estão diretamente relacionados ao exame do processo de contratação e treinamento.

Por sua vez, roteiro de entrevistas para as supervisoras dos cuidadores sociais aborda a experiência de contratação, a interação com os territórios, bem como os desafios enfrentados na organização do trabalho e nas relações interpessoais, o que também se alinha à análise dos desafios e oportunidades da implantação do programa. Algumas perguntas concentram-se na experiência de capacitação, no processo de contratação, na organização do trabalho, na dinâmica da equipe, na supervisão e na avaliação da qualidade do cuidado, abordando aspectos que estão diretamente relacionados ao exame do processo de contratação, treinamento e implementação das atividades dos cuidadores sociais. Além disso, o roteiro refere-se diretamente ao processo de identificação e seleção dos idosos que participam do projeto, discutindo critérios importantes para essa seleção.

Já o roteiro de entrevistas para os trabalhadores técnicos da saúde e da assistência social do município de Contagem abarca inseguranças, desafios na seleção, colaboração entre equipes, relações internas e sugestões para melhorias, alinhando-se à análise dos desafios e oportunidades da implantação do programa. As perguntas também se concentram no envolvimento com o programa, nas informações

recebidas, no papel dos trabalhadores, na distribuição de tarefas e em sugestões para a equipe, tratando de aspectos que estão diretamente relacionados ao exame do processo de contratação, treinamento e implementação das atividades dos cuidadores sociais. Uma parte das perguntas refere-se diretamente ao processo de aproximação e seleção das famílias e pessoas idosas que participam do programa, discutindo critérios importantes para essa seleção.

Por fim, o roteiro de entrevistas para a equipe do Projeto Piloto busca informações detalhadas sobre a implementação do programa, visando obter uma visão abrangente da experiência do Projeto. Isso permite identificar lições aprendidas, melhorar a implementação, desenvolver estratégias eficazes e compartilhar conhecimentos com outras localidades e *stakeholders*.

As supervisoras e cuidadoras foram entrevistadas presencialmente nos respectivos CRAS de atuação, localizados nas regionais Industrial e Ressaca. As entrevistas ocorreram individualmente, em sala reservada. Foi respeitada a disponibilidade das participantes e as entrevistas foram gravadas para garantir a precisão na transcrição das informações fornecidas. Após a coleta, os áudios foram transcritos integralmente, assegurando a fidelidade dos dados.

Já as entrevistas com os técnicos da Saúde e da Assistência Social e os pesquisadores do projeto aconteceram de forma remota. A realização das entrevistas com os profissionais da saúde exigiu múltiplos reagendamentos devido às suas agendas complexas e sobrecarregadas. Foi necessário remarcar as entrevistas várias vezes, sendo comum serem realizadas no período noturno. Tal necessidade decorre do fato de esses profissionais geralmente atuarem em múltiplos locais e cumprirem plantões, o que dificulta a conciliação de horários para entrevistas presenciais. Em contraste, os profissionais da assistência e os integrantes da equipe do Projeto Piloto revelaram maior disponibilidade para entrevistas remotas, o que facilitou significativamente a coleta de dados.

Elas ocorreram de maneira síncrona, com interação em tempo real utilizando a videoconferência. Essa modalidade de entrevista, especialmente por videoconferência, pode ser facilmente gravada, facilitando a transcrição e análise posterior (Schmidt; Palazzi; Piccinini, 2020). Durante a pandemia de COVID-19, a realização de entrevistas remotas se tornou uma necessidade, utilizando tecnologias como videoconferências e chamadas por telefone. Essa adaptação permitiu a

continuidade das pesquisas, mesmo com as restrições de distanciamento social. Essa modalidade de entrevista não só se manteve como uma alternativa viável após a pandemia, mas também se consolidou como uma opção valiosa para complementar as entrevistas presenciais, oferecendo flexibilidade e alcance a um público mais amplo (Oliveira; Spolidoro; Silva; Glat, 2023).

Durante a coleta de dados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 5) que foi lido, assinado e arquivado pela pesquisadora responsável.

A forma de apresentação das informações e do processo de obtenção do consentimento do TCLE variou entre entrevistas presenciais e remotas. Nas presenciais, o TCLE foi disponibilizado em formato impresso, e o pesquisador teve a oportunidade de explicar pessoalmente os detalhes do estudo. Já nas entrevistas remotas, o TCLE foi enviado por meio do aplicativo do WhatsApp, e todos os esclarecimentos necessários foram fornecidos por mensagens para garantir que o participante da pesquisa não tivesse dúvidas.

Foram realizadas entrevistas com um total de 26 participantes, compostos por: seis cuidadoras da regional Industrial, seis cuidadoras da regional Ressaca, uma supervisora dos cuidadores sociais da regional Industrial, uma supervisora dos cuidadores sociais da regional Ressaca, cinco profissionais da área de saúde, cinco profissionais da assistência social e duas integrantes da equipe do Projeto Piloto. As entrevistas tiveram duração média de 30 a 50 minutos e foram realizadas entre dezembro de 2024 e abril de 2025.

Os participantes das entrevistas remotas consentiram com a gravação por meio da plataforma Google Meet, e, como medida de precaução, também foi utilizado um gravador de áudio em formato MP3 para garantir a captura das informações em caso de eventuais problemas técnicos. Já no caso das entrevistas presenciais com as cuidadoras e supervisoras, estas foram registradas mediante a utilização de um gravador de áudio em formato MP3 e de um aplicativo de *smartphone*, o que permitiu garantir a precisão e a fidelidade da transcrição.

A marcação das entrevistas presenciais ocorreu de forma tranquila, permitindo realizar várias entrevistas no mesmo dia e local. As entrevistas remotas também transcorreram conforme o planejado, contribuindo para o sucesso da pesquisa. No entanto, foram encontradas dificuldades com os profissionais da área da saúde, com

várias remarcações com diversos entrevistados. Para facilitar o agendamento, foi necessário realizar a maioria das entrevistas no período noturno.

A coleta de dados por meio das entrevistas foi encerrada após atingir o ponto de saturação amostral, critério que permitiu determinar com precisão o número necessário de entrevistas para cada grupo investigado. A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual que é usada para fechar o tamanho de uma amostra em estudo, finalizando, dessa forma, a captação de novos componentes. A suspensão de novos participantes ocorre porque os dados obtidos passam a ficar repetidos e redundantes, ou seja, a continuidade na coleta de dados não será considerada importante e pouco acrescentaria ao material já obtido segundo (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

4.5 Técnica para análises de dados

A análise dos dados coletados nas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo temática, que é bastante utilizada para as análises em pesquisas qualitativas (Bardin, 2016). A análise de conteúdo tem o objetivo de conhecer aquilo que está por trás das palavras, sendo composta por algumas etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2016).

Devido ao número limitado de entrevistas realizadas, a transcrição dos áudios foi efetuada manualmente, isto é, não se recorreu a nenhum *software* específico para essa finalidade.

Durante o processo de transcrição das entrevistas, foram adotadas medidas rigorosas para assegurar a confidencialidade dos participantes. Para tanto, utilizou-se a atribuição de códigos identificadores, com o objetivo de proteger a identidade dos entrevistados, de seus familiares e das instituições mencionadas. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica, o que reforça o compromisso ético com o sigilo e a privacidade dos dados coletados.

Em continuidade ao processo metodológico, a análise das entrevistas foi conduzida por meio de uma leitura detalhada e sistemática de cada trecho transcrito. Essa etapa consistiu na identificação e categorização das expressões mais relevantes, as quais foram refinadas progressivamente à medida que se realizavam leituras exaustivas e reiteradas dos depoimentos. Assim, após a conclusão da

transcrição, procedeu-se à codificação dos dados, organizando-os em categorias e códigos previamente definidos, conforme apresentado no Quadro 2, com a finalidade de agrupar conteúdos segundo os temas centrais da pesquisa.

Quadro 2 – Categorias de análises

| | |
|---|---|
| 1 | Percepção dos profissionais sobre a qualidade do curso de formação de cuidadores |
| 2 | Conhecimento e motivação dos profissionais em relação ao Programa Maior Cuidado (PMC) |
| 3 | Sentimento dos cuidadores sociais sobre o processo de recrutamento e seleção |
| 4 | Suporte e comunicação recebidos para o êxito do Programa Maior Cuidado |

Fonte: Elaborado pela autora

Dentro de cada categoria, foram identificados os núcleos de sentido, que representam os aspectos mais relevantes e recorrentes detectados nas entrevistas com os participantes, visando compreender as diferentes perspectivas e significados presentes nos dados. Essa abordagem metodológica possibilita a análise sistemática dos dados das entrevistas, permitindo a identificação de padrões, categorias e temas relevantes, o que contribuiu significativamente para uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos investigados na pesquisa qualitativa (Bardin, 2016).

Dessa forma, as categorias previamente estabelecidas foram fundamentais para a análise e interpretação dos resultados, permitindo uma apresentação clara e organizada das conclusões obtidas. A utilização dessas categorias possibilitou uma abordagem sistemática e coerente, contribuindo para a compreensão aprofundada dos fenômenos estudados e para a construção de recomendações relevantes para o campo de estudo.

4.6 Aspectos legais e éticos

Esta dissertação foi construída dentro do Projeto de Pesquisa Intervenção denominado “Avaliação da efetividade do Programa Maior Cuidado sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG)”, que tem como um dos objetivos específicos avaliar o processo de implementação do PMC nos municípios de Salvador (BA) e de Contagem (MG). O projeto tem financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CAAE: 67899123.0.0000.5030), conforme parecer

disponível no Anexo 5. A orientadora do presente trabalho faz parte da equipe do Projeto Piloto e coordena a intervenção no município de Contagem.

Foram respeitados rigorosamente os princípios éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa de forma detalhada, o que facilitou a compreensão da proposta. Ademais, foram esclarecidos acerca da garantia de confidencialidade e privacidade, bem como do seu direito de manifestar livremente seu consentimento ou recusa em participar de qualquer fase do processo, sem que isso implique qualquer tipo de prejuízo ou consequência adversa em caso de desistência.

Conforme mencionado anteriormente, todos os participantes deste estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice 5) manifestando assim seu consentimento em participar da pesquisa. Previamente à assinatura do termo, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e a metodologia empregados neste estudo, tendo sido oportunamente esclarecidos sobre todas as questões pertinentes. Somente após esse processo de esclarecimento é que foram convidados a participar da pesquisa, mediante a formalização de sua anuência através da assinatura do referido termo.

Cabe destacar que, no que diz respeito às entrevistas realizadas por videoconferência, os participantes que aceitaram integrar o estudo enviaram por meio do aplicativo WhatsApp o TCLE assinado. Todos os dados coletados durante as entrevistas, incluindo gravações, transcrições e termos de consentimento, foram armazenados em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. As gravações, realizadas por meio de videoconferência síncrona, serão armazenadas em nuvem no computador da orientadora desta dissertação, garantindo a segurança e a privacidade dos dados.

A pesquisadora dispõe de um computador de uso pessoal e restrito, que é mantido em segurança. Os TCLE também serão arquivados em um armário localizado em sua sala, garantindo o sigilo e a segurança das informações. O prazo de arquivamento será de cinco anos, após o qual os materiais serão devidamente destruídos.

Em nenhum momento, durante a redação e divulgação dos resultados do trabalho, serão divulgados os nomes dos entrevistados tampouco de pessoas mencionadas. Para garantir o anonimato, foram atribuídos códigos que respeitem a confidencialidade.

Ao final da pesquisa, os resultados obtidos serão compartilhados com a equipe do Projeto Piloto, o Ministério da Saúde e outros atores interessados na temática, garantindo o anonimato dos participantes. Além disso, os produtos desenvolvidos, como a caderneta de saúde, os *folders* e a cartilha sobre plantas medicinais, serão divulgados por meio de diversas estratégias, incluindo distribuição nas UBS, incorporação às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e publicação online. Essas ações visam promover o uso seguro e consciente de plantas medicinais e contribuir para a melhoria da saúde da população idosa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 26 indivíduos, a maioria do sexo feminino, com idade variando de 29 a 54 anos. As características de cada participante estão detalhadas no Apêndice 6.

Foram entrevistados cuidadoras sociais, supervisoras, membros da equipe do Projeto Piloto e profissionais do CRAS e da UBS, cujas falas ofereceram uma visão ampla e diversificada sobre o funcionamento do programa.

A partir da transcrição e codificação das entrevistas, foram definidas categorias analíticas que norteiam a interpretação dos dados. Essas categorias abrangem a percepção sobre o curso de formação, o conhecimento e a motivação em relação ao PMC, o processo de recrutamento e seleção, além do suporte e da comunicação para a efetividade do programa. A seguir, cada uma dessas dimensões será analisada, evidenciando os principais desafios e contribuições observados na implantação do PMC em Contagem.

5.1 O processo de seleção e contratação dos cuidadores sociais

O processo seletivo de cuidadores sociais para participar do Projeto Piloto do PMC em Contagem foi composto de três etapas: entrevista, prova de redação e participação em curso presencial de capacitação de 100 horas/aula.

À época, 40 candidatos se inscreveram e 23 foram selecionados/classificados para o preenchimento das 17 vagas e cadastro de reserva. Este número de 23 selecionados foi considerado baixo pela equipe do projeto, que esperava treinar e selecionar 50 cuidadores sociais. Alguns candidatos não concluíram o curso alegando que tinham encontrado outras oportunidades de emprego. Cabe mencionar também que apenas um cuidador do sexo masculino concluiu o processo, desistindo posteriormente da vaga. Assim, o Projeto Piloto do PMC em Contagem passou a contar apenas com cuidadoras sociais do sexo feminino.

Estudos têm demonstrado uma predominância feminina no cuidado às pessoas idosas, tanto no âmbito familiar quanto no profissional, refletindo desigualdades de gênero na distribuição do trabalho de cuidado (Muller; Moser, 2020). Essa predominância feminina no cuidado pode ser explicada por fatores como: os papéis de gênero tradicionais, uma vez que a sociedade muitas vezes atribui às mulheres a responsabilidade pelo cuidado; as expectativas sociais dado que, culturalmente, elas

são associadas a habilidades de cuidado e nutrir, o que pode influenciar a escolha dessa profissão; e as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, de modo que o trabalho de cuidadora passa a ser uma das poucas opções de emprego disponíveis, especialmente para aquelas com baixa escolaridade (Debert; Oliveira, 2015).

A percepção dos cuidadores sociais sobre o processo de seleção e contratação do PMC de Contagem é fundamental para a eficácia e eficiência do programa. A análise dessa percepção permite identificar dificuldades específicas enfrentadas pelas cuidadoras, como falta de clareza e expectativas não atendidas. Compreender esses desafios é crucial para aprimorar o processo, tornando-o mais assertivo. Além disso, o sentimento das cuidadoras pode impactar sua motivação e satisfação no trabalho, influenciando a qualidade do cuidado oferecido aos idosos.

O *feedback* construtivo, segundo a psicologia organizacional, é fundamental para esclarecer procedimentos, comunicar desempenho e promover mudanças comportamentais. Ao abordar pontos positivos e negativos com clareza, engaja-se e valoriza-se os candidatos, fortalecendo a imagem do empregador, incentivando a persistência em novas oportunidades. Quando bem aplicado, favorece o crescimento profissional, esclarece a avaliação e orienta melhorias com base em comportamentos observáveis. Sua influência direta na autoestima, competência e autocontrole torna-o um recurso valioso tanto na seleção quanto no desenvolvimento organizacional (Paixão; Oliveira; Costa, 2020).

As entrevistas realizadas com as cuidadoras revelaram experiências positivas em relação ao treinamento obrigatório, que foi amplamente elogiado por proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. De acordo com as participantes das entrevistas, o treinamento foi considerado enriquecedor e completo, abrangendo tanto aspectos teóricos quanto práticos. As cuidadoras destacaram a importância da abordagem adotada, que incluiu a exibição de vídeos que contribuíram para aumentar a sensibilidade e a compreensão das necessidades dos idosos, permitindo-lhes ter uma visão mais ampla e realista da situação. Além disso, as cuidadoras mencionaram a oportunidade de aprender novas técnicas e estratégias para lidar com os idosos, o que sugere que o treinamento foi eficaz em prepará-las para o trabalho. Em geral, as entrevistas indicam que o treinamento obrigatório foi um componente fundamental para o desenvolvimento das habilidades e competências das cuidadoras, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos idosos.

“Olha, no treinamento eles prepararam a gente, muito que eles deixam... O nosso foi mais completo... A gente teve um mês de treinamento. [...] Depois teve alguns dias de curso prático para a gente fazer alguns brinquedos, alguns jogos para a gente utilizar com os idosos” (A6 – Cuidadora social).

“Olha, o treinamento, o curso que a gente fez, foi um curso que eu achei espetacular. Coisas que eu vi nesse curso, eu não vi no curso técnico de enfermagem” (A5 – Cuidadora social).

“Eu acho que a gente, por exemplo, assistiu vídeos [além das aulas presenciais], né? Que ajudou a gente, às vezes, a ter mais sensibilidade ao entrar dentro da casa da pessoa, né? Porque, às vezes, a gente vai com uma ideia formada. Então, eu achei importante os vídeos que a gente assistiu, né? Porque dá uma visão diferente da realidade da pessoa que está lá vivendo, né?” (A2 – Cuidadora social).

Sobre o curso de capacitação daremos mais detalhes na seção 5.2, porém consideramos importante mencioná-lo aqui, dado que aparece nas falas e faz parte do processo seletivo. O curso de 100 horas do processo seletivo abordou conteúdos diversos (Anexo 6), fundamentais para a formação, e ainda foi complementado por um minicurso com vídeos sobre cuidado às pessoas idosas e aulas sobre a fabricação de jogos e atividades lúdicas, antes do início dos atendimentos em abril de 2024, como mencionados nas falas anteriores das entrevistadas.

Embora o processo de seleção, incluindo o curso de capacitação, tenha sido bem avaliado pelas cuidadoras sociais, o processo de contratação foi marcado por uma significativa demora, o que gerou insatisfação e preocupação entre as participantes. Segundo relatos, a lentidão no processo de contratação levou a perda de oportunidades de trabalho para algumas pessoas, que acabaram optando por alternativas devido à espera prolongada. As cuidadoras sociais destacaram a necessidade de um processo mais rápido e eficiente, que permita uma resposta mais ágil às necessidades do programa e dos candidatos. As declarações obtidas durante as entrevistas ressaltaram a importância de melhorar a eficiência do processo de contratação, a fim de evitar a perda de talentos e garantir a composição de uma equipe qualificada e motivada. Além disso, as cuidadoras sociais sugeriram que a demora no processo de contratação pode ter impactado negativamente a diversidade da equipe, incluindo a ausência de cuidadores homens, que potencialmente poderiam ter sido contratados se o processo fosse mais rápido.

“O processo de contratação, pra mim, foi assim. Foi longo. Demorou chamar. Demorou, entendeu? Entrar em contato. E a gente ficou

naquela expectativa. Eu acho que deveria ser mais rápido nesse contato aí. Esse tempo pra chamar. Mas aí, o esperar era longo, né? No meu caso, acabou que eu até arrumei um outro emprego. Só que aí eu optei por ficar nesse” (A4 – Cuidadora social).

“Assim, a gente teve um treinamento muito bom. Mas a contratação deu uma demoradinha, né? Por ser de fora, tá vindo pra cá pra Contagem. Não sei a empresa, não sei aqui dentro. Deu uma demorada. Porque tinha muito mais cuidadores. Perderam por causa dessa demora de contratação. Então, assim, deveria ser um processo mais rápido, né? E a gente tinha cuidadores homens. A gente não tem nenhum cuidador homem. Porque como demorou, as contas não param de chegar, né? E muita gente tava desempregada. Então, perdeu muitas pessoas por causa disso” (A1 – Cuidadora social).

O processo seletivo se encerrou no início de fevereiro, com a publicação da lista dos aprovados e a solicitação de envio da documentação. No entanto, o início das atividades atrasou quase dois meses, o que fez com que pessoas selecionadas buscassem alternativas e desistissem da vaga como cuidador social, incluindo cuidadores do sexo masculino, como mencionado anteriormente na fala acima da entrevistada A1. O atraso pode ser atribuído à demora no repasse de parte dos recursos de uma das parcelas do contrato do Projeto Piloto e na confecção de camisetas de uniforme, essenciais para entrada de cuidadores sociais nos territórios de abrangência, considerados de difícil acesso uma vez que engloba áreas vulneráveis. Uma das supervisoras também relatou a questão da demora na contratação como um ponto negativo nessa fase inicial de implantação do programa.

“Eu acho que poderia ser mais rápido o processo de seleção das cuidadoras” (A9 – Supervisora).

Além disso, as participantes destacaram a importância de uma comunicação mais eficaz durante o processo de contratação, visando minimizar expectativas e incertezas. As cuidadoras sociais mencionaram que a falta de clareza e transparência em relação ao andamento do processo pode gerar ansiedade e desconforto. Algumas participantes relataram dificuldades técnicas ao lidar com links e processos online, o que pode ter contribuído para a percepção de demora e ineficiência. Além disso, a diferença entre o início do curso e a efetiva contratação gerou expectativas não atendidas, levando a uma percepção de demora no processo. Em geral, as entrevistas sugerem que uma comunicação mais clara e transparente ao longo do processo de contratação poderia melhorar a experiência das cuidadoras sociais e reduzir a ansiedade e incertezas associadas à espera pela contratação.

“O processo de contratação. De contratação foi tranquilo. O que acontece. Como é lá da Bahia, eles vão mandando link. Eu tenho um pouco de dificuldade. Então eu tive que ir na Lan House pedir ajuda. Eu tive um pouco de dificuldade” (A12 – Cuidadora social).

“É, porque como a gente iniciou o curso em janeiro, né? Aí a gente foi... Em março que a gente começou. Então, assim, demorou um pouco o processo. Porque a gente achou que já ia no início. Acabou o curso, já ia contratar. Aí demorou um pouco, mas questão disso” (A13 – Cuidadora social).

O processo de seleção e contratação das cuidadoras se mostrou bastante desafiador para a equipe do Projeto Piloto. Foi a primeira vez que a equipe lidava com este tipo de recrutamento que, como já mencionado, ocorreu em três etapas (entrevistas, redação e curso de capacitação). Como existia uma experiência prévia no município de Salvador, que também faz parte do mesmo projeto de pesquisa e intervenção, tentou-se replicar alguns processos, adaptando às especificidades. Além disso, a equipe de Salvador participou das entrevistas de seleção e alguns instrutores ofertaram aulas no curso de capacitação em Contagem.

A equipe do Projeto Piloto também colocou que problemas de comunicação podem ter gerado desconfiança e impedido que algumas pessoas se candidatassem no processo seletivo para cuidadores sociais. Entre essas desconfianças, estava a questão da Fundação Escola Politécnica (FEP), vinculada à Universidade Federal da Bahia (UFBA), configurar no Edital do processo seletivo para cuidadoras sociais. Cabe mencionar que a FEP faz a gestão financeira do convênio assinado pelo Ministério da Saúde e UFBA e é responsável pela contratação das cuidadoras. Por ser uma instituição de outro estado, em tempos de golpes pela internet, a necessidade de envio documentação para o cadastro no processo seletivo pode ter suscitado dúvidas e incertezas entre possíveis candidatos, influenciando a percepção sobre a credibilidade do processo seletivo.

“E um outro problema que eu vejo, assim, que foi uma grande complicação pra gente, foi ter a FEP, uma empresa, assim, da Bahia, pra resolver as coisas em Contagem. Por exemplo, na época de contratação, as pessoas têm muita desconfiança” (A16 – Equipe do Projeto Piloto).

Cabe destacar que o processo de seleção avaliado na presente pesquisa se atém ao primeiro Edital, lançado em novembro de 2023, com contratação em 2024. Contudo, o processo de recrutamento e seleção de cuidadores sociais para participar

do PMC em Contagem, contou com o lançamento de seis editais até julho de 2025. Ou seja, ao todo, foram realizados seis processos seletivos. A partir do segundo processo seletivo, suprimiu-se a etapa de redação; foi exigido que o candidato apresentasse um certificado de curso de cuidador de idosos de 80h e o curso de capacitação passou a ter duração de 15h, conforme programação incluída no Anexo 7. A ideia inicial seria realizar um único processo, com um cadastro de reserva amplo, para que os cuidadores sociais fossem chamados na medida em que fossem surgindo demanda para contratação, seja até o esgotamento das vagas disponíveis ou pela desistência ou dispensa de cuidadores. Porém, a realidade vivenciada foi diferente do esperado como relatam as componentes da equipe do Projeto Piloto.

“Bom, a gente tem feito o curso dos cuidadores antes da contratação deles, dos nossos cuidadores sociais. A gente faz um curso que envolve várias áreas. A gente envolve o pessoal da UBS, do CRAS, a gente traz também o pessoal da referência da área da saúde, o pessoal de referência da área da assistência social, pra poder preparar esse profissional antes dele entrar em campo. Ultimamente, a gente tem pedido também que quem for se inscrever já tenha um curso, pelo menos alguma experiência na área que a gente pode atender” (A7 – Equipe do Projeto Piloto).

A necessidade de lançar seis editais de contratação para cuidadores sociais no âmbito do PMC em Contagem revela uma série de desafios e limitações no processo de seleção. A análise dos motivos que levaram a essa necessidade revelou que a falta de candidatos qualificados e motivados para preencher as vagas pode ter sido um dos principais fatores. Acredita-se que a remuneração de um salário mínimo pode não ter atraído o público-alvo para a vaga de cuidador social. Além disso, não se sabe se a divulgação, por meio de CRAS, UBS, agência formadoras de cuidadoras e SINE/Contagem, foi suficiente para chamar atenção de potenciais interessados. Nesse sentido, é fundamental que os gestores do programa realizem uma análise crítica das implicações dessas mudanças e busquem estratégias para melhorar a atratividade do programa para os candidatos qualificados.

Ainda em relação aos desafios do processo de seleção, destaca-se que a exigência de um certificado de curso de cuidador de idosos, a partir do segundo processo seletivo, pode ter restringido as pessoas interessadas, tornando mais difícil encontrar candidatos para ocupar as vagas. Ademais, as mudanças no processo seletivo, como a supressão da etapa de redação e a redução da duração do curso de

capacitação para 15h, podem ter afetado a capacidade dos candidatos de demonstrar suas habilidades e competências.

A mudança no processo de recrutamento do PMC, com a exigência do curso de cuidador como pré-requisito, pode ter implicações tanto para os candidatos quanto para a eficácia do programa. Por um lado, essa exigência pode trazer benefícios, como a melhora na qualidade dos candidatos, redução do tempo de treinamento e maior confiança dos concorrentes em suas habilidades. Afinal, uma vez que estes já tenham o curso de cuidador, o programa pode selecionar profissionais mais qualificados e preparados para lidar com as demandas do trabalho, o que pode resultar em um cuidado mais eficaz e de maior qualidade para as pessoas idosas atendidas. Por outro lado, essa mudança também pode ter consequências negativas, como um menor número de candidatos no processo seletivos e a desigualdade de oportunidades para aqueles que não têm acesso a esse tipo de formação, mas que poderiam ser excelentes cuidadores. Portanto, é fundamental que os gestores avaliem os prós e contras dessa mudança, alinhados as necessidades e objetivos do programa, para garantir que o processo seletivo seja justo, eficaz e atraente para candidatos qualificados.

O processo de recrutamento é ainda mais relevante quando se considera que o capital humano é o bem mais valioso em uma organização. Assim, o fator humano é que impulsiona o crescimento e a evolução da empresa, e é fundamental reconhecer que ele abrange não apenas os gestores, mas todos os colaboradores. Consequentemente, investir no capital humano é essencial, pois sem ele, a organização não pode prosperar (Santos; Venâncio; Akita, 2021). No caso do PMC de Contagem, apesar de não se enquadrar como uma empresa ou organização, o processo de recrutamento é fundamental para selecionar as pessoas mais adequadas para exercer a função de cuidadores sociais. Na medida em que muitos potenciais candidatos desistem de participar do processo de recrutamento, por duvidar da veracidade do mesmo, pode ser que alguns perfis interessantes e até mais adequados para as vagas tenham ficado de fora.

A percepção das cuidadoras sociais e da equipe do PMC em relação ao processo de seleção e contratação é fundamental para entender e melhorar experiências futuras. Essa compreensão auxilia não só seleções e contratações

futuras, como também pode impactar diretamente a qualidade do cuidado prestado aos idosos no PMC.

5.2 O curso de formação de cuidadores

Nesta seção, busca-se investigar as percepções e experiências dos entrevistados em relação ao curso de formação de cuidadores sociais do Projeto Piloto do PMC de Contagem, ocorrido em janeiro de 2024, antes do início dos atendimentos às pessoas idosas. A avaliação da percepção dos participantes permite identificar lacunas no treinamento e contribuir para a melhoria contínua do Programa, resultando em um atendimento mais qualificado e satisfatório para os idosos.

O curso destinado às cuidadoras sociais contou com uma carga horária de 100 horas, ocorreu em janeiro de 2024 e foi ministrado em um espaço cedido pela Prefeitura Municipal de Contagem. Essa iniciativa foi fundamental para preparar as cuidadoras para lidar com as necessidades complexas dos idosos atendidos pelo programa, proporcionando-lhes conhecimentos e habilidades essenciais para realizar seu trabalho de forma eficaz. Além disso, as supervisoras das cuidadoras participaram deste curso de formação como alunas para ter uma oportunidade de familiarização com os temas abordados.

A realização de um curso de cuidadores sociais de idosos foi pensada para garantir a qualidade e eficácia do PMC em Contagem. Isso se deve ao fato de que os cuidadores sociais desempenham um papel crucial na prestação de cuidados e apoio aos idosos vulneráveis, e necessitam de conhecimentos e habilidades específicas para realizar seu trabalho de forma adequada, considerando que o cuidado vai além de questões relacionadas à saúde e atividades do dia a dia (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024).

Em relação aos cuidados com a saúde, o curso de formação abordou temas como: envelhecimento e envelhecer; cuidado a pessoa idosa e sua família; funcionalidade: barreiras, facilitadores e autonomia para realização das ocupações; funcionalidade: limitação para realização das atividades e restrição de participação.

Além dos aspectos relacionados à saúde, o curso também abordou temas essenciais como o contexto do território, comunidade e ambiente domiciliar em que a pessoa idosa e seus familiares estão inseridos, permitindo que os cuidadores sociais compreendessem melhor as necessidades e desafios enfrentados. Ademais, a discussão sobre as redes assistenciais e de saúde possibilitou que os cuidadores

sociais identificassem os recursos e serviços disponíveis na comunidade para apoiar as pessoas idosas e seus familiares.

A abordagem de situações de risco para o cuidador também foi fundamental, pois permitiu que os cuidadores sociais reconhecessem os desafios e estressores associados ao seu trabalho e desenvolvessem estratégias para lidar com eles de forma eficaz. A ênfase na confidencialidade foi igualmente importante, pois garantiu que os cuidadores sociais compreendessem a importância de manter a privacidade e confidencialidade das informações dos idosos e suas famílias.

O curso também destacou a importância do suporte para o cuidador, reconhecendo que o trabalho de cuidador social pode ser emocionalmente desgastante e exigente. Isso lhes permitiu compreender a importância de buscar apoio e recursos para si mesmos, garantindo sua própria saúde e bem-estar.

Por fim, a abordagem do diálogo intergeracional foi essencial, pois possibilitou que os cuidadores sociais entendessem melhor as necessidades e perspectivas dos idosos e desenvolvessem habilidades para se comunicar de forma eficaz com eles. Isso é fundamental para garantir que os idosos recebam cuidados personalizados e respeitosos, e que suas necessidades sejam atendidas de forma adequada.

A programação do curso de formação de cuidadores sociais ocorrida em janeiro de 2024 pode ser acompanhada no Anexo 6. Como mencionado, foram abordados temas essenciais, que vão desde o cuidado com a saúde da pessoa idosa ao contexto do território, confidencialidade, situações de risco, e suporte para o cuidador, permitindo que os cuidadores sociais desenvolvessem conhecimentos e habilidades específicas para cuidar de pessoas idosas frágeis e vulneráveis de forma adequada.

As cuidadoras sociais entrevistadas se mostraram satisfeitas com o curso ofertado, considerando-o completo, interessante e enriquecedor. Destacaram, ainda, a importância das aulas na preparação para o trabalho com as pessoas idosas e seus familiares, uma vez que foram abordados temas como comorbidades, atividades rotineiras e convivência familiar.

A satisfação das participantes com o curso é um indicativo da relevância e eficácia da capacitação oferecida, demonstrando que o treinamento atendeu às necessidades e expectativas das cuidadoras sociais. As falas das entrevistadas revelam que o curso foi considerado excelente, completo e enriquecedor, proporcionando uma preparação adequada para lidar com as situações encontradas

no trabalho. As cuidadoras destacaram a importância das aulas sobre comorbidades, atividades de vida diária e postura profissional, que foram consideradas fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para o trabalho. Além disso, as cuidadoras que já possuíam experiência prévia em áreas relacionadas destacaram a importância das informações sobre convivência e postura dentro da família, o que sugere que o curso foi capaz de complementar e aprimorar conhecimentos e habilidades prévias. Em geral, as entrevistas apontam que o curso foi eficaz em proporcionar uma formação sólida e completa para as cuidadoras sociais, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

“Foi excelente, foi muito bom. Nossa, foi tão completo, né. Que a gente até é difícil de descrever. A questão de falar das comorbidades do paciente, da atividade de vida diária também, da pessoa que é mais ativa. Então, foi bem interessante essas aulas” (A10 – Cuidadora social).

“Olha, o treinamento pra mim foi muito bom. Foi ótimo. Foi enriquecedor. O treinamento realmente nos preparou pro que a gente encontrou dentro das casas. Olha, como eu já tinha muita bagagem do técnico, né? Foi mais as informações sobre a convivência mesmo. Né. Da gente, da nossa postura dentro da família e tudo” (A11 – Cuidadora social).

A adequação do treinamento da equipe do PMC é fundamental para garantir a qualidade do atendimento aos idosos frágeis e vulneráveis. Ao compreender as demandas e a realidade desse público, os profissionais podem desenvolver habilidades e competências específicas para atender às suas necessidades, promovendo um cuidado mais eficaz e humanizado.

O treinamento é um recurso fundamental para melhorar a formação e as atitudes dos profissionais que atendem pessoas idosas. Por meio dele, esses profissionais adquirem ferramentas e habilidades necessárias para avaliar e tratar condições específicas dessa faixa etária, promovendo um envelhecimento saudável. Além disso, o treinamento fortalece os profissionais na direção de um cuidado mais eficaz e humanizado, permitindo que eles forneçam apoio e orientação adequados às necessidades dos idosos. Com isso, é possível melhorar a qualidade do atendimento e promover um envelhecimento mais saudável e digno (Brasil, 2007).

A formação dos cuidadores sociais é um componente essencial para o sucesso do PMC. A oferta de um curso abrangente, antes da contratação, se mostra uma estratégia interessante de preparação para lidar com as complexidades do cuidado

aos idosos frágeis em situação de vulnerabilidade. Investir em um curso de capacitação de qualidade para os profissionais envolvidos no PMC, é uma forma de garantir que os cuidadores estejam adequadamente preparados para atender às necessidades complexas dessa população, proporcionando um cuidado de qualidade.

O treinamento contínuo é fundamental para o desenvolvimento dos colaboradores, promovendo o aprimoramento constante de habilidades e competências. Atua como elemento central na melhoria contínua, estimulando o crescimento individual e organizacional. Para alcançar resultados efetivos, deve-se cultivar um ambiente favorável ao aprendizado, valorizando a aquisição de novos conhecimentos e a criatividade. O incentivo ao treinamento contribui decisivamente para o desenvolvimento sustentável da empresa e de sua equipe (Chiavenato, 2014).

A integração de profissionais de diferentes áreas, como saúde e assistência social, no processo no curso de formação de cuidadoras sociais, demonstra um compromisso em garantir que os cuidadores estejam bem-preparados para atender às demandas do PMC. Esse enfoque interdisciplinar permite uma abordagem mais completa e eficaz do cuidado a pessoa idosa.

A perspectiva interdisciplinar promove um trabalho mais integrador e articulado, melhorando a compreensão dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho e a qualidade dos resultados. Essa abordagem potencializa a integração entre profissionais e articula saberes e fazeres, proporcionando uma compreensão ampliada dos desafios e oportunidades. A prática interdisciplinar contribui para novas formas de organização do trabalho, caracterizadas por colaboração e interação entre profissionais. Isso possibilita relações mais eficazes e uma abordagem mais completa e integrada, promovendo soluções inovadoras para desafios complexos (Matos; Pires; Sousa, 2010).

De acordo com Kasper (2017), o treinamento é um processo de curto prazo que visa transmitir conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a execução eficiente de tarefas no trabalho, sendo fundamental para o aperfeiçoamento de funcionários e garantindo que eles estejam preparados para desempenhar suas atividades com eficiência e qualidade.

A programação do curso de formação de cuidadoras do PMC de Contagem abordou vários aspectos essenciais relacionados à saúde e à assistência social, demonstrando a importância da preparação e planejamento cuidadoso para o sucesso

do Programa. As falas das cuidadoras sociais entrevistadas ilustram a percepção de que o curso foi diversificado e abrangente, cobrindo uma ampla gama de temas e habilidades necessárias para o trabalho. As cuidadoras destacaram a importância de aulas práticas, que proporcionaram conhecimentos e habilidades específicas para lidar com as pessoas idosas de forma segura e eficaz. Além disso, as cuidadoras que já possuíam experiência prévia em áreas relacionadas destacaram a novidade e a clareza de alguns conteúdos, como as mudanças específicas no cuidado com idosos. As entrevistas sugerem que o curso foi eficaz em proporcionar uma formação sólida e completa para as cuidadoras sociais, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado e demonstrando a importância da capacitação contínua para o sucesso do Programa.

“Foi ótimo. Todas as disciplinas, todas. E em especial a aula prática que a gente teve no laboratório sobre postura, como a gente fazia para tirar os idosos da cama. Teve coisa de fisioterapia. Essa aula foi de fisioterapia, agora que eu lembrei. Nem no curso técnico de enfermagem eu aprendi. A gente aprende, mas assim, a pessoa te ensina do jeito que ela sabe. E o fisioterapeuta te ensina do jeito mais fácil de fazer. Não para ele, não para mim, mas o jeito mais fácil de fazer para todo mundo. o curso foi muito amplo. O nosso curso foi muito amplo. Teve tudo, de tudo, um pouco” (A6 – Cuidadora social).

“O treinamento foi muito bom. Foram 12 dias de curso, muito bom. Tinha coisas lá que como eu fiz o curso de cuidadora anteriormente, eu não tinha visto. Algumas mudanças que é com o idoso, o fisioterapeuta foi muito claro, ele foi superbom. Não só ele, como todos os outros conteúdos” (A1– Cuidadora social).

As entrevistas realizadas com as cuidadoras destacam que o sucesso do programa se deve, em grande parte, ao treinamento recebido pelas cuidadoras, que proporcionou a aquisição de habilidades e conhecimentos necessários para o trabalho. Além disso, a parceria com as supervisoras e a equipe do PMC é fundamental para o sucesso do programa, pois oferece suporte e orientação às cuidadoras em seu trabalho. As entrevistadas destacaram a importância da formação e do treinamento, afirmando que sem esses recursos, muitas cuidadoras não teriam a capacidade de realizar o trabalho de forma adequada. Além disso, elogiaram o suporte oferecido pelas supervisoras, que estão sempre disponíveis para responder a dúvidas e resolver problemas, e destacaram a importância das reuniões mensais e semanais para discutir dificuldades e compartilhar experiências. As participantes da pesquisa sugerem que a combinação de treinamento e suporte é essencial para o

sucesso do PMC em Contagem, permitindo que as cuidadoras prestem cuidados de qualidade aos idosos e contribuam para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

“A questão da formação é muito importante. Sem essa formação, esse treinamento que a gente teve também, eu creio que muitos que não tinham essa bagagem de pedido lá dentro iam fazer, mas não fazer da forma que é o certo. Iam achar que estava certo. Ah, a gente tem contato da [nome da supervisora], do telefone do programa. Então, a gente, qualquer coisa ali, liga ou manda uma mensagem, ela discretamente responde. Está sempre atenta ao celular, para a gente manter esse contato com ela. Qualquer dificuldade, qualquer imprevisto, a gente entra em contato com a, faz o possível para resolver o problema, o assunto” (A10 – Cuidadora social).

“Ôh, o meu suporte eu não tenho o que reclamar. Mas, assim, eu não tenho o que reclamar, assim, no momento, tá? O programa tá fazendo a diferença, né? Porque são pessoas que não tinham esse cuidado e estão tendo um cuidado. Que eles sentem falta os dias que a gente não está lá. A [nome da supervisora] sempre pergunta se a gente tá precisando de alguma coisa, se o familiar tá tudo ok. A gente tem as nossas reuniões mensais, semanais, que é pra passar isso, pra divulgar, pra saber qual que é a dificuldade. Ela dá um suporte muito bom” (A1 – Cuidadora social).

Ademais, foi mencionado que o treinamento representou uma oportunidade para aprender novas informações e habilidades, mesmo para aquelas que já possuíam experiência prévia no cuidado com idosos. Outras participantes ressaltaram a qualidade do curso e a competência dos instrutores.

Uma característica notável do curso é que ele abordou aspectos sociais e de interação familiar, além dos cuidados de saúde, o que o diferencia de modelos tradicionais de treinamento oferecidos no mercado. Essa abordagem mais ampla e integrada parece ter sido valorizada pelas cuidadoras sociais, que reconheceram a importância de considerar as necessidades emocionais e sociais das pessoas idosas para além de suas necessidades físicas. A ênfase em aspectos sociais e de interação familiar, além dos cuidados de saúde, sugere que o programa está comprometido em oferecer uma abordagem holística e integrada ao cuidado com idosos.

“Pra mim foi bom. Assim, não foi, assim, totalmente diferente do que eu já havia, porque muitos anos eu cuidando já de idosos, mas, assim, teve alguns treinamentos que eu não tive em outros lugares, né? Então, assim, foi muito bom, a qualidade foi boa” (A4 – Cuidadora social).

A vivência prática com os idosos foi considerada fundamental para a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos no curso. Além disso, a interação com colegas mais experientes permitiu que as cuidadoras menos experientes aprendessem com a experiência e a sabedoria prática dos outros, o que facilitou a absorção de informações e a nivelção de conhecimentos. A cuidadora A10, por exemplo, destacou a importância de escutar e aprender com as colegas mais experientes, que tinham uma formação técnica e experiência na área da saúde. Ela mencionou que, inicialmente, se sentia intimidada, mas que, com o tempo, começou a interagir e a aprender com as outras cuidadoras. Essa troca de experiências permitiu que ela se sentisse mais segura e confiante em seu trabalho.

“As meninas, tem algumas que estão bem-preparadas, já estão na área, já estão na formação técnica também, na área da saúde. E eu vi que ali os professores dialogavam com elas, e a gente queria ter uma facilidade melhor, talvez, na comunicação deles. Mas depois eu fui tentando abrir um espaço ali também. Chegando, né. Porque eu poderia ficar parada só, né. Só escutando. Tentei interagir também, interagir. Eu tentei escutar o pessoal, né. Eu escutava, mas essas pessoas têm experiência, né. Primeiramente a fala do professor, mas quando elas colocavam algum assunto, alguma vivência que elas já tiveram antes, eu estava sempre atenta, eu estava sempre indo, sentando lá, escutava, escutar a conversa, né. Porque eu vi que a gente tinha uma conversa mais técnica, né? Então eu estava sempre perto, escutando, pegando informação. É, porque, na verdade, algumas meninas tinham experiência, então a gente pensava, assim, meu Deus, como é que eu vou fazer? Mas, graças a Deus, depois que eu entrei no programa, e agora que eu já estou em prática há um bom tempo, eu vi que é só a gente ficar ligado, ter a informação, estar aberta, que a gente vai se absorvendo. E vai nivelando aos pouquinhos as coisas” (A10 – Cuidadora social).

Essas observações sugerem que a criação de vínculos entre as cuidadoras mais experientes e aquelas em formação pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos idosos. Além disso, a valorização da experiência prática e da troca de saberes entre as cuidadoras pode contribuir para a consolidação do aprendizado e para a melhoria contínua do programa.

Cabe mencionar que, diante da satisfação com o curso e com a ausência de queixas ou pontos a serem melhorados em relação ao treinamento recebido, por diversas vezes e com diferentes formas de indagação durante as entrevistas, as cuidadoras foram estimuladas a apresentar pontos de melhoria. Contudo, as cuidadoras entrevistadas não apontaram críticas ou sugestões. Essa falta de crítica ou pontos de melhora pode ser interpretada de várias maneiras. Por um lado, é

possível que o curso tenha sido realmente bem estruturado e executado, atendendo às necessidades e expectativas das cuidadoras. Nesse sentido, a ausência de críticas ou sugestões poderia ser vista como um indicador de sucesso do treinamento. Por outro lado, é importante considerar a possibilidade de que a falta de crítica ou pontos de melhoria esteja relacionada a um desconforto para expressar opiniões negativas sobre o curso, diferentemente de outros temas abordados na entrevista.

Dentro da proposta do Projeto Piloto do PMC, as supervisoras também participaram do curso ofertado às cuidadoras sociais. A presença das supervisoras, ambas graduadas em serviço social, foi tida como uma oportunidade de entender a dinâmica do cuidado ofertado às pessoas idosas e de aproximar com temas afins e de questões relacionadas à saúde. Além disso, o curso foi uma oportunidade de aproximação com as cuidadoras e a equipe do PMC. Dada a participação das supervisoras no curso, julgou-se oportuno levantar a avaliação delas. Quando perguntadas sobre o curso, as supervisoras destacaram a importância do treinamento ofertado as cuidadoras sociais, principalmente para aquelas menos experientes.

Ainda que o curso ofertado às cuidadoras tenha sido uma ótima oportunidade para aproximação com a realidade do cuidado, as supervisoras pontuaram que sentiram falta de algo mais específico, voltado a aspectos relacionados ao público idoso, suas demandas e, principalmente, os desafios do dia a dia. Além disso, uma vez que tiveram de assumir a coordenação de uma equipe, as supervisoras expressaram o desejo de ter um treinamento específico voltado à gestão de pessoas, mesmo que uma forma mais básica.

“Então, a minha expectativa era saber mais sobre o público idoso, porque a minha atuação foi ínfima com o público idoso, sabe? A maior experiência profissional que eu tenho é trabalhando com crianças e adolescente. [...] Eu confesso que a realidade traz muitos desdobramentos, mais do que ali a gente consegue dentro de uma sala de aula mostrar” (A8 – Supervisora).

“Fizemos um curso que era mais voltado para os cuidadores. Tivemos um dia, se eu não me engano, para falar sobre a supervisão. Eu vejo que poderia ser mais dias [para abordar a supervisão]” (A9 – Supervisora).

“Como eu não participei efetivamente, eu não saberia dizer se eles têm algo a melhorar [na formação as cuidadoras]. O meu [desafio] foi algo mais específico [...], por mais que eu perpassava pelo âmbito da supervisão de cuidadoras, era diferente as vivências, os desafios” (A8 – Supervisora).

“Eu estava bem ansiosa para saber como que seria, né, como ia ser esse curso, né, eram 12 dias, foram 12 dias, então eu estava bem ansiosa para saber como que era. Hoje, é diferente, é diferente, apesar de ter falado que seriam famílias vulneráveis, que a gente lidaria com famílias com questões sociais também, laços estremecidos, mas eu não imaginaria que seria tanto. Ajudou. Só que a realidade é muito mais complexa” (A9 – Supervisora)

Considerando a complexidade das responsabilidades das supervisoras do PMC e as habilidades necessárias para liderar a equipe de cuidadoras, seria recomendável algum tipo de capacitação voltado para o desenvolvimento desses aspectos. Afinal, suas atribuições vão além da supervisão direta, demandando habilidades em gestão de equipe, resolução de conflitos e conhecimentos sobre as necessidades dos idosos. Uma formação mais abrangente permitiria que as supervisoras estivessem mais bem preparadas para enfrentar situações desafiadoras, garantindo uma melhor qualidade no atendimento e suporte necessário às cuidadoras. Isso contribuirá para um melhor desempenho das supervisoras e para a qualidade do serviço oferecido aos beneficiários do programa.

À medida que se direcionam recursos para o treinamento, o desempenho e a satisfação dos colaboradores tendem a aumentar, resultando em um ambiente organizacional mais positivo. Essa relação entre investimento em capacitação e retenção de talentos é fundamental para a construção de uma equipe coesa e motivada (Alves, 2018).

O treinamento é essencial para o desenvolvimento pessoal, facilitando a adaptação às mudanças. Para aproveitar esses benefícios, é fundamental que todos os envolvidos desempenhem suas funções corretamente, garantindo a eficiência e eficácia das intervenções e contribuindo para o alcance dos objetivos propostos (Alves, 2018).

De acordo com Silva (2019), equipes bem-preparadas alcançam altos índices de desempenho. O treinamento é crucial para melhorar a qualidade, reduzir falhas e aumentar a satisfação, além de trazer benefícios como maior autoestima dos colaboradores e fortalecimento das relações internas.

5.3 A importância da comunicação e integração para o êxito do Programa Maior Cuidado

A troca de informação e a comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos no PMC são fundamentais para o seu sucesso, pois promovem o aperfeiçoamento

contínuo, fortalecem os vínculos entre a equipe e a gestão e melhoram a qualidade do cuidado oferecido aos idosos. Além disso, esse ambiente colaborativo aumenta a motivação dos profissionais e minimiza falhas, contribuindo para um trabalho seguro e eficiente.

A comunicação é um componente fundamental do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional, pois permite que os profissionais de diferentes áreas se coloquem de acordo quanto ao plano de ação para executar o cuidado e a atenção à saúde. Além disso, o agir comunicativo implica reconhecer situações que requerem diálogo e troca de informação. Dessa forma, o trabalho em conjunto eficaz depende de objetivos comuns compartilhados entre os membros da equipe, bem como de um clima de equipe que promova a participação segura, o apoio para novas ideias, a definição clara de objetivos e a orientação para a tarefa, contribuindo assim para um cuidado de saúde de alta qualidade (Peduzzi *et al.*, 2020).

A comunicação eficaz e a troca constante de informações entre os profissionais do PMC são indispensáveis para seu bom funcionamento, pois contribuem para o aprimoramento das práticas, fortalecem os vínculos entre as equipes e a gestão e elevam a qualidade do cuidado prestado à pessoa idosa. Além disso, ao favorecer um ambiente colaborativo, esses elementos aumentam a motivação dos profissionais e reduzem a ocorrência de falhas, promovendo um trabalho mais seguro e eficiente.

Nesse contexto, o processo de acolhimento e integração também desempenha papel estratégico, uma vez que facilita a adaptação dos novos integrantes ao apresentar a cultura, os objetivos e as responsabilidades da organização. Contudo, esse processo não deve se restringir ao ingresso inicial, sendo necessário que ocorra de forma contínua e adaptada às necessidades específicas de cada grupo, a fim de sustentar o desenvolvimento profissional e garantir uma integração plena ao longo da trajetória institucional (Coelho, 2024).

A supervisão desempenha um papel crucial no contexto do trabalho profissional, pois atua como um elemento fundamental que pode influenciar positivamente o desempenho dos profissionais, oferecendo orientação, apoio e *feedback* construtivo, o que, por sua vez, contribui para a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e para o desenvolvimento das competências dos trabalhadores (Marinho; Bispo Júnior, 2020).

O suporte oferecido pelo PMC de Contagem foi elogiado pelas cuidadoras sociais entrevistadas. Elas destacaram a excelência da supervisora e a disponibilidade para resolver problemas e dificuldades, demonstrando que o programa priorizou a criação de um ambiente de apoio e orientação para as cuidadoras.

O processo de acolhimento e integração das cuidadoras foi uma das preocupações na implantação do PMC no município de Contagem, e parece ter sido bem-sucedido. As cuidadoras mencionaram a importância das reuniões mensais e semanais para discutir questões e compartilhar experiências, o que sugere que o programa valoriza a comunicação e a colaboração entre as equipes.

As falas das cuidadoras sociais revelam que a supervisora é uma figura fundamental no suporte oferecido pelo programa. Ela é elogiada por sua disponibilidade e capacidade de resposta rápida e eficaz às necessidades das cuidadoras, o que demonstra que o programa prioriza a resolução de problemas e a satisfação das cuidadoras. Além disso, as cuidadoras sociais destacaram a importância do suporte contínuo oferecido pelo programa, tanto durante o curso de capacitação quanto após a sua conclusão. Elas mencionaram que a supervisora se dispõe a ajudar as cuidadoras fora do horário de serviço, o que demonstra um compromisso genuíno com o bem-estar e o sucesso das cuidadoras.

“A supervisora tá sempre orientando a gente, o que a gente tem alguma dúvida, ela tira, ela ajuda, a questão com as famílias” (A13 – Cuidador social).

“Nós temos um suporte muito bom com a [nome da supervisora]. Na sexta-feira nós encontramos para falar o que aconteceu durante a semana. Toda sexta. Mas caso ocorra alguma coisa de intercorrência diferente, ela não hesita. Ligou. Ela atende a gente prontamente e você fala o que aconteceu. Eu liguei para [nome da supervisora.] e ela desceu para me ajudar. E ela foi, prontamente lá para me apoiar” (A14 – Cuidadora social).

“A gente pode ver no caso também que a gente vai estar contando com ela, né. Então, esse suporte aí está sempre presente, a [nome da supervisora]. está sempre presente. A gente também manda mensagem para o pessoal da Bahia, né. Não tem problema, não tem dificuldade” (A10 – Cuidadora social).

“Durante o curso a gente teve um suporte contínuo. Aqui a gente tem um suporte contínuo, mas quem dá para a gente esse suporte, igual estou falando com você, é a [nome da supervisora]. A [nome da supervisora] pode ser, às vezes até fora do horário de serviço ela se dá o trabalho de responder a gente. Às vezes eu falo com ela, [nome da supervisora], eu não queria te perturbar agora não, mas isso está

me matutando, porque eu acho que duas cabeças pensam melhor que uma. Então, se tiver alguma coisa que a gente possa fazer, eu estou te falando, você vai pensando aí, eu vou pensando aqui, depois a gente vai juntar as ideias. Então, até fora do horário de serviço, ela se dispõe a ajudar a gente, sabe? Então, dela a gente tem esse suporte” (A6 – Cuidadora social)

Segundo Faria (2017), o *feedback* é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento profissional, pois oferece orientações claras sobre o desempenho individual, com o objetivo de aprimorar comportamentos futuros de forma educativa e não punitiva. Trata-se de um recurso fundamental tanto para o aperfeiçoamento da performance quanto para a efetiva implementação das políticas de Gestão de Pessoas.

O PMC valoriza a comunicação eficaz, colaboração e troca de experiências para superar desafios e alcançar o sucesso. A equipe recebe treinamento contínuo, discute casos, recebe *feedback* positivo da comunidade e utiliza discussões no Grupo de Trabalho (GT) para melhorar a implementação do programa. Com essa abordagem, o programa pode oferecer suporte de qualidade à população idosa, melhorando significativamente a sua qualidade de vida.

Os GT acontecem mensalmente nas regiões atendidas pelo PMC (Fagundes, 2019). No caso do PMC de Contagem, os GT da regional Ressaca acontecem nas primeiras quartas-feiras e da regional Industrial nas primeiras sextas-feiras, ambos realizados nos CRAS de referência. Participam do GT os integrantes da equipe do Projeto Piloto, a supervisora local, as referências técnicas da saúde e da assistência social envolvidas com o programa. As cuidadoras sociais participam, eventualmente, apenas se chamadas para discutir casos mais delicados, por estarem em horário de atendimento. Mesmo não participando mensalmente dos GT, os casos são discutidos semanalmente com as supervisoras e a equipe de cuidadoras, como mencionado anteriormente, garantindo a troca de experiência contínua.

A participação no GT é uma oportunidade valiosa para os profissionais ligados à implantação do PMC contribuírem com sua experiência prática e conhecimento específico para a avaliação e melhoria do programa. Isso permite que a equipe atuante, incluindo enfermeiros e outros profissionais, tenham uma voz ativa no processo de tomada de decisões e possam fornecer uma perspectiva mais completa e precisa sobre as necessidades dos idosos e os desafios enfrentados pela equipe. Mesmo considerando a importância dos GT para ampliar a comunicação entre os

envolvidos com o PMC, trocas de conhecimento e discussão de casos, reconhece-se que podem ser alvo de melhorias. Uma das referências técnicas do CRAS, por exemplo, julgou importante ampliar a participação dos integrantes da equipe de saúde, como observado no relato da entrevistada A23.

“É sempre o gerente que participa, né? Inclusive os GT’s. Mas enfermeiros, um pouco, né? Eu acho que toda a equipe, sabe? Assim, que faz a avaliação. Acho que tinha que estar mais presente. Então, talvez só a figura do gerente não é o suficiente, então é a equipe atuante mesmo, né, que eu falo de fazer os atendimentos, precisam estar presentes, né, no grupo de trabalho (GT)” (A23 – Profissional do CRAS).

Durante as entrevistas, foi enfatizada a importância de os cuidadores sociais fornecerem *feedback* regular às enfermeiras sobre o acompanhamento dos usuários idosos participantes do PMC. Essa seria uma forma de fortalecer o trabalho em equipe, considerando que o processo de seleção envolve uma análise clínica realizada pela equipe de Saúde e uma análise social realizada pelo CRAS. No desenho do projeto de implantação, está prevista uma ponte entre as cuidadoras e os técnicos da assistência social e da saúde, por meio da supervisora. Provavelmente, esta ligação poderia ser ampliada se as cuidadoras tivessem um contato mais próximo e direto com esses profissionais.

Os funcionários destacaram a necessidade de acompanhar o progresso dos idosos e desenvolver estratégias para melhorar sua qualidade de vida, pois essa integração permitiria uma abordagem mais eficaz e personalizada. Além disso, essa abordagem conjunta é essencial para garantir que os idosos recebam o cuidado adequado.

“[...] a única coisa que eu tenho pra colocar assim que eu acho que falta é essa conversa da gente com o cuidador social. Ele passar caso a caso. Na casa da Dona Maria, tá acontecendo isso e isso. [...] a gente fica feliz em saber que a pessoa evoluiu em alguma coisa, que a qualidade de vida dela melhorou em alguma coisa, então eu acho que falta esse *feedback*, é coisa pouca, sabe?” (A22 – Profissional da saúde).

Ainda em relação às sugestões de reuniões em conjunto, cabe destacar a de uma profissional da saúde. Diferentemente do que ocorre tanto em Contagem, como em Belo Horizonte, a entrevistada sugere reuniões regulares a cada três meses com familiares dos idosos. Essas reuniões poderiam ser uma forma eficaz de promover a colaboração entre os cuidadores sociais, os profissionais de saúde e as famílias dos

idosos. Ademais, permitiria discutir os pontos positivos e negativos do cuidado, fornecer *feedback* aos cuidadores e desenvolver estratégias conjuntas para melhorar a qualidade do cuidado.

“Eu acharia que deveria ter pelo menos um GT a cada três meses com a família dos cuidadores para a gente estar vendo essa situação, os pontos negativos, pontos positivos. Até mesmo para dar um *feedback* para os cuidadores. Entendeu que às vezes a gente precisa disso” (A25 – Profissional da saúde).

O compartilhamento de informações entre cuidadoras sociais, supervisoras, equipe do PMC é fundamental para essa abordagem, já que permite a discussão de casos e resolução de problemas em tempo real, promove a coordenação e integração das ações e garante uma abordagem coerente e eficaz no atendimento, resultando em orientação e apoio imediato às cuidadoras e, conseqüentemente, em um atendimento de maior qualidade.

A seguir, são apresentadas algumas falas obtidas durante as entrevistas com cuidadoras e profissionais do CRAS e da saúde, que destacam desafios e sugestões para melhorar a implantação do PMC em Contagem, incluindo a importância da supervisão, capacitação, intersetorialidade e comunicação entre as equipes.

“Porque a [nome da supervisora] é uma excelente supervisora. Ela supre isso. Antes da gente imaginar de falar com ela, ela já foi lá, já ajudou, entendeu?” (A4 – Cuidadora social).

“É, faltam algumas capacitações, né? Acho que a gente tinha que se reunir mais. Mas... talvez, né? Uma apresentação do programa aí no outro estado [experiência da implantação em Salvador], sabe? A notícia que eu vejo é sempre por foto no Instagram” (A23 – Profissional do CRAS).

“Então eu acho que faltam pessoas estratégicas, diria até mesmo qualificadas, engajadas nesse trabalho para poder avançar nessa intersetorialidade, que ela é muito válida no trabalho de quem está lá na ponta e de quem está na gestão também” (A17 – Profissional do CRAS).

“[...] eu acho que ainda falta avançar e entender que é necessário, principalmente para o Maior Cuidado, esse caminhar junto entre assistência social e saúde. Não adianta um querer muito, um fazer muito, o outro fazer muito pouco, e a coisa vai ser sempre numa corda bamba. Então, é preciso ficar muito alinhado, é a questão da intersetorialidade, que ela precisa funcionar, porque ela é linda no papel, mas na prática é muito difícil a gente ver como que isso precisa muito avançar ainda no município de Contagem” (A17 – Profissional do CRAS).

Em síntese, a comunicação eficaz, a integração e as condições adequadas de trabalho são fundamentais para a satisfação e produtividade dos colaboradores, permitindo a transmissão clara de informações, a colaboração eficaz e o bem-estar no ambiente de trabalho, fatores essenciais para o sucesso profissional e organizacional.

5.4 A seleção e inserção de pessoas idosas

A seleção de idosos para o PMC em Contagem resultou de uma articulação entre os setores de saúde e assistência social, que buscaram adaptar critérios já consolidados em Belo Horizonte e na experiência recente do projeto de pesquisa-intervenção em Salvador. Em outubro de 2023, foi realizada uma oficina para definição do instrumento de seleção (Anexo 1) e treinamento da equipe da prefeitura que se dispôs a colaborar com o programa.

Essa oficina configurou-se como um espaço de construção coletiva, no qual profissionais de diferentes áreas puderam confrontar o modelo previamente proposto com as especificidades do território, negociar ajustes e incorporar elementos da sua prática cotidiana. Embora algumas questões estruturais do instrumento tenham permanecido inalteradas, houve espaço para adaptações objetivas, fruto do diálogo e da experiência acumulada, especialmente dos ACS e da equipe do CRAS.

As falas dos profissionais envolvidos no processo de seleção destacam a importância da capacitação e da discussão para a apropriação local do material e a integração entre saúde e assistência social.

Esse processo de construção coletiva e adaptação do instrumento de seleção é fundamental para garantir que o programa seja eficaz e responda às necessidades específicas da população idosa em Contagem. A integração entre saúde e assistência social na busca ativa e avaliação dos idosos para inserção no programa é essencial para garantir uma abordagem coerente e eficaz.

“Sim, a gente teve acesso [aos instrumentos utilizados para a seleção das famílias], a gente teve um treinamento. Durante o treinamento, a gente simulou como seria preencher esse formulário, como seria essa visita à família. Durante o treinamento [e construção da versão final do instrumento de seleção], a gente debateu. Como os ACS participaram, tem a vivência com as famílias, a gente questionou alguns pontos do formulário proposto, questionou algumas questões. As questões que são um pouco mais difíceis de mudar, a gente não conseguiu mudar. Mas as questões que eram coisas mais objetivas, a gente conseguiu mudar durante o treinamento [para familiarização e construção do

instrumento final] mesmo. A gente orientou que seria melhor até ser daquela forma, preencher o formulário. Na verdade, elas trouxeram um formulário meio que pré-pronto e a gente discutiu sobre esse formulário. Que é, parece que já tem de Salvador, eles trouxeram de Salvador a experiência que eles têm lá” (A19 – Agente comunitário de saúde).

“Foi escolhido as duas regionais, Ressaca e Industrial, e aí foi disponibilizado para a gente uma capacitação de dois dias, em horário integral, no qual foi apresentado todo o projeto, todos os instrumentais e aí no segundo dia, apresentando os instrumentais, a gente foi fazendo ressalvas, algumas perguntas foram tiradas, outras foram colocadas, a gente adaptou esse roteiro desses instrumentais com a realidade que a gente vivencia nos territórios. Então, o que a gente faz é a busca ativa desses idosos e essa avaliação em conjunto com a saúde para a possível inserção desses idosos no programa” (A18 – Profissional do CRAS).

Em paralelo ao primeiro Edital do processo seletivo para cuidadores sociais, ocorreram as primeiras discussões nos territórios, por meio dos GT, para planejar ações para localização de famílias com pessoas idosas que poderiam ser selecionadas para participar do PMC em Contagem. Como era algo muito novo para os envolvidos, incluindo o instrumento de seleção, a equipe do PMC se colocou à disposição para esclarecer dúvidas pontuais. Caso houvesse necessidade, as dúvidas e especificidades de algumas famílias poderiam ser discutidas no GT, antes que o nome da pessoa idosa fosse incluído na lista de selecionados.

A identificação das pessoas idosas é realizada de maneira integrada, envolvendo profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) e técnicos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Após a avaliação, consolidação das informações e seleção dos idosos, a equipe do PMC realiza uma visita domiciliar para convidar a família a aderir ao programa e definir os dias e horários de atendimento, conforme as necessidades identificadas e os planos de cuidado elaborados conjuntamente. Apresenta-se a seguir as perspectivas de profissionais envolvidos no PMC sobre o processo de avaliação para inclusão das pessoas idosas no programa. As falas destacam a importância da articulação entre os setores de saúde e assistência social, com a avaliação clínica realizada por enfermeiros e a avaliação social conduzida por profissionais do CRAS.

“Então, o programa em si, ele precisa de uma avaliação do serviço social, isso o CRAS oferece, e uma avaliação de saúde do enfermeiro responsável, então, depende, às vezes eu vejo uma demanda e eu faço a minha parte de saúde, falando se o paciente precisa, tem alguns

critérios que o paciente tem que ter, né, e aí, dentro desses relatórios, que esses formulários que eles ofereceram, a gente vai preenchendo, então, a gente avalia se o paciente, ele consegue fazer sua atividade diária, se ele tem algum grau de demência ou não, e aí, através disso, eu passo para o serviço social e o serviço social vai fazer a parte dele, que é critério de renda, né, ou se recebe algum benefício ou não, que existem algumas regras, então, eu, quanto saúde, vou fazer a avaliação desse paciente, posso ser, talvez, a primeira, em algum momento, e o serviço social depois, ou ao contrário, às vezes, o serviço social recebe essa demanda, avalia e depois pede para a saúde verificar se existe uma demanda de saúde também” (A24 – Profissional do CRAS).

“Porque tem a avaliação clínica e depois tem a avaliação social, né? Eu fui com o CRAS, porque tem a visita para a enfermeira, que avalia a questão clínica e depois tem a visita com o CRAS, que avalia a questão social” (A19 – ACS).

A seleção de pessoas idosas para o PMC é um processo complexo que envolve a definição de critérios de inclusão e exclusão. Embora os critérios de renda sejam fundamentais para garantir que o programa seja direcionado às pessoas que mais necessitam de apoio, alguns entrevistados expressaram insatisfação com o critério de renda utilizado atualmente.

Esses profissionais sugeriram que o critério de renda seja reavaliado para considerar não apenas a renda bruta, mas também despesas com impacto importante no orçamento familiar, como fraldas geriátricas, aluguel e custos relacionados ao cuidado. Segundo eles, muitas pessoas que necessitam do programa são excluídas devido a critérios que não levam em conta essas despesas, comprometendo o acesso de famílias que precisam de apoio. Essa abordagem mais flexível poderia ajudar a garantir que o programa alcançasse mais famílias.

“Então, a gente até pensou que é uma questão que não tinha como resolver de imediato, mas a gente colocou uma sugestão, que é ver a questão da renda, não só a renda bruta, mas a renda com o desconto que a pessoa tem. Realmente, estou cuidado com o acamado, que é muitos gastos, fralda geriátrica, que se fala que é um absurdo. Então, você vai abatendo a renda da pessoa, chega no final, ela realmente precisaria ser atendida pelo programa, mas não atende, porque o critério que é colocado já tira ela do programa” (A19 – Profissional da saúde).

Dentro da equipe de saúde do PMC, os agentes comunitários de saúde (ACS) desempenham um papel fundamental na identificação e captação de famílias com pessoas idosas que podem se beneficiar do programa. Para iniciar o processo de captação, foi solicitado aos ACS que elaborassem uma relação os usuários

dependentes ou semidependentes que poderiam ser incluídos no programa. Com base nessa lista, foram realizadas visitas domiciliares, nas quais a enfermeira se apresentava e explicava o programa, utilizando um instrumental de saúde específico.

“Então, a equipe de saúde ela é composta também pelos agentes de saúde, né? E os agentes de saúde eles sabem muito bem que os pacientes são dependentes, semidependentes, acamados, então quando eu entrei no programa eu pedi para eles fazerem uma relação de todos os pacientes que eles acreditariam que eram dependentes ou semi-dependentes, que acreditariam que poderia entrar no programa. E aí, a partir disso, nós começamos a fazer visitas domiciliares” (A24 – Profissional da saúde).

No início, os técnicos responsáveis pelas visitas domiciliares enfrentaram algumas dificuldades, pois muitas famílias não estavam interessadas em participar do programa ou não se encaixavam nos critérios de renda estabelecidos, como mencionado anteriormente. Com o passar do tempo, a equipe aprendeu a filtrar melhor os casos e a instruir os ACS para facilitar a abordagem e captação de novos casos. Os ACS, que já conheciam os usuários da UBS e suas famílias, acompanhavam a enfermeira nas visitas, o que ajudou a estabelecer uma relação de confiança e a aumentar a adesão ao programa.

A presença dos ACS nas visitas domiciliares, segundo os entrevistados, foi fundamental para o sucesso da captação, pois eles já tinham um conhecimento prévio dos usuários das UBS e suas famílias, o que facilitou a comunicação e a explicação sobre o programa. Além disso, os ACS faziam visitas regulares às pessoas idosas, o que permitia que eles fornecessem informações prévias sobre o programa e preparassem as famílias para a visita da enfermeira. Essa abordagem permitiu que a equipe do PMC estabelecesse uma relação de confiança com as pessoas idosas e suas famílias, aumentando as possibilidades da captação e a adesão ao programa.

Mesmo que o vínculo entre familiares e ACS tenha facilitado a inserção de pessoas idosas no programa, isso não era garantia sempre de sucesso para adesão ao PMC. Por se tratar de uma proposta nova no município de Contagem, muitas famílias se mostravam bastante desconfiadas com a possibilidade de inserção no programa, mesmo após os esclarecimentos oferecidos pelos ACS, enfermeiros e técnicos do CRAS. Algumas famílias de idosos selecionados se negavam a serem incluídas no programa por acreditar que outras pessoas não saberiam cuidar de seu

familiar idoso de forma adequada ou por considerar que já estavam extremamente adaptados a rotina de cuidados.

“O desafio para a inclusão das famílias, né? O desafio mesmo é a família entender a necessidade de um cuidador, porque nem todos acreditavam que isso seria necessário e que isso traria um benefício para a família. Esse foi um dos impasses que nós identificamos, né” (A21 – Profissional do CRAS).

Ainda em relação aos desafios para seleção das pessoas idosas, dois aspectos merecem destaque: a ausência de veículo para facilitar o deslocamento dos profissionais da prefeitura para realização das entrevistas, dada a ampla extensão do território, e a falta de alguns profissionais nos quadros da saúde e assistência. No caso do veículo, o problema foi contornado com a definição de uma agenda comum para as visitas entre profissionais da saúde e da assistência social. Já a falta de profissionais nos quadros da saúde, principalmente os enfermeiros, em diversas épocas e por diferentes motivos, atrasaram as visitas, pois não seria possível deixar a UBS descoberta durante para realização da seleção de usuários idosos. Cabe mencionar ainda, que o município passou por um surto de dengue nos primeiros meses de 2024, o que também dificultou a saída de profissionais de saúde das UBS para realização de entrevistas para seleção de pessoas idosas.

“O desafio maior foi falta de profissionais. Porque geralmente quem faz o questionário é o enfermeiro. a gente ficou sem um enfermeiro seis meses. Aí ficamos com um enfermeiro para duas equipes. E depois a gente ficou de novo sem [...]. Chegou em dezembro, aí a gente ficou sem os dois enfermeiros. Aí a gente ficou sem nenhum profissional. E aí assim, a gente tem algumas entrevistas para fazer, mas não tem profissional para fazer. [Em alguns casos os enfermeiros não são concursados e saem quando o contrato de trabalho se encerra] infelizmente. Porque aqui em Contagem infelizmente tem alguns anos que não tem concurso, infelizmente. Tem um número reduzido de enfermeiros, né? Por causa do contrato. Aí nem sempre, assim, vocês conseguem colocar todo o serviço em dia em relação ao programa Maior Cuidado por causa da falta de profissional” (A20 – Profissional da saúde).

Quando analisados, diferentes aspectos dificultaram o processo de seleção dos idosos no PMC de Contagem. Porém, trabalhando em conjunto técnicos da saúde e da assistência social envolvidos e a equipe do Projeto Piloto, buscaram alternativas para ampliar o número de casos e chegar a um maior número de famílias com pessoas idosas que se enquadravam no perfil do PMC.

Uma das estratégias implementadas foi a incorporação de mais uma UBS ao processo de seleção. Inicialmente, apenas as UBS Novo Progresso e Jardim Laguna foram contempladas, mas ao identificar que a essa última apresentava um baixo número de casos, a equipe decidiu incluir a UBS Vila Pérola, que tinha um maior fluxo de pessoas idosas. Essa decisão foi tomada após uma conversa com a coordenação do Projeto Piloto em Contagem, que considerou viável a inclusão da nova UBS.

A incorporação da UBS Vila Pérola permitiu que a equipe ampliasse a busca ativa por pessoas idosas e aumentasse o número de famílias atendidas pelo programa. Essa estratégia de incorporação demonstra a flexibilidade e a capacidade de adaptação da equipe do PMC em Contagem.

Então, esse que é o papel de a saúde faz a triagem dessa lista das UBS's que foram contempladas, no caso aqui na nossa regional Ressaca, de início foram contempladas a UBS Novo Progresso e a UBS Jardim Laguna. Só que a gente começou a identificar que na UBS Novo Progresso estava tendo poucos idosos e a gente tinha uma UBS, que é a Vila Pérola, com maior fluxo de idosos para ser contemplada. E aí a gente fez uma conversa com [a coordenação do Projeto Piloto em Contagem]. Elas acharam viável e a gente estendeu para mais uma UBS. Então, a gente tem três UBSs de referência hoje que faz a busca ativa desses idosos, passa para a gente, a gente verifica se no equipamento a pessoa tem cadastro, se já é público nosso. Se não tem, a gente faz uma parceria com a equipe da saúde, vai até esses idosos. Se não tem o cadastro no CRAS, a gente faz o cadastro no CRAS, faz a parte do questionário da assistência e a saúde faz a parte dela que tem um questionário, porque precisa se enquadrar nos critérios de renda ou a pontuação mínima que é 60 pontos" (A18 – Profissional do CRAS).

Se de um lado a seleção das famílias e seu aceite para participar do programa foram desafiadoras, por outro, o início da intervenção, com a chegada das cuidadoras sociais e a inserção dos idosos também trouxe desafios. As falas das cuidadoras revelaram que essas dificuldades podem ser decorrentes de vários fatores, entre eles destaca-se: a falta de experiência; a complexidade das necessidades das pessoas idosas; as condições precárias de algumas residências; o medo e desconfiança por se tratar de áreas com tráfico de drogas e violência; carência de apoio familiar suficiente para as pessoas idosas.

"Quando eu cheguei. Eu peguei uma acamada. E ela não fala. E nem enxerga. E não anda mesmo, sabe. Totalmente acamada. Então para mim a dificuldade foi na troca de fralda. Ela não tem um jogo. Eu tenho que virar ela e fazer tudo por ela. Então eu tive essa dificuldade na troca de fralda" (A12 – Cuidadora social).

“O meu maior desafio que eu encontrei até hoje, numa residência que eu fui, é uma residência de uma área periférica, uma área com tráfico de drogas, com violência. Então, pra gente entrar ali, às vezes, era um pouco complicado. Até o pessoal entender o porquê que a gente tava ali, a gente tinha que estar sempre uniformizado, com camisa, com crachá. Até pra eles verem que a gente não era um inimigo, mas que a gente tava ali fazendo um trabalho pra comunidade. E assim, a gente foi sendo aceita” (A5 – Cuidadora social).

“A questão familiar de pessoas que a família não está dando assistência por idoso, isso dificulta o nosso trabalho também, entendeu? Então, que tivesse uma equipe específica para fazer esse trabalho com a família. Porque às vezes eles querem que a gente faça o trabalho com o idoso, mas para fazer um bom trabalho com aquele idoso, a gente também às vezes depende da família. E nem todos têm assistência da família. Às vezes a pessoa está ali naquela casa, mas jogada, deixada. Então, acho que deveria ter uma equipe que fizesse um trabalho também com a família, até de conscientização daquela família e voltar a abraçar aquele idoso, né?” (A2 – Cuidadora social).

“Uma casa muito debilitada na vila. Uma casa pequena. Ela é acamada. Aí pra levar ela pro banheiro pra dar o banho nela. Depende de cadeira de banho. E a casa não proporciona meios de você transitar com a cadeira de banho. Pra colocar ela no banheiro com a cadeira de banho foi muito difícil. Aí até que eu tive que falar com a família que o braço da cadeira solta. Pra entrar com ela no banheiro tem que soltar o braço da cadeira. Senão não entra. Entendeu? Aí vai dar o banho nela e não tem sabonete direito. Não tem uma bucha pra dar um banho. Então, assim, não tem as coisas adequadas. Então, por aí você vê que é um choque de realidade” (A4 – Cuidadora social).

“No começo, eu tive muita dificuldade dessa adaptação. Era um programa novo, um programa que não era visto, que não era conhecido, que não era falado. Então, eu tive muita dificuldade. Eles não aceitavam, né? Uma pessoa estranha, algo que não era falado, que ninguém sabia, né? Tem uma dificuldade, mas agora tá mais tranquilo. Quando é feito essa avaliação pelo CRAS ou pelo UBS, eles falam [do programa] mas eles não falam com tanta profundidade, né” (A9 – Supervisora).

A implementação do PMC em Contagem revelou-se um desafio complexo, exigindo uma articulação eficaz entre os setores de saúde e assistência social. Embora a identificação das pessoas idosas tenha sido realizada de forma integrada, envolvendo profissionais da UBS e técnicos do CRAS, o que permitiu uma avaliação mais abrangente das necessidades dos idosos, alguns critérios de seleção, como o de renda, foram objeto de questionamento por parte dos profissionais do programa. Além disso, a captação de famílias com idosos enfrentou obstáculos, principalmente devido à desconfiança inicial em relação à proposta. No entanto, a presença dos ACS nas visitas domiciliares desempenhou um papel crucial no estabelecimento de uma

relação de confiança e no aumento da adesão ao programa. Apesar dos desafios, a equipe do PMC demonstrou resiliência e capacidade de adaptação, buscando alternativas para ampliar o alcance do programa e acumulando experiência valiosa para futuras implementações.

5.5 Desafios para a sustentabilidade do programa maior cuidado: lições do Projeto Piloto

De acordo com Oliveira (2024), a motivação é um processo psicológico fundamental para alcançar objetivos, influenciado por fatores biológicos, cognitivos e emocionais. Fatores como remuneração, reconhecimento e condições de trabalho impactam a motivação, tornando essencial um ambiente laboral que promova crescimento e satisfação para manter colaboradores motivados e produtivos.

Além disso, o investimento no desenvolvimento profissional das cuidadoras é crucial para oferecer um cuidado personalizado e eficaz, e compreender as motivações e conhecimentos dessas profissionais permite aprimorar estratégias de recrutamento e capacitação, garantindo assim o sucesso do PMC e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

As entrevistas com os participantes do PMC revelaram experiências positivas decorrentes do treinamento e da oportunidade de trabalhar com idosos. As cuidadoras destacaram a importância da empatia e da adaptabilidade ao interagir com as pessoas idosas e consideraram a experiência como gratificante.

No entanto, as cuidadoras sociais destacaram a questão da remuneração inadequada, enfatizando que o salário é insuficiente e que essa situação pode levar à perda de profissionais qualificados. Essa preocupação é agravada pela discrepância entre o salário recebido e as suas despesas mensais, conforme ressaltado pelas cuidadoras durante as entrevistas.

Embora tivessem conhecimento prévio da remuneração desde o processo seletivo, as cuidadoras decidiram se candidatar ao cargo devido à importância do cuidado à pessoa idosa e ao valor atribuído ao PMC. Essa motivação parece sobrepor-se às questões financeiras, evidenciando o compromisso das cuidadoras com o bem-estar dos usuários. Para ilustrar essa situação, serão inseridas falas de algumas entrevistadas que reforcem tal percepção.

“Eu tenho que pagar minhas contas na minha casa. O salário aqui é muito pouco também. Mas eu já sabia do salário quando eu entrei.

Mas eu acredito que podia ser melhorado isso aí também. Às vezes, eles perdem até o funcionário por causa do salário. É muito pouco, gente” (A6 – Cuidadora social).

“Eu já tive problemas com a equipe. De motivação, questão salarial. Então, é o que eu mais escuto. Passagem, eu também escuto. Já escutei. Essa questão do deslocamento, eu já escutei muito no começo. Muito difícil. Acolho todas elas. O deslocamento é o maior desafio da gente. Eu também tenho que preservar essa cuidadora. Pra não chegar no ambiente do trabalho, já cansada, né?” (A9 – Supervisora).

“Olha, eu acho que pra atrair mulheres e homens é a questão do salário. Salário baixo. A gente tem o conflito aqui de pegar o peso. Igual ter um idoso obeso. Não tem como eu tirar ela da cama. Então, homens ajudaria muito. Mas homens com esse salário não conseguem” (A11 – Cuidadora social).

“É uma outra coisa é o salário também. Porque com o salário que está hoje. Eu falo por mim. Porque dava pra tirar um valor irrisório fora o particular. E pra contratação de homem. Eu creio que a gente infelizmente não vai ter essa mão de obra se não melhorar. Até pra mulher. Porque a gente sabe que quando eu atuo aqui, se der pra atuar fora. Que a gente não pode atuar. Mas você consegue lá fora um valor... Um plantão hoje recebe 180 reais” (A14 – Cuidadora social).

Como o PMC de Contagem é um projeto de pesquisa-intervenção, cabe destacar que talvez seja necessário rever questão salarial, caso o projeto tenha continuidade no município, ajustando o salário das cuidadoras sociais à realidade local. Para tal, sugere-se uma pesquisa de mercado para a vaga de cuidador social seja mais atraente para possíveis candidatos e sirva de estímulo para fixação de pessoal.

A contratação de cuidadores remunerados é uma necessidade para muitas famílias que não têm condições de cuidar de seus idosos devido a limitações físicas ou financeiras. No entanto, estabelecer uma precificação justa para essas atividades é um desafio. Estudos mostram que a profissão de cuidador é pouco valorizada, com salários baixos e pouco reconhecimento social, tanto no Brasil quanto em outros países. Diante disso, evidencia-se a necessidade de estudos de microcusteio que subsidiem a revisão dos valores salariais atualmente praticados, considerando as competências e conhecimentos requeridos para a prestação de assistência a idosos fragilizados (Lima; Lima, 2024).

O trabalho de cuidado é frequentemente desvalorizado e não reconhecido como ocupação formal, com implicações significativas para cuidadores e indivíduos

cuidados. Além disso, envolve aspectos de gênero, com as mulheres enfrentando maiores desafios e sobrecargas devido à falta de coordenação centralizada de opções de alívio de cuidado (Blackberry; Boak; Khalil, 2025; González; Seo; Floro, 2022).

A implementação de políticas e programas que reconheçam o valor do trabalho de cuidado é fundamental para promover a igualdade de gênero e contribuir para uma sociedade mais justa e equitativa. Isso pode incluir serviços de apoio, educação e treinamento para cuidadores, bem como a promoção de uma distribuição mais equitativa das responsabilidades de cuidado entre homens e mulheres (Blackberry; Boak; Khalil, 2025; González; Seo; Floro, 2022).

A análise da força de trabalho dos cuidadores remunerados é fundamental para compreender as condições de trabalho e remuneração desses profissionais (Painel [...], 2025). De acordo com os dados da RAIS, a remuneração média dos cuidadores de idosos é de R\$ 1.460,93, com uma remuneração hora de R\$ 7,93, valor considerado baixo diante da importância e complexidade do trabalho (Painel [...], 2025). Essa reflexão crítica sugere que os cuidadores de idosos estão sendo subvalorizados e que suas condições de trabalho e remuneração precisam ser melhoradas. A análise desses dados pode contribuir para uma melhor compreensão das desigualdades salariais e subsidiar políticas públicas que visem melhorar a remuneração e as condições de trabalho dos cuidadores, contribuindo para uma melhor qualidade de vida para os cuidadores e os indivíduos cuidados (Painel [...], 2025).

A satisfação no trabalho é influenciada por dois conjuntos de fatores: os motivacionais, que incluem realização, reconhecimento, responsabilidade e possibilidade de ascensão, e os higiênicos, que previnem a insatisfação e englobam salário, segurança e relações humanas (Maio, 2016).

A análise das entrevistas realizadas no âmbito do PMC revela que o deslocamento no território constitui um desafio significativo para as cuidadoras sociais e supervisoras. A extensão geográfica do território, composto por vários bairros e atendendo a diferentes UBS, impõe demandas físicas e logísticas consideráveis para o trabalho de cuidado realizado. As cuidadoras sociais enfrentam dificuldades para percorrer longas distâncias a pé, muitas vezes sob condições climáticas adversas, o que pode comprometer sua saúde e bem-estar. A falta de transporte para deslocamento entre as áreas de atendimento é um obstáculo adicional, especialmente

em casos de idosos residentes em locais de difícil acesso. As falas das supervisoras e cuidadoras sociais evidenciam a necessidade de considerar a questão do deslocamento na implementação futura e definitiva do programa no município, visando garantir a eficiência e a qualidade do serviço prestado. A disponibilidade de transporte adequado poderia mitigar os desafios enfrentados pelas cuidadoras sociais, permitindo que elas cheguem aos locais de atendimento em condições adequadas para realizar seu trabalho de forma eficaz e segura.

“Então, eu não posso desconsiderar é da questão geográfica do meu território. Aqui tem 63 bairros e eu atendo 3 UBS diferentes e 2 totalmente extremos. O UBS Jardim Laguna e Vila Pérola. Então, aquela cuidadora que atende Vila Pérola não vai conseguir atender o Laguna, e o Laguna não vai conseguir atender Vila Pérola. Então, acaba me guiando [quanto à escolha de distribuição de cuidadoras no território]” (A8 – Supervisora).

“Aqui é um lugar grande. [...]. Mas tem idoso que eu ando 30 minutos para chegar na casa dele. Está entendendo? A gente tem que chegar na casa da pessoa, tomar um fôlego primeiro para depois você começar” (A6 – Cuidadora social).

A colaboração intersetorial entre saúde e assistência social é essencial para o sucesso do PMC, permitindo uma abordagem holística e coordenada para atender às necessidades das pessoas idosas. No entanto, a falta de profissionais da saúde devido à ausência de concursos, alta rotatividade e sobrecarga de trabalho comprometem essa parceria.

A análise das entrevistas realizadas no âmbito do PMC revela desafios significativos relacionados à intersetorialidade e à colaboração entre diferentes secretarias, nomeadamente saúde e assistência social. Conforme destacado pela equipe do Projeto Piloto, a falta de uma referência fixa na área da saúde constituiu um grande obstáculo, uma vez que a constante mudança de responsáveis dificultou a comunicação e a coordenação de ações. Essa instabilidade contrasta com a experiência na assistência social, onde a presença de uma referência técnica constante permitiu uma colaboração mais eficaz e apoio contínuo. Além disso, a integração entre as duas secretarias mostrou-se complicada devido à falta de familiaridade e cooperação inicial entre os profissionais. No entanto, à medida que os resultados do programa começaram a ser observados e a relação entre as equipes melhorou, a colaboração tornou-se mais harmoniosa e produtiva. Essas perspectivas evidenciam a necessidade de fortalecer a intersetorialidade e promover uma cultura

de cooperação entre diferentes setores para garantir a eficácia e o sucesso de programas que visam melhorar a qualidade de vida dos idosos.

“Acho que o principal é a questão da intersectorialidade. Então, é difícil esse contato, saúde e assistência. Esse foi um grande problema, porque na assistência social, a gente tem [Nome de referência técnica da assistência social], que tá com a gente desde o princípio. Então, na assistência, eu sempre tive essa pessoa de apoio pra cobrar e pra tudo. Na saúde, foi um [...]. Nossa, um gargalo, assim, porque nesse período já mudou a referência várias vezes, né? Então, se aí esse ano, agora a gente tá esperando ajeitar as coisas, poder ver quem vai ser a referência” (A16 – Equipe Projeto Piloto).

“É complicado, assim, trabalhar duas secretarias juntas, né? As pessoas não estão muito acostumadas. No início, eles estavam tratando mal as cuidadoras, não deixavam nem uma mesa pra elas almoçarem. Então, depois que começou essa questão de ver os resultados, ver o programa funcionando, esse retorno das pessoas idosas, eles foram melhorando e hoje a gente tem uma relação ótima” (A16 – Equipe Projeto Piloto).

A ampliação da divulgação do Projeto Piloto do PMC configura-se como uma estratégia relevante para fortalecer o investimento da Prefeitura de Contagem nessa iniciativa, uma vez que amplia sua visibilidade e promove o reconhecimento de seu impacto positivo na vida dos idosos atendidos. Ao evidenciar os resultados alcançados, a divulgação contribui não apenas para a valorização do programa, mas também para o desenvolvimento profissional contínuo das equipes envolvidas, estimulando o engajamento e a motivação para um atendimento mais eficaz e humanizado. Além disso, a motivação e o compromisso dos profissionais em entender e disseminar o programa são fundamentais, especialmente em comunidades onde a desconfiança é elevada. Consequentemente, o sucesso na divulgação e no esclarecimento sobre a parceria com a universidade pode contribuir significativamente para fortalecer o apoio da comunidade e a eficácia do programa.

“Eu penso que institucionalmente, até enquanto município, eu acho que deveria ter feito uma divulgação melhor desse Projeto Piloto. Eu me lembro que quando houve a primeira divulgação de edital de contratação de cuidadores sociais, ela foi feita pelo SINE. Então, várias pessoas [...] eram definidas, porque não houve essa divulgação. Hoje, esse Projeto Piloto está acontecendo desde o ano passado, vários profissionais não têm conhecimento” (A17 – Profissional do CRAS).

Com base nas entrevistas realizadas, surgiram sugestões importantes para garantir a sustentabilidade do PMC. Uma delas é a parceria com vereadores do

município para obtenção de emendas parlamentares, que poderiam garantir recursos adicionais para o programa, mesmo em cenários de cortes orçamentários. Outra sugestão foi a diversificação das fontes de financiamento por meio da formalização de parcerias com organizações da sociedade civil, que poderiam captar recursos junto ao Fundo do Idoso. Essa estratégia promoveria não apenas o reforço orçamentário do programa, mas também uma maior participação social no cuidado à pessoa idosa, fortalecendo a corresponsabilidade entre poder público e sociedade civil na proteção e promoção da dignidade na velhice. Tal abordagem poderia contribuir significativamente para a sustentabilidade e eficácia do Programa Maior Cuidado.

“Eu entendo que o programa teria que ser em todas as regionais, e que não deveria ser só um programa, deveria ser uma política pública assumida no município, por exemplo, através de uma captação de recursos de uma OSC, através do Fundo do Idoso. Essa é a minha proposta, que fosse captado através do Fundo do Idoso, com uma instituição parceira que iria gerenciar esse serviço, e aí a infraestrutura das unidades, do apoio, da equipe, seria da prefeitura, que seria a contrapartida, mas que fosse uma política pública desenvolvida nesse município, como o Belo Horizonte, mas que fosse em todas as regionais, e não que ele fosse um Projeto Piloto, que tem programação para acabar em setembro” (A26 – Profissional do CRAS).

“Uma das sugestões seria uma parceria com uma OSC que apresentaria o projeto lá no Conselho do Idoso e captaria pelo Fundo Idoso, pelo Fundo do Idoso. E a outra seria a possibilidade do executivo buscar no legislativo emendas parlamentares que poderiam garantir a execução do programa” (A26 – Profissional do CRAS).

Em síntese, os resultados desta pesquisa ressaltam a importância de um ambiente de trabalho motivador e gratificante para as cuidadoras sociais do PMC, bem como a necessidade de uma colaboração intersetorial eficaz entre saúde e assistência social. Fatores como remuneração adequada, reconhecimento e condições de trabalho são fundamentais para manter essas profissionais motivadas e comprometidas com o cuidado aos idosos. Além disso, a divulgação do programa e a busca por parcerias e fontes de financiamento diversificadas são essenciais para garantir a sustentabilidade do PMC.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população idosa no Brasil ocorre em um contexto de significativas transformações familiares, impulsionadas pela queda da fecundidade e pela crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho. Essas alterações desafiam os papéis tradicionais de gênero e aumentam a demanda por cuidado às pessoas idosas, resultando em uma sobrecarga considerável nas famílias, especialmente nas mulheres, que assumem o papel de cuidadoras.

Nesse contexto, o Programa Maior Cuidado (PMC) surge como uma importante iniciativa de cuidado, oferecendo atendimento integral às pessoas idosas vulneráveis por meio da colaboração entre o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a fase inicial da implantação do PMC no município de Contagem, com foco nos desafios e oportunidades relacionados à contratação de cuidadores sociais, à seleção dos idosos e à manutenção do programa. Por meio de entrevistas com atores-chave envolvidos na implantação do programa, foi possível alcançar o objetivo proposto.

Quanto ao processo seletivo para cuidadoras sociais, as entrevistas indicaram que as experiências foram positivas, especialmente em relação ao treinamento obrigatório, considerado enriquecedor por proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Se por um lado, o processo de seleção agradou as cuidadoras sociais, por outro, elas relataram que a contratação foi bastante lenta. Essa demora na contratação, fez com que algumas pessoas desistissem da vaga, o que deve ser foco de atenção em processos seletivos futuros.

A contratação de cuidadores sociais por meio da Fundação Escola Politécnica (FEP), uma empresa baiana, ligada a Universidade Federal da Bahia (UFBA), gerou desconfiança. Na percepção dos entrevistados, as incertezas podem ter impactado negativamente o processo seletivo, principalmente em relação ao número de inscritos. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer os vínculos nos territórios, por meio de ações que promovam maior transparência e reconhecimento institucional, de modo a ampliar a credibilidade e estimular o envolvimento das pessoas.

A remuneração das cuidadoras sociais também pode ter contribuído para baixa procura por vagas, segundo os entrevistados. Acredita-se que será necessário rever questão salarial, caso o projeto tenha continuidade no município, ajustando o salário

das cuidadoras sociais à realidade local. Para tal, sugere-se uma pesquisa de mercado para que a vaga de cuidador social seja mais atraente para possíveis candidatos e sirva de estímulo para fixação de pessoal.

A seleção e inserção de idosos no PMC em Contagem se mostraram desafiadoras, por se tratar de uma experiência nova para os envolvidos e pela necessidade de articulação entre os setores de saúde e assistência social. Como previsto no modelo do PMC, a identificação das pessoas idosas foi realizada de maneira integrada, envolvendo profissionais da UBS e técnicos do CRAS, o que permitiu uma avaliação mais abrangente das necessidades das pessoas idosas. Mesmo com os esforços empreendidos, observa-se a necessidade de fortalecer a colaboração intersetorial para garantir a sustentabilidade do programa, o que implica em promover uma integração mais eficaz entre os setores de saúde e assistência social, assegurando assim a qualidade, a longevidade e a estabilidade do programa.

A falta de recursos, como veículo para facilitar o deslocamento dos técnicos, e a ausência de alguns profissionais nos quadros da saúde e assistência social também dificultaram o processo de seleção dos idosos no programa. Apesar desses desafios, a equipe do PMC buscou alternativas para ampliar o número de casos e chegar a um maior número de famílias com pessoas idosas que se enquadravam no perfil do programa. A experiência acumulada durante o processo de seleção e inserção dos idosos no PMC em Contagem se mostrou valiosa para futuras implementações do programa em outros contextos.

Dada a extensão do município, é preciso pensar em como facilitar o deslocamento de técnicos da prefeitura para a realização das visitas nos potenciais domicílios a serem cobertos pelo PMC. Ter uma programação prévia, dentro da agenda dos profissionais, e um veículo disponível para os deslocamentos se mostraram fundamentais. Acredita-se que a ausência de alguns profissionais nos quadros da assistência social e saúde, assim como alta rotatividade de ocupantes de determinados cargos, seja uma realidade presente tanto em outras regionais de Contagem, como em outros municípios do Brasil. Desse modo, lidar com a falta e alta rotatividade de profissionais deve ser uma preocupação constante ao se pensar na implantação e manutenção do PMC.

De um modo geral, os técnicos envolvidos na captação de idosos se mostraram familiarizados com o instrumento de seleção, o que mostra que ele é de fácil

entendimento e as discussões e treinamentos para tal foram suficientes. No entanto, alguns entrevistados se mostraram insatisfeitos com os critérios de renda na seleção e sugeriram sua reavaliação para considerar despesas com impacto importante no orçamento familiar. Acredita-se que este é um ponto que poderá ser discutido para experiências futuras, dado que algumas famílias apresentam demanda para inserção no programa e possuem despesas altas não captadas no instrumento.

Durante a captação de potenciais idosos candidatos a serem contemplados pelo PMC, observou-se uma desconfiança por parte das famílias que poderiam se beneficiar do programa. A presença dos ACS nas visitas domiciliares foi fundamental para estabelecer uma relação de confiança e aumentar a adesão ao programa. No entanto, mesmo com a ajuda dos ACS, algumas famílias se negaram a participar do programa por medo de que outras pessoas não soubessem cuidar de seu familiar idoso de forma adequada ou por já estarem adaptados à rotina de cuidados. Esse comportamento revelou que, mesmo com a sobrecarga de tarefas, o cuidador familiar não se via merecedor de um tempo para seu autocuidado e que a rotina com a pessoa idosa era um compromisso insubstituível.

A pesquisa destacou a importância das supervisoras para o bom funcionamento do programa, uma vez que essas são responsáveis pelos vínculos entre pessoas idosas e seus familiares, cuidadoras, técnicos da prefeitura e equipe do Projeto Piloto do PMC. A supervisão, aliada à comunicação eficaz e à integração das equipes, mostrou-se fundamental para o fortalecimento do cuidado e do vínculo entre profissionais. Essas ações são essenciais para garantir a qualidade do cuidado prestado às pessoas idosas e promover um ambiente de trabalho colaborativo e eficaz. Observou-se, porém, uma demanda por capacitação para as supervisoras, com formações específicas voltadas à gestão de pessoas e ao atendimento às pessoas idosas. Cursos de curta duração, com conteúdos específicos, podem ser pensados como forma de investir na capacitação das supervisoras do PMC.

Algumas cuidadoras sociais se queixaram dos deslocamentos a pé para atender os idosos nas residências, devido à distância que precisam percorrer no território. No entanto, as supervisoras demonstraram sensibilidade a essa questão ao levar em consideração a distribuição dos idosos entre as cuidadoras sociais, buscando amenizar as dificuldades decorrentes da extensão territorial. Essa estratégia de distribuição dos idosos segundo a localização no território, adotada pelas

supervisoras, sugere que a equipe do PMC busca encontrar soluções para os desafios práticos enfrentados pelas cuidadoras sociais, visando garantir seu bem-estar e qualidade do atendimento prestado às pessoas idosas. Essa abordagem evidencia a importância da gestão e planejamento no contexto do programa, bem como a necessidade de considerar as particularidades do território e as necessidades das cuidadoras.

Acredita-se que, para o seu sucesso e sustentabilidade, a ampliação da visibilidade do PMC em Contagem é essencial. O uso estratégico de redes sociais como ferramenta de divulgação pode contribuir significativamente para uma maior conscientização da população sobre a importância do cuidado às pessoas idosas, promovendo uma cultura de apoio e valorização dessa população. Além disso, a divulgação eficaz do programa pode ser uma ferramenta para atrair apoio financeiro e de recursos, fortalecer a rede de apoio e incentivar as pessoas idosas e/ou seus familiares a buscar os serviços oferecidos, melhorando assim sua saúde e bem-estar. Dessa forma, investir na visibilidade e na comunicação estratégica do PMC pode ser uma ferramenta poderosa para ampliar seu alcance, beneficiando a comunidade idosa de Contagem e contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e solidária.

Cabe mencionar que existem desafios que extrapolam as competências do PMC, fatores considerados externos ao programa, como a falta de recursos financeiros e estruturais para garantir a sua sustentabilidade; a ausência de alguns profissionais nos quadros da saúde e assistência social; a alta rotatividade de ocupantes de determinados cargos; e a necessidade de fortalecer a colaboração intersetorial. Esses são desafios que requerem uma abordagem mais ampla e coordenada entre os diferentes níveis de governo e setores da sociedade. Nesse sentido, a experiência da implementação do PMC em Contagem pode servir como um modelo para outras iniciativas semelhantes, mas tendo em vista que é fundamental considerar tanto fatores internos como externos que podem afetar a implantação e sustentabilidade.

Mesmo diante dos desafios encontrados na fase inicial da implantação do PMC, acredita-se que o comprometimento dos envolvidos ajudou para que o programa se sustentasse e que as famílias pudessem ser beneficiadas. As lições aprendidas serviram e servirão para melhoria do programa. Além disso, o estudo reforçou a importância da avaliação de políticas públicas, oferecendo subsídios para avanços no

programa e para a implementação de estratégias semelhantes em outros contextos, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e seus familiares.

O PMC representa uma iniciativa inovadora e essencial no contexto do envelhecimento populacional brasileiro, especialmente em municípios como Contagem, nos quais as transformações familiares e a crescente demanda por cuidados às pessoas idosas desafiam os papéis tradicionais e sobrecarregam as famílias. Diante do lançamento recente da Política Nacional dos Cuidados, acredita-se que esse é um momento crucial e uma oportunidade para refletir sobre programas como o PMC e como esses podem ser aplicados e aprimorados.

Embora tenha atingido os objetivos propostos, reconhece-se que outros aspectos poderiam ter sido objeto de investigação no presente estudo ao analisar a fase inicial do PMC em Contagem como, por exemplo, a satisfação das pessoas idosas e seus familiares. Pesquisas futuras, certamente, serão necessárias para ampliar o conhecimento desse e outros aspectos.

A presente pesquisa evidenciou a relevância da integração entre experiências práticas e demandas específicas da população idosa atendida pelo PMC. Considerando a experiência prévia da mestranda e seu vínculo laboral, além da presente pesquisa, também foram desenvolvidos produtos técnicos inovadores em parceria com pesquisadores da FUNED, como uma caderneta de saúde (Apêndice 7), um folder informativo (Apêndice 8) e uma cartilha sobre consumo consciente de plantas medicinais (Apêndice 9). Esses recursos têm o potencial de contribuir significativamente para a melhoria da atenção às pessoas idosas do PMC, promovendo o uso seguro e consciente de plantas medicinais. Ademais, podem ser replicados em outras UBS e municípios, assim como em abordagens de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), ampliando seu alcance, como uma estratégia eficaz para promover a saúde e o bem-estar da população idosa.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Alexandre de Oliveira. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. *In: ALCANTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. Política nacional do idoso: velhas e novas questões.* Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo14.pdf. Acesso em: set. 2024.
- ALVES, Laís do Nascimento. *Satisfação dos funcionários quanto à qualidade dos programas de treinamento e desenvolvimento promovidos pela PUC-Rio.* 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Administração de Empresas) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira de; FERNANDES, Maria Janine Pereira. Perfil de cuidadores de idosos no Brasil. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015. Anais [...],* Campina Grande, Realize Editora, 2015. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD2_SA11_ID1826_25072015161043.pdf#:~:text=Resultados:%20A%20maioria%20dos%20cuidadores%20%C3%A9%20do,pelo%20ato%20do%20cuidar%2C%20mais%20de%2080%25. Acesso em: 29 ago. 2025
- ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 4, dez 2012
- AREDES, Janaína de Souza *et al.* Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *International Journal of Integrated Care*, v. 21, n. 2, p. 1-12, 2021. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.5619>. Acesso em: 13 ago. 2025.
- BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo; 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/server/api/core/bitstreams/5721642c-b2ea-4474-9878-3b805caa1a0f/content>. Acesso em: 29. jun. 2025.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2016.
- BLACKBERRY, I; BOAK, J.; BARCLAY, K.; KHALIL, H. What is the Care Economy? A Scoping Review on Current Evidence, Challenges, Facilitators and Future Opportunities. *Frontiers in Public Health*, v. 13, 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12116328/pdf/fpubh-13-1540009.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2025.
- BOLETIM TEMÁTICO DA BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde do idoso.* Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n.10, out. 2022. 25 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/saude_idoso_outubro_2022-1.pdf. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. *Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025*. Regulamenta o art. 9º e o art. 11 da Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui o Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. *Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024*. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília: Câmara dos Deputados, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. 714 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de cuidados para a pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. *Estatuto da pessoa idosa: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2022.

CAMARANO, Ana Amélia. *A dinâmica demográfica e a pandemia: como andar a população brasileira?* Rio de Janeiro: Ipea, 2023. p. 30. (Texto para Discussão, 2873). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2873-port>. Acesso em: jun. 2025.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 211-217, jul./dez. 2013.

CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de. *Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersectorial frente aos desafios do envelhecimento*. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2022. p. 81. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53638>. Acesso em: ago. 2024.

CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de; AREDES, Janaína de Souza; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: uma análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 1, p. 70, 29 set. 2023.

CAZARIN, G.; MENDES, M. F. M.; ALBUQUERQUE, K. M. Perguntas avaliativas. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 79-87.

CEMAIS. Políticas públicas e envelhecimento da população em Contagem. *Diagnóstico: A cidade de Contagem e a política pública para a pessoa idosa*. p. 18. set. 2022. Disponível em: https://cemais.org.br/fotos/8abe21fbd3823a7d853426521caae5cf_DIAGNoSTICO-Envelhecimento-Contagem.pdf. Acesso em: ago. 2024.

CENTRO de Referência de Assistência Social – CRAS. In: PREFEITURA DE CONTAGEM [site], [2024]. Disponível em:

<https://portal.contagem.mg.gov.br/portal/carta-servicos/472/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CENTRO de referência de assistência social (CRAS). *In*: PREFEITURA de Belo Horizonte [site], 6 mar. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/cras>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CEPELLOS, Vanessa Martines. Feminização do envelhecimento: Um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo. v. 61, n. 2, p. 7. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020210208>. Acesso em: set. 2024.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.

COELHO, Inês Cristina da Silva. *Será que o compromisso das chefias com o processo de acolhimento e integração influencia o ajustamento do colaborador?* 2024. Dissertação (Mestrado em Economia e Gestão de Recursos Humanos) – Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, 2024.

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.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; GIACOMIN, Karla Cristina. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 458-478. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo19.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

FAGUNDES, Marília Laura Cordeiro Campos. *Programa maior cuidado: uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia*. 2019. 42 p. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

FARIA, Sandra Cristina dos Reis Guimarães. *Feedback – diálogo para o desenvolvimento da pessoa e da organização*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Pessoas e Coaching) – Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD), Brasília, 2017.

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. Intersetorialidade: tendência contemporânea na organização de políticas públicas – a experiência do Programa Maior Cuidado. *Revista Ágora: políticas públicas, comunicação e governança informacional*, v. 1, n. 1, p. 78-103, jan./jun. 2016

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

GOMES, Cristiano dos Santos; FERNANDES, Juliana; FREITAS, Raysa Vanessa de Medeiros; GUERRA, Ricardo Oliveira. Determinantes sociais da saúde e o processo de envelhecimento no nordeste brasileiro: resultados do LEFIG-UFRN. In: FELISBERTO, Eronildo; BARROS, Fernando Passos Cupertino de; HARTZ, Zulmira. *Saúde, sociedade e meio ambiente: ensaios preliminares*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022. (LEIASS, v. 10). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2023/02/L10-Cap4.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

GOMES, Irene; BRITTO, Vinícius. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. In: AGÊNCIA IBGE Notícias [site], 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: 29 jun. 2025.

GONZÁLEZ, Ignacio; SEO, Bongsun; FLORO, Maria S. Gender Wage Gap, Gender Norms, and Long-Term Care: A Theoretical Framework. *Feminist Economics*, v. 28, n. 3, p. 84-113, 2022. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13545701.2022.2081353?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 29 ago. 2025.

GRAVINO, Thiago. Idosos recebem mais atenção com programa entre prefeitura e universidades federais da Bahia e de Minas. In: PREFEITURA Municipal de Contagem [site], 4 mar. 2024. Disponível em: <https://portal.contagem.mg.gov.br/portal/noticias/0/3/79628/idosos-recebem-mais-atencao-com-programa-entre-prefeitura-e-universidades-federais-da-bahia-e-de-minas>. Acesso em: 29 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022*. [2022] Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0c84737978791f626ea10b75eae18b3c.docx. Acesso em: ago. 2024.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista Saúde pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>. Acesso em: set. 2024.

KASPER, Alison Luan Felix. *Recrutamento e seleção de pessoas, um processo fundamental para a escolha de uma boa equipe profissional*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017.

LASSANCE, Antonio. *Análise ex ante de políticas públicas: fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática*. Rio de Janeiro: Ipea, 2022. 112 p. (Texto para Discussão, 2817). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2817>. Acesso em: 21 jul. 2024.

LEANDRO, Vanessa Leopoldo; ROSSO, Maria Loreni. *Os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas pelo cuidador principal do idoso dependente no contexto familiar*. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2020. p. 27. (Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo(a) pela Universidade do Sul de Santa Catarina). Disponível em:

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/4195ce5d-791a-4b59-8ef4-e79fc4f68036>. Acesso em: ago. 2024.

LEITÃO, Carla. A entrevista como instrumento de pesquisa científica: planejamento, execução e análise. In: PIMENTEL, Mariano; SANTOS, Edméa (org.). *Metodologia de pesquisa científica em informática na educação: abordagem qualitativa*. Porto Alegre: SBC, 2021. (Série Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação, v. 3). Disponível em: <https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2021/10/livro3-cap7-Entrevista.pdf>. Acesso em: ago. 2024.

LIMA, Cátia Correia; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Microcusteio da mão de obra direta de cuidadora domiciliar remunerada: um estudo de caso único. *Cogitare Enfermagem*, v. 29, e93050, 2024. DOI: doi.org/10.1590/ce.v29i0.93050. Acesso em: ago. 2025.

LIMA, Maria do Socorro. *Bem-estar e qualidade de vida na aposentadoria: percepção de servidores públicos da Universidade Federal da Paraíba*. João Pessoa: CCTA, 2019. 135 p.

LLOYD-SHERLOCK *et al.* *Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos*. [S. l.]: Banco Internacional de Desenvolvimento, 2024. p. 70 Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/programa-maior-cuidado-uma-intervencao-integrada-de-base-comunitaria-para-idosos>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0005535> Acesso em: 20 jul. 2024.

MAIO, T. L. *A felicidade no trabalho: o impacto na gestão das organizações*. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão) – Instituto Superior de Gestão, Lisboa, 2016.

MARCUCCI, Rosa Maria Bruno. *Programa acompanhante de idosos – proposta de parametrização do número de equipes no território*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde da Pessoa Idosa) – Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122793/revisado-para-bvs-tcc-final-rosa-marcucci.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2025.

MARINHO, Cristiane da Silva; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300328, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300328>. Acesso em: jun. 2025

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires; SOUSA, Gastão Wagner de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, set./out. 2010.

MELLADO, Alana; LIMA, Keila Aparecida. Avaliação da capacidade funcional de idosos fisicamente ativos. *Recima21: revista científica multidisciplinar*, v. 4, n. 5, p.17, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3234>. Acesso em: jun. 2025.

MENDES, Thais Zanela; GUGLIANO, Alfredo Alejandro. Avaliação de políticas públicas de saúde: considerações iniciais sobre a realidade brasileira. *Salão do conhecimento*, Unijuí, v. 6, n. 6, p. 10, 2020. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaokonhecimento/article/view/18614>. Acesso em: 20 jul. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021.

MIRANDA, Amanda Cristina de Carvalho *et al.* Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 141-150, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13173>. Acesso em: ago. 2024.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.507-519, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acesso em: ago. 2024.

MIRANDA, João Paulo Rocha de. *Análise e Avaliação de Políticas Públicas*. Brasília: PNAP; Recife: UPE, 2021. 132 p. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/719680/2/An%C3%A1lise%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAlicas.pdf>. Acesso em: set. 2024.

MREJEN, Matías; NUNES, Letícia; GIACOMIN, Karla. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado? *Estudo Institucional n. 10*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: ago. 2025.

MULLER, Eliane Fransieli; FERNANDES, Joyce Sampaio Neves; MOSER, Liliane. As mudanças nas famílias, a sobrecarga feminina no cuidado com os idosos e a demanda por políticas públicas. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL*, 16., 2018, Vitória. *Anais [...]*. Vitória: UFES, 2018.

MULLER, Eliane Fransieli; MOSER, Liliane. Trabalho de cuidado de idosos, reprodução social e desigualdades de gênero. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 27, n. 2, p. 109-122, maio/ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.47208/sd.v27i2.2874>. Acesso em: ago. 2025.

NETA, Raimunda Leite de Alencar *et al.* Envelhecimento ativo e qualidade de vida: importância dos serviços de saúde. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, Cajazeiras, v. 7, n. 1, p. 1516-1526, 2020. Disponível em: DOI: 10.35621/23587490. Acesso em: jul. 2024.

NORONHA, José Carvalho; CASTRO, Leonardo; GADELHA, Paulo. *Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. p. 337. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/doencas-chronicas-e-longevidade-desafios-para-o-futuro>. Acesso em: set. 2024.

OLIVEIRA, Caroline Menezes Nunes de; SPOLIDORO, Marcello Miranda Ferreira; SILVA, Mariana Lopes da; GLAT, Rosana. Entrevistas remotas: a adaptação de metodologias de pesquisa nos tempos de pandemia. *In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO*, 8., 2023, João Pessoa. *Anais [...]*. João Pessoa: CONEDU, 2023.

OLIVEIRA, Gabriella Martins. *Motivação no trabalho no período de 2020-2024: uma revisão de literatura*. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

OLIVEIRA, José Evandro do Nascimento. *O sistema de avaliação de resultados organizacionais e o princípio da eficiência no serviço público*. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração Legislativa) – Universidade do Legislativo Brasileiro e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasília, DF, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 29 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *A convenção interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos como ferramenta para promover a década do envelhecimento saudável*. Washington, D.C: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726945>. Acesso em: set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Monitoramento e avaliação em promoção da saúde*. Brasília: OPAS, 2024. p 143. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275129227>. Acesso em: set.2024.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes. *Envelhecimento populacional e morbidade de idosos no Brasil: uma avaliação do impacto de indicadores socioeconômicos à luz das peculiaridades regionais*. Orientador: Antônio Dimas Cardoso. 2020. 226 p. Tese (Doutorado Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2020.

PAINEL da força de trabalho em saúde no Brasil. *In: ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO* [site], 2025. Disponível em: <https://painelfts.nescon.medicina.ufmg.br/#/admin/applications/home>. Acesso em: 29 ago. 2025.

PAIXÃO, Leonardo Farias Santos; OLIVEIRA, Franklyn Jeferson Costa de; COSTA, Cleberson Franclin Tavares. Benefícios do uso de feedback construtivo para à empresa no processo de seleção. *Ciências Humanas e Sociais*, v. 6, n. 1, p. 251-

260, mar. 2020. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/7832/3842>. Acesso em: 7 jul. 2025.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0024678, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: jun. 2025.

PERES, Frederico. Os desafios da construção de uma abordagem metodológica de diagnóstico rápido da percepção de risco no trabalho. PERES, Frederico; MOREIRA, Josino Costa. (org.). *É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 251-282. Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=OS+DESAFIOS+DA+CONSTRU%C3%87%C3%83O+DE+UMA+ABORDAGEM+METODOL%C3%93GICA+DE+DIAGN%C3%93STICO+R%C3%81PIDO+DA+PERCEP%C3%87%C3%83O+DE+RISCO+NO+TRABALHO&btnG=. Acesso em: set. 2024.

PITANGA, Ângelo Francklin. Pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa: refletindo sobre as decisões na seleção de determinada abordagem. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 8, n. 17, p. 184-201, 2020. Disponível em:

<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/download/299/201/1117>. Acesso em: set. 2024.

PREFEITURA DE CONTAGEM. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável. *Mudanças climáticas: propostas de elaboração do compliance climático*. Contagem: Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, [2022]

PROGRAMA Acompanhante de Idosos (PAI). In: PREFEITURA de São Paulo [site], 30 jan. 2025. Disponível em:

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346091#:~:text=O%20Programa%20Acompanhante%20de%20Idosos,do%20PAI%20\(%20EM%20REVIS%C3%83O%20\)](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346091#:~:text=O%20Programa%20Acompanhante%20de%20Idosos,do%20PAI%20(%20EM%20REVIS%C3%83O%20).). Acesso em: 29 jun. 2025.

PUGLIA, Carla Costa *et. al.* Abordagens para o envelhecimento ativo e saúde do idoso. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. v. 6 n. 4, p. 1320-1330 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1320-1330>. Acesso em: set. 2024.

SAMICO, Isabella *et al.* *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Editora: MedBook, 2010. p. 196.

SANTOS, Gabriele Carvalho dos; VENÂNCIO, Gabriely Vitória. Santos; AKITA, Laura da Silva. *Recrutamento e seleção de pessoas*. 2021. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Técnico em Administração) – Etec Frei Arnaldo Maria de Itaporanga, Votuporanga, 2021.

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de

COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020.

SILVA, Carlindo Maxshweel Querino da *et al.* A vulnerabilidade social sob a perspectiva do envelhecimento humano. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO*, 6., 2019, p. 12. *Anais [...]*. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/convencao-interamericana-sobre-protecao-dos-direitos-humanos-dos-idosos-como-ferramenta>. Acesso em: set. 2024.

SILVA, Vailton Alves. *A importância do treinamento profissional e da capacitação de pessoas nas empresas: um estudo de caso*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Instituições Federais de Educação Superior) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SOUZA, Andreliza Cristina de; BRANDALISE, Mary Ângela Teixeira. Avaliação de políticas públicas: conceitos filosóficos e epistemológicos. *In: CONGRESSO NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM EDUCAÇÃO*, 3., 2014, Bauru, São Paulo. *Anais [...]*. Bauru, São Paulo: Unesp, 2014.

STAKE, Robert E. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011. 263 p.

TREVISAN, Andrei Pittol; BELLEN, Hans Michael van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, v. 40, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM CUIDADOR SOCIAL

| ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CUIDADOR SOCIAL | |
|---|---------|
| <p><i>Inicialmente, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é inteiramente voluntária e confidencial. Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder a alguma pergunta, peço que me informe, e prosseguiremos para a próxima indagação. Durante a entrevista, utilizarei o gravador do smartphone para captar integralmente suas respostas, uma vez que anotar manualmente tornaria o processo difícil, moroso e extenuante. Posteriormente, ao realizar a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome e endereço serão mantidos em estrito sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder a todas as perguntas que lhe forem dirigidas. Se, porventura, não compreender alguma indagação, peço que me avise, pois terei o prazer de esclarecê-la de forma mais detalhada.</i></p> | |
| Informações Gerais | |
| <p><i>Antes de iniciar a gravação, é imprescindível informar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, proporcionando esclarecimentos necessários e sanando eventuais dúvidas, além de proceder à coleta das informações gerais elencadas a seguir.</i></p> | |
| 1. Sexo: () Masculino () Feminino | |
| 2. Idade: ____ | |
| 3. Tempo de participação no Programa: | |
| 4. Grau de escolaridade: | |
| 5. Cor/raça: | |
| 6. Já trabalhou como cuidador de idosos? | |
| () Sim. Por quanto tempo _____ | () Não |
| Conhecimento e Motivação | |
| 1. <i>Como você ficou sabendo sobre o Programa Maior Cuidado e o treinamento oferecido? O que motivou sua participação?</i> | |

2. *Quais foram suas expectativas ao iniciar o treinamento e como elas se compararam com a realidade que você encontrou?*

Qualidade do Treinamento

3. *Como você descreveria a qualidade do treinamento que recebeu? Quais aspectos você achou mais úteis para sua função?*
4. *Você se sentiu preparado(a) para atuar como cuidador(a) após o treinamento? Que áreas você acredita que poderiam ser melhoradas?*

Recrutamento e Seleção

5. *Quais desafios você enfrentou durante o processo de recrutamento e seleção? Como você lidou com esses desafios?*
6. *Quais são suas sugestões para melhorar o processo de recrutamento e seleção de cuidadores no Programa Maior Cuidado?*
7. *Gostaria de saber como foi o seu processo de contratação. O que traria de sugestão para a equipe do projeto?*

Integração e Primeiros Atendimentos

8. *Peço que fale sobre a sua chegada no projeto, após a sua contratação. Conte como foram os primeiros atendimentos, quais os principais desafios encontrados e como você lidou com eles.*
9. *O que a equipe do projeto poderia fazer para que o início no projeto fosse melhor? Sentiu falta de alguma coisa? Teria alguma sugestão?*
10. *O que a sua supervisora poderia fazer para que o início no projeto fosse melhor? Sentiu falta de alguma coisa? Teria alguma sugestão?*

Suporte e Comunicação

11. *Como você percebe a importância da formação e do suporte contínuo para o seu trabalho como cuidador(a) no Programa Maior Cuidado?*
12. *Como você avalia a comunicação e o suporte oferecidos pela equipe de supervisão após o treinamento?*

Reflexões e Sugestões Pessoais

13. *De que maneira o treinamento influenciou sua abordagem ao cuidar dos idosos? Você pode compartilhar um exemplo específico?*

14. E você? O que faria diferente se iniciasse hoje no projeto? Teria uma sugestão para “você do passado” ou mesmo para algum(a) colega cuidador social?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM SUPERVISORAS

| ROTEIRO DE ENTREVISTA SUPERVISORAS DO CUIDADORES SOCIAIS |
|---|
| <p><i>Inicialmente, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é inteiramente voluntária e confidencial. Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder a alguma pergunta, peço que me informe, e prosseguiremos para a próxima indagação. Durante a entrevista, utilizarei o gravador do smartphone para captar integralmente suas respostas, uma vez que anotar manualmente tornaria o processo difícil, moroso e extenuante. Posteriormente, ao realizar a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome e endereço serão mantidos em estrito sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder a todas as perguntas que lhe forem dirigidas. Se, porventura, não compreender alguma indagação, peço que me avise, pois terei o prazer de esclarecê-la de forma mais detalhada.</i></p> |
| <p>Informações Gerais</p> |
| <p><i>Antes de iniciar a gravação, é imprescindível informar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, proporcionando esclarecimentos necessários e sanando eventuais dúvidas, além de proceder à coleta das informações gerais elencadas a seguir.</i></p> |
| <p>1. Sexo: () Masculino () Feminino</p> |
| <p>2. Idade: ____</p> |
| <p>3. Tempo de participação no programa:</p> |
| <p>4. Cor / raça:</p> |
| <p>5. Grau de escolaridade/ formação:</p> |
| <p><i>Agora vou ligar o gravador para que possamos conversar melhor, sem anotações.</i></p> |
| <p>Experiência de Capacitação e Contratação</p> |
| <p>1. <i>Como você descreveria sua experiência com o curso de capacitação para supervisores? Quais aspectos do curso você considera mais valiosos para sua atuação?</i></p> |
| <p>2. <i>Gostaria de saber como foi o seu processo de contratação. Teria algo que poderia melhorar? O que traria de sugestão para a equipe do projeto?</i></p> |

3. *Quais foram suas expectativas ao iniciar o treinamento e como elas se compararam com a realidade que você encontrou?*

Integração e Aproximação com o Projeto

4. *Como é realizado o processo de identificação dos idosos que participam do projeto? Quais critérios específicos você considera mais importantes na seleção desses idosos?*
5. *Como você percebe a adaptação dos idosos ao programa "Maior Cuidado" e quais são os principais desafios que eles enfrentam durante esse processo?*
6. *De que maneira você observa a interação dos idosos com os cuidadores sociais? Essa interação tem contribuído para o fortalecimento de vínculos e apoio mútuo?*

Organização do Trabalho e Dinâmica da Equipe

7. *Como você organiza e elabora a escala de trabalho dos cuidadores sociais? Quais fatores você leva em conta para garantir que a escala atenda às necessidades dos idosos?*
8. *Como você descreveria a interação e a dinâmica entre os cuidadores sociais e os idosos? Pode dar exemplos de como essa relação impacta o cuidado prestado?*
9. *Quais são os maiores desafios que você enfrenta na organização do processo de trabalho dos cuidadores? Como você tem lidado com esses desafios?*
10. *Quais estratégias específicas você utiliza para manter a equipe motivada e engajada ao longo do tempo?*

Desafios nas Relações Interpessoais

11. *Qual(is) foi(foram) o(s) maior(es) desafio(s) na relação com os cuidadores sociais?*
12. *Qual(is) foi(foram) o(s) maior(es) desafio(s) na relação com os serviços de saúde e assistência social?*
13. *Qual(is) foi(foram) o(s) maior(es) desafio(s) na relação com os idosos e seus familiares?*

Supervisão e Avaliação da Qualidade do Cuidado

14. *De que maneira a supervisão se adapta às diferentes necessidades dos idosos atendidos? Você pode dar exemplos de como essa adaptação ocorre na prática?*

15. *Quais métodos específicos você utiliza para avaliar e assegurar a qualidade do cuidado prestado? Como você coleta e analisa essas informações?*

16. *De que forma o feedback dos idosos e de suas famílias é coletado e incorporado ao desenvolvimento do projeto? Você pode dar exemplos de mudanças que ocorreram a partir desse feedback?*

Relações com a Equipe e Experiências Pessoais

17. *Como é sua relação com a equipe administrativa do projeto? O que poderia melhorar no dia a dia? Sente falta de alguma coisa?*

18. *Como é sua relação com a equipe de pesquisa do projeto? O que poderia melhorar no dia a dia? Sente falta de alguma coisa?*

19. *Pode compartilhar uma experiência marcante que teve com um idoso no projeto? O que essa experiência significou para você e para o idoso?*

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM TÉCNICOS DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

| ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES TÉCNICOS DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM |
|---|
| <p><i>Inicialmente, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é inteiramente voluntária e confidencial. Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder a alguma pergunta, peço que me informe, e prosseguiremos para a próxima indagação. Durante a entrevista, utilizarei o gravador do smartphone para captar integralmente suas respostas, uma vez que anotar manualmente tornaria o processo difícil, moroso e extenuante. Posteriormente, ao realizar a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome e endereço serão mantidos em estrito sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder a todas as perguntas que lhe forem dirigidas. Se, porventura, não compreender alguma indagação, peço que me avise, pois terei o prazer de esclarecê-la de forma mais detalhada.</i></p> |
| <p>Informações Gerais</p> |
| <p><i>Antes de iniciar a gravação, é imprescindível informar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, proporcionando esclarecimentos necessários e sanando eventuais dúvidas, além de proceder à coleta das informações gerais elencadas a seguir.</i></p> |
| <p>1. Sexo: () Masculino () Feminino</p> |
| <p>2. Idade: ____</p> |
| <p>3. Tempo de envolvimento com o Programa:</p> |
| <p>4. Grau de escolaridade/formação:</p> |
| <p>5. Local de trabalho:</p> |
| <p>6. Cargo:</p> |
| <p>7. Cor / raça:</p> |
| <p><i>Agora vou ligar o gravador para que possamos conversar melhor, sem anotações.</i></p> |
| <p>Envolvimento e Conhecimento do Programa</p> |
| <p>1. <i>Como você descobriu o Programa Maior Cuidado em Contagem e o que o levou a se envolver com a iniciativa?</i></p> |

2. *Durante o início do seu envolvimento com o Programa, você recebeu informações claras sobre o seu funcionamento? Você teve acesso aos instrumentos utilizados para a seleção das famílias?*
3. *Você tem alguma sugestão de melhoria para o funcionamento do programa?*

Papel e Contribuição no Programa

4. *Qual é o papel que você e sua equipe local desempenham no contexto do Programa, e como vocês contribuem para o seu desenvolvimento no dia a dia?*

Insegurança e Sugestões

5. *Você se sentiu ou se sente inseguro em relação ao Programa? Se sim, fale os motivos e conte se tem alguma sugestão.*

Processo de Aproximação e Seleção

6. *Descreva detalhadamente como foi o processo de aproximação com as famílias e as pessoas idosas no início do projeto?*
7. *Você acha que algo poderia ter sido diferente neste processo de aproximação e seleção das famílias para o Programa?*
8. *Quais os principais desafios para a seleção das famílias para o Programa? O que faltou no início e o que ainda falta?*

Colaboração entre Equipes

9. *Considerando a sua experiência com o Programa Maior Cuidado, como você avalia a integração entre as equipes de saúde e assistência social? Quais sugestões você tem para fortalecer a parceria entre essas equipes e melhorar a prestação de serviços?*

Relações Internas e Comunicação

10. *Como é sua relação com as supervisoras das cuidadoras? Você identifica algum ponto que possa ser otimizado para aprimorar essa parceria e, conseqüentemente, contribuir para o êxito do Programa Maior Cuidado?*
11. *Como é sua relação com a equipe administrativa e os pesquisadores do Programa? Você identifica alguma oportunidade de melhoria para fortalecer essa parceria e contribuir para o sucesso do Programa Maior Cuidado?*

12. Qual é a sua avaliação sobre a eficácia da comunicação e colaboração entre os diferentes níveis de atendimento (centros de saúde, assistência social, cuidadoras, supervisoras, equipe do projeto, etc.) no âmbito do Programa Maior Cuidado? Quais são os principais desafios identificados e quais sugestões você teria para otimizar a comunicação e melhorar a qualidade da prestação de serviços?

Participação em Grupos de Trabalho

13. Você participa dos Grupos de Trabalho mensais do Programa Maior Cuidado? Quais são os principais pontos positivos dessas reuniões? Você tem alguma sugestão de melhoria?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM A EQUIPE DO PROJETO PILOTO

| ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DO PROJETO PILOTO |
|---|
| <p><i>Inicialmente, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é inteiramente voluntária e confidencial. Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder a alguma pergunta, peço que me informe, e prosseguiremos para a próxima indagação. Durante a entrevista, utilizarei o gravador do smartphone para captar integralmente suas respostas, uma vez que anotar manualmente tornaria o processo difícil, moroso e extenuante. Posteriormente, ao realizar a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome e endereço serão mantidos em estrito sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder a todas as perguntas que lhe forem dirigidas. Se, porventura, não compreender alguma indagação, peço que me avise, pois terei o prazer de esclarecê-la de forma mais detalhada.</i></p> |
| Informações Gerais |
| <p><i>Antes de iniciar a gravação, é imprescindível informar sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, proporcionando esclarecimentos necessários e sanando eventuais dúvidas, além de proceder à coleta das informações gerais elencadas a seguir.</i></p> |
| 1. Sexo: () Masculino () Feminino |
| 2. Idade: ____ |
| 3. Tempo de envolvimento com o Programa: |
| 4. Grau de escolaridade/formação: |
| 5. Local de trabalho |
| 6. Cargo: |
| 7. Cor / raça: |
| <i>Agora vou ligar o gravador para que possamos conversar melhor, sem anotações.</i> |

Objetivos e Estrutura do Programa

1. *Quais foram os principais objetivos do Programa Maior Cuidado em sua localidade?*
2. *Como a equipe foi formada e quais são as funções de cada membro no projeto?*

Desafios e Preparação da Equipe

3. *Quais foram os principais desafios enfrentados durante a implantação do programa até agora?*
4. *Como a equipe tem se preparado para lidar com as necessidades específicas da população idosa em sua região?*
5. *Que tipo de treinamento foi oferecido aos profissionais envolvidos no programa?*

Monitoramento e Avaliação

6. *Como a equipe está monitorando e avaliando o progresso do programa?*
7. *Quais indicadores estão sendo utilizados para medir o sucesso do Programa Maior Cuidado?*

Integração e Engajamento

8. *Como a equipe está garantindo a integração entre os serviços de saúde e assistência social?*
9. *Quais estratégias estão sendo utilizadas para engajar as famílias e cuidadores no programa?*
10. *Como a equipe está lidando com a resistência ou hesitação de alguns membros da comunidade em participar do programa?*

Feedback e Adaptações

11. *Que feedback a equipe recebeu dos idosos e cuidadores que estão participando do programa?*
12. *Quais adaptações foram necessárias para atender às particularidades culturais e sociais de Salvador e Contagem?*

Lições Aprendidas e Expectativas Futuras

13. *Como a equipe está utilizando as lições aprendidas até agora para melhorar a implementação do programa?*

14. *Quais são as expectativas da equipe em relação aos resultados a serem alcançados ao final do Projeto Piloto?*
15. *Como a equipe planeja compartilhar os resultados e experiências do programa com outras localidades e stakeholders?*

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cuidadores do Programa Maior Cuidado, gestores da saúde e da assistência social

Prezado(a) participante,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa **“Avaliação da efetividade do Programa Maior Cuidado sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG)”**. Este tem como objetivo avaliar a efetividade do Programa Maior Cuidado (PMC) sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG). Trata-se de um estudo desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) sob a coordenação dos professores Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza e Berenice Temoteo da Silva.

Por favor, leia este documento com bastante atenção, antes de assiná-lo, dentro do tempo que considerar adequado para refletir. A entrevista será realizada por um(a) pesquisador(a) experiente e treinado(a) na produção de dados em pesquisas qualitativas. O(a) entrevistador(a) está a sua disposição para sanar dúvidas e você pode consultar pessoas de sua confiança, caso considere necessário, para que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

A importância desse estudo está ancorada na possibilidade dos seus resultados fornecerem evidências científicas que apoiem a formulação de uma política social, de caráter intersetorial, voltada para o cuidado social e de saúde no âmbito domiciliar da pessoa idosa e sua família, em situação de vulnerabilidade.

Serão seguidas todas as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versam sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo que a realização desta entrevista foi autorizada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, colegiado interdisciplinar e independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A sua participação não trará a você nenhum benefício direto, mas suas respostas nos darão informações essenciais para entender mais sobre a efetividade do Programa Maior Cuidado. Os riscos da pesquisa incluem cansaço em responder a entrevista e possíveis constrangimentos para responder perguntas que possam despertar certo grau de ansiedade ou estresse. Caso isso ocorra, o(a) entrevistador(a)

buscará minimizá-los de modo que você possa se sentir o(a) mais confortável possível. Se necessário, a entrevista pode ser interrompida ou até mesmo finalizada, para que você se restabeleça. Também será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, bem como o ressarcimento das despesas decorrentes diretamente da participação na pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510 do CNS, Art 9º, VI, VII.

A entrevista será gravada, mediante a sua autorização, e, caso deseje, poderá ter acesso ao áudio produzido e as respectivas transcrições. Todos os dados coletados durante a entrevista, gravada com sua permissão, as transcrições dos mesmos e o presente termo de consentimento assinado por você e pelo(a) pesquisador(a) serão guardados, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, Professora Berenice Temoteo da Silva, por um período de cinco anos, estando à sua disposição.

A sua participação neste estudo é voluntária e totalmente confidencial. Seu nome não será identificado em nenhum momento, sendo garantida a você a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga penalização alguma e prejuízo à sua pessoa ou a qualquer membro do seu serviço. Caso decida participar, asseguro a confidencialidade, a privacidade e o anonimato. Nesse sentido, ninguém saberá que você concedeu a informação, buscando assim respeitar a sua integridade física, intelectual, cultural e social. Também está garantida a liberdade para não responder questões que julgue ser constrangedoras, a fim de minimizar desconfortos.

Caso tenha alguma dúvida sobre a participação nesta pesquisa, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com a pesquisadora responsável por meio dos contatos abaixo relacionados. Caso aceite este convite para participar da pesquisa, deveremos assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra com a pesquisadora. Caso aceite este convite, solicitamos autorização para o uso do conteúdo das falas gravadas para fins de construção de publicações de artigos científicos e relatórios de pesquisa cujos resultados serão divulgados para as prefeituras de Salvador (BA) e Contagem (MG), em eventos científicos e outras atividades acadêmicas, garantindo o seu total anonimato. Asseguro que a divulgação dos resultados da pesquisa só ocorrerá com o intuito de trazer benefícios ao que tange a produção científica, sempre considerando

os princípios da beneficência e não-maleficência. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Eu, _____, me considero devidamente esclarecido(a) e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada **“Avaliação da efetividade do Programa Maior Cuidado sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG)”**. Fui devidamente informado(a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isto leve a nenhuma penalidade, caso me sinta constrangido(a) durante a sua realização. Fui também esclarecido(a) de que será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, bem como o ressarcimento das despesas decorrentes diretamente da participação na pesquisa e de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com as Resoluções de nº 466, de 2012 e a de nº 510, de 2016 seguidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA. Autorizo a utilização dos resultados do estudo em relatórios de pesquisa, publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação, e divulgação em eventos técnico científicos nacionais e internacionais. Estou ciente dos benefícios que os resultados da pesquisa poderão proporcionar à qualidade de vida da pessoa idosa e seus cuidadores familiares no ambiente domiciliar. Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados em local protegido por um período de cinco anos e, vencido esse tempo, o material será destruído. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e pela pesquisadora em duas vias, com o compromisso dos pesquisadores me proporcionarem uma cópia do mesmo para meu controle. Assim, confirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da pesquisadora. Estou ciente de que poderei me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo à minha pessoa e nem ao meu futuro profissional.

Local:

Data: / /202__

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável Dr^a Berenice Temoteo da Silva. Instituto de Saúde Coletiva. Endereço: Rua Basílio da Gama, S/n, Canela, Salvador (BA) – CEP: 40.110-040 – Fone: (71) 3283-7459/E-mail: berenice.silva@ufba.br.

Em caso de dúvida sobre os seus direitos enquanto participante da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética responsável: Comitê de Ética em Pesquisa (Instituto de Saúde Coletiva. Endereço: Rua Basílio da Gama, S/n, segundo andar, Canela, Salvador (BA) – CEP: 40.110-040 – Fone: (71) 3283-7419/E-mail: cepisc@ufba.br. Horário de funcionamento: 2^a a 6^a feiras, das 8h às 15h.

APÊNDICE 6 – CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

| Código | Sexo | Idade (anos) | Escolaridade | Cargo | Tempo de experiência na área |
|---------------|-------------|---------------------|--|--|-------------------------------------|
| A1 | Feminino | 42 | Ensino médio completo | Cuidadora social | 3,5 anos |
| A2 | Feminino | 50 | Ensino médio completo | Cuidadora social | 5 anos |
| A3 | Feminino | 38 | Ensino médio completo | Cuidadora social | Não tem experiência |
| A4 | Feminino | 44 | Técnico de enfermagem | Cuidadora social | 20 anos |
| A5 | Feminino | 37 | Ensino médio completo/ Técnico de enfermagem | Cuidadora social | 1 ano |
| A6 | Feminino | 50 | Ensino médio completo/ Técnico de enfermagem/ Magistério | Cuidadora social | 10 anos |
| A7 | Feminino | 31 | Graduação História | Equipe do Projeto Piloto | Não se aplica |
| A8 | Feminino | 29 | Graduação Serviço Social | Supervisora | Não se aplica |
| A9 | Feminino | 35 | Graduação Serviço Social | Supervisora | Não se aplica |
| A10 | Feminino | 39 | Ensino médio completo | Cuidadora social | Não tem experiência |
| A11 | Feminino | 39 | Graduação incompleta | Cuidadora social | Não tem experiência |
| A12 | Feminino | 32 | Ensino médio completo | Cuidadora social | Não tem experiência |
| A13 | Feminino | 32 | Técnico de enfermagem | Cuidadora social | 6 anos |
| A14 | Feminino | 44 | Ensino médio completo | Cuidadora social | 1,3 anos |
| A15 | Feminino | 42 | Ensino médio completo | Cuidadora social | 11 anos |
| A16 | Feminino | 30 | Mestrado Saúde Coletiva | Equipe do Projeto Piloto | 5 anos |
| A17 | Masculino | 31 | Mestrado em Psicologia | Referência técnica do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficiência e idosas | 3 anos |
| A18 | Feminino | 43 | Graduação em Psicologia | Técnica social | 1,7 anos |
| A19 | Masculino | 31 | Graduação em Processos Gerenciais | Agente comunitário de saúde | 5 anos |
| A20 | Feminino | 51 | Ensino médio completo/ Técnico em Agente comunitário de Saúde | Agente comunitário de saúde | 22 anos |
| A21 | Feminino | 51 | Serviço Social/ Pós-graduação em Intervenção Psicossocial em Políticas Públicas | Assistente social | 6 anos |
| A22 | Feminino | 52 | Graduação em Enfermagem | Enfermeira da família | 27 anos |
| A23 | Feminino | 30 | Graduação em Psicologia | Psicóloga social | 4 anos |
| A24 | Feminino | 32 | Graduação em Enfermagem | Enfermeira | 5 anos |
| A25 | Feminino | 37 | Ensino médio completo | Agente comunitário de saúde | 6 anos |
| A26 | Feminino | 54 | Pós-graduação na área da saúde, na área de assistência social e na área de RH | Coordenadora do CRAS | 4 anos |

APÊNDICE 7 – PRODUTO TÉCNICO 1

| Tabela com potenciais interações entre medicamentos e plantas medicinais | | | Tabela com potenciais interações entre medicamentos e plantas medicinais | | |
|--|---|--|--|---|---|
| Nome popular das plantas medicinais | Classes de medicamentos com potenciais interações | Exemplos de medicamentos | Nome popular das plantas medicinais | Classes de medicamentos com potenciais interações | Exemplos de medicamentos |
| Arruda | Vasodilatadores, anticoagulantes e agentes contraceptivos | Digoxina, Dobutamina, Varfarina e anticoncepcionais em geral | Gengibre | Cardiotônicos, antiplaquetários e hipoglicemiantes | Digoxina, Aspirina (AAS), Clopidogrel, Metformina, Insulina e Glibenclâmida |
| Boldo-baiano | Pode alterar a absorção e eliminação de alguns medicamentos | Digoxina e Cloroquina | Guaco | Anticoagulantes | Heparina, Varfarina e Aspirina (AAS) |
| Copaíba | Diuréticos, laxantes e hipotensores | Furosemda, Hidroclorotiazida, Espirilactona, Lacto-purga, Clonidina e Carvedilol | Hortelã | Hipolipemiantes | Atorvastatina, Simvastatina, Colestipol |
| Cúrcuma | Anticoagulantes | Heparina, Varfarina e Aspirina (AAS) | Maracujá | Medicamentos sedativos e depressores do Sistema Nervoso Central | Zolpidem, Amitriptilina, Diazepam, Clonazepam, Fluoxetina e Fenobarbital |
| Espinheira-Santa | Antibióticos e barbitúricos | Amoxicilina, Azitromicina, Amytal, Veronal e Gardenal | Tansagem | Medicamentos digitais | Digoxina e Digitoxina |

Caderneta de Saúde do Idoso

Envelhecendo com Saúde:

O Papel das Plantas Medicinais

no Cuidado do Idoso do
Programa Maior Cuidado

| Medicamentos, plantas medicinais, suplementos e vitaminas em uso | | | | |
|--|-------------------|--|---|--|
| Nome do medicamento, planta medicinal, suplemento ou vitamina e concentração | Dose e frequência | Data de início e tempo de uso | Observações sobre Reações Adversas: | Melhoria após uso do medicamento: |
| | | Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____ | Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? () Sim () Não Se sim, qual? | () Sim () Não () Não sei/Não aplicável Descreva: |
| | | Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____ | Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? () Sim () Não Se sim, qual? | () Sim () Não () Não sei/Não aplicável Descreva: |
| | | Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____ | Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? () Sim () Não Se sim, qual? | () Sim () Não () Não sei/Não aplicável Descreva: |
| | | Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____ | Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? () Sim () Não Se sim, qual? | () Sim () Não () Não sei/Não aplicável Descreva: |

APÊNDICE 8 – PRODUTO TÉCNICO 2

✓ VOCÊ CONHECE? PROGRAMA FARMÁCIA VIVA

Instituído pelo Ministério da Saúde inspirado no modelo criado pelo professor Francisco José de Abreu de Matos no Ceará.

Esse programa no âmbito do SUS consiste em unidades de saúde onde são cultivadas, preparadas e distribuídas plantas medicinais e fitoterápicos típicos da região para uso terapêutico.

O programa possibilita a troca de conhecimentos populares e acadêmicos.

O Governo de Minas Gerais sancionou em 2023 uma lei que promove a implantação de Farmácias Vivas em todo o Estado!

Betim e Montes Claros são exemplos de cidades que desenvolvem projetos de Farmácia Viva e contribuem com o SUS.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). *Cartilha de orientações sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais*. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/informacoes-saude/publicacoes/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-na-pratica-de-farmacias-e-plantas-medicinais.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Decreto nº 8.916, de 22 de junho de 2016. *Aprima e Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2016-2018/2016006/Decreto/D8916.htm. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao/publicacoes/publicacoes_publicas/fitoterapicos.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao/publicacoes/publicacoes_publicas/fitoterapicos_fitoterapicos.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF-MG). *Lei estadual estabelece implantação de farmácias vivas em Minas Gerais*. Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://www.crfmg.org.br/indicadores/lei-estadual-que-estabelece-implantacao-de-farmacias-vivas-em-todo-o-estado>. Acesso em: 17 jan. 2025.

Farmácia São. *Farmácia Viva*. Disponível em: <https://farmaciasaoviva.com.br/farmacias-vivas/>. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Operações Terapêuticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao/publicacoes/publicacoes_publicas/operacoes-terapeuticas-integrativas-complementares-em-saude.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resumo terapêutico no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/comunicacao/publicacoes/publicacoes_publicas/resumo-terapeutico.pdf. Acesso em: 17 jan. 2025.

Rebêccia de Brito. *Farmácia Viva de Betim: um exemplo para o Brasil*. Betim, 2022. Disponível em: <https://www.farmaciasvivas.org.br/pt-br/indicadores/2022/01/18/farmacia-viva-de-betim-um-exemplo-para-o-brasil>. Acesso em: 17 jan. 2025.

Tatiane Kelly Silva, Carolina Suelen, Governi Raiza Machado, Cibella Gontijo Silva, Arthêria Fontana Silva, Miria Caires Santos Camargo, Deise de Oliveira Soares, Vera Lúcia de Almeida.
Serviço de Fitoterapia e Preparação Farmacéutica, OFD/FUNED-MG

Agradecimentos:

EPAMIG | HANOR | FARMACIA SAO VIVA | SUS | GOVERNO DE MINAS

PLANTAS MEDICINAIS E O SUS

Fundação Ezequiel Dias - FUNED
Belo Horizonte - MG

Serviço de Fitoterapia e Preparação Farmacéutica
Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

PLANTAS MEDICINAIS

VOCÊ SABIA?

NO BRASIL TEMOS DUAS POLÍTICAS QUE PROMOVEM O USO DE PLANTAS MEDICINAIS

✓ D QUE SÃO?

Plantas medicinais são aquelas que contêm substâncias que podem ser empregadas para fins terapêuticos. São utilizadas popularmente em formas de chás e outros preparos e pelas indústrias farmacêutica e cosmética.



FITOTERÁPICOS

São medicamentos obtidos a partir de matérias-primas ativas exclusivamente vegetais, caracterizados pelo conhecimento da sua eficácia, segurança e qualidade.

OU SEJA...

As plantas medicinais são utilizadas na forma de chás e xaropes, enquanto os fitoterápicos são medicamentos derivados de plantas, com critérios de segurança, eficácia e qualidade.

⚠ MAS, ATENÇÃO! ⚠

O uso indiscriminado e incorreto de plantas medicinais e de fitoterápicos, pode causar danos à saúde, mesmo que contenham propriedades terapêuticas!

O Brasil é o país com maior biodiversidade do mundo e, por isso, possui um grande potencial para o desenvolvimento de fitoterápicos.



O uso de plantas medicinais valoriza a cultura e o conhecimento tradicional e popular.

A fitoterapia é uma opção terapêutica que faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde!



POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS (PNPIC)

Institucionaliza as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com o objetivo de contribuir para a prevenção de agravos à saúde, bem como sua manutenção e recuperação, com condutas terapêuticas não convencionais (conhecidas como práticas alternativas), através de um cuidado contínuo, humanizado e integral. Ao todo, são vinte e nove práticas e, dentre elas, está a fitoterapia!



POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS (PNPMF)

Tem como objetivo geral garantir a população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional de fitoterápicos.



VOCÊ SABIA?

As plantas medicinais são utilizadas há séculos para tratar diversas condições de saúde, possuem propriedades terapêuticas e podem ser preparadas de diferentes formas.



No entanto, as plantas devem ser utilizadas com cautela, pois podem apresentar toxicidade se utilizadas de modo excessivo. Da mesma forma, podem não fazer efeito quando utilizadas em doses baixas ou pouco frequentes.

Ao fazer uso de plantas medicinais, deve-se sempre ser orientado por um profissional de saúde habilitado e confiável. Cabe ressaltar que é importante acompanhar os efeitos indesejáveis, para suspender o uso se necessário.



Quando as orientações são seguidas de forma correta, o uso das plantas medicinais se faz seguro e eficaz!

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações sistematizadas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: *Ruta graveolens* L., *Rubiacae* – Arruda. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.saude.gov.br/info/publicacao/plantas_medicinais_sus_nra_graveolens.pdf. Acesso em: 11 jan. 2025.

CAMPINAS (Município). Plantas medicinais: arruda. Campinas, SP: Secretaria de Família, Fundação Municipal de Marquêsado, S.S.S., out. 2018.

GOMES, Karoline Eduarda Ruiz. Efeito antinociceptivo da *Ruta graveolens* L. em modelos de dor aguda em camundongos. Dissertação de Mestrado em Farmácia – Instituto de Química, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2024.

GORÇALVES, Rodrigo Nób et al. Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde: História, Toxicidade e potencial para infecção por micobactérias. *Revista de APS, J. Bras. de Fam. e C. S.*, v. 1, n. 1, p. 137-148, jan./mar. 2022. ISSN: 1809-8393. Disponível em: <https://revista.aps.org.br/index.php/revista/article/view/34239>. Acesso em: 11 jan. 2025.

LOONATY, Anandharaj G.J. Antinociceptive, anti-inflammatory and antiproliferative activities of the leaf methanol extract of *Ruta graveolens* L. (Rutaceae) in mice and rats. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 2014 Apr 3; 11(3):173-81. doi: 10.4119/ajtam.v11i3.25. PMID: 25371589; PMCID: PMC4220436.

RACHAYAR, Gupta S, Agrawal C, Gossward K, Das HP. Anti-inflammatory effect of *Ruta graveolens* L. in murine mesophyll cells. *Journal of Ethnopharmacology*, 2005 Mar 9; 104(1-2):234-9. doi: 10.1016/j.jep.2005.09.028. Epub 2005 Oct 3. PMID: 16250708.

RATHESH M, Dhye GJ, Helen A. Methanolic extract of *Ruta graveolens* L. inhibits inflammation and oxidative stress in adipose tissue model of arthritis in rats. *Springer Nature Link Volume: ethnopharmacology*, 2020 Apr 17(2):190-5. doi: 10.1007/s10755-020-3154-y. PMID: 32278848.

RATHESH M, Dhye GJ, Sathya G, Helen A. Protective effects of isolated polyphenols and alkaloid fractions of *Ruta graveolens* L. on acute and chronic models of inflammation. *Springer Nature Link Information*, 2010 Feb 23(1):19-24. doi: 10.1007/s10755-009-3154-y. PMID: 19777030.

Tafelara Kelly Silva, Giovanna Nogueira Machado, Cibele Cunha Silva, Aráclis Vanessa Silva, Nivaldo Castro Sanches, Camargo, Danilo de Oliveira Soares, Vera Lucia de Almeida.

Serviço de Fitoterapia e Prospecção Farmacológica, UFOP/UNICAMP.

Agradecimentos:



PLANTAS MEDICINAIS

Fundação Ezequiel Dias - FUNED
Belo Horizonte - MG

Serviço de Fitoterapia e Prospecção Farmacológica
Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

VOCÊ CONHECE?

Arruda
(*Ruta graveolens*)



Forma de uso: A folha de arruda pode ser utilizada em forma de óleo, chá, cápsula ou creme.

Indicações: Dor e tensão muscular e articular, lesões esportivas e artrite.

Contraindicações: Gestantes e lactantes, pois pode aumentar o risco de aborto espontâneo e causar problemas para o bebê.

Possíveis reações: Sensibilidade a luz, queda da pressão arterial e reações alérgicas na pele.

Boldo
(*Plectranthus barbatus*)



Forma de uso: Infusão de folhas e ramos secos.

Indicações: Estimulação do fígado e da digestão, ajuda na prevenção de sintomas de azia, dor de estômago e náusea.

Contraindicações: Pessoas com problemas de cálculos ou obstrução das vias biliares, gestantes, lactantes e crianças.

Possíveis reações: Quando consumido em excesso ou por período maior do que o recomendado pode causar irritação gástrica.

Babosa
(*Aloe vera*)



Forma de uso: Gel extraído de folhas frescas, em uso externo.

Indicações: Cicatrizante, anti-inflamatório, analgésico e antisséptico para queimaduras.

Contraindicações: Gestantes, lactantes e menores de 18 anos de idade.

Possíveis reações: Pode causar em algumas pessoas, dermatite e sensação de queimação. A ingestão da babosa pode causar irritação na pele e desconforto gastrointestinal, incluindo cólicas, diarreia e vômitos.

VOCÊ SABIA?

As plantas medicinais são utilizadas há séculos para tratar diversas condições de saúde, possuem propriedades terapêuticas e podem ser preparadas de diferentes formas.



No entanto, as plantas devem ser utilizadas com cautela, pois podem apresentar toxicidade se utilizadas de modo excessivo. Da mesma forma, podem não fazer efeito quando utilizadas em doses baixas ou pouco frequentes.

Ao fazer uso de plantas medicinais, deve-se sempre ser orientado por um profissional de saúde habilitado e confiável. Cabe ressaltar que é importante acompanhar os efeitos indesejáveis, para suspender o uso se necessário.



Quando as orientações são seguidas de forma correta, o uso das plantas medicinais se faz seguro e eficaz!

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento fitoterápico: Farmacopeia Brasileira**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sistematizadas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: *Curcuma longa* L., Zingiberaceae – Açafrão-da-terra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPINAS (Município). **Plantas medicinais: cartilha**. Campinas, SP: Bóica da Família, Farmácia Municipal de Manipulação, SUS, out. 2018.

MACHADO, Clarice Azevedo; VARGAS, José Fernando da Rosa (orgs.). **Plantas medicinais do Jardim Botânico de Porto Alegre**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2018.

SOUZA E SOUZA, Maria Paula Menezes de et al. **Plantas medicinais da Bahia: chás caseiros e interações medicamentosas**. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEPIS, 27, 2023, Feira de Santana. Anais [...]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2023.

Talares Kelly Silva, Giovanni Horta Machado, Cláudia Gordon Silva, Arches Fonseca Silva, Milena Castro Santos Carneiro, Denise de Oliveira Soares, Vera Lucia de Almeida.
Serviço de Fitofármacos e Prospecção Farmacológica, UFVIG/UNELI-MG

Agradecimentos:



PLANTAS MEDICINAIS

Fundação Ezequiel Dias - Funed
Belo Horizonte - MG

Serviço de Fitofármacos e Prospecção Farmacológica
Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

VOCÊ CONHECE?

Cúrcuma
(*Curcuma longa*)



Forma de uso: Decocção dos rizomas.

Indicações: Ajuda a digestão, combate microrganismos nocivos e reduz as inflamações.

Contraindicações: Pessoas com hipersensibilidade, com propensão a cálculos ou obstrução dos ductos biliares, úlcera gastroduodenal, gestantes, lactantes e menores de 18 anos.

Possíveis reações: Raramente podem ocorrer desconfortos gastrointestinais.

Espinheira Santa
(*Monteverdia ilicifolia*)



Forma de uso: Infusão das folhas.

Indicações: Tratamento de gastrite, úlceras gastroduodenais e alívio de gases. Atua como anti-inflamatório, cicatrizante, antisséptico e é eficaz contra a bactéria *Helicobacter pylori*.

Contraindicações: Gestantes e lactantes, pois pode reduzir a secreção de leite.

Possíveis reações: Pode causar sensação de boca seca e de amargor persistente.

Gengibre
(*Zingiber officinale*)



Parte utilizada e forma de uso: Decocção dos rizomas.

Indicações: Problemas respiratórios e digestivos, como enjoo e alívio de gases, redução da febre e relaxamento muscular.

Contraindicações: Pessoas com úlcera estomacal, inflamação no intestino, doença no fígado, pedra na vesícula, pressão alta, grávidas e lactantes.

Possíveis reações: Irritação estomacal, cólicas digestivas e aumento da pressão arterial.

VOCÊ SABIA?

As plantas medicinais são utilizadas há séculos para tratar diversas condições de saúde, possuem propriedades terapêuticas e podem ser preparadas de diferentes formas.



No entanto, as plantas devem ser utilizadas com cautela, pois podem apresentar toxicidade se utilizadas de modo excessivo. Da mesma forma, podem não fazer efeito quando utilizadas em doses baixas ou pouco frequentes.

Ao fazer uso de plantas medicinais, deve-se sempre ser orientado por um profissional de saúde habilitado e confiável. Cabe ressaltar que é importante acompanhar os efeitos indesejáveis, para suspender o uso se necessário.



Quando as orientações são seguidas de forma correta, o uso das plantas medicinais se faz seguro e eficaz!

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico: Farmacopeia Brasileira**. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sistematizadas da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS: *Plantago major* L., *Plantaginaceae* – Tansagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
CAMPINAS (Município). **Plantas medicinais: cartilha**. Campinas, SP: Botica da Família, Farmácia Municipal de Manipulação, SUS, out. 2018.

MACHADO, Clarice Azevedo; VARGAS, José Fernando da Rosa (Org.). **Plantas medicinais do Jardim Botânico de Porto Alegre**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, 2018.

SOUZA, Maria Paula Menezes de; SILVA, Janisla Regina dos Santos. **Plantas medicinais da Bahia: chás caseiros e interações medicamentosas**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2023. Trabalho apresentado no XXVII Seminário de Iniciação Científica da UEPB, Semana Nacional de Ciência e Tecnologia - 2023.

Tatiana Kelly Silva, Governor Helder Macedo, Cibele Garrido Silva, Archibio Fonseca Silva, Mirna Castro Sereia Corrêas, Denise de Oliveira Soares, Vera Lúcia de Almeida.
Serviço de Fitotécnica e Prospecção Farmacológica, UFOP/UNED-MG

Agradecimentos:



PLANTAS MEDICINAIS

Fundação Ezequiel Dias - Funed
Belo Horizonte - MG

Serviço de Fitotécnica e Prospecção Farmacológica
Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento

VOCÊ CONHECE?

Guaco

(*Mikania laevigata* e *Mikania glomerata*)



Forma de uso: Infusão das folhas.

Indicações: Alívio da tosse e da dificuldade para respirar. Age como expectorante e broncodilatador.

Contraindicações: Pessoas com diabetes mellitus, gestantes, lactantes e crianças menores de 2 anos.

Possíveis reações: Vômito, diarreia e taquicardia.

Observação: O guaco não deve ser usado por mais de 15 dias.

Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*)



Forma de uso: Infusão das folhas.

Indicações: Auxilia no aumento do fluxo urinário, atuando como adjuvante no tratamento de pequenos distúrbios do trato urinário.

Contraindicações: Gestantes, lactantes e menores de 18 anos.

Possíveis reações: Diarreia, pressão baixa e grande produção de urina.

Tansagem (*Plantago lanceolata* e *Plantago major*)



Forma de uso: Infusão das folhas.

Indicações: Infilações na boca, taringe e pele, feridas cutâneas, redução da placa dental e sangramento gengival.

Contraindicações: Gestantes, lactantes, menores de 18 anos, pessoas hipotensas ou com obstrução intestinal.

Possíveis reações: Alergias, dermatite de contato, náuseas, vômitos, bradicardia, hipotensão arterial e reações de hipersensibilidade.

VOCÊ CONHECE?

Maracujá

(*Passiflora edulis* e *Passiflora incarnata*)



Forma de uso: Infusão das folhas.

Indicações: Alívio de ansiedade, insônia, estresse; sintomas da menopausa e convulsões.

Contraindicações: Gestantes, lactantes e menores de 12 anos.

Possíveis reações: Sonolência, dor de cabeça e dor de estômago.

Interações medicamentosas: Pode interagir com medicamentos sedativos e depressores do sistema nervoso central, como zolpidem, clonazepam, amitriptilina, fluoxetina, dentre vários outros.

APÊNDICE 9 – PRODUTO TÉCNICO 3

Envelhecendo com Saúde:

O Papel das Plantas Medicinais no Cuidado do Idoso do Programa Maior Cuidado










Belo Horizonte - MG
Março - 2025

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 6 |
| 2. Programa Maior Cuidado (PMC)..... | 7 |
| 3. Chás medicinais..... | 12 |
| 4. Formas de preparo dos chás medicinais..... | 13 |
| 5. Outras formas de utilização das preparações de plantas medicinais ... | 17 |
| 6. Plantas medicinais disponíveis na Renisus..... | 22 |
| 7. Interações medicamentosas: Um risco significativo..... | 33 |
| 8. Dicas essenciais para o uso seguro de medicamentos..... | 34 |
| Glossário..... | 35 |
| Bibliografia | 36 |

Caro leitor,

O uso consciente de plantas medicinais é muito importante, especialmente para a população idosa, que muitas vezes recorre a chás e outros tratamentos como parte de seu cuidado à saúde. Historicamente, essas pessoas cultivam plantas medicinais em casa e as utilizam como remédios caseiros, o que demonstra uma relação significativa com a natureza e a tradição cultural. No entanto, a utilização das plantas medicinais não está isentas de riscos.

O consumo inadequado ou indiscriminado pode levar a efeitos adversos e interações perigosas com medicamentos prescritos, o que é particularmente preocupante em idosos que frequentemente fazem uso de múltiplas medicações. A falta de conhecimento sobre dosagem, formas de preparo e contraindicações pode resultar em reações inesperadas ou agravar condições de saúde preexistentes. Portanto, é essencial promover uma abordagem informada e responsável ao utilizar essas substâncias. Esta cartilha tem como objetivo capacitar os cuidadores sociais do Programa Maior Cuidado (PMC), reconhecendo a importância fundamental do papel desses profissionais no cotidiano dos idosos atendidos. A atuação dos cuidadores sociais é crucial para promover o bem-estar e a qualidade de vida dos beneficiários, pois eles desempenham um papel de elo entre os idosos e os serviços de saúde, facilitando o acesso a consultas e acompanhamentos médicos.



Os cuidadores sociais, após receberem capacitação sobre plantas medicinais, poderão orientar os idosos e suas famílias sobre o uso correto e consciente de algumas plantas medicinais disponíveis no Renisus. É fundamental ensinar sobre as propriedades, indicações, contraindicações e possíveis interações das plantas com medicamentos, a fim de que a população possa utilizar as plantas de maneira segura.

Nesse sentido, é essencial incentivar a consulta a profissionais de saúde antes de iniciar qualquer tratamento utilizando plantas medicinais, garantindo que as práticas tradicionais sejam utilizadas de modo seguro, protegendo a saúde e o bem-estar da população idosa.

A capacitação dos cuidadores sociais é, portanto, uma estratégia indispensável para promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos, preparando-os para enfrentar os desafios do envelhecimento de forma saudável e autônoma. A educação e a conscientização dos cuidadores não apenas aprimoram o cuidado que é prestado, mas também fortalecem a rede de suporte necessária para garantir que os idosos se sintam valorizados e bem cuidados em suas comunidades.



1. INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural da vida com mudanças morfológicas e funcionais que ocorrem de forma gradual, variando de indivíduo para indivíduo e independe do indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável.

No Brasil, o envelhecimento da população está acompanhado de uma diminuição no número de filhos e de um aumento na participação das mulheres no mercado de trabalho, o que afeta a disponibilidade de cuidadores familiares. Essa escassez gera uma demanda crescente por cuidados profissionais, serviços especializados, políticas públicas e programas de apoio que assegurem o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

Idosos desempenham um papel essencial na preservação e transmissão dos conhecimentos tradicionais. A parceria entre instituições de ensino e pesquisa e programas sociais como, por exemplo, o Programa Maior Cuidado reforça o compromisso com um modelo de atenção à saúde, que respeita a cultura local e promove a soberania popular.

O Programa Maior Cuidado, criado em 2011, é uma iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social de Belo Horizonte (MG) que oferece suporte a famílias de idosos semidependentes e dependentes em situações vulneráveis. O objetivo principal do Programa é melhorar a qualidade de vida dessas famílias, e ele já é reconhecido como uma experiência bem-sucedida.



2 - PROGRAMA MAIOR CUIDADO (PMC)

Você sabia que existem iniciativas que visam melhorar a qualidade de vida de idosos semidependentes e dependentes que residem em contextos vulneráveis?

O Programa Maior Cuidado (PMC) é uma dessas iniciativas! Com a ajuda do cuidador social, o PMC pode ajudar a promover a saúde e o bem-estar dos idosos.

O Papel Fundamental do Cuidador Social

No PMC, o cuidador social desempenha um papel fundamental. Esse profissional da saúde presta assistência pessoal e integral ao idoso, abrangendo desde atividades básicas de higiene e alimentação até o acompanhamento em consultas médicas e momentos de lazer. A abordagem integral do cuidador social prioriza não apenas as necessidades físicas, mas também o bem-estar emocional do assistido.



As políticas de saúde e os serviços de saúde voltados para a pessoa idosa, conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visam contribuir para o envelhecimento ativo e saudável no Brasil, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O foco está na autonomia e independência dos idosos, além da busca pela qualidade na atenção por meio de ações que promovam a saúde. Os idosos, portadores de saberes e das práticas sobre o uso terapêutico das plantas medicinais e a relação com o meio ambiente, são o foco dos serviços de saúde, incluindo centros de convivência, que visam promover uma melhor qualidade de vida. A senilidade traz consigo um declínio imunológico e diversas mudanças que aumentam a vulnerabilidade a doenças.

Nesse contexto, os idosos são o principal grupo que utiliza plantas para fins terapêuticos, devido à facilidade de cultivo em casa e ao menor custo em comparação aos medicamentos convencionais. No entanto, o uso de plantas medicinais e de fitoterápicos pode acarretar eventos adversos, relacionados a características individuais do usuário ou ao uso inadequado das plantas. Isso ressalta a importância de promover o acesso seguro e o consumo racional desses produtos, além de incentivar o uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento da indústria nacional, conforme defendido pela Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). As práticas integrativas complementares, como a fitoterapia, já fazem parte do cotidiano das comunidades. Estas políticas públicas buscam a valorização dos saberes tradicionais e a construção programas fundamentados na realidade da população.



Você sabia que o Ministério da Saúde selecionou mais de 1.300 municípios brasileiros para receberem recursos financeiros para o desenvolvimento de ações com plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS?

Essa iniciativa visa fortalecer o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

O que é Fitoterapia?

Fitoterapia é um termo que significa o uso de plantas para tratar e prevenir doenças. Isso inclui:

- Plantas medicinais inteiras ou suas partes (folhas, cascas, raízes, frutos e sementes)
- Preparações feitas com plantas, como chás e extratos
- Fitoterápicos

Em resumo, a fitoterapia é uma forma de cuidar da saúde utilizando o poder curativo das plantas!

Segundo a literatura, o homem primitivo buscou tratar suas enfermidades recorrendo à natureza como seu primeiro remédio. Acredita-se que a observação dos animais, que buscavam ervas para curar suas afecções, tenha inspirado os humanos a adotar o uso de plantas medicinais. Inicialmente, esse conhecimento era transmitido oralmente, sendo os idosos os detentores desta sabedoria. Com o advento da escrita esse saber passou a ser registrado e preservado como um tesouro valioso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 80% da população mundial, principalmente a dos países em desenvolvimento, utiliza práticas tradicionais, como por exemplo, as plantas medicinais para suprir as suas necessidades básicas de saúde.



As plantas medicinais devem ser utilizadas de forma cuidadosa. Para isso, é fundamental que o usuário tenha um conhecimento adequado sobre as finalidades terapêuticas e riscos. A falta de entendimento científico sobre o uso de plantas medicinais pode acarretar reações alérgicas, interações com medicamentos convencionais que podem comprometer tratamentos em andamento.

Além disso, o uso inadequado de plantas medicinais também pode levar a superdosagem, resultando em intoxicações graves e, em casos extremos, até mesmo à morte. Portanto, é essencial buscar orientação de profissionais qualificados antes de utilizar qualquer tipo de planta medicinal.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde como, por exemplo, enfermeiros, farmacêuticos e médicos, estejam familiarizados com o uso de plantas medicinais, a fim de oferecer orientações sobre seu uso seguro e racional. Além disso, é importante que conheçam as plantas mais comuns em sua região de atuação, promovendo uma integração entre o conhecimento popular e o científico.

As plantas medicinais podem ser utilizadas na forma de chás, droga vegetal, fitoterápicos e fitofármacos.



3. CHÁS MEDICINAIS

Uso responsável de chás medicinais

Os chás medicinais são uma forma farmacêutica muito utilizada devido a facilidade de sua preparação.

Riscos associados ao uso de plantas medicinais

Um dos principais riscos é a possibilidade de interação com medicamentos prescritos pelos médicos. Essas interações podem alterar a eficácia dos medicamentos ou aumentar o risco de efeitos colaterais. Além disso, alguns chás medicinais podem ser contraindicados para pessoas com condições de saúde pré-existent.

Importância da comunicação com profissionais de saúde

Para garantir a segurança e a eficácia do tratamento, é essencial que o paciente informe aos profissionais de saúde sobre o uso de plantas medicinais. Essa comunicação permite que os riscos e benefícios associados ao uso de chás medicinais sejam avaliados permitindo orientações personalizadas.



4. FORMAS DE PREPARO DOS CHÁS MEDICINAIS

Os principais métodos de preparo de chás medicinais são a maceração, a infusão e a decoção.

O que é maceração?

A maceração é um processo que envolve mergulhar a planta medicinal em água potável (quente ou fria) durante um tempo determinado, permitindo que seus componentes sejam extraídos. O tempo de imersão varia de acordo com a espécie da planta, então é importante seguir as instruções corretas.



Como preparar um macerado

1. Pese a quantidade recomendada da planta ou utilize medidas caseiras.
2. Lave bem a planta e corte-a em pedaços pequenos.
3. Coloque os pedaços em um frasco limpo e adicione água potável.
4. Coe a mistura e seu chá estará pronto para o consumo. Se for necessário armazenar por um período curto, feche o recipiente e envolva-o com papel alumínio para proteger a mistura da luz.

Agora é sua vez!

Com essas etapas simples, você pode preparar seu próprio macerado e aproveitar os benefícios das plantas medicinais. Lembre-se de seguir as instruções corretas.

O que é infusão?

A infusão é um método que utiliza planta fresca ou seca e água potável quente para extrair os princípios ativos das folhas, inflorescências e ou frutos.

Como preparar um infuso

1. Utilize a quantidade recomendada da planta.
2. Lave a planta e corte-a em pedaços pequenos.
3. Coloque a planta na xícara de chá.
4. Adicione 150 mL de água quente.
5. Cubra a xícara e deixe em repouso por 10 a 15 minutos.
6. Após o tempo de repouso, coe o líquido.



Pronto! Seu infuso está pronto para ser utilizado.

O produto resultante da infusão é o infuso, também conhecido como abafado.



O que é decocção?

A decocção é um processo simples e eficaz para extrair os princípios ativos das plantas medicinais. Esse método utiliza a planta seca, cortada em pequenos pedaços e imersa em água potável para cozimento.

A decocção é ideal para extrair os benefícios das partes mais duras da planta, como: raízes, cascas, frutos, sementes e folhas coriáceas (folha espessa, rígida e resistente, mas ainda flexível).

Como preparar um decocto

1. Pese a quantidade recomendada da planta ou utilize medidas caseiras.
2. Lave e corte a planta em pequenos pedaços.
3. Coloque os pedaços em um recipiente com 150 mL de água e leve ao fogo, deixando ferver por 10 a 15 minutos com o recipiente tampado.
4. Após o cozimento, coe a mistura e o chá estará pronto para consumo.

Dicas importantes

- Utilize um recipiente de inox ou vidro para evitar contaminação.
- Siga as instruções de cozimento para evitar perda de nutrientes.



5. OUTRAS FORMAS DE UTILIZAÇÃO DAS PREPARAÇÕES DE PLANTAS MEDICINAIS

Compressa: Uma técnica eficiente para aliviar lesões e inflamações

A compressa é uma forma simples e eficaz de aplicar os princípios ativos das plantas medicinais diretamente sobre a pele lesionada ou inflamada.

Como preparar uma compressa

1. Prepare o infuso ou decocto da planta indicada.
2. Deixe o líquido esfriar até alcançar uma temperatura agradável para o toque.
3. Umedeça o algodão, gaze ou pano limpo no líquido (chá medicinal).
4. Aplique a compressa sobre o local lesionado.

Dicas importantes

- Certifique-se de que o líquido esteja em uma temperatura confortável para evitar queimaduras ou desconforto.
- Utilize um material limpo e macio para evitar irritações ou alergias.



Banho de assento

O banho de assento é uma técnica onde a região perineal (área entre as pernas, incluindo ânus e órgãos genitais) é imersa em água morna ou decocto.

Como realizar o banho de assento

1. Prepare o decocto da planta medicinal recomendada e coe-o.
2. Deixe a preparação esfriar até ficar morna.
3. Coloque a preparação em um recipiente higienizado, como uma bacia.
4. Sente-se de modo que a preparação cubra a região do quadril e das nádegas.
5. Permaneça imerso por 15 a 20 minutos.
6. Após o uso, descarte a preparação e higienize o recipiente.

Dicas importantes

- Antes de realizar o banho de assento, faça a higiene íntima.
- Certifique-se de que o recipiente esteja higienizado antes de usar.



Inalação

Esta técnica envolve a inalação de vapores aromáticos produzidos por plantas ricas em óleos essenciais. Esses vapores são absorvidos pelo organismo, promovendo alívio e bem-estar.

Como preparar a inalação

1. Prepare o infuso da planta medicinal recomendada.
2. Realize a inalação do vapor por meio da inspiração nasal e expiração bucal, de forma alternada.
3. Utilize um funil de papel adaptado ao nariz ou um nebulizador para facilitar o processo.



6. PLANTAS MEDICINAIS DISPONÍVEIS NA RENISUS

Existe uma lista de plantas medicinais de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lista é chamada de Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (Rennisus).

A Importância da Rennisus

- Orienta pesquisas e estudos para o desenvolvimento de fitoterápicos seguros e eficazes.
- Prioriza a alocação de recursos e pesquisas em espécies vegetais medicinais de interesse público.
- Contribui para a promoção da segurança e eficácia de plantas medicinais e fitoterápicos.
- Fortalece estudos científicos promovendo o desenvolvimento tecnológico e a inovação de medicamentos.

Quantas plantas estão na lista?

Atualmente, há 71 espécies de plantas medicinais incluídas nessa lista.

Conhecendo as plantas medicinais do Rennisus

Nesta cartilha você terá a oportunidade de conhecer 10 plantas medicinais da Rennisus, cada uma com seus próprios benefícios e propriedades.

Nas próximas páginas, vamos explorar cada uma dessas plantas, descobrindo como elas podem ser utilizadas para promover a saúde e o bem-estar utilizando informações confiáveis.

Lembre-se:

Nem tudo que se encontra na internet é seguro ou eficaz.

SIGA as orientações médicas!



Plantas medicinais disponíveis na Rennisus

- Arruda (*Ruta graveolens* L.)
- Boldo (*Coleus barbatus* (Andrews) Benth.)
- Copaíba (*Copaifera langsdorffii* Desf.)
- Cúrcuma (*Curcuma longa* L.)
- Espinheira-santa (*Monteverdia ilicifolia* Mart. ex Reissek) Biral)
- Gengibre (*Zingiber officinale* Roscoe)
- Guaco (*Mikania glomerata* Spreng. ou *M. laevigata* Sch.Bip. ex Baker)
- Hortelã (*Mentha arvensis* L., *M. piperita* L. ou *M. villosa* Huds)
- Maracujá (*Passiflora alata* Curtis, *P. edulis* Sims ou *P. incarnata* L.)
- Tanchagem (*Plantago major* L.)



Arruda (*Ruta graveolens* L. - Rutaceae)

Você sabia que a arruda é uma erva perene nativa da região mediterrânea?

Essa planta pertence à família Rutaceae e é cultivada em muitos países, sendo utilizada há séculos na medicina popular por suas propriedades terapêuticas.

A arruda tem sido usada na medicina popular para tratar problemas oculares e tem sido tradicionalmente associada à proteção contra o mau-olhado. No entanto, a arruda **NÃO** deve ser utilizada nos olhos, pois pode provocar irritações e outros efeitos indesejáveis.

Cuidados e Contraindicações:

Não é recomendada para:

- Mulheres grávidas (devido ao risco de aborto) ou lactantes
- Pacientes com histórico de insuficiência cardíaca ou arritmias bem como aqueles que utilizam medicamentos para tratar pressão alta.

Parte Utilizada: Folhas e caule

Modo de Uso: Banho e infusão.

Indicações Terapêuticas: Tratar estresse, dor de cabeça, distúrbios menstruais e inflamações na pele; combater piolhos e lêndeas.



Boldo (*Coleus barbatus* (Andrews) Benth. - Lamiaceae)

Você sabia que o boldo também é conhecido como boldo-brasileiro, boldo-do-jardim e boldo-nacional, mas é originário da Índia? Ele pertence à família Lamiaceae.

Cuidados e Contraindicações:

- Não deve ser utilizado por gestantes, lactantes, crianças, hipertensos e portadores de obstrução das vias biliares.
- Não usar no caso de tratamento com metronidazol ou dissulfiram, medicamentos depressores do SNC e anti-hipertensivos.
- Doses acima das recomendadas e utilizadas por um período de maior do que os recomendados podem causar irritação gástrica.

Parte Utilizada: Folhas

Modo de Uso: Uso oral

Indicações Terapêuticas: Em casos de indigestão (dispepsia) caracterizada por um conjunto de sintomas como dor, queimação ou desconforto na região superior do abdômen.



Copaíba (*Copaifera langsdorffii* Desf. - Fabaceae)

Você sabia que as copaibas podem ser arbustos ou árvores que são encontradas na América Latina e África Ocidental? No Brasil, ocorrem nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Amazônica, onde recebe outros nomes populares como pau-d'óleo e copaibeira. O óleo-resina é extraído através da perfuração de seu tronco.

Cuidados e Contraindicações:

- Existem poucas informações sobre os efeitos adversos.
- Em altas doses provoca náuseas, vômitos, diarreias com cólicas, febre e erupções cutâneas.

Parte Utilizada: Óleo-resina

Modo de Uso: Pomada

Indicações Terapêuticas: Anti-inflamatório, antisséptico e cicatrizante.



Cúrcuma (*Curcuma longa* L. - Zingiberaceae)

Você sabia que a cúrcuma é originária do Sudeste Asiático, com foco principal na Índia? É também conhecida como açafrão-da-terra.

Cuidados e Contraindicações:

- Evitar uso por gestantes e lactantes.
- Pacientes com distúrbios hemorrágicos e obstrução dos ductos biliares.
- Pacientes com histórico de úlceras devem utilizar a planta com cautela.
- Possíveis interações com agentes coagulantes (efeitos aditivos), agentes imunossupressores (redução dos efeitos), anti-inflamatórios não esteroidais (aumenta o risco de sangramento).
- Pode causar dermatite de contato.

Parte Utilizada: Rizomas secos

Dose: 1,5 g em 150 mL de água

Modo de Uso: Infusão/uso interno

Indicações Terapêuticas: Antidispéptico e anti-inflamatório.



Espinheira-santa (*Monteverdia ilicifolia* (Mart. ex Reissek) Biral) - Celastraceae)

Você sabia que a espinheira-santa é uma planta nativa do Brasil, pertencente à família Celastraceae? É uma árvore de pequeno porte, que atinge até 5 m de altura, amplamente reconhecida por suas propriedades medicinais.

Cuidados e Contraindicações:

- Não deve ser usada durante a gravidez, lactação.
- Em crianças menores de seis anos.
- Há indícios que o uso de espinheira-santa causa redução do leite materno.

Parte Utilizada: Folhas

Dose: 3 g de folhas secas em 150 mL de água. Tome 150 mL do infuso logo após o preparo, três a quatro vezes ao dia, por até 28 dias.

Modo de Uso: Infuso, cápsulas ou comprimidos contendo extrato seco.

Indicações Terapêuticas: Antidispéptico, antiácido e protetor da mucosa gástrica.



Gengibre (*Zingiber officinale* Roscoe - Zingiberaceae)

Você sabia que o gengibre é uma erva perene originada do Sudeste Asiático, mais especificamente da região da Ilha de Java, Índia e China? É uma planta da família Zingiberaceae, sendo utilizado amplamente na culinária e na medicina.

Cuidados e Contraindicações:

- Não deve ser usado doses maiores que 1 colher de café por dia (0,5 g) durante a gravidez e lactação.
- Pacientes que tomam anticoagulantes só devem utilizar a planta sob supervisão médica, pois pode aumentar risco de sangramento.
- Não é recomendado para crianças menores de 6 anos.
- É contraindicado para pessoas com úlcera péptica, colite, doença hepática, cálculo biliar e hipertensão arterial.

Parte Utilizada: Rizomas

Modo de Uso: Infusão ou decocção.

- Utilize 0,5 a 1,0 g do rizoma picado ou ralado para 150 mL de água.
- Deixe o recipiente tampado por pelo menos 10 minutos.
- Tome 2 a 4 vezes ao dia.
- Indicações Terapêuticas: Combater gases intestinais, náuseas e tratar problemas digestivos; aliviar sintomas de enjoo devido a movimento; tratar inflamações respiratórias e arteriosclerose e aliviar inflamações de boca e garganta.



Guaco (*Mikania glomerata* Spreng. ou *Mikania laevigata* Sch.Bip. ex Baker - Asteraceae)

Você sabia que o guaco também é conhecido como guaco-de-cheiro, cipó-caatinga ou erva-de-cobra? É uma planta medicinal originária da América do Sul, especialmente comum no Brasil. É uma trepadeira pertencente à família Asteraceae.

Cuidados e Contraindicações:

- Não utilizar em caso de tratamento com anti-inflamatórios não-esteroides. A utilização concomitante pode interferir na coagulação sanguínea.
- Doses acima das recomendadas podem provocar vômitos e diarreia.

Parte Utilizada: Folhas

Modo de Uso: Infusão

Utilize 3 g de folhas para 150 mL de água potável. Tomar 2 vezes ao dia, logo após o preparo. Folhas frescas também podem ser utilizadas no preparo de xarope.

Indicações Terapêuticas: Expectorante e broncodilatador. Tratamento de doenças respiratórias (bronquite e asma), gripe, tosse, e resfriado.



Hortelã (*Mentha arvensis* L., *M. piperita* L. ou *M. villosa* Huds - Lamiaceae)

Você sabia que a hortelã é uma erva aromática, anual ou perene, de origem europeia? As hortelãs pertencem à família Lamiaceae.

Cuidados e Contraindicações

- Não usar em gestantes, lactantes.
- É contraindicado para pessoas com cálculos biliares e obstrução dos ductos biliares e danos hepáticos severos.

Parte Utilizada: Folhas e partes aéreas floridas secas.

Modo de Uso: Infusão

1,5 g para 150 mL de água. Tome 150 mL do infuso três vezes ao dia.

Indicações Terapêuticas: Antiflatulento e antiespasmódico.



Maracujá (*Passiflora alata* Curtis, *P. edulis* Sims ou *P. incarnata* L. - Passifloraceae)

Você sabia que as espécies de *Passiflora* são de regiões tropicais de grande importância comercial? No Brasil, estas espécies são conhecidas como maracujá. Possui uso medicinal, cosmético, alimentício e ornamental.

Cuidados e Contraindicações

- Seu uso pode causar sonolência.
- Não usar quando em tratamento com sedativos e depressores do sistema nervoso.
- Não utilizar cronicamente.
- O uso por indivíduos de três a 12 anos deve ser sob orientação médica.

Parte Utilizada: Folhas

Modo de Uso: Infuso

3 g de folhas secas para 150 mL de água. Tomar 150 mL do infuso, 10 a 15 minutos após o preparo, duas a quatro vezes ao dia.

Indicações Terapêuticas: Ansiolítico e sedativo leve.



Tanchagem (*Plantago major* L. - Plantaginaceae)

Você sabia que a tanchagem é uma planta exótica da flora brasileira sendo originária da Europa e Ásia? A tanchagem é uma erva bienal ou perene, ereta, acaule, que atinge 20 a 30 cm de altura e pertence à família Plantaginaceae.

A tanchagem contém mucilagens, alcaloides, flavonoides, taninos, esteroides, saponinas e ácidos orgânicos. Esses constituintes são responsáveis pelas propriedades medicinais da planta.

Cuidados e Contraindicações

- Evite o uso em pacientes com hipotensão arterial, obstrução intestinal e gestantes.
- Não engula o infuso após o bochecho e gargarejo.
- Não utilize a casca da semente.

Parte Utilizada: Folhas e sementes.

Modo de Uso: Infusão

Adicione 6-9 g de folhas secas em 150 mL de água; faça bochechos ou gargarejos três vezes ao dia.

Indicações Terapêuticas: Anti-inflamatório e antisséptico da cavidade oral.



7- INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: UM RISCO SIGNIFICATIVO

Você sabia que o uso conjunto de medicamentos pode representar um problema significativo para a saúde? As interações entre medicamentos podem resultar em efeitos adversos graves.

Fatores de Risco

Vários fatores podem aumentar o risco de interações medicamentosas, incluindo:

- Idade avançada;
- Uso simultâneo de múltiplos medicamentos;
- Automedicação.

Plantas Medicinais e Interações

As plantas medicinais, utilizadas para fins terapêuticos, também podem provocar interações medicamentosas quando combinadas com outros remédios.

Para garantir a segurança dos pacientes, é essencial que:

- Os usuários de plantas medicinais recebam orientação de profissionais de saúde sobre seu uso seguro;
- Os profissionais de saúde estejam informados sobre as possíveis interações medicamentosas;
- Tome a dosagem recomendada pelo médico.

Em dosagem menor do que a recomendada, o medicamento pode não ter efeito. Se tomar uma dosagem superior à recomendada, você pode ter intoxicação e experimentar efeitos colaterais graves.

8. DICAS ESSENCIAIS PARA O USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Medição Correta

- Use um copinho medidor para garantir a dosagem correta.
- Lembre-se de que 1 colher de sopa corresponde a 15 mL.

Uso de Comprimidos

- Consuma os comprimidos inteiros, sem parti-los.
- A substância ativa pode não estar distribuída uniformemente em todas as partes do medicamento.

Riscos da Partição de Comprimidos

- Desigualdade entre as partes, resultando em variação de doses.
- Perda do produto devido à fragmentação.
- Comprometimento da eficácia do medicamento devido ao armazenamento inadequado do comprimido partido.

Lembre-se:

Sempre siga as orientações do médico e respeite as recomendações de dosagem para garantir a eficácia e segurança do tratamento.



GLOSSÁRIO

- **Fitoterapia:** uso de plantas medicinais para tratar e prevenir doenças;
- **Interações medicamentosas:** efeitos da combinação de plantas medicinais com outros medicamentos;
- **Eficácia dos medicamentos:** capacidade de um medicamento de funcionar como esperado, tratando ou prevenindo uma doença;
- **Reações adversas:** são efeitos negativos ou indesejados que podem ocorrer devido à interação da planta com o organismo, como alergias, intoxicação ou interação com outros medicamentos.
- **Efeitos colaterais:** reações adversas ao uso de plantas medicinais;
- **Indicação terapêutica:** é o uso recomendado de um medicamento ou tratamento para tratar uma doença ou condição específica, como dor de cabeça ou hipertensão.
- **Princípios ativos:** substâncias químicas responsáveis pelos efeitos terapêuticos;
- **Dosagem e posologia:** quantidade e frequência de uso;
- **Contraindicações:** situações em que o uso de uma planta medicinal é desaconselhado.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, V.L.; SILVA, C.G.; CAMPANA, P.R.V. Flavonoids of *Passiflora*: Isolation, structure elucidation and biotechnological application. Chapter 9. *Studies in Natural Products Chemistry (Bioactive Natural Products)*. Atta-ur-Rahman (Ed.), Science Publishers, Amsterdam, The Netherlands, V. 71, p. 263-310, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sistematizadas da relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS: *Curcuma longa* L., Zingiberaceae – Açafrão-da-terra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sistematizadas da relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS: *Mikania glomerata* Spreng., Asteraceae – Guaco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações sistematizadas da relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS: *Passiflora incarnata* Linnaeus, Passifloraceae – Maracujá-vermelho**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CONCEIÇÃO, C.C.C. et al. Desenvolvimento da agrobiodiversidade: Estudo etnobotânico de plantas medicinais na Comunidade de Boa Esperança, no Município de São João de Pirabas, Pará. *Biodiversidade Brasileira*, v.13, n.2, p.1-14, 2023.

FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO MUNICIPAL BOTICA DA FAMÍLIA. *Plantas medicinais*. Campinas, SP: Farmácia de Manipulação Municipal Botica da Família, 2018.

GOEBEL, M.J.B.; SOUZA, A.C.R. Levantamento das plantas medicinais utilizadas por usuários de três unidades de saúde públicas do município de Vilhena - RO. *Revista Saber Científico*, v. 6, n. 2, p. 35-46, jul./dez., 2017.

GOMES, K.E.R. **Estudo etnofarmacológico visando a descoberta de compostos canabimiméticos através da metabolômica baseada em espectrometria de massas**. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) - Instituto de Química, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2024, 101p.

GONÇALVES, A.C.R.; MIRANDA, O.N.S.; ARAÚJO, L.L.N. Prospecção fitoquímica das folhas de *Copelifer langsdorffii* pertencente à família Leguminosae. *Revista Fases Ciências*, v.9, n.1, p.37-54, jan./jul., 2018.

GONÇALVES, R.N. et al. Plantas medicinais na Atenção Primária à Saúde: riscos, toxicidade e potencial para interação medicamentosas. *Revista APS*, v.25, n.1, p.120-153, jan.-mar., 2022.

LISBOA, A.J.M. et al. Análise fitoquímica de *Copelifer langsdorffii* Desf. *Revista Científica Sena Aires*, v.7, n.3, p.208-213, out./dez., 2018.

MACHADO, H.L. et al. Pesquisa e atividades de extensão em fitoterapia desenvolvidas pela Rede Fitocerrado: uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos por idosos em Uberlândia - MG. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v.16, n.3, p.527-533, 2014.

MEDEIROS, M.S.T.C. **Interações entre plantas medicinais recomendadas pela ANVISA e fármacos: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Universidade Federal de Alagoas, Instituto de Ciências Farmacêuticas, Maceió, 2020.

PIERI, F.A.; MUSSI, M.C.; MOREIRA, M.A.S. Óleo de copaíba (*Copelifer sp.*): histórico, extração, aplicações industriais e propriedades medicinais. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, v.11, n.4, p.465-472, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Cartilha das plantas medicinais da política intersecretorial de plantas medicinais e fitoterápicos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2021.

SEVERINO, V.G.P. et al. **De uma prosa e uma planta, um remédio: saberes tradicionais no uso medicinal de plantas na Comunidade Coqueiros**. Goiânia: UFG, 2021.

SOBREIRA, A.C.N. et al. **Guia prático: preparo e uso racional de chás medicinais**. Maceió: Ed. Dos Autores, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Cartilha preparações caseiras de plantas medicinais**. João Pessoa: UFPB, 2024.

CRÉDITOS

Fundação Ezequiel Dias

Presidente Felipe José Fonseca Attiê
Chefe de Gabinete Luiz Fernandes Miranda de Oliveira

DIRETORIA DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

Diretora Irene Albernáz Arantes
Assessoria André Pinheiro Brasil

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL - FUNED
Edição, diagramação

Elaboradores Tatiana Kelly Silva, Giovanni Machado e Vera Lúcia de Almeida

Verificadores

Mirela Castro Santos Camargos, Andréia Fonseca Silva, Cláudia Gontijo Silva.



ANEXO 1 – INSTRUMENTAL INSERÇÃO IDOSO



AVALIAÇÃO PARA INSERÇÃO NO PROGRAMA MAIOR CUIDADO

| CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO NO PROGRAMA MAIOR CUIDADO | |
|---|-------------------------------------|
| Pessoa idosa com 60 anos ou mais semidependente ou dependente; | |
| Residir em território de abrangência do CRAS e ser atendido ou acompanhado pelos serviços do CRAS; | |
| Ter cadastro e ser atendido na Unidade Básica de Saúde localizada no território de abrangência do CRAS; | |
| Renda familiar mensal até 3 salários mínimos ou percapita de ½ salário mínimo; | |
| Ter cuidador familiar em sua residência, preferencialmente; | |
| Pontuação maior ou igual a 60 pontos; | |
| 1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO | |
| Nome Social: _____ Como gostaria de ser chamado: _____ | |
| Idade: _____ | Telefone: _____ |
| Data de nascimento: _____ | Naturalidade: _____ |
| Nº do Cartão SUS: _____ | Zona Rural () Zona Urbana () |
| Endereço: Rua/Av: _____ Tempo que reside no território: _____ | |
| Nº: _____ | Complemento: _____ |
| Bairro: _____ | |
| Ponto de referência: _____ | |
| Cuidador principal: _____ | |
| Telefone: _____ | |
| Nome Social: _____ | |
| Idade: _____ | |
| Sexo: _____ | |
| Grau de parentesco com o idoso usuário: _____ | |
| Raça/cor: _____ | |
| Identidade de Gênero: _____ | |
| CRAS de Referência do Usuário: _____ | |
| Nº Cadastro do CRAS: _____ | |
| Nº do NIS: _____ | |
| Unidade Básica de Saúde: _____ | |
| Nº de cadastro do viver: _____ | |
| Nome do ACS: _____ | |
| Microárea: _____ | |

| Família - Com criança, adolescente, pessoa com deficiência ou mais de uma pessoa idosa em sua composição; () - Com adolescente em cumprimento de medida socioeducativa; () - Com integrante recluso ou egresso do sistema prisional; () - Com integrante em uso abusivo de álcool ou outras drogas; () - Com integrante com sofrimento mental; () - Com situações de conflitos que fragilizam os cuidados e dificultam cumprir funções de proteção e cuidados cotidianos; () - E/ou integrante que vivencia situação de isolamento () | | 11 | |
|--|---|--|---|
| Pessoa idosa - Depende de cuidados de terceiros e/ou com limitações de mobilidade, pela existência de barreiras no domicílio, dificultando a acessibilidade; () - Que permanece sozinha por longos períodos; () - Com deficiência e com dependência de cuidados de terceiros; () - Exposta a riscos, de isolamento social, exclusão, abandono; () - Que retorna ao ambiente familiar após acolhimento institucional; () - Com baixa participação nas atividades da família e da comunidade; () - Reside sozinho () | | 11 | |
| Cuidador familiar/Família extensa/ rede de apoio - Em situação de stress emocional ou físico ocasionado pelo cuidado com o idoso; () - Que tenha interrompido as atividades laborais ou esteja impossibilitado de realizá-las, em virtude da oferta continuada de cuidados diários; () - É uma pessoa idosa; () - Desempenha sozinho o papel de cuidador; () - Em uso abusivo de álcool ou outras drogas ou com sofrimento mental ou deficiência; () - Em tratamento prolongado por problemas de saúde; () | | 11 | |
| Total da pontuação | | | |
| 5.AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL | | | |
| <i>Avaliação Clínico Funcional – Quadro 1</i> | | | |
| Indicador | Descrição | Pontuação | |
| Auto percepção da saúde | Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, a pessoa idosa diria que sua saúde é: | () Regular ou Ruim (1 ponto) | () Excelente, muito boa ou boa (0 ponto) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Regular ou ruim • Excelente, muito boa ou boa. (Caso o idoso não possa responder, o cuidador ou familiar mais próximo poderá responder por ele.) | | |
| Fatores clínicos | Policomorbidades (> 5 doenças crônicas) ou Polifarmácia (uso regular de > 5 medicamentos/dia) | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Quais policomorbidades? Em oxigenoterapia domiciliar | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Presença de lesões cutâneas | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Internação recente (nos últimos 6 meses) ou Internações recorrentes nos últimos 2 anos | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| Fatores Relacionados à | Esquecimentos que dificultam ou impedem a realização de atividades do cotidiano (incapacidade cognitiva) | () (1 ponto) | () (0 ponto) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|----------------------|
| Cognição | Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação) | () Sim (2 pontos) | () Não (0 ponto) |
| | Desânimo, tristeza ou desesperança (avaliar o humor depressivo) | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| Fatores Relacionados à saúde mental | Distúrbios de sono (insônia, cochilos diurnos, dentre outros) | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Diagnóstico de Transtorno mental (Esquizofrenia, neurose grave, psicose...) | () Sim (2 pontos) | () Não (0 ponto) |
| Fatores Relacionados à mobilidade/deficiência | - Perda de peso não intencional (perda de peso que não aconteceu por decisão própria) de, no mínimo, 4,5Kg ou 5% no último ano () - Circunferência da panturrilha ≤ 31 cm () - Índice de massa corporal ≤ 22 Kg/m ² () - Obesidade mórbida IMC ≥ 40 Kg/m ² . () | () Sim (2 pontos) | () Não (0 ponto) |
| | - Incapacidade de segurar objetos pequenos ou de tocar a nuca com ambas as mãos e/ou Dificuldade para levantar e sentar da cadeira ou para andar e/ou 2 ou mais quedas no último ano e/ou uso de ortese/prótese | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Perda de urina ou fezes, de forma involuntária | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| Pontuação Total do Quadro 1 (Valor máximo 19 pontos) | | | |

Autonomia da Pessoa Idosa – Quadro 2-

A autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as suas ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras. Significa capacidade para decidir e depende diretamente da cognição e do humor.

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| Considerando os indicadores de cognição e saúde mental, a equipe avalia que o idoso é capaz de decidir e comandar a própria vida? | () Sim (0 ponto) | () Não (1 ponto) |
| Pontuação Total do Quadro 2 (Valor máximo 1 ponto) | | |

Avaliação Socioambiental – Quadro 3

| Indicador | Descrição | Pontuação | |
|---|--|-----------------------|-----------------------|
| Suporte familiar- suporte oferecido pelos familiares para o cuidado integral à pessoa idosa, conforme suas necessidades | Pessoa idosa recebe totalmente os cuidados necessários, porém, há sobrecarga ou dificuldade do cuidador/familiar. | () Sim (1 ponto) | () Não (0 ponto) |
| | Pessoa idosa recebe parcialmente os cuidados necessários, mesmo com algum suporte de cuidador/familiar. | () Sim (3 pontos) | () Não (0 ponto) |
| | Pessoa idosa não possui suporte de cuidador/familiar (mesmo com a existência de familiares no domicílio). | () Sim (4 pontos) | () Não (0 ponto) |
| Apoio Social | Pessoas de apoio na comunidade que colaboram cotidianamente com o cuidado do idoso. A pessoa idosa possui apoio social. () | () Sim (0 ponto) | () Não (2 pontos) |



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Secretaria Municipal
de Saúde

Secretaria Municipal de
Desenvolvimento Social, Trabalho
e Segurança Alimentar



| | | | |
|---|---|-----------------------|----------------------|
| Avaliação Ambiental (Qualquer um dos itens podem ser pontuados) | Condições da residência: áreas de locomoção; iluminação; banheiro; escadas. A residência da pessoa idosa possui barreira arquitetônica e/ou apresenta maior risco de queda e/ou condições precárias. | () Sim (2 pontos) | () Não (0 ponto) |
| Pontuação Total do Quadro 3 (Valor máximo 8 pontos) | | | |

Atividades de Vida instrumentais do idoso

Atividades de vida instrumentais referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com seu domicílio ou atividades domésticas

Quadro 4- Marcar uma opção por linha dos fatores funcionais

| Fatores funcionais | Independente (0 pontos) | Semidependente (1 ponto) | Dependente (2 pontos) | Pontuação | Avaliação da capacidade do cuidador familiar para atender essa necessidade Z=zero capacidade; IP=Imperfeito; MB=Muito bom |
|---|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------|--|
| Cozinhar e Cuidar da casa | () Não necessita de ajuda | () Necessita de ajuda parcial | () Não consegue | | |
| Fazer compras e controlar seu dinheiro | () Não necessita de ajuda | () Necessita de ajuda parcial | () Não consegue | | |
| Usar o telefone | () Não necessita de ajuda | () Necessita de ajuda parcial | () Não consegue | | |
| Tomar os Medicamentos | () Não necessita de ajuda | () Necessita de ajuda parcial | () Não consegue | | |
| Consegue acessar o CRAS ou UBS | () Sim | | () Não | | |
| Pontuação Total do Quadro 4 (Valor máximo 8 pontos). | | | | | |

Atividades de Autocuidado para a Vida Diária Básica do idoso

Referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com seu corpo ou autopreservação (autocuidado–suprir a necessidade humana básica).

Quadro 5 – Marcar uma opção por linha dos fatores funcionais

| Fatores funcionais | Independente (0 pontos) | Semidependente (1 ponto) | Dependente (2 pontos) | Pontuação | Avaliação da capacidade do cuidador familiar para atender essa necessidade Z=zero capacidade; IP=Imperfeito; MB=Muito bom |
|--------------------|---|---|--|-----------|---|
| Tomar banho | () Não necessita de ajuda. Toma banho sozinho. | () Necessita de ajuda no banho para lavar somente uma parte do corpo, como costas ou Perna ou cabeça | () Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| Vestir-se | () Pega as roupas no armário e veste-se completamente sem ajuda. | () Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. | () Requer ajuda para pegar as roupas no armário ou para se vestir ou não se veste sozinho. | | |
| Usar o vaso sanitário | () Vai ao banheiro, despe-se, limpa-se e arruma a roupa sem ajuda (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode usar bengala ou andador). | () Precisa de ajuda para ir ao banheiro ou para limpar-se ou para vestir-se após o uso do banheiro; ou para usar comadres e similares à noite. | () Não vai ao banheiro | | |
| Transferência | () Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador). | () Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com ajuda. | () Restrito ao leito. | | |
| Continência | () Controla inteiramente micção e evacuação. | () Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais ocasionais). | () Uso de fralda ou cateter; incontinência total. | | |
| Alimentação | () Alimenta-se sem ajuda. | () Alimenta-se sem ajuda (leva a comida do prato até a boca), exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. | () Requer ajuda para levar a comida do prato à boca; ou uso de sonda para se alimentar. | | |
| Pontuação Total do Quadro 6 (Valor máximo 12 pontos) * | | | | | |





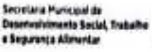



Total Geral da avaliação Clínico Funcional:

Pontos:

6. INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

| | |
|--------------------------|------------------------|
| CRAS: | |
| Técnico: | Data: |
| Assinatura: | |
| Unidade Básica de Saúde: | |
| Profissional de Saúde: | Prontuário Eletrônico: |
| Equipe: | Data: |
| Assinatura: | |

ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO IDOSO PMC

TERMO DE CONSENTIMENTO PROGRAMA MAIOR CUIDADO

Eu _____
portador da Carteira de Identidade _____, com domicílio na
rua _____ nº _____,
Bairro _____, do município de Contagem
(MG), responsável por _____ estou
ciente e de acordo com a inserção no Programa Maior Cuidado do Projeto: estudo e pesquisa
sobre a saúde da pessoa idosa, bem como com suas diretrizes e autorizo a permanência de
um cuidador na minha residência nos dias e horários pré-estabelecidos pela equipe do
Programa Maior Cuidado.

1 Programa Maior Cuidado

- 1.1 O Programa Maior Cuidado é ofertado pelo ISC/UFBA, a partir de uma parceria do Ministério da Saúde, em articulação com o Município de Contagem (MG) por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Trabalho e Segurança Alimentar;
- 1.2 É executado pela Fundação Escola Politécnica da Bahia (FEP) por meio de parceria com a UFBA;
- 1.3 Oferece um cuidador na atenção domiciliar a idosos dependentes ou semidependentes, identificados a partir do acompanhamento de famílias realizado pelas equipes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias - PAIF, nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e pelas Equipes de Saúde da Família;
- 1.4 Visa apoiar as famílias no cuidado domiciliar de rotina a idosos que vivenciam situações de vulnerabilidade por sua condição social e de saúde; pela ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária, prevenindo o agravamento das vulnerabilidades;
- 1.5 O cuidador do Programa deverá observar os princípios e as normas de conduta ética do *Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do Programa Maior Cuidado* e exercer as atribuições definidas pelo Projeto: estudo e pesquisa sobre a saúde da pessoa idosa, de acordo com as diretrizes do Programa;
- 1.6 A carga horária e a periodicidade do atendimento ao idoso, pelo cuidador, serão de acordo com o estabelecido pela equipe do Programa Maior Cuidado;
- 1.7 A família não terá nenhum ônus em razão da presença do cuidador no seu domicílio.

2 Cabe ao Cuidador

- 2.1 Seguir as orientações da equipe técnica do CRAS e dos profissionais da Unidade Básica 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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Secretaria Municipal
de Saúde

Secretaria Municipal de
Desenvolvimento Social, Trabalho
e Segurança Alimentar



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 eventualmente promovidos pelo ISC/UFBA, SMS e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Trabalho e Segurança Alimentar;
- 2.11 Participar das reuniões mensais com o CRAS e a Unidade Básica 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 equipe do Programa Maior Cuidado;
- 2.13 Manter uma relação de respeito e cooperação com a família;
- 2.14 Seguir as orientações estabelecidas pela equipe do Programa Maior Cuidado e aFEP em relação à sua conduta profissional;
- 2.15 Comunicar aos familiares sobre o cotidiano do idoso.

3 Cabe à família

- 3.1 Ler e estando de acordo, assinar este Termo de Consentimento;
- 3.2 Disponibilizar o acesso do cuidador à residência para o atendimento ao idoso;
- 3.3 Acolher as orientações dos profissionais da Assistência Social, da Saúde e do cuidador;
- 3.4 Respeitar o horário do cuidador e as suas atribuições;
- 3.5 Conhecer as atribuições do cuidador e facilitar a sua intervenção;
- 3.6 Respeitar as funções do cuidador determinadas pela equipe do Programa Maior Cuidado;
- 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 equipe do Programa Maior Cuidado;
- 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 Unidade de Saúde da Família, 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 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;
- 3.19 Solicitar junto à Unidade Básica 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 à Unidade Básica 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;



MINISTERIO DA
SAÚDE



Secretaria Municipal
de Saúde

Secretaria Municipal de
Desenvolvimento Social, Trabalho
e Segurança Alimentar



Instituto de
Saúde Coletiva

4 Estou ciente e de acordo que

- 4.1 O prazo de permanência do idoso no Programa será de até 18(dezoito) meses;
- 4.2 O Programa estabelece o rodízio de cuidadores, ou seja, haverá a troca do cuidador sempre que avaliado como necessário pela equipe do Programa Maior Cuidado;
- 4.3 O idoso poderá ser desligado do Programa por decisão da equipe do Programa Maior Cuidado conforme critérios pré-estabelecidos ou por opção da família;
- 4.4 A permanência do idoso no Programa está condicionada ao cumprimento das atribuições que cabem à família, relacionadas neste documento;
- 4.5 O cuidador se ausentará do atendimento ao idoso pelos seguintes motivos: capacitação, reuniões com CRAS e UBS e força maior;
- 4.6 Não há possibilidade de escolha do cuidador referente ao gênero, idade, etnia, orientação sexual.

Idoso

Familiar ou responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

Contagem, _____ de _____ de 20_____.





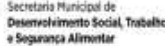



ANEXO 3 – ROTINA DE CUIDADOS DA SAÚDE



ROTINA DE CUIDADOS DA SAÚDE – PROGRAMA MAIOR CUIDADO

UBS: _____ Nome do Idoso: _____
 Data Nascimento: _____ Endereço: _____
 _____ Data de Inclusão no Programa: _____
 Perfil do Idoso: () Semidependente () Dependente Cuidador: _____
 Data de preenchimento da Rotina: _____ Data prevista para reavaliação da Rotina: _____
 Técnico responsável pelo preenchimento: _____
 Informar aqui eventuais mudanças de cuidador e data da mudança: _____
ALERGIAS: _____

| Objetivos | Orientação de cuidados da Saúde da Família | |
|---|--|----------------------------|
| | Respiração | Instruções para o cuidador |
| Reduzir internação hospitalar não planejada | () Em uso de oxigenoterapia | |
| | () Em uso de traqueostomia | |
| | () Faz uso de micronebulização | |
| | () Faz uso de BIPAP | |
| | () Problemas diagnosticados (cansaço, cheira, tosse, ...) | |
| | Eliminação - Urina | Instruções para o cuidador |
| Reduzir infecção urinária | () Quantidade habitual | |
| | () Usa cateter vesical de alívio | |
| | () Usa cateter vesical de demora | |
| | () Usa fraldas | |
| | () Problemas percebidos (dor, mau cheiro, pus, sangue, ...) | |
| | Eliminação - Fezes | Instruções para o cuidador |
| | () Quantidade habitual | |
| | () Mais de dois dias sem evacuar | |
| | () Hemorroida | |
| | () Uso de bolsa de colostomia | |
| | () Usa fraldas | |
| | () Problemas percebidos (cor, consistência, pus, sangue, ...) | |
| | Alimentação | Instruções para o cuidador |
| Melhorar condição nutricional | () Aceitação habitual | |
| | () Engasgo | |
| | () Consistência (pastosa, com espessante, líquida, normal) | |
| | () Em uso de sonda pelo nariz | |
| | () Em uso de gastrostomia | |
| | () Problemas percebidos (recusa, vômito...) | |
| | () Acompanhado pelo Nasf | |
| () Orientação nutricional | | |
| | Hidratação | Instruções para o cuidador |
| Reduzir infecção urinária | () Aceitação | |
| | () Engasgo | |
| | () Uso de espessante | |
| | () Volume | |

|         | | |
|--|--|-----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Uso de soro subcutâneo <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (recusa, vômito...) <input type="checkbox"/> Orientação nutricional | |
| | Saúde bucal | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Tem dentes <input type="checkbox"/> Usa prótese - fixa ou removível / superior/inferior <input type="checkbox"/> Frequência de higiene da boca <input type="checkbox"/> Frequência de higiene da prótese <input type="checkbox"/> Última avaliação da saúde oral <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (cor, pus, sangue, feridas, próteses em mau estado de conservação...) | |
| | Mobilidade | Instruções para o cuidador |
| Reduzir risco de quedas | <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda ou supervisão <input type="checkbox"/> Estimular pequenos deslocamentos <input type="checkbox"/> Restrito ao domicílio <input type="checkbox"/> Usa algum dispositivo de marcha (andador, bengala, muletas) <input type="checkbox"/> Usa cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Restrito ao leito <input type="checkbox"/> Mudança de posição <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Sair de casa <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (amputação, atrofia, tremor, deformidades, espasmos musculares...) <input type="checkbox"/> Observação da casa (tapetes, degraus, etc) | |
| | Cuidados com o corpo e com a pele | Instruções para o cuidador |
| Reduzir risco de feridas | <input type="checkbox"/> Unhas limpas e curtas <input type="checkbox"/> Pele ressecada <input type="checkbox"/> Coceira <input type="checkbox"/> Pele fina <input type="checkbox"/> Presença de áreas de sofrimento na pele <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Presença de bolhas <input type="checkbox"/> Presença de feridas <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (assaduras, vermelhidão, manchas insensíveis, equimoses, hematomas...) | |
| | Curativos simples | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Necessita de curativo <input type="checkbox"/> Frequência de troca <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (dificuldades na cicatrização, edema, secreção, pus, mau cheiro, aumento da área...) | |
| | Sono | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Sonolência diurna <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Problemas percebidos (sono entrecortado, roncos...) | |
| | Saúde Mental | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade exagerada <input type="checkbox"/> Desorientação <input type="checkbox"/> Desinibição <input type="checkbox"/> Alteração da memória <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Diagnóstico prévio de demência (Alzheimer, Mista, Corpos de | |

| | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| | Lewy, Vascular...) | |
| | <input type="checkbox"/> Outras doenças neurodegenerativas (Parkinson, ELA,...) | |
| | <input type="checkbox"/> Acompanhado pelo NASF | |
| | Outras doenças que requeiram atenção | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Hipertensão | |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | |
| | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| | <input type="checkbox"/> Osteoartrose | |
| | <input type="checkbox"/> DPOC | |
| | <input type="checkbox"/> Neoplasia | |
| | <input type="checkbox"/> Sequela de AVE | |
| | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |
| | <input type="checkbox"/> Doenças infecto-contagiosas (TBC, hanseníase, HIV,...) | |
| | Hábitos de vida | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Tabagista | |
| | <input type="checkbox"/> Alcoolista | |
| | <input type="checkbox"/> Outras dependências | |
| | Medicamentos | Instruções para o cuidador |
| Reduzir idas à emergência | <input type="checkbox"/> A família administra | |
| | <input type="checkbox"/> O próprio idoso se medica | |
| | <input type="checkbox"/> Prescrição médica atualizada | |
| | <input type="checkbox"/> Automedicação | |
| | Prescrição Habitual | Instruções para o cuidador |
| | <input type="checkbox"/> Uso tópico | |
| | <input type="checkbox"/> Uso injetável | |
| | <input type="checkbox"/> Insulina | |
| | <input type="checkbox"/> Uso inalatório | |
| | <input type="checkbox"/> Micronebulização | |
| | <input type="checkbox"/> Spray | |
| | <input type="checkbox"/> Uso Oral | |
| | <input type="checkbox"/> Uso retal | |
| | <input type="checkbox"/> Supositório | |
| | Sinais de Alerta | Instruções para o cuidador |
| Qualificar o acesso aos serviços | <input type="checkbox"/> Alteração da cor da pele (roxa ou azulada) | |
| | <input type="checkbox"/> Confusão mental | |
| | <input type="checkbox"/> Agitação | |
| | <input type="checkbox"/> Prostração | |
| | <input type="checkbox"/> Presença de falta de ar, chiadeira, tosse, cansaço | |
| | <input type="checkbox"/> Recusa alimentação ou hidratação | |
| | <input type="checkbox"/> Febre | |
| | <input type="checkbox"/> Vômito | |
| | <input type="checkbox"/> Diarréia | |
| | <input type="checkbox"/> Mais de 3 dias sem evacuar espontaneamente | |
| | <input type="checkbox"/> Sangramento | |
| | <input type="checkbox"/> Redução ou ausência de urina | |
| | <input type="checkbox"/> Inchaço | |
| | <input type="checkbox"/> Presença de dor | |
| | <input type="checkbox"/> Mau cheiro na ferida | |

| RESULTADOS ESPERADOS |
|--|
| Redução do estresse do cuidador |
| Redução de Internação hospitalar não planejada |
| Redução de Fratura femural |
| Redução de Feridas |
| Redução de Infecção urinária |
| MONITORAMENTO |
| Ocupação do tempo |
| Acesso a serviços |
| Infecção urinária |
| Cuidados com a pele |
| Condição nutricional |
| Condição funcional |
| Inserção no NASF |
| Idas a urgências |
| Quedas |
| Hospitalização |

ANEXO 4 – ROTINA DE CUIDADOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL




ROTINA DE CUIDADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PROGRAMA MAIOR CUIDADO


CRAS: _____ Nome do Idoso: _____
 Data Nascimento: _____ Endereço: _____
 _____ Data de Inclusão no Programa: _____
 Perfil do Idoso: () Semidependente () Dependente Cuidador: _____
 Data de preenchimento da Rotina: _____ Data prevista para reavaliação da Rotina: _____
 Técnico responsável pelo preenchimento: _____
 Informar aqui eventuais mudanças de cuidador e data da mudança: _____

| Eixo | Objetivo(s) | Ações |
|------------------------------------|--|---|
| Função Protetiva da Família | <ul style="list-style-type: none"> Apoiar a família nos cuidados com os idosos, na melhoria da sua qualidade de vida. | () Realizar os cuidados com o idoso conforme as orientações do CRAS e UBS. |
| | | () Apoiar a realização de atividades envolvendo a pessoa idosa e seus familiares com, a organização dos espaços acessíveis na moradia, da higiene do ambiente, os horários e lembretes para a ingestão de medicação. |
| | | () Dar suporte ao idoso nas atividades de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, realizar a higiene pessoal, alimentar-se, tomar sol, deslocar-se pelo território, entre outras. |
| | | () Reforçar as orientações do CRAS e USF sobre a manutenção de um ambiente acolhedor e humanizado onde o idoso permanece, bem como as orientações sobre acessibilidade e segurança. |
| | | () Valorizar as ações de cuidado do cuidador familiar. |
| | | () Incentivar a família a participar de reuniões e ações desenvolvidas pelo CRAS e USF. |
| | | () Incentivar o cuidador familiar a participar de ações de lazer, esporte e cultura presentes no território. |
| | | () Apoiar o cuidador familiar para que possa dispor de momentos de descanso, autocuidado e acesso adireitos. |
| | | () Orientar a família sobre perigos iminentes no domicílio que possam dificultar a locomoção do idoso, como cadarços desamarrados, barra da calça, chinelos, tapetes, animais, dentre outros. Objetos cortantes que causem risco ao idoso. |
| | | () Apoiar a família para que o idoso compareça às consultas e exames médicos, lembrando-os das datas agendadas, dos documentos necessários e situações importantes de serem relatadas referentes ao idoso. |
| | | () Estimular a família a considerar as preferências alimentares do idoso, respeitando as restrições e orientações da Saúde. Quando for necessário e a partir da orientação do CRAS, o cuidador deverá preparar o alimento do idoso. |
| | | () Incentivar a participação da família em atividades de estimulação cognitiva, com momentos de escuta e de conversa com o idoso e nos passeios e caminhadas. |
| | | () Apoiar e acompanhar o idoso nas atividades externas como uma caminhada, um evento social, no território. |
| | | () Construir com a família um caderno de registros, contendo os cuidados dispensados, as falas, momentos significativos e história de vida do idoso. |

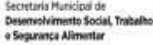
| Eixo | Objetivo(s) | Ações |
|---------------------------------------|---|--|
| Vínculos Familiares e Comunitários | <ul style="list-style-type: none"> Contribuir para a participação do idoso nos espaços de convivência familiar e comunitária | <input type="checkbox"/> Organizar o ambiente onde o idoso permanece, mantendo-o limpo e arejado e incentivar a família a manter nesse ambiente os objetos pessoais do idoso que fazem parte da sua história de vida. |
| | | <input type="checkbox"/> Incentivar a participação do usuário e familiares nas atividades coletivas do CRAS, dentro do horário de atendimento, permanecendo com o idoso durante o encontro. |
| | | <input type="checkbox"/> Incentivar o idoso e a família a visitar parentes e amigos residentes na comunidade. |
| | | <input type="checkbox"/> Estimular a visita e acompanhar o idoso a espaços da comunidade. |
| | | <input type="checkbox"/> Estimular a família a valorizar as datas significativas para o idoso. |
| | | <input type="checkbox"/> Estar atento às atividades sociais e cotidianas já realizadas pela família, que possam ter a participação do idoso e incentivar a família a envolvê-lo. |
| | | <input type="checkbox"/> Promover e incentivar a aproximação dos familiares e amigos com o idoso e orientá-los a dispensar os cuidados necessários ao idoso. |
| Desenvolvimento da autonomia do idoso | <ul style="list-style-type: none"> Contribuir para que o idoso vivencie experiências que favoreçam a manutenção da autonomia, da independência e das condições de bem-estar. | <input type="checkbox"/> Incentivar o idoso a realizar as atividades que ele consegue fazer sozinho. |
| | | <input type="checkbox"/> Estabelecer rotina de planejamento de atividades com o idoso. |
| | | <input type="checkbox"/> Recuperar hábitos e habilidades do idoso e estimulá-lo a realizar atividades artísticas, culturais e religiosas, de acordo com o seu interesse, como: pintar, tocar um instrumento musical, atividades artesanais, escrever, ler, ouvir música, cuidar de plantas. |
| | | <input type="checkbox"/> Estimular o idoso a se cuidar, mantendo a sua vaidade e autoestima. |
| | | <input type="checkbox"/> Estimular o idoso a participar de atividades lúdicas e de estimulação cognitiva e intelectual. |
| | | <input type="checkbox"/> Incentivar/respeitar o idoso a realizar escolhas e a tomar decisões. |
| | | <input type="checkbox"/> Supervisionar as atividades instrumentais da vida prática realizadas pelo idoso, prevenindo riscos. |
| | | <input type="checkbox"/> Sensibilizar a família sobre a importância de preservar a autonomia do idoso. |
| | | <input type="checkbox"/> Incentivar a família a acompanhar o idoso nas atividades, permitindo que ele as realize. |
| | | <input type="checkbox"/> Estabelecer rotina de contextualização espaço-temporal com o idoso, promovendo atividades de caminhar com ele no território para que reconheça a comunidade, resgatar sua história de vida por meio dos registros fotográficos, cartas e outros materiais que favoreçam sua localização no tempo e no espaço. |
| | | <input type="checkbox"/> Desenvolver atividades que preservem e estimulem a autonomia, a participação social do idoso, favorecendo o fortalecimento da proteção mútua entre os membros da família. |
| | | <input type="checkbox"/> Promover o diálogo constante com o idoso, envolvendo a família e a comunidade. |
| | | <input type="checkbox"/> Resgatar e valorizar a história de vida do idoso, da família e da comunidade. |
| Garantia de direitos | <ul style="list-style-type: none"> Contribuir para o acesso a serviços, programas, projetos, benefícios socioassistenciais, transferência de renda e CADÚNICO, bem como a outras Políticas Públicas setoriais. | <input type="checkbox"/> Informar ao CRAS as demandas do idoso e sua família. |
| | | <input type="checkbox"/> Contribuir com orientações para a família sobre os serviços públicos existentes e ofertas da rede socioassistencial no território. |
| | | <input type="checkbox"/> Apoiar a família na garantia de acesso do idoso aos serviços públicos. |
| | | <input type="checkbox"/> Sensibilizar a família quanto à importância do apoio ao idoso para acesso aos direitos, e a convivência familiar e comunitária. |




MINISTÉRIO DA SAÚDE




Secretaria Municipal de Saúde






TRABALHO PELA VIDA



Universidade Federal da Bahia



Instituto de Saude Coletiva

Universidade Federal da Bahia

| RESULTADOS ESPERADOS |
|--|
| Família retoma o cuidado |
| Pessoa idosa inserida nos serviços do CRAS |
| Acesso a benefícios |
| INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO |
| Sai de casa |
| Recebe visitas |
| Convivência familiar |
| Convivência comunitária |
| Evitar ILPI |
| Acesso a serviços socioassistenciais |
| Acesso a transferência de renda |
| Acesso a benefícios socioassistências |
| INCLUSÃO SOCIAL DO CUIDADOR FAMILIAR |
| Redução do estresse/Adoecimento do cuidador |
| Inclusão do cuidador em grupos de Assistência |
| Prática de Atividade Física |
| Participação em grupos da rede socioassistencial e comunitária ou território |

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da efetividade do Programa Maior Cuidado sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG)

Pesquisador: Berenice Temoteo da Silva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 67899123.0.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.101.981

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo "Apresentação do Projeto" e nos campos "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento PB Informações Básicas do Projeto, submetido na data de 22/08/2024.

INTRODUÇÃO: O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. O impacto desse fenômeno sobre os serviços sociais e de saúde será crescente nas próximas décadas. Encontram-se evidências de uso inadequado e evitável dos serviços de saúde por parte da população idosa, gerando grandes custos para o sistema da saúde. Além disso, a maioria dos cuidados às pessoas idosas é prestado por membros da família, sem a qualificação necessária para desempenhar este papel e sem receber nenhum tipo de apoio institucional. Isso gera cuidados de baixa qualidade, utilização inadequada dos serviços de saúde e altos níveis de estresse dos familiares cuidadores de pessoas neste grupo etário (GIACOMIN, et al, 2018; SILVA, et al, 2017; SOUZA, PEIXOTO, 2017). A articulação entre as áreas de saúde e assistência social, considerada como imprescindível para a provisão efetiva de cuidados para grupos vulneráveis como as pessoas idosas, constitui ainda um grande desafio no Brasil. Alguns aspectos dessa problemática podem ser assinalados da seguinte maneira: limitada formação de trabalhadores comunitários de saúde (ou agentes comunitários de saúde)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br



Continuação do Parecer: 7.101.981

na atenção das necessidades específicas dos idosos dependentes de cuidados; assistência social tem duas formas de provisão de serviços: (i) institucionalização dos idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), o que não é uma alternativa economicamente viável em grande escala e não é necessariamente desejável para muitos idosos e (ii) alguns grupos de convivência de idosos geridos pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os quais, por definição, não podem ajudar aqueles idosos que estão muito dependentes de cuidado; falta de interação habitual entre trabalhadores das áreas de saúde e assistência social que lidam nos territórios, com as mesmas famílias que têm pessoas idosas dependentes de cuidados. Internacionalmente, existe sólida evidência científica dos benefícios da integração entre saúde e assistência social, destacando-se o uso mais eficiente dos serviços e os melhores resultados de saúde para idosos e seus cuidadores. Essas intervenções integradas assumem diversas formas, mas todas têm o foco principal na colaboração estreita entre profissionais da saúde e de assistência social e os cuidadores familiares (THE KINGS FUND, 2018; STAMPA, et al, 2014; CAPLAN, et al, 2004; RYTTER, et al, 2010; STRANGES, et al, 2015). No Brasil, alguns governos locais começaram a desenvolver intervenções integradas. Um caso relevante ocorre na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, onde o Programa Maior Cuidado (PMC) oferece atenção a idosos em bairros periféricos da cidade através de uma estreita colaboração entre os profissionais de saúde e assistência social. O elemento principal do suporte inicial do PMC são cuidadores leigos, recrutados a partir de comunidades semelhantes, que recebem treinamento básico e recebem um salário mínimo. Os profissionais dos CRAS supervisionam essa rede de cuidadores formais treinados que, por sua vez, apoiam aos cuidadores familiares (SARTINI, CORREIA, 2012). Há evidências preliminares de um estudo independente, conduzido por membros da equipe proponente deste projeto, de que esta intervenção é eficaz e tem bom nível de aceitação por parte das comunidades-alvo do programa (LLOYD-SHERLOCK, GIACOMIN, SEMPÉ, 2022a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; LLOYD-SHERLOCK, GIACOMIN, SEMPÉ, 2022b). Avaliações independentes mostram que o PMC melhora a qualidade do cuidado prestado pelas famílias e reduz o estresse dos cuidadores. Também gera emprego remunerado, treinamento e status profissional para suas equipes majoritariamente femininas de cuidadores PMC remunerados. Entre 2011 e 2018, o PMC assistiu 1614 idosos em regiões altamente vulneráveis de Belo Horizonte. A taxa de renovação anual, isto é, a entrada de novos participantes a cada ano foi de 37,2%. Como se trata de idosos frágeis, a maior causa de desligamento do programa foi o óbito (45,0%). Excetuado o óbito, a principal causa de desligamento foi a família reassumir o cuidado (22,1%).

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br



Continuação do Parecer: 7.101.981

Apenas 10,9% dos idosos assistidos precisaram ser institucionalizados. Esses resultados sugerem que o programa foi eficiente para evitar a institucionalização e empoderou as famílias para o cuidado (AREDES, et al, 2021). Outro estudo comparou a proporção de visitas planejadas/não planejadas e a razão de visitas de reabilitação/outras razões para visitar o serviço ambulatorial entre idosos assistidos e não assistidos pelo PMC, entre os 76 centros de saúde cobertos pelo Programa, com base em covariáveis: (i) nível individual: sexo, idade, mês de visita aos cuidados de saúde, latitude doméstica e longitude, e distância para o centro de saúde; (ii) nível de microdistrito, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), a expectativa de vida em anos, a renda familiar per capita em reais e a razão da dependência econômica doméstica (HEDR = número de pessoas em domicílios pobres, onde mais de 50% da renda familiar vêm de idosos e a população total). Ser assistido pelo PMC esteve associado a maior chance de visitas planejadas e de acesso a reabilitação (LLOYD-SHERLOCK, GIACOMIN, SEMPÉ, 2022a). Dados ainda não publicados analisaram 535.910 internações de pessoas maiores de 55 anos, no SUS-BH, em 2020, para comparar usuários assistidos pelo PMC versus Não PMC, através de um método chamado Coarsened Exact Matching, conforme sexo, idade, raça e diagnóstico (CID-10). Os resultados apontaram uma economia média de 34% entre usuários do PMC versus não PMC (custo de R\$874,00 para usuário do PMC enquanto a média de não PMC foi R\$ 2.571,68).

HIPÓTESE: A inclusão de cuidadores sociais de idosos no âmbito domiciliar em articulação com a rede serviços de saúde e de assistência social poderá promover a qualidade do cuidado prestado pelas famílias aos seus idosos, reduzir o estresse dos cuidadores familiares, empoderar as famílias para o cuidado, reduzir a necessidade de institucionalização em Instituições de Longa Permanência para Idosos e reduzir as visitas não planejadas ao serviço de saúde ambulatorial. Dessa forma, a intervenção poderá reduzir os gastos em saúde e assistência social com os idosos domiciliados ou acamados.

METODOLOGIA: Tipo de Pesquisa: Trata-se de uma pesquisa-intervenção que será desenvolvida nos municípios de Salvador - Bahia e Contagem - Minas Gerais em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro CRAS, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Assistência Social e Hospital e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que atendem idosos das respectivas áreas das UBS e CRAS que possuem o PMC.

Participantes: A população alvo do estudo serão os gestores da saúde, da assistência social e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **E-mail:** cepiso@ufba.br



Continuação do Parecer: 7.101.981

do PMC, e gestores de Hospitais e UPAs, profissionais das unidades de saúde e dos CRAS da intervenção, supervisoras do PMC, cuidadores sociais do PMC e cuidadores familiares, os idosos atendidos pelo programa e que estão no cadastro de reserva aguardando serem inseridos no PMC, ou que se receberam alta do PMC nos municípios de Salvador e Contagem.

Procedimento de coleta dos dados: A técnica a ser utilizada na produção de dados será a realização de entrevistas semiestruturadas com atores ligados à implementação do PMC nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG), bem como a realização de grupos focais nos dois municípios. Serão realizados dois grupos focais por território, sendo um com cuidadores sociais e um com as equipes locais de saúde e assistência social. As entrevistas e os grupos focais serão gravados mediante consentimento do(a) entrevistado(a) e realizados de forma presencial nas residências (entrevistas) ou nos locais de trabalho (entrevistas e grupos focais) dos participantes e previamente agendados.

Instrumento para coleta dos dados: As entrevistas e grupos focais seguirão os roteiros semiestruturado com perguntas abertas para cada grupo de participantes da pesquisa (Apêndice D, E, F, G, H, I, J, K, e L).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Serão selecionados os gestores da saúde, da assistência social e do PMC, profissionais das unidades de saúde e dos CRAS da intervenção, supervisoras do PMC que estejam trabalhando ou tenham trabalhado no município desde a implantação do PMC no município e tenham conhecimento sobre o programa. Também serão incluídos cuidadores sociais do PMC que estão acompanhando idosos do programa e idosos e cuidadores familiares que foram inseridos no PMC e que estão no cadastro de reserva ou que se receberam alta do PMC.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Gestores e profissionais que, apesar de atuarem nos locais onde o PMC foi implementado, não acompanharam o processo de implantação do programa. Serão excluídos igualmente, todos que não aceitarem participar da pesquisa ou se recusarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A, B e C).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar a efetividade do Programa Maior Cuidado (PMC) sobre a saúde da pessoa idosa nos municípios de Salvador (BA) e Contagem (MG).

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **E-mail:** cepiso@ufba.br



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 7.101.981

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS: a) Avaliar o processo de implementação do PMC nos municípios de Salvador (BA) e de Contagem (MG); b) Identificar as forças e fraquezas do PMC para os municípios selecionados; c) Levantar os resultados obtidos com a intervenção; d) Divulgar o processo de implementação e os resultados da intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os possíveis riscos para os participantes dessa pesquisa são de, em algum momento, se sentirem desconfortáveis ou constrangidos para responder perguntas que possam despertar certo grau de ansiedade, estresse e/ou outros sentimentos no momento da execução da pesquisa. Em caso de alguma instabilidade emocional, inicialmente o(a) participante será acolhido(a) pelo pesquisador. Ademais, para minimizar esses possíveis impactos negativos da pesquisa será garantida, expressamente e de forma antecipada no TCLE, a liberdade de interromper sua participação na entrevista a qualquer momento e a manutenção do sigilo da sua identidade, além do caráter confidencial de todas as informações relacionadas a sua participação. As gravações e transcrições, bem como os termos de consentimento assinados pelo participante e pelo pesquisador serão arquivados em local protegido pelo pesquisador durante cinco (05) anos após a publicação da pesquisa e após este período o material será destruído.

BENEFÍCIOS: A pesquisa não traz benefícios diretos, sejam imediatos ou posteriores, aos participantes da pesquisa. Contudo, espera-se que, com o conhecimento gerado sobre a efetividade do Programa Maior Cuidado implementado em outras realidades diferentes do município de Belo Horizonte (MG), o estudo possa contribuir para fornecer evidências que apoiem a formulação de uma política social, de caráter intersetorial, voltada para o cuidado social e de saúde no âmbito domiciliar da pessoa idosa e sua família, em situação de vulnerabilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Gostaríamos de solicitar avaliação por parte dos membros do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) quanto à proposta de emenda para o projeto acima detalhado. A emenda tem como objetivo acrescentar o grupo focal e atualizar os roteiros das entrevistas. As modificações desta segunda emenda estão sinalizadas na cor rosa. Assim, solicitamos: 1. No projeto intitulado

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepisc@ufba.br



Continuação do Parecer: 7.101.981

o Projeto_PMC_emenda-2 foram acrescentados os roteiros para os grupos focais com os cuidadores sociais e com as equipes locais (CRAS e USF). Destaca-se que os participantes são os mesmos previstos no projeto já aprovado por este CEP. Os roteiros dos grupos focais estão listados nos apêndices J e K. 2. No projeto intitulado o Projeto-PMC-emenda-2 foi acrescentado um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice C, para os participantes do grupo focal. 4. No projeto intitulado o Projeto-PMC-emenda-2 foram atualizados os roteiros de entrevistas para os idosos, cuidadores sociais, familiares, gestores locais e do PMC e supervisoras. Os roteiros estão listados nos apêndices D, E, F, G, H, I. Vale destacar que as entrevistas e os grupos focais somente serão iniciados depois da aprovação do CEP/ISC. 5. No projeto intitulado o Projeto-PMC-emenda-2 e na plataforma Brasil foram adicionadas ao cronograma a submissão desta emenda 2 ao CEP/ISC e a previsão de início de coleta de dados com os roteiros atualizados. Desse modo, conforme a Resolução n° 466 de 2012, é necessária análise e aprovação pelos membros do CEP. Assim, encaminho documentos com as alterações destacadas na cor rosa para avaliação desse comitê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Revisar o projeto e novo TCLE quanto a escrita. Um conjunto grande de palavras estão conectadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação da emenda não descaracteriza o estudo originalmente proposto e aprovado pelo Sistema CEP-CONEP e está de acordo com as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde, não apresentando pendências/inadequações.

Não foram observados óbices éticos nos documentos da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP-ISC/UFBA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta para o projeto de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| | |
|--|-------------------------------|
| Endereço: Rua Basílio da Gama s/n | CEP: 40.110-040 |
| Bairro: Canela | |
| UF: BA | Município: SALVADOR |
| Telefone: (71)3283-7419 | E-mail: cepisc@ufba.br |



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 7.101.981

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2405114_E2.pdf | 22/08/2024 15:50:16 | | Aceito |
| Outros | Emenda_agosto.pdf | 21/08/2024 16:21:47 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_emenda_2.pdf | 21/08/2024 16:03:16 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_PMC_emenda_2.pdf | 21/08/2024 15:46:51 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Anuencia_Contagem.pdf | 16/03/2024 11:32:46 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | apendice_h_linha_base.pdf | 16/03/2024 11:27:29 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Nota_Tecnica_SMS_SEMPRE.pdf | 16/03/2024 11:24:25 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | termo_autorga_CNPq.pdf | 16/03/2024 11:23:07 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Solicitacao_emenda_assinada.pdf | 13/03/2024 17:42:48 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 13/03/2024 16:33:49 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMAdoc.pdf | 13/03/2024 16:32:28 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_PMC_emenda.pdf | 13/03/2024 16:29:39 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | TERMO_AUTORIZACAO_USO_IMAGE M.pdf | 10/03/2024 16:37:08 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Parecer Anterior | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6026769.pdf | 10/03/2024 16:31:53 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle_idosos_cuidadores_familiares.pdf | 21/04/2023 16:01:56 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | termoanuencia.pdf | 18/04/2023 12:09:46 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Declaracao_Inicio_Coleta_de_dados.pdf | 01/03/2023 23:10:25 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Declaracao_nao_cooperacao_estrangeira.pdf | 01/03/2023 23:08:22 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Carta_anuencia.pdf | 01/03/2023 23:05:44 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Curriculo_Karla.pdf | 01/03/2023 23:01:28 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

E-mail: cepiso@ufba.br



INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 7.101.981

| | | | | |
|--------------------------------|---|------------------------|------------------------------|--------|
| Outros | Curriculo_Mirela.pdf | 01/03/2023 22:59:19 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Curriculo_Berenice_Temoteo.pdf | 01/03/2023 22:55:59 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | Curriculo_Luis_Eugenio.pdf | 01/03/2023 22:54:44 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Outros | curriculo_Poliana.pdf | 01/03/2023 22:52:59 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_pesquisadora_Berenice.pdf | 01/03/2023 22:43:43 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_pesquisadora_Poliana.pdf | 01/03/2023 22:41:03 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_pesquisadora_Karla.pdf | 01/03/2023 22:39:47 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_pesquisadora_Mirela.pdf | 01/03/2023 22:39:09 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_pesquisador_Luis_Eugenio. pdf | 01/03/2023 22:36:49 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 01/03/2023 21:59:44 | Berenice Temoteo da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 25 de Setembro de 2024

Assinado por:
Dandara de Oliveira Ramos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepiso@ufba.br

ANEXO 6 – PROGRAMAÇÃO CURSO DE CUIDADORES SOCIAIS (100 HORAS)

| | <h3 style="margin: 0;">CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES SOCIAIS DE IDOSOS</h3> | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|---|-------|
| ABERTURA / ACOLHIMENTO E PACIOS | | | | | |
| DATA | AULA | TEMA | CONTEÚDO | PROFESSOR CONVIDADO | HORAS |
| 19/01 | 1 | Envelhecimento e envelhecer | <p>O processo fisiológico do envelhecimento como parte do desenvolvimento humano</p> <p>Senilidade e senescência Mitos do envelhecimento</p> <p>Aspectos de gênero e envelhecimento</p> <p>Independência, dependência e semidependência</p> | <p>Karla Geovani Silva Marcelino</p> <p>Assistente social</p> <p>(4 horas)</p> | 02 |
| | 2 | Cuidado a pessoa idosa e sua família | Cuidado domiciliar versus cuidado institucional | | 02 |
| | 3 | Funcionalidade: barreiras facilitadoras e autonomia para realização das ocupações | Pessoa idosa com dependência e semidependência no domicílio e promoção da autonomia e independência | | 02 |
| | 4 | Funcionalidade: limitação para realização das atividades e restrição de participação | Atividades de vida diária – AVD e Atividades de Vida Diária Instrumental – AIVD | <p>Carolina de Senna Figueiredo</p> <p>Terapeuta Ocupacional</p> <p>(4 horas)</p> | 02 |

ANEXO 7 – PROGRAMAÇÃO CURSO DE CUIDADORES SOCIAIS (15 HORAS)



Programação Curso de Cuidadores Sociais de Idosos - Contagem/MG Dias 05, 06 e 07 de Junho de 2025

| | | | |
|----------------------------------|---|---|--|
| 05/06 – 08:00 às 12:00 Online | Documentário | Cuidados a serem tomados em um calor como esse! | Link: Cuidados a serem tomados em um calor como esse! |
| 05/06 – 13:00 às 17:00 Online | Documentário | Alzheimer na Periferia | Link: Alzheimer na Periferia // Alzheimer on the Outskirts |
| 06/06 - 08:30 às 10:15 | Território, comunidade ambiente domiciliar | Contexto do território, comunidade, ambiente domiciliar em que idosos e familiares estão inseridos: aspectos sociais, serviços disponíveis de atenção à saúde e social | Carla Francione Resende Teixeira (Assistente social) |
| | Territórios e vulnerabilidades | Situações de risco para o cuidador, confidencialidade, suporte para o cuidador | Carla Francione Resende Teixeira (Assistente social) |
| 06/06 – 10:30 as 11:50 | Programa Maior Cuidado (PMC) | Conhecendo o Programa Maior Cuidado | Pojiana Carvalho (Fisioterapeuta e Pesquisadora) |
| | Vínculos familiares e Comunitários | Diálogo intergeracional. Vínculos familiares e sociais. Participação da família em atividades de estimulação da interação social do idoso – momentos de escuta, conversa, caminhada, Importância do Lazer | Mirêla Castro (Coordenadora do Projeto) |
| 06/06 - 13:00 as 14:45 | O que é ser cuidador Social | Papel do cuidador familiar versus papel do cuidador social do PMC | Mirêla Castro (Coordenadora do Projeto) |
| | Supervisor e equipes locais assistenciais: CRAS e UBS | Papel do supervisor, das equipes de saúde (UBS e NASF) e de CRAS | Karoline Moreira e Ana Camila (Supervisoras Contagem) |
| 06/06 – 15:00 às 17:00 | Instrumentais do PMC e código de conduta | Identificação, cuidados e importância do cuidador no processo de cuidados | Karoline Moreira e Ana Camila (Supervisoras Contagem) |
| 07/06 - 08:00 as 12:00 | Avaliação | Enviar por e-mail até 07/06 às 12h | pmc.contagemmg@gmail.com |

Local do curso no dia 06/06: - Endereço: UNA Contagem - Av. Maria da Glória Rocha, 175 - Bitácula - sala A218
Será oferecido auxílio para o vale transporte e alimentação nesta data.