

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de
Projetos Sociais em Áreas Urbanas

PROGRAMA MAIOR CUIDADO:

Uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia.

Marília Laura Cordeiro Campos Fagundes

Orientador: Davidson Patrício de Novais

**Belo Horizonte
2019**

Marília Laura Cordeiro Campos Fagundes

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO:
Uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos do
território do CRAS Califórnia.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas.

Orientador: Davidson Patrício de Novais

Belo Horizonte

2019

301 F156p 2019	<p>Fagundes, Marília Laura Cordeiro Campos</p> <p>Programa Maior Cuidado [manuscrito] : uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia / Marília Laura Cordeiro Campos Fagundes. - 2019.</p> <p>42 f.</p> <p>Orientador: Davidson Patrício de Novais.</p> <p>Monografia apresentada ao curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em áreas Urbanas - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia</p> <p>1.Programa Maior Cuidado. 2.Cuidadores. 3.Assistência social. I. Novais, Davidson Patrício de . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
----------------------	--

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Carvalho de Souza - CRB-6/1390



Universidade Federal de Minas Gerais
 Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia
 Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação
 de Projetos Sociais em Áreas Urbanas

ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA

Aos dezoito dias do mês de novembro do ano de 2019, reuniu-se a comissão examinadora composta pelos professores:

Davidson Patrício de Novais – Especialista - Orientador

Profa. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto (DSO/UFGM)

Profa. Dra. Corinne Davis Rodrigues (DSO/UFGM)

Para examinar a Monografia de Final do Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas intitulada:

Programa Maior Cuidado: uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos no território do CRAS Califórnia

Do (a) aluno(a): Marília Laura Cordeiro Campos Fagundes

Matricula: 2017711424

Procedeu-se à arguição, finda a qual os membros da comissão reuniram-se para deliberar, decidindo por unanimidade pela aprovação da Monografia com a nota 85.

Conceito B.

Para constar foi lavrada a presente ata, que vai datada e assinada pelos examinadores.

Belo Horizonte, 18 de Novembro de 2019.

Davidson Patrício de Novais

Davidson Patrício de Novais – Especialista - Orientador

Ana Marcela Ardila Pinto

Profa. Dra. Ana Marcela Ardila Pinto

Corinne Davis Rodrigues

Profa. Dra. Corinne Davis Rodrigues

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada junto aos idosos e/ou familiares atendidos no Programa Maior Cuidado, que é executado pela Prefeitura de Belo Horizonte, moradores do território de abrangência do CRAS Califórnia. Foi utilizado o método qualitativo com aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas dirigidas aos idosos e seus familiares, além da observação participante da autora enquanto Assistente Social integrante da equipe do CRAS Califórnia. O objetivo desta pesquisa buscou conhecer a avaliação do programa feita pelos usuários atendidos, bem como o impacto dele na vida dos idosos e famílias inseridas. Este estudo contextualizou o equipamento do CRAS dentro da política de assistência social, descreveu a execução do Programa no território do CRAS Califórnia e apresentou a avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos. Os resultados das ações desenvolvidas pelo programa provocaram uma diminuição no número de institucionalização dos idosos nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs) e também impactou na diminuição de violências praticadas contra as pessoas idosas no território do CRAS Califórnia.

Palavras Chave: Programa Maior Cuidado. Cuidador de idosos. Instituição de Longa Permanência. Centro de Referência de Assistência Social.

ABSTRACT

This study was held by elderly and / or family attendments in Program Greater Care, that is to the town hall of Belo Horizonte, town of town major of CRAS California. This study is validated the application of the clinical question and semi - based in the application of the CRAS California. The objective of this research was to know the evaluation of the program done by the users served, as well as the impact of the program on the lives of the elderly and their families. This study contextualized the CRAS equipment within the social assistance policy, describes the execution of the Program in the territory of CRAS California and presents the evaluation of the program done by the elderly and family members attended. The results of the actions developed by the program caused a decrease in the number of institutionalization of the elderly in the Long Term Institutions (ILPIs) and also impacted on the reduction of violence against the elderly in the CRAS California territory.

Keywords: Greater Care Program. Caregiver of the elderly. Institution of Long Stay. Reference Center for Social Assistance.

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

Centro Pop – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF – Equipe Saúde da Família

GEIMA – Gerência de Informação, Monitoramento e Avaliação da Prefeitura de Belo Horizonte

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB-RH/SUAS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS

NOB-SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PMC – Programa Maior Cuidado

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

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	7
SUMÁRIO	8
1. INTRODUÇÃO	8
2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLITICA DE ASSISTENCIA SOCIAL: OS SERVIÇOS E PROGRAMAS EXECUTADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTENCIA SOCIAL (CRAS) CALIFÓRNIA	10
3. A EXECUÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO NO CRAS CALIFÓRNIA ...	13
4. AVALIAÇÃO FEITA PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PROGRAMA MAIOR CUIDADO	16
4.1 – PERFIS DOS IDOSOS ATENDIDOS PELO PMC NO CRAS CALIFÓRNIA.....	19
4.2 – A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA FEITA PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PMC	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
ANEXOS	32
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO	32
ANEXO B - INSTRUMENTAL DE PONTUAÇÃO DO PMC.....	33
ANEXO C - COMUNICADO DE DESLIGAMENTO DO PMC.....	37
ANEXO D - ROTINA DE CUIDADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	37
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO.....	40

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 o Brasil tem passado por um processo de transição demográfica, com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e um aumento significativo da expectativa de vida do brasileiro, aumentando a população com mais de 60 anos no país. Isso tem exigido cada vez mais do Estado à formulação de políticas públicas direcionadas para população idosa.

Uma consequência dessa transformação social que tem apresentado para o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Califórnia é o aumento de atendimentos com demanda de vaga em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Muitos familiares buscam o equipamento com a intenção de colocar o idoso nessas instituições, principalmente os filhos que segundo eles, precisam trabalhar e não tem outros parentes que possam ajudá-los no cuidado com o idoso.

Nesse contexto surge o Programa Maior Cuidado que atua com a proposta de apoiar as famílias no cuidado com os idosos, ofertando cuidadores para realizarem atendimento domiciliar a pessoas idosas dependentes e semidependentes.

Vale destacar que este trabalho teve como objetivo apresentar a avaliação feita pelos usuários atendidos no Programa Maior Cuidado (PMC), moradores do território de abrangência do (CRAS) Califórnia. Este programa vem sendo ofertado pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) desde 2011, ele é gerido pelas Secretarias Municipais de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) e de Saúde (SMSA) e está sendo executado por entidades da rede socioassistencial, que faz a contratação dos cuidadores e demais profissionais.

O Programa Maior Cuidado consiste na prestação de serviços dos cuidadores de idosos às pessoas maiores de 60 anos, que se encontram em situação de vulnerabilidade social, considerados semidependentes e dependentes da ajuda de terceiros para realização das atividades da vida diária, residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, sendo que o atendimento é feito em domicílio pelos profissionais.

Cumpramos ressaltar que essa pesquisa teve como foco a participação dos usuários no processo de avaliação, o que tem sido de extrema importância para apreender a opinião deles e conhecer os resultados alcançados com a intervenção pública na vida dos usuários.

O trabalho foi dividido em três capítulos, além da introdução e considerações finais. O primeiro capítulo contextualiza a política de assistência social em âmbito nacional, apresenta o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Califórnia e elenca os serviços e programas prestados no equipamento. O segundo capítulo descreve o Programa Maior Cuidado, desde a implantação aos critérios de inclusão de idosos atendidos no território de abrangência do CRAS Califórnia. Já o terceiro e último capítulo apresenta o perfil dos idosos atendidos, e posteriormente traz a avaliação do PMC feita pelos usuários e familiares atendidos.

A metodologia utilizada neste estudo concentrou-se no levantamento qualitativo das informações, por meio da observação participante, que foi feita no decorrer desses cinco anos de atuação profissional da autora no CRAS Califórnia, onde se deu a pesquisa. Trabalhou no início como responsável pelo programa, quando realizava a inclusão e o acompanhamento sistemático aos idosos e seus familiares atendidos, bem como fazia a gestão do trabalho dos cuidadores, definindo horários de atendimentos, rotinas de cuidados, dentre outras atividades. O contato com os envolvidos era face a face, diário ou semanal por meio de atendimentos no equipamento ou visitas domiciliares. Nesses últimos anos, a observação passou a ser feita de forma indireta, por meio da seleção de idosos a serem inseridos no programa.

Outro método utilizado no levantamento dos dados foi entrevista semiestruturada, por meio da aplicação de um questionário que inicialmente levantou as informações sociodemográficas dos entrevistados, idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, permitindo assim, o levantamento do perfil dos idosos atendidos. Posteriormente e finalmente o questionário mensurou a opinião do grupo pesquisado, através das perguntas abertas e fechadas que avaliou segundo a opinião do respondente, o impacto do programa na vida deles.

O objetivo principal deste trabalho foi de conhecer a percepção e a avaliação dos idosos e das famílias atendidas no PMC, moradores do território do CRAS Califórnia. Teve como pergunta de partida a indagação se a oferta de serviços de cuidadores prestados às famílias inseridas nele e o acompanhamento feito pelo CRAS conseguiria prevenir o isolamento social dos idosos e retardar a institucionalização deles.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: OS SERVIÇOS E PROGRAMAS EXECUTADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) CALIFÓRNIA

Segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) a política de assistência social tem por função a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, está organizada sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ele foi criado pela lei 12.435, sancionado em 2011, que complementou a Lei Orgânica de Assistência Social (1993), e representou a consolidação da política de assistência social em todo território brasileiro. Foi coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que formula e coordena as ações da assistência social no que tange a atuação dos três níveis de governo.

Em conformidade com a Política Nacional de Assistência Social (2004) o SUAS define dois tipos de proteção social: a proteção social básica e a proteção social especial de média e alta complexidade. A proteção social básica tem como objetivo prevenir situações de risco, através do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização dos vínculos afetivos. Neste nível de proteção, os vínculos familiares e comunitários ainda não foram rompidos. Cumpre dizer que os serviços da proteção social básica são executados de forma direta nos CRAS e em outras unidades básicas e públicas de assistência social.

Já a proteção social especial, segundo a Política Nacional de Assistência Social (2004), visa prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos. É hierarquizada em proteção social especial de média complexidade e proteção social especial de alta complexidade. A primeira destina-se ao atendimento de famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários ainda não foram rompidos. Os serviços da proteção social especial de média complexidade são ofertados nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros Pop). Por fim, o segundo tipo de proteção -

proteção social especial de alta complexidade - oferta serviços que garantem proteção integral para famílias e indivíduos em que os vínculos familiares e comunitários já foram rompidos, nesse caso eles ofertam serviços de abrigo e institucionalização.

Vale ressaltar que este estudo tem como foco o trabalho realizado nos CRAS, que é o equipamento público que oferta os serviços, programas e projetos socioassistenciais da proteção básica dentro do território. Ele é a porta de entrada para acessar a política de assistência social, por isso, se localiza em regiões de maiores vulnerabilidades sociais e a definição da cobertura do serviço no que refere ao número de famílias que serão referenciadas ao CRAS, relaciona-se ao porte do município. No caso de Belo Horizonte, cidade de grande porte, cada CRAS deve referenciar 5.000 famílias com a capacidade de atendimento de 1.000 famílias por ano.

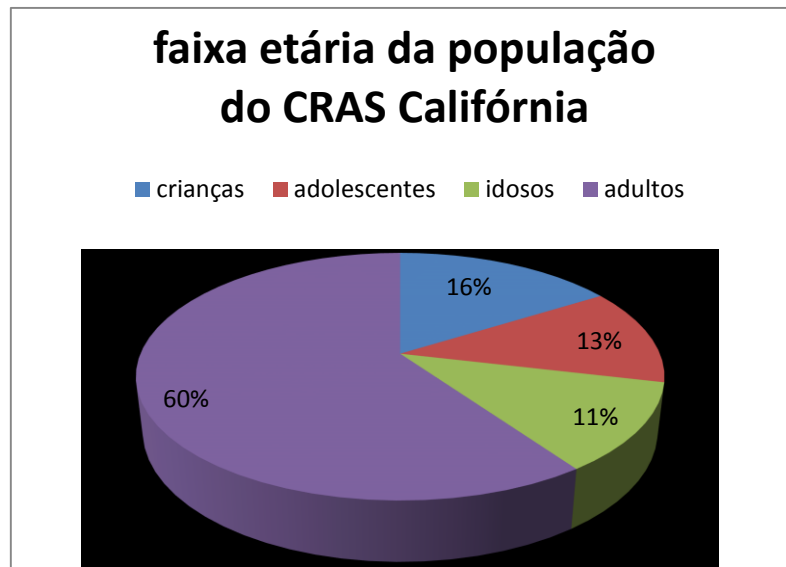
A operacionalidade do CRAS apoia-se em dois princípios básicos, o da matricialidade sociofamiliar e o da territorialização. O primeiro diz respeito à centralidade da família em todas as ações da política de assistência social, como “núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social” e “espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias dos indivíduos”. (BRASIL, 2009, p. 12). Reconhece também esse universo familiar como espaço potencialmente conflitivo, de reprodução de desigualdades e de violência.

Os diversos arranjos familiares, seus contextos econômicos, culturais e sociais devem ser considerados no trabalho social com famílias. O atendimento à família deve ser planejado tendo como base o conhecimento das necessidades e expectativas de cada membro e conforme a família se organiza. (BRASIL, 2009).

O CRAS atua de forma territorializada para a realização do diagnóstico de situações de vulnerabilidade e riscos sociais e do planejamento de intervenções pertinentes. O objetivo é ofertar serviços em locais próximos aos usuários, facilitando o acesso à política, a identificação das vulnerabilidades e das potencialidades da comunidade. “O conceito de território abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade” (BRASIL, 2009, p. 13). O CRAS materializa a presença do Estado no território e busca garantir o acesso a direitos socioassistenciais às famílias, contribuindo para o fortalecimento de sua cidadania. (BRASIL, 2009).

O CRAS Califórnia está localizado na regional noroeste de Belo Horizonte, possui 27 setores censitários e seu território abrange parcial e/ou totalmente os seguintes bairros: Califórnia, Califórnia Velho, Dom Bosco, Novo Dom Bosco, Conjunto Califórnia I e II, Vila Califórnia, Bairro da Glória e Vila 31 de Março. Possui uma população de 16.435 habitantes, conforme IBGE/Censo 2010, sendo 52% do sexo feminino e 48% masculino. Ainda de acordo com o Censo (2010), 60% da população residente no território do CRAS Vila Califórnia são adultos, 16% crianças, 13% adolescentes e 11% são idosos, conforme aponta o gráfico a seguir.

Gráfico 1 – Distribuição da população na área de abrangência do CRAS, segundo a idade.



Fonte: IBGE (2010)

Os principais serviços desenvolvidos pelo CRAS Califórnia são o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para idosos, o objetivo desses serviços é fortalecer a função protetiva das famílias, por meio do trabalho social com famílias, visando à prevenção da violação de direitos e da garantia da convivência familiar e comunitária. Além desses serviços, o CRAS realiza o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), dentre outras atividades descritas na tabela 2. Tais serviços são ofertados a todas as famílias residentes no território de abrangência do CRAS que possuem cadastro no equipamento.

A composição das equipes técnicas dos CRAS é regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS (2005) e depende do número de famílias referenciadas a cada CRAS e do porte do município. Em Belo Horizonte cada CRAS referencia 5.000 famílias, com capacidade de atender 1.000 por ano.

De acordo com recomendação da NOB-RH as equipes do CRAS devem ser compostas por quatro técnicos com nível médio e quatro técnicos com nível superior, sendo dois assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS. Porém, no CRAS Califórnia a composição é de dois assistentes administrativos, com nível médio de escolaridade, e quatro técnicas de nível superior, sendo duas assistentes sociais e duas psicólogas, além do coordenador, concursado, com nível superior.

3. A EXECUÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO NO CRAS CALIFÓRNIA

O Programa Maior Cuidado foi resultado de discussões realizadas por um Grupo de Trabalho em 2009, que visava elaborar o Plano de Implantação da Política de Governo para a Pessoa Idosa no município de Belo Horizonte. Havia a necessidade de atender a demanda advinda dos casos de idosos em situação de insuficiência familiar, e também daqueles que recebiam alta hospitalar com dificuldade de retorno ao domicílio.

Inicialmente o objetivo do programa era de promover ações de segurança e proteção à pessoa idosa, através de dois projetos: Domicílio Seguro para a Pessoa Idosa, que se tratava da implantação do Kit Banheiro Seguro nas residências dos idosos atendidos pelo PMC. Eram realizadas reformas e adaptações nos banheiros das residências dos idosos cadastrados, a fim de promover mais segurança e autonomia a eles, colocavam barras de segurança, piso antiderrapante, cadeira de banho, elevação de bacia sanitária, maçaneta em forma de alavanca e luz noturna ou luz de vigília.

Já o Projeto Cuidador de Idosos consistia no acompanhamento domiciliar da rotina de idosos semidependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e pela ausência de convívio social e comunitário. O objetivo era de prevenir situações de risco, exclusão e isolamento social. Os dois projetos começaram a ser implantados em 2011, contudo,

atualmente somente o Projeto Cuidador de Idosos continua sendo executado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por meio do Programa Maior Cuidado (PMC).

O PMC é um programa executado intersetorialmente entre Secretaria Municipal de Saúde, (SMSA), Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) e entidades da rede socioassistencial. Consiste na oferta de cuidadores para os idosos com fragilidade clínica e vulnerabilidade social. O atendimento dos profissionais é feito nos domicílios aos idosos semi-dependente e dependentes, moradores das áreas de abrangência dos CRAS participantes. Os objetivos do PMC estão descritos abaixo.

Tabela 1 – Objetivos do PMC:

Objetivos do Programa Maior Cuidado: prevenir ou retardar a institucionalização; fortalecer a função protetiva da família; reduzir internações hospitalares; reduzir risco de quedas/fraturas; favorecer a manutenção da independência e da autonomia; melhorar a qualidade de vida, tanto do idoso quanto da família; e qualificar e humanizar o cuidado no domicílio. As competências estão distribuídas e bem definidas entre os parceiros.

Fonte: PBH (2011)

A Secretaria Municipal de Saúde seleciona e acompanha os idosos, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), avalia e elabora o plano e rotinas de cuidados da saúde, participa das reuniões intersetoriais, dentre outros. A Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, por meio dos CRAS, seleciona, cadastra e acompanha os idosos e suas famílias, realiza visitas domiciliares e faz estudo social dos casos, promove acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, além de realizar acompanhamento das famílias atendidas, participar das reuniões intersetoriais, coordenar as atividades dos cuidadores e elaborar a rotina de cuidado da assistência social.

A inclusão dos idosos acima de 60 anos é feita mediante avaliação realizada pela equipe multiprofissional, constituída por profissionais das políticas de assistência social e da saúde. Esta equipe realiza a identificação e o acompanhamento dos idosos e é formada pelos profissionais do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, nos CRAS, e pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, nos Centros de Saúde, localizados nos territórios de moradia das famílias.

A assistência social avalia fatores econômicos e sociais da família ou idoso, conforme a tabela 4. Já a saúde avalia o estado de saúde do idoso e o classifica em três tipos: tipo 1 semidependente sem comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar; tipo 2 semidependente com comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar, e o tipo 3 dependente, acamado e ou restrito ao domicílio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar. Essa avaliação é feita mediante aplicação de um questionário, chamado de instrumental de pontuação (tabela 4), feito pelo assistente social do CRAS em conjunto com o enfermeiro do centro de saúde que acompanha o idoso. Cada pergunta equivale a uma quantidade de pontos, que de acordo com a somatória deles, servirão como critérios para incluir no programa, os idosos que atingirem um total de 60 pontos ou mais no final da avaliação.

As atividades que serão realizadas pelos cuidadores são definidas pela equipe multiprofissional, depois de ouvidas as demandas da família e ou idoso, são repassadas aos cuidadores e é criado um documento chamado rotina de cuidado. Tanto a saúde quando a assistência tem sua rotina de cuidado, que é criada em conjunto com o cuidador.

Tabela 2 - Instrumental de pontuação do PMC

Crítérios de inclusão	Pontuação
Fator etário	
Idade 60 – 79 anos	4
Idade > 79 anos	5
Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	
Terminalidade e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade e/ou internações recorrentes	5
Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais	4
Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	3
Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano)	4
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	3
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	
Alimentar-se	5
Continência urinária e/ou fecal	2
Banhar-se	5
Vestir-se	4
Mobilidade total – Acamado (este item e o seguinte não devem ser somados juntos, pois se excluem) e/ou mobilidade parcial – Locomover-se da cama para a cadeira (este item e o anterior não devem ser somados juntos, pois se excluem).	7
Fatores Cognitivos	
Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...) ou apresenta quadro de confusão mental e/ou Alucinações.	4
Distúrbio de sono e/ou depressão	2

Fatores Sociais (Preenchimento pelo CRAS)	
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> A família é incapaz de dispensar o cuidado ou tem apenas 1 membro para dispensá-lo; <input type="checkbox"/> Idoso em situação de confinamento e/ou isolamento; <input type="checkbox"/> Família cujo cuidador é idoso, criança ou adolescente; <input type="checkbox"/> Família insuficiente com pessoa com dependência química e/ou com deficiência e/ou portador de sofrimento mental em tratamento; <input type="checkbox"/> Cuidador familiar em situação de stress emocional e/ou físico gerado pelo cuidado com o idoso	23
Renda per capita \leq a 2 Salários Mínimos para famílias com até 2 pessoas ou renda per capita \leq a 1 Salário Mínimo para famílias com mais de 2 pessoas	10
Não possui plano de saúde	10
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BPC <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BF <input type="checkbox"/> Reside em moradia cedida ou alugada	5
Somatória dos Fatores de Inclusão	

Fonte: PBH (2019)

A rotina de cuidado inclui diversas ações, dentre elas atividades de higiene pessoal com o idoso, ajuda com alimentação, medicação, locomoção, exercícios de fisioterapia, trocas de fraldas e curativos, atividades lúdicas, recreativas que promovam a participação do idoso, etc.

Após a inclusão do idoso no Programa, os cuidadores passam a atender os idosos em dias e horários definidos por equipe multidisciplinar e a família recebe orientações do CRAS sobre as diretrizes do trabalho, sobre o que é de responsabilidade dos familiares e quais são as atribuições do cuidador. Estando todos de acordo, um Termo de Consentimento é assinado e inicia-se o atendimento.

O Termo de Consentimento assinado pela família estabelece que o idoso permanecerá no Programa pelo período de um ano, podendo ser prorrogado de acordo com a avaliação técnica. Contudo, há casos de idosos sendo acompanhados pelo PMC há muito mais tempo, diante da permanência da situação de extrema vulnerabilidade do idoso, com a concordância da equipe de acompanhamento.

Cumprе ressaltar que o acompanhamento do programa se encerra com a reabilitação ou óbito do idoso. O desligamento também pode ocorrer por opção da família, quando ela passa a ter condições de prover o cuidado, ou por recusa do idoso, e se ele for acolhido em Instituição de Longa Permanência.

4. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO FEITA PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS

Muitos autores ao discorrerem sobre políticas públicas trazem elementos essenciais no processo de avaliação. Segundo Carneiro (2004) a avaliação é elemento fundamental para consolidação do conhecimento sobre condicionantes e desafios das intervenções na área social. Para Arretche (2001), a avaliação de eficácia é a mais corrente nas políticas públicas por ser a mais factível e menos custosa de ser realizada. Aguilar e Ander-Egg (1995) assinalaram que a avaliação “não se limita a estabelecer quais foram os êxitos e fracassos de um programa. Deve tratar de averiguar por que certas conquistas foram atingidas e por que ocorreram determinados fracassos”.

Vale destacar que no processo avaliativo de projetos e programas sociais alguns autores apontam a importância da realização de uma avaliação ex-ante, assim como também da criação de um sistema de informação, da participação dos usuários no processo e da utilização dos métodos quantitativos e qualitativos para a garantia de resultados confiáveis. A avaliação ex-ante se refere a avaliação que é feita antes da implementação do projeto. Segundo Chianca (2001) “a avaliação ex-ante propicia a criação de um banco de dados inicial sobre o contexto, necessidades e condições básicas do público a ser servido pelo programa”. Isso possibilita “a comparação dos resultados alcançados pelo programa com a realidade anterior” (CHIANCA, 2001).

Já a criação de um sistema de informação Segundo Lobo (1998) se refere “a estruturação de um sistema de informação disponível, de acessibilidade garantida e atendendo as peculiaridades dos programas sociais, é fundamental para um mínimo de factibilidade da avaliação”.

Já a participação dos usuários no processo avaliativo, segundo Carneiro (2004) “constitui um ponto central no campo das políticas públicas para potencializar resultados no processo de desenho, gestão e avaliação de intervenções sociais”. Para a autora a participação também “fortalece o estabelecimento da cultura democrática e da criação de capital social, elemento vital para o desempenho institucional.

Segundo Carvalho (1998) envolver os usuários “no processo avaliativo tem sido considerado de extrema importância para apreender os múltiplos fatores, processos e resultados da ação pública”. Já em relação ao método a ser utilizado na coleta de informações Aguilar e Ander Egg (1995) dizem que “os pesquisadores

costumam optar por formas mistas, combinando procedimentos e técnicas dos métodos quantitativos e qualitativos, conforme a natureza da investigação a fazer”.

Para Lobato (2004), a avaliação é “um poderoso instrumento de melhoria das condições de exercício da coisa pública”.

Contudo, para Boschetti:

A avaliação de uma política social pressupõe inseri-la na totalidade e dinamicidade da realidade. Mais que conhecer e dominar tipos e métodos de avaliação ou diferenciar análise e avaliação, é fundamental reconhecer que as políticas sociais têm um papel imprescindível na consolidação do Estado democrático de direito e que, para exercer essa função, como seu objetivo primeiro, devem ser entendidas e avaliadas como um conjunto de programas, projetos e ações que devem universalizar direitos. (2009, p. 577).

A autora diz que a avaliação das políticas sociais públicas deve ser orientada pela “intencionalidade de apontar em que medida as políticas e programas sociais são capazes e estão conseguindo expandir direitos, reduzir a desigualdade social e propiciar a equidade” (BOSCHETTI, 2009, p.578).

Sobre os métodos avaliativos das políticas sociais Boschetti fala que a análise e avaliação de políticas sociais “ultrapassam a mera disposição e utilização primorosa de métodos e técnicas racionais e operativos, preocupados com a relação custo-benefício ou com a eficiência e eficácia”. Pra ela, a avaliação de políticas sociais “deve se situar na compreensão do significado do papel do Estado e das classes sociais na construção dos direitos e da democracia”.

Nesse sentido, Concorda-se com Boschetti quando ela afirma que deve tratar esses “diferentes momentos, sentidos e movimentos avaliativos como inter-relacionados e complementares (...)” e que as avaliações devem “se sobrepor à mera composição de técnicas e instrumentos, e se situar no âmbito da identificação da concepção de Estado e de política social que determina seu resultado” (BOSCHETTI, 2009, p. 577).

Neste trabalho buscou-se identificar o perfil do público atendido e saber qual foi o impacto do PMC na vida das famílias. Trata-se de uma avaliação participativa que contou com o envolvimento dos usuários atendidos no programa. Para isso, foi

realizada entrevista semiestruturada com os idosos e seus familiares, através de aplicação de questionário, com o intuito de levantar o perfil dos idosos e posteriormente conhecer o impacto do PMC na vida deles, na perspectiva de efetivação do direito à política pública. Conforme o art. 9º do estatuto do idoso (lei 10.741 de 2003) que define a obrigação do estado, de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

4.1 – Perfis dos idosos atendidos pelo PMC no CRAS Califórnia

Para realização deste estudo, optou-se pela seleção de uma amostragem. Cumpre dizer que as entrevistas foram realizadas com idosos e familiares ativos, ou seja, que estavam vivos no momento da pesquisa. O questionário com as perguntas semiestruturadas foi respondido por 13 pessoas, ou seja, a metade dos usuários atendidos pelo programa no mês de junho do corrente ano, sendo idosos e familiares. Na amostra foram escolhidas duas famílias de idosos (do sexo masculino) e onze famílias de idosas (do sexo feminino), conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3 – Perfil dos idosos atendidos

<p>Número de idosos atendidos em junho/2019: 20 idosas (feminino) 76,92% 06 idosos (masculino) 23,08%</p> <p>Idosos que responderam o questionário: 11 do sexo feminino 02 do sexo masculino</p>
<p>Estado civil dos idosos: 06 viúvos 03 casados 02 divorciados 02 solteiras</p>
<p>Escolaridade: 12 idosos possuem fundamental incompleto 01 Nenhuma (analfabeta)</p>

<p>Renda familiar: 09 tem renda familiar de 02 salários mínimos 04 tem renda familiar de 01 salário mínimo</p>
<p>Com quem residem: 02 moram com os cônjuges 01 com o cônjuge e filho, 05 com um filho apenas, 03 filho e neto(s), 01 filho e genro e 01 mora sozinho(a)</p>
<p>Há quanto tempo está inserido no PMC: 03 há mais de cinco anos 01 há quatro anos 02 há três anos 02 há dois anos 03 há um ano 02 há menos de seis meses</p>

Fonte: criada pela autora, 2019.

Foram atendidos pelo PMC no território do CRAS Califórnia, 88 idosos desde a sua implantação no equipamento. Atualmente são em número de cinco os cuidadores no CRAS Califórnia para realização dos atendimentos. Conforme descrito na tabela 03 são atendidos vinte e seis idosos, sendo 20 do sexo feminino, o equivalente a 77% do total, e 06 masculinos, 23%. De acordo com a tabela acima, a maioria dos idosos são viúvos, possuem ensino fundamental incompleto de escolaridade e moram apenas com um familiar.

Buscou-se identificar se os idosos recebiam cuidados por parte de familiares. A intenção era avaliar o nível de convivência familiar e comunitária do idoso, se ele se encontrava em situação de isolamento social, fragilização dos vínculos, tanto familiares, quanto comunitários e se, após a inclusão no programa, houve melhora na sociabilidade do idoso.

Vale ressaltar que em relação aos dias da semana que tem os cuidadores nos domicílios, os idosos mais vulneráveis possuem atendimento todos os dias, de segunda a sexta-feira. Do total dos entrevistados 07 tem atendimento os cinco dias na semana, 04 tem dois dias, 01 tem 03 dias e 01 apenas 01 dia. O cuidador permanece cerca de duas horas na casa de cada idoso.

4.2 – A avaliação do programa feita pelos usuários atendidos no PMC

As estatísticas apontam que o número de idosos tende a aumentar gradativamente, e com isso torna-se necessário tanto o aprofundamento do estudo sobre o processo de envelhecimento quanto à formulação de serviços e políticas públicas acessíveis para esse público.

Para Netto (2002), nos anos de 2025 estima-se que o Brasil poderá ser o sexto país do mundo com maior número de idosos. Para o autor o envelhecimento é um período que, não pode ser visto como um fim de vida, mas como uma etapa com características e valores próprios e uma nova forma de olhar o mundo.

De acordo com Lima (2010), o envelhecimento é um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo, porém não se tem um consenso sobre natureza e características do ciclo da velhice, pois os fatores biológicos, sociais e psicológicos, são bastante variados.

Já para Terra (2001), vários fatores têm colaborado para uma maior expectativa de vida das pessoas, como as melhores condições socioeconômicas, médicas e ambientais.

Nesse sentido, a avaliação do PMC foi realizada a partir da coleta das informações obtidas com a aplicação de entrevistas semiestruturadas, que foi respondido por idosos e familiares atendidos. O questionário foi semiestruturado com perguntas fechadas e abertas, teve o objetivo de saber a percepção dos entrevistados sobre o programa, bem como qual o impacto dele na vida dos atendidos, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Tabela sintetizada com as perguntas e respostas realizadas

Questões e Resultados	
Questão 1: Algum familiar cuida do idoso? Se sim, quantos?	
12 SIM	92,3%
01 NÃO	7,7%
10 responderam ter apenas 1 familiar que cuida/ajuda o idoso no cuidado, 78 %.	
02 responderam ter 02 familiares que ajudam no cuidado, 15%.	
01 respondeu não possuir nenhum familiar, 7%.	
Questão 2: O idoso(a) apresentou alguma melhora depois que foi incluído no Programa Maior Cuidado, (quando passou a receber atendimento em domicílio do cuidador de idoso da prefeitura)? Se Sim, que tipo de melhora apresentou?	

<p>13 responderam Sim.</p> <p>07 falaram que o/a idoso (a) passou a conversar mais, ou seja, melhorou na sociabilidade e interação com outras pessoas.</p> <p>03 falaram que o/a idoso (a) ficou mais disposto(a) e animado(a) para caminhar e fazer atividades propostas.</p> <p>02 disseram que melhoraram a função motora com a ajuda nos exercícios fisioterápicos.</p> <p>01 idosa disse que ficou mais ativa, aprendeu coisas novas.</p>
<p>Questão 3: Quais atividades o cuidador realiza com o idoso(a)?</p> <p>07 Cuidam da higiene pessoal, fazer companhia enquanto o familiar se ausenta e realizam atividades recreativas;</p> <p>03 Ajudam o idoso a se alimentar, a tomar os remédios e levam para tomar banho de sol e atividades recreativas;</p> <p>03 Ajudam o idoso a realizar os exercícios de fisioterapia, acompanham em pequenas caminhadas e atividades recreativas.</p>
<p>Questão 4: Você está satisfeito com o Programa Maior Cuidado?</p> <p>Os 13 disseram estar satisfeitos com o PMC</p>
<p>Questão 5: O que poderia melhorar no programa?</p> <p>09 Disseram não ter nada a melhorar, 70%.</p> <p>02 Disseram que poderiam aumentar o horário de permanência do cuidador no domicílio, 15%.</p> <p>02 Disseram que poderiam aumentar os dias da semana do cuidador no domicílio, 15%.</p>
<p>Questão 6: O que você tem a falar do Programa Maior Cuidado?</p> <p>13 apontaram pontos positivos: relacionado ao alívio que o cuidador proporcionou ao familiar no cuidado; idoso que melhorou o cuidado com a higiene pessoal, etc. Conforme transcrito no texto.</p>
<p>Questão 7: Qual o impacto do programa na sua vida?</p> <p>13 apontaram impactos positivos após inclusão no PMC, conforme transcrito no texto.</p>
<p>Questão 8: Qual sua avaliação do programa?</p> <p>13 Avaliaram positivamente o PMC.</p>

Fonte: criada pela autora, 2019.

Infelizmente nem todos os idosos tiveram condições em responder devido à perda de compreensão e lucidez, provocadas na maioria dos casos por doenças degenerativas. Essa é uma realidade muito comum na vida dos idosos que sofreram perdas da capacidade, tornando-os dependentes da ajuda de terceiros para realização das atividades do dia a dia, afetando assim, sua autoestima e qualidade de vida. A tabela 4 mostra que 92,3% dos idosos recebem cuidado de familiares, contudo a maioria possui apenas um cuidador familiar. Todos disseram que os idosos apresentaram melhora depois que foi incluído no PMC.

Dentre as atividades realizadas pelos cuidadores, cuidar da higiene pessoal, fazer companhia enquanto o familiar se ausenta e realizar atividades recreativas são as mais frequentes, seguidas de ajudar o idoso a se alimentar, a tomar os remédios e levar para tomar banho de sol.

Em relação à avaliação do PMC todos responderam que estavam satisfeitos e afirmaram que a vida deles havia melhorado com as ações dos profissionais e

fizeram algumas colocações. Uma idosa atendida disse: “[...] tô satisfeita demais da conta, eu pensei que ia ficar sozinha, aí veio essa moça pra ficar comigo, me fazer companhia.” (Informação verbal)[♦]. O filho de uma idosa pontuou: “estou muito satisfeito, coisas simples da rotina que a gente não faz, a cuidadora faz, perguntar como foi o dia, o que ela quer fazer? Além de dar atenção pra ela. [...]” (Informação verbal)^{♦♦}.

Um familiar pontuou: “o Programa Maior Cuidado está sendo muito bom pra mim, porque meu pai está com mal de Alzheimer e cuidar dele é muito difícil”. (Informação verbal).^α

A maioria dos entrevistados, 70% do total, disseram que o programa não tem nada a melhorar, eles estão satisfeitos com o atendimento recebido. Disseram que o cuidador do PMC no domicílio melhorou a qualidade de vida dos idosos atendidos, à medida que as ações realizadas melhoraram a higiene pessoal; os idosos lúcidos ficaram mais dispostos e animados com a presença do cuidador, estavam interagindo mais com outras pessoas (familiares, vizinhos, cuidador, profissionais que o visitam regularmente); alguns afirmaram estarem mais ativos, conversando, interagindo, saindo mais do quarto e de casa.

Fonseca (2005) diz que a qualidade de vida é entendida de diversas formas pelo idoso, posto ser esse um período em que acontecem muitas mudanças, incumbências e também limitações. No desempenho do cuidado uma das dificuldades apresentadas aos cuidadores familiares são os conflitos relacionais, as famosas birras, pirraças, rebeldia dos idosos.

Dutra, filha de um idoso, apontou algumas dificuldades do cuidado com o pai:

[...] cuidar do meu pai é muito trabalhoso, penoso, tem que ficar por conta, dá banho, comida, remédio, sem falar nas pirraças que ele faz. Eu tive que parar de viver pra cuidar dele, abri mão da minha vida. Meus irmãos nem vem visitar ele, não me ajuda com nada. Então eu só posso falar bem do programa, ter o cuidador aqui em casa me ajuda muito, porque antes eu

[♦]Entrevista concedida por SOUZA, Luzia. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

^{♦♦}Entrevista concedida por BORGES, João. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

^αEntrevista concedida por VIEIRA, Paula. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

queria até colocar pai no asilo, de tão estressada que estava. [...] (Informação verbal).*

Na fala acima ela ressalta o trabalho que o pai demanda, percebe-se a exaustão que vivia antes da inserção da família no PMC, diante da insuficiência familiar, a ausência dos irmãos no compartilhamento do cuidado, provocando assim estresse físico e emocional que muitos familiares vivenciam. Posteriormente ela fala do interesse em institucionalizar o genitor, antes de receber o apoio do cuidador.

Segundo Silva (2009) a maior demanda para o cuidado impõe ao cuidador maior exigências, podendo levar a exaustão em decorrência da necessidade constante de vigilância. Muitas das vezes o estresse, o cansaço gerado ao cuidador pode levar ao adoecimento dele, tanto físico, quanto mental, provocado pela sobrecarga das responsabilidades acarretadas.

Nesse contexto, o cuidador familiar é a pessoa que assume a responsabilidade de cuidar do idoso, que dispensa cuidados de higiene pessoal, organiza o lar, administra orçamento doméstico, financeiro e despesas médicas. O ministério da saúde define:

Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (BRASIL, 2007, p. 43)

No desempenho do papel de cuidar do idoso pode acarretar ao cuidador fatores estressantes, devido ao acúmulo de funções, muitas das vezes não sobra o tempo para realização das suas atividades da vida diária, provocando assim cansaço físico e mental, afetando nas suas relações interpessoais. Por isso, tanto o idoso quanto o cuidador precisam ser assistidos pela saúde e assistência social.

Em relação à questão 6, Dutra disse:

*Entrevista concedida por DUTRA, Joana. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

[...] depois que meu pai foi inserido no programa ficou muito melhor porque quando precisa a enfermeira do posto de saúde vem aqui e a técnica do CRAS também, vem quase toda semana pra acompanhar ele. Isso é muito bom no programa, tudo que meu pai precisa eu falo pra cuidadora e ela leva pro CRAS que resolve tudo. [...] (Informação verbal)*.

Ela traz a questão do acompanhamento conjunto da assistência social e da saúde, que é realizado aos idosos e famílias atendidas. Esse acompanhamento realizado pelos profissionais da assistência social e da saúde se dá mensalmente, no Grupo de Trabalho (GT), que são encontros com os cuidadores para discutirem os casos dos idosos e ouvirem as demandas das famílias, levadas pelos cuidadores. Cumpre destacar que o profissional da assistência realiza visitas domiciliares as famílias atendidas quase toda semana, já que é o responsável pela gestão do tempo do cuidador.

A Sra. Silva, uma idosa de 79 anos, que é atendida pelo programa há cerca de dois anos, falou da questão de ficar sozinha, e apontou a interação com a cuidadora. Ela descreveu:

[...] com a cuidadora aqui cuidando de mim eu fiquei mais ativa, ela conversa comigo, mim ensina a colorir, joga baralho comigo e me leva pra passear na rua, eu não tô ficando tão sozinha como antes, ficar só é tão é ruim né fia? [...]. (Informação verbal)**

Ela continua: “num tinha ninguém pra cuidar de mim, agora a menina que vem aqui em casa faz um tanto coisas pra mim, arruma meu cabelo, até esmalte passa nas minhas unhas, faz muita coisa mesmo, tá bem melhor agora. [...]” (Informação verbal).** A idosa apontou as atividades que a cuidadora realiza demonstrando na fala dela a satisfação com o cuidado recebido.

Novais, Uma filha de outra idosa, que está no programa há cerca de quatro anos disse:

* Entrevista concedida por DUTRA, Joana. [junho, 2019]. Entrevistadora Marilia Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

** Entrevista concedida por SILVA, Iris da. [junho, 2019]. Entrevistadora Marilia Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

[...] todos os cuidadores que ficaram com minha mãe foram ótimos, se não fosse os cuidadores da prefeitura não sei o que faria porque não tenho condições de pagar cuidador particular. A melhor coisa que a prefeitura criou foi esse programa, ele dá qualidade de vida pro idoso. [...].
(Informação verbal)*

A entrevistada acima mencionou a dificuldade de pagar um cuidador particular, demonstrando uma realidade vivenciada por muitas famílias em situação de vulnerabilidade social, ela mencionou que o programa oferta qualidade de vida para o idoso.

Outra questão muito retratada na fala de todos os familiares dos idosos foi o alívio que o programa lhes ofertou, à medida que o cuidador os apoiava e ajudava no cuidado.

Uma filha de outra idosa apontou: “[...] é muito difícil conciliar cuidar da minha mãe, trabalhar, cuidar de filho e da minha casa, ter ajuda da cuidadora aliviou muito, melhorou bastante, sem ela seria muito difícil pra mim fazer tudo que faço. [...]”.
(Informação verbal)^φ.

A idosa que mora sozinha falou da inexistência de familiares para ajudá-la e trouxe a questão da vizinhança como rede de apoio, ela pontuou: “eu não tenho filho, nem parente, estou acamada, se não fosse a cuidadora e alguns vizinhos nem sei o que seria de mim, acho que o único jeito era ter ido pro asilo. [...]”.(Informação verbal)**.

Outra situação muito recorrente na realidade das famílias, que dificulta o cuidado e agrava a situação de vulnerabilidade das famílias tem sido idoso cuidando de outro idoso, no caso dos cônjuges ou filhos em idade avançada. Uma filha que cuida da mãe relatou:

[...] aliviou muito pra mim, porque eu tenho 68 anos e minha mãe está com 91 anos, ela é obesa, pesa 104 quilos, eu dava banho nela todos os dias e era muito difícil pra mim carregar ela e por na cadeira de banho, vestir roupa

* Entrevista concedida por NOVAIS, Celia. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

^φ Entrevista concedida por VILELA, Cassia. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

** Entrevista concedida por SILVA, Iris da. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

era com muita dificuldade, me deu até problema de coluna. Agora a cuidadora que dá o banho nela de segunda a sexta, eu tenho mais tempo pra mim, dá pra descansar um pouco. [...]” (Informação verbal)^β

Nos casos dos cuidadores familiares serem idosos eles apresentam mais dificuldades para exercerem o cuidado, porque muitos também apresentam problemas de saúde.

Para Boneti (1997) a identificação de diferentes problemas, preconceitos e desigualdade de direitos justifica a importância de desenvolver políticas públicas que atendam a sociedade, para assim amenizar os problemas sociais apresentados.

Nesse sentido, percebe-se que, a partir dos relatos dos familiares e idosos atendidos, os objetivos do programa estão sendo atingidos e estão em consonância com a rotina de cuidado da assistência social, que possui cinco eixos.

O primeiro deles é o eixo função protetiva da família, que objetiva fortalecer a função protetiva dessa família, contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos integrantes.

Já o eixo dois diz respeito ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, ele descreve as ações do cuidador que contribuirá para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos idosos, à medida que dá suporte para família no cuidado e ao mesmo tempo envolve os familiares nas atividades desenvolvidas.

O terceiro eixo é o da prevenção do isolamento e da exclusão, cujos objetivos são o de prevenir o confinamento e o isolamento do idoso e manter o diálogo constante do idoso valorizando sua trajetória e história de vida, para isso o cuidador busca sempre motivar o idoso a participar dos espaços coletivos da comunidade.

O quarto e penúltimo eixo tratam-se do desenvolvimento da autonomia do idoso, onde o cuidador realiza ações objetivando a participação do idoso e estimulando sua autonomia.

Por fim, o último eixo é o da garantia de direitos, que objetiva promover o acesso aos serviços públicos, aos benefícios e programas de transferências de renda. Em consonância com esse eixo os cuidadores levam ao Grupo de Trabalho

^β Entrevista concedida por CAETANO, Marcia. [junho, 2019]. Entrevistadora Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

as demandas das famílias. Todas as ações desenvolvidas pelos cuidadores podem ser encontradas nas falas dos entrevistados, como se viu acima.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo dados da projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) o número de idosos no Brasil irá dobrar em 2042 em relação a 2017, chegando a 57 milhões de idosos, o que representará 24,5% da população total, enquanto que em 2017 eram de 28 milhões de idosos, o equivalente a 13,7% da população. Esses dados apontam a necessidade dos governantes de formular e implementar gradativamente políticas públicas direcionadas à população idosa do país, já que a projeção é de crescimento populacional dessa faixa etária.

Se de um lado o aumento da expectativa de vida demonstra melhorias vivenciadas por uma população, por outro traz as consequências do envelhecimento na vida pessoal e social das pessoas, como perda de capacidades, doenças degenerativas (Alzheimer, Parkinson, etc.) depressão, isolamento social, que podem acometê-los.

No território do CRAS Califórnia, muitos idosos que não possuem uma rede de apoio e que são dependentes de terceiros para realização das atividades da vida diária buscam vagas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Contudo, os valores cobrados por estas instituições são considerados elevados por eles e suas famílias, por isso muitos deles recorrem ao CRAS na tentativa de conseguirem vagas nas instituições públicas ou conveniadas com a prefeitura, com valores mais acessíveis.

Outro dado importante foi divulgado em 2016 pela Gerência de Informação, Monitoramento e Avaliação da Prefeitura de Belo Horizonte (GEIMA) através do relatório com as informações socioterritoriais da regional noroeste, apontando o território do CRAS Vila Califórnia como um dos que possuía mais situações de violações de direitos da pessoa idosa. Dentre essas situações a negligência, seguida da violência psicológica, violência física, abandono, violência patrimonial e autonegligência, foram as mais praticadas.

Diante dessas realidades postas ao CRAS, cumpre ressaltar que o Programa Maior Cuidado tem sido ofertado aos idosos e familiares atendidos pelo equipamento como estratégia de prevenção a essas violações e também como meio de promoção do cuidado. Assim, o principal resultado do programa constatado pela

equipe técnica tem sido a melhoria da qualidade de vida dos idosos atendidos, foi observada também uma diminuição da institucionalização dos idosos. Já que em alguns casos famílias que inicialmente acessaram o CRAS com a demanda inicial de vaga em ILPI após serem incluídas no PMC desistiu de solicitá-la. Cumpre ressaltar que nesses oito anos que o programa vem sendo executado no território, foram atendidos 88 idosos, sendo que somente três deles saíram do programa para morar em ILPI, o que representa 3,4% do total de atendidos.

Além de outros resultados de grande relevância que tem sido alcançado pelo CRAS Califórnia, segundo avaliação dos profissionais que lá trabalham, que é a diminuição de negligência praticada contra os idosos pelos familiares, e ainda a prevenção ao isolamento social e o fortalecimento dos vínculos familiares. Isso se deu, segundo eles, na medida em que as equipes de profissionais envolvidos no programa passaram a ofertar os serviços de forma continuada e integrada, visando à promoção do cuidado, a garantia de direitos e com a realização do trabalho social com as famílias, definida pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral as Famílias (PAIF).

Sendo assim, conforme a avaliação feita pelos idosos e familiares atendidos no CRAS Califórnia pode-se dizer que o Programa Maior Cuidado, quando executa todas as ações definidas nos eixos: da função protetiva das famílias, no desenvolvimento e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, no da prevenção do isolamento social e da exclusão e no desenvolvimento da autonomia do idoso conseguem de fato alcançar os objetivos propostos com as famílias e os idosos, prevenindo assim, o isolamento social e retardando a institucionalização deles.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Maria José e ANDER-EGG, Ezequiel. Avaliação de serviços e programas sociais. Ed. Vozes, Petrópolis, 1995. p. 17-133.
- ARRETCHE, M. T. Da S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- BORGES, João. Entrevista 12. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.
- BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ ABEPSS (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009). Brasília, MDS: 2009.
- BRASIL. Estatuto do idoso. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Diário Oficial da União, 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741compilado.htm >. Acesso em: 25 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno de Atenção Básica. 2007. v. 19. p. 43.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: MDS, 2009.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma operacional básica de recursos humanos do SUAS NOB-RH/SUAS Anotada e Comentada. Brasília: 2011. 144p. (Reimpresso em 2013).
- CAETANO, Marcia. Entrevista 10. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.
- CARNEIRO, Carla Bronzo L. “Intervenção com foco nos resultados: elementos para o desenho e avaliação de projetos sociais” In: Carneiro, Carla Bronzo L. & Costa, Bruno Lazaarotti D. (orgs) Gestão Social: o que há de novo? Elementos para ação. Vol. 2 Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004.

CARVALHO, Marta do Carmo Brant de. "Avaliação participativa: uma escolha metodológica". In: RICO, Elizabeth Melo (org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998. p. 87 - 94.

CHIANCA, Thomaz. "Avaliando programas sociais: conceitos, princípios e práticas". In: CHIANCA, Thomaz, MARINO, Eduardo, SCHIESARI, Laura. Desenvolvendo a cultura de avaliação em organização da sociedade civil. São Paulo: Global, 2001. p. 15-84.

DUTRA, Joana. Entrevista 9. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

LIMA, M. Envelhecimento(s). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010. Disponível em: <https://digitalis.uc.pt/files/previews/56855_preview.pdf > Acesso em: 10 out. 2019.

LOBATO, Lenaura de V. Costa. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. Rev. Trabalho, Educação e Saúde, 2 (1), p. 239-265, 2004.

LOBO, Thereza. "Avaliação participativa: uma escolha metodológica". In: RICO, Elizabeth Melo (org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

NOVAIS, Celia. Entrevista I. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

NÚMERO DE IDOSOS NO BRASIL DEVE DOBRAR ATÉ 2042, DIZ IBGE. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/numero-de-idosos-no-brasil-deve-dobrar-ate-2042-diz-ibge-25072018>> Acesso em 08 de agosto de 2019.

PBH. Relatório de Informações Socioterritoriais da Regional Noroeste. GEIMA, 2016. PBH OFERECE ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA IDOSOS. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-oferece-atendimento-domiciliar-para-idosos> Acesso em 15 de dezembro de 2018.

PROGRAMA MAIOR CUIDADO. Disponível em <http://www.gdecom.org.br/index.php/projetos/maior>. Acesso em 15 de dezembro de 2018.

SILVA, Iris da. Entrevista 5. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

SILVA, J. V. (org). Saúde do Idoso, Processo de Envelhecimento Sob Múltiplos Aspectos. 1ed. São Paulo: Látria, 2009.

SOUZA, Luzia. Entrevista 11. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

VIEIRA, Paula. Entrevista 13. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

VILELA, Cassia M. S. Entrevista 4. [junho, 2019]. Avaliação do Programa Maior Cuidado. Entrevistadora: Marília Laura Campos. Belo Horizonte, 2019.

ANEXOS

Anexo A - Questionário de Avaliação do Programa Maior Cuidado

PERFIL DO IDOSO ATENDIDO PELO PMC	
Idade: _____	Sexo: () Feminino () Masculino
Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)	
Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio () Superior	
Renda Familiar:	
() 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () 4 salários mínimos ou mais	
Mora com quem?	
() Sozinho(a) () Cônjuge () Filho(s) () Outro familiar () Não parente	
Quanto tempo está inserido no PMC? _____	

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PMC

13) Algum familiar cuida do idoso(a)? _____, se sim quantos?

14) O idoso(a) apresentou alguma melhora depois que foi incluído no Programa Maior Cuidado, (quando passou a receber atendimento em domicílio do cuidador de idoso da prefeitura)? () Sim () Não,

Se Sim, que tipo de melhora apresentou?

15) Quais atividades o cuidador realiza com o idoso(a)?

16) Você está satisfeito com o Programa Maior Cuidado? () Sim () Não, porque? _____

17) O que poderia melhorar no programa?

- 18) O que você tem a falar do Programa Maior Cuidado?
 19) Qual o impacto do programa na sua vida?
 20) Qual sua avaliação do programa?

Anexo B - Instrumental de Pontuação do PMC

Instrumento de Pontuação

Programa Maior Cuidado

Nome do Usuário: _____

Idade: _____ Documento de Identidade : _____

Nome do Responsável : _____ Endereço

: Rua/Av : _____ Nº: _____ Complemento:

_____ Bairro: _____ Unidade de

Saúde do Usuário: _____

CRAS de Referência do Usuário: _____ Nº NIS:

_____ Nº cartão SUS: _____

Nº Prontuário do Centro de Saúde: _____ Nº Prontuário do

CRAS: _____

Composição e Renda Familiar

Nome	Data de nascimento	Grau de parentesco	Escolaridade	Renda	Origem da renda/benefício

Valor de referência do Salário Mínimo Nacional nesta data: R\$ _____

<p>TOTAL DA RENDA FAMILIAR (converter em nº de salários mínimos)</p>	<p>RENDA PER CAPITA (convertida em salários mínimos - renda total dividida pelo nº total de membros da família)</p> <p>_____ : _____</p> <p>= _____</p>
--	--

Responsável pelo preenchimento: _____

Cargo/Função: _____ Data: _____

Crêterios classificatórios

Tipo 1 – Semidependente sem comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar

Crêterios de inclusão Tipo 1	Pontua�o
Fator etário	
Idade 60 – 79 anos	4
Idade > 79 anos	5
Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	
Terminalidade e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade e/ou internat�es recorrentes	5
Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais	4
Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	3
Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano)	4
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	3
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	
Alimentar-se	5
Continência urinária e/ou fecal	2
Banhar-se	5
Vestir-se	4
Mobilidade total – Acamado (este item e o seguinte não devem ser somados juntos, pois se excluem) e/ou mobilidade parcial – Locomover-se da cama para a cadeira (este item e o anterior não devem ser somados juntos, pois se excluem).	7
Fatores Cognitivos	
Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambula�o, agita�o...) ou apresenta quadro de confusão mental e/ou Alucina�es.	4
Distúrbio de sono e/ou depressão	2
Fatores Sociais (Preenchimento pelo CRAS)	
Uma ou mais situa�es abaixo: <input type="checkbox"/> A família � incapaz de dispensar o cuidado ou tem apenas 1 membro para dispensá-lo; <input type="checkbox"/> Idoso em situa�o de confinamento e/ou isolamento; <input type="checkbox"/> Família cujo cuidador � idoso, criança ou adolescente; <input type="checkbox"/> Família insuficiente com pessoa com dependência química e/ou com deficiência e/ou portador de sofrimento mental em tratamento; <input type="checkbox"/> Cuidador familiar em situa�o de stress emocional e/ou físico gerado pelo cuidado com o idoso	23
Renda per capita ≤ a 2 Salários Mínimos para famílias com até 2 pessoas ou renda per capita ≤ a 1 Salário Mínimo para famílias com mais de 2 pessoas	10
Não possui plano de saúde	10
Uma ou mais situa�es abaixo: <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BPC <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BF <input type="checkbox"/> Reside em moradia cedida ou alugada	5
Somatória dos Fatores de Inclusão	

Tipo 2 – Semidependente com comprometimento da mobilidade com baixo ou ausência de apoio familiar

Critérios de inclusão Tipo 2	Pontuação
Fator etário	
Idade 60 – 79 anos	4
Idade > 79 anos	5
Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	
Terminalidade e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade e/ou internações recorrentes	5
Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais	4
Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	3
Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano)	4
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	3
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	
Alimentar-se	5
Continência urinária e/ou fecal	2
Banhar-se	5
Vestir-se	4
Mobilidade total – Acamado (este item e o seguinte não devem ser somados juntos, pois se excluem) e/ou mobilidade parcial – Locomover-se da cama para a cadeira (este item e o anterior não devem ser somados juntos, pois se excluem).	7
Fatores Cognitivos	
Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...) ou apresenta quadro de confusão mental e/ou Alucinações.	4
Distúrbio de sono e/ou depressão	2
Fatores Sociais (Preenchimento pelo CRAS)	
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> A família é incapaz de dispensar o cuidado ou tem apenas 1 membro para dispensá-lo; <input type="checkbox"/> Idoso em situação de confinamento e/ou isolamento; <input type="checkbox"/> Família cujo cuidador é idoso, criança ou adolescente; <input type="checkbox"/> Família insuficiente com pessoa com dependência química e/ou com deficiência e/ou portador de sofrimento mental em tratamento; <input type="checkbox"/> Cuidador familiar em situação de stress emocional e/ou físico gerado pelo cuidado com o idoso	23
Renda per capita ≤ a 2 Salários Mínimos para famílias com até 2 pessoas ou renda per capita ≤ a 1 Salário Mínimo para famílias com mais de 2 pessoas	10
Não possui plano de saúde	10
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BPC <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BF <input type="checkbox"/> Reside em moradia cedida ou alugada	5
Somatória dos Fatores de Inclusão	

Tipo 3 - Dependente, acamado e ou restrito ao domicílio, residindo com a família, porém com baixo apoio familiar

Critérios de inclusão Tipo 3	Pontuação
Fator etário	
Idade 60 – 79 anos	4
Idade > 79 anos	5
Fatores Clínicos (Preenchimento pelo Centro de Saúde)	
Terminalidade e/ou portador de doença grave que comprometa a funcionalidade e/ou internações recorrentes	5
Portador de múltiplas comorbidades - 5 patologias ou mais	4

Fazer uso de 4 ou mais medicamentos	3
Instabilidade de marcha c/ quedas frequentes (> 2 / ano)	4
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	3
Deficiência sensorial (cegueira, surdez) com dependência	
Alimentar-se	5
Continência urinária e/ou fecal	2
Banhar-se	5
Vestir-se	4
Mobilidade total – Acamado (este item e o seguinte não devem ser somados juntos, pois se excluem) e/ou mobilidade parcial – Locomover-se da cama para a cadeira (este item e o anterior não devem ser somados juntos, pois se excluem).	7
Fatores Cognitivos	
Distúrbios de comportamento (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação...) ou apresenta quadro de confusão mental e/ou Alucinações.	4
Distúrbio de sono e/ou depressão	2
Fatores Sociais (Preenchimento pelo CRAS)	
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> A família é incapaz de dispensar o cuidado ou tem apenas 1 membro para dispensá-lo; <input type="checkbox"/> Idoso em situação de confinamento e/ou isolamento; <input type="checkbox"/> Família cujo cuidador é idoso, criança ou adolescente; <input type="checkbox"/> Família insuficiente com pessoa com dependência química e/ou com deficiência e/ou portador de sofrimento mental em tratamento; <input type="checkbox"/> Cuidador familiar em situação de stress emocional e/ou físico gerado pelo cuidado com o idoso	23
Renda per capita ≤ a 2 Salários Mínimos para famílias com até 2 pessoas ou renda per capita ≤ a 1 Salário Mínimo para famílias com mais de 2 pessoas	10
Não possui plano de saúde	10
Uma ou mais situações abaixo: <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BPC <input type="checkbox"/> Família beneficiária do BF <input type="checkbox"/> Reside em moradia cedida ou alugada	5
Somatória dos Fatores de Inclusão	

Critérios Eliminatórios para todos os públicos (tipo 1 ,2 e 3)

Critérios de exclusão
Não estar dentro de nenhum dos fatores sociais.
Não estar dentro de nenhum dos fatores clínicos.
Não estar dentro de nenhum dos fatores etários.
Não pontuar no fator econômico “renda per capita”.
Possuir Plano de Saúde que ofereça atendimento domiciliar.
Pontuação mínima < 60 pontos

Anexo C - Comunicado de desligamento do PMC

Termo de Desistência do PMC

Eu _____ Carteira de
Identidade: _____ residente à Rua _____
nº _____ Bairro _____ atendido pelo CRAS
_____ declaro ter solicitado o desligamento do idoso(a)
_____ do Programa de
Atendimento ao Idoso - Maior Cuidado.

Grau de parentesco com o idoso: _____

Assinatura

Belo Horizonte _____ de _____ de 20____

Anexo D - Rotina de Cuidado da Assistência Social

SECRETARIA MUNICIPAL ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
GERÊNCIA DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
ROTINA DE CUIDADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CRAS: _____ Regional: _____ Nome do Idoso: _____ Data Nascimento: _____ Endereço: _____ _____ Data de Inclusão no Programa: _____ Perfil do Idoso (Semidep ou Dep): _____ 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
		() Informar à família e ao CRAS as alterações físicas (exemplos: perda da funcionalidade, lesões, hematomas, feridas, dentre outros) e/ou emocionais (exemplos: agitação, tristeza, alteração de humor, alteração de comportamento, confusão repentina) percebidas no idoso.
		() Solicitar à família que o auxilie nos cuidados ao idoso (exemplos: banho, alimentação, troca de fraldas, mudança de decúbito).

Função Protetiva da Família	<input type="checkbox"/> Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida.	<input type="checkbox"/> Envolver a família em atividades realizadas com o idoso (exemplos: nos jogos do kit, em conversas, nas refeições, em passeios e caminhadas).
	<input type="checkbox"/> Incentivar a família a participar de reuniões e ações do CRAS, quando convidada pelo CRAS (atividades coletivas).	
	<input type="checkbox"/> Construir, com a família, um caderno de registros diários do idoso, contendo os cuidados dispensados pelo familiar ao idoso, as falas do idoso, os momentos significativos, etc.	
	<input type="checkbox"/> Orientar a família sobre perigos iminentes - prevenção de riscos (exemplos: tapetes que causam quedas, cadarços desamarrados, idoso pisando na barra da calça, objetos cortantes e móveis/objetos/animais que causem risco ao idoso e /ou que dificultem a sua locomoção).	
	<input type="checkbox"/> Reforçar as orientações do NASF sobre acessibilidade e segurança (exemplos: colocar faixa lixa nas escadas, tapete antiderrapante no banheiro).	
	<input type="checkbox"/> Reforçar as orientações e sugestões da Rede de apoio (exemplos: Programa Vida Ativa, Grupo de Convivência).	
	<input type="checkbox"/> A partir da orientação do CRAS, preparar o alimento do idoso, quando necessário.	
	<input type="checkbox"/> Promover e incentivar a aproximação dos familiares/amigos com o idoso e capacitá-los a dispensar os cuidados necessários ao idoso	
	<input type="checkbox"/> Organizar o ambiente onde o idoso permanece, mantendo-o limpo e arejado.	
Vínculos familiares e comunitários	<input type="checkbox"/> Prevenir a situação de risco e de agravos que levem a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade familiar e social vivenciadas.	<input type="checkbox"/> Estar atento às demandas e necessidades do idoso e atende-las quando for de sua competência e passar para a família e/ou para o CRAS quando for o caso (exemplos: hidratação, alimentação, diálogo, bem estar do idoso).
	<input type="checkbox"/> Apoiar idosos/famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares.	<input type="checkbox"/> Estar atento às demandas e necessidades do idoso e atende-las quando for de sua competência e passar para a família e/ou para o CRAS quando for o caso (exemplos: hidratação, alimentação, diálogo, bem estar do idoso).
	<input type="checkbox"/> Estabelecer com o idoso rotina de visitas a vizinhos, parentes e amigos residentes na comunidade.	
	<input type="checkbox"/> Estimular a visita e acompanhar, quando possível, a espaços da comunidade.	
	<input type="checkbox"/> Incentivar a família a participar de ações de lazer, especialmente o cuidador familiar.	
	<input type="checkbox"/> Valorizar as ações de cuidado do cuidador familiar.	
	<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 (exemplos: visita a parentes/vizinhos, passeios, refeições, eventos sociais e comunitários).	
	<input type="checkbox"/> Estimular a família a comemorar o aniversário do idoso, quando possível.	
	<input type="checkbox"/> Informar ao CRAS a existência de idosos/famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados (exemplos: pessoa com deficiência, com sofrimento mental; situações de direitos não garantidos – escola, trabalho).	

Prevenção do isolamento e da exclusão	<input type="checkbox"/> Prevenir o confinamento e o isolamento do idoso. <input type="checkbox"/> Manter o diálogo constante com idoso valorizando sua trajetória e história de vida.	() Estimular a família a, quando possível, considerar as preferências alimentares do idoso, respeitando as restrições e orientações da Saúde.
		() Estimular o idoso a participar das refeições com a família.
		() Estimular a família a envolver o idoso nas suas atividades sociais.
		() Estimular a família a envolver o idoso em suas atividades cotidianas.
		() Reforçar as orientações do CRAS/Centro de Saúde sobre a manutenção de um ambiente acolhedor e humanizado, onde o idoso permanece.
		() Incentivar a família a manter no ambiente do idoso os objetos pessoais do idoso que fazem parte da sua história de vida.
		() Promover o diálogo constante com o idoso, envolvendo a família e a comunidade.
		() Resgatar a história de vida do idoso, a história da comunidade, da família, tendo paciência, respeito e atenção para ouvir a mesma história contada repetidas vezes. (exemplos: pedir para contar sua história, a história da família, da comunidade, ver fotos, ouvir músicas, lembrar os momentos).
Desenvolvimento da autonomia do idoso	<input type="checkbox"/> Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida do usuário.	() Incentivar o idoso a realizar as atividades que ele consegue fazer sozinho.
		() Estimular o idoso a tomar decisões (por exemplo, escolher a roupa que vai vestir, a comida que deseja).
		() Estabelecer rotina de planejamento de atividades com o idoso (diária e semanal), sempre que possível.
	<input type="checkbox"/> Estimular e fortalecer a autonomia do idoso. <input type="checkbox"/> Oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades. <input type="checkbox"/> Estimular a participação cidadã.	() Recuperar hábitos e habilidades do idoso e estimular que sejam mantidos e/ou incentivá-lo a realizar atividades artísticas, culturais e religiosas, de acordo com o seu interesse (exemplos: habilidade para pintar, tocar um instrumento musical, atividades artesanais, escrever, hábito de ler, ouvir rádio, ouvir música, fazer/ler/ouvir poesia, cuidar da horta/plantas etc.).
		() Estimular o idoso a se cuidar, mantendo a sua vaidade e autoestima.
		() Estimular o idoso a participar de atividades lúdicas e de estimulação cognitiva e intelectual, dentro de suas possibilidades (exemplos: jogos do Kit, orientação espaço-temporal).
		() Incentivar o idoso a executar atividades as quais ele se sente inseguro para realiza-las, mas avaliadas pelo cuidador de que o idoso é capaz. Auxiliá-lo e elogiá-lo.
		() Incentivar e valorizar os interesses e opiniões do idoso.
		() Supervisionar as atividades instrumentais da vida prática, prevenindo riscos, mantendo a autonomia do idoso.
		() Incentivar a família a acompanhar o idoso nas atividades, permitindo que ele as realize, mantendo sua autonomia.
		() Sensibilizar a família sobre a importância de manutenção da autonomia do idoso.

		() Estabelecer rotina de contextualização espaço-temporal com o idoso (exemplos: ao caminhar com o idoso, informá-lo em qual rua está, perguntar se ele conhece alguém que mora naquela rua. Perguntar ou informar, sempre que possível, o dia da semana e do mês. Colocar um calendário de fácil visualização na residência, etc..).
		() Fazer uma agenda de atividades com o idoso.
		() Supervisionar as atividades de vida prática realizadas pelo idoso.
		() Estimular o idoso família a participar de Comissão Local, Conselhos, Fóruns Regionais, reuniões comunitárias.
Garantia de Direitos	Promover acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços socioassistenciais <input type="checkbox"/> Promover acesso a Serviços Públicos	() Informar ao CRAS as demandas do idoso/família
		() Orientar a família a procurar o CRAS para se informar sobre os serviços públicos existentes.
		() Colaborar para o idoso ter acesso aos serviços públicos, caso a família não possa fazê-lo. Acompanhá-lo a consultas no seu horário de atendimento, quando orientado pelo CRAS.
		() Sensibilizar a família quanto à importância do apoio ao idoso para acesso aos direitos (por exemplo, pedir ajuda à família para que busque os remédios do idoso).
		() Acompanhar o idoso durante as internações, dentro do seu horário de atendimento, quando orientado pelo CRAS.

Anexo E - Termo de consentimento do Programa Maior Cuidado

Eu, _____
portador da Carteira de Identidade _____ com domicílio
na rua _____ nº _____, Bairro
_____, nesta capital, estou ciente e de acordo com
o Projeto Cuidador de Idosos, bem como suas diretrizes e autorizo a permanência
de um cuidador na minha residência nos dias e horários pré-estabelecidos pela
PBH:

_____.

Estou ciente e de acordo de que:

- Não há possibilidade de escolha do cuidador referente à gênero, idade, etnia, orientação sexual.
- Há rodízio de cuidadores, ou seja, haverá de troca do cuidador sempre que avaliado como necessário pela PBH.
- O prazo de permanência no Projeto será de até 1(um) ano, podendo ser prorrogado de acordo com avaliação da PBH.

- A carga horária e a periodicidade do atendimento pelo cuidador, serão de segunda a sexta-feira de acordo com o estabelecido pela PBH.
- O cuidador se limitará a exercer as atribuições definidas pela PBH de acordo com as diretrizes do Projeto.
- Não haverá nenhum ônus nem qualquer benefício, pecuniário ou não, em razão da presença do cuidador no domicílio.
- O desligamento ocorrerá por decisão da PBH, conforme critérios pré-estabelecidos ou por opção própria.
- A permanência no Projeto está condicionada ao cumprimento das atribuições citadas abaixo:

Atribuições:

- Ler e estando de acordo, assinar este Termo de Consentimento;
- Disponibilizar o acesso do cuidador à residência para o atendimento;
- Acolher as orientações dos profissionais da Assistência Social, da Saúde e do cuidador;
- Respeitar o horário do cuidador e as suas atribuições;
- Conhecer as atribuições do cuidador e facilitar a sua intervenção;
- Respeitar as funções do cuidador determinadas pela PBH;
- Informar ao CRAS sobre o trabalho do cuidador (cumprimento do horário, faltas, qualidade do atendimento);
- Não atribuir ao cuidador nenhuma função que não seja de conhecimento ou autorizada pela PBH;
- Participar de reuniões e atendimentos no CRAS e Centro de Saúde, sempre que convocado;
- Comunicar ao CRAS problemas e situações conflituosas com o cuidador;
- Comunicar ao CRAS situações de negligência do cuidador, no atendimento;
- Seguir as orientações da Equipe de Saúde da Família/NASF;
- Solicitar junto ao Centro de Saúde de referência o agendamento de consultas especializadas, medicamentos e insumos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Utilizar os serviços da Rede SUS nos casos de urgência e /ou emergência, para o atendimento nas UPA's ou acionando o SAMU;
- Notificar ao CRAS, Centro de Saúde e/ou Equipe de Saúde da Família /NASF as seguintes situações:

- Internação;
- Alta hospitalar;
- Ocorrência de: quedas, aspiração de alimentos, aparecimento de sinais de alerta ou piora do estado geral;
- Desejo de desligamento do Projeto;
- Mudança de endereço.

Cabe ao Cuidador:

- Informar e apoiar o acesso à rede socioassistencial;
- Favorecer relações socioafetivas na comunidade, escutando e valorizando a história do idoso;
- Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, o idoso aos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (grupo de convivência da terceira idade);
- Estimular o idoso a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;
- Facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a pessoa cuidada e a comunidade;
- Estimular a autonomia do idoso;
- Seguir as orientações da equipe técnica do CRAS e dos profissionais da saúde;
- Participar de formações e capacitações;
- Participar das reuniões com o CRAS e os Centros de Saúde para acompanhamento e discussão de casos;
- Se ater às suas funções, cumprindo-as com responsabilidade, de acordo com as orientações da PBH;
- Manter uma relação de respeito e cooperação com o idoso;
- Comunicar ao CRAS e Centro de Saúde sobre o cotidiano do idoso;
- Seguir as orientações estabelecidas pela PBH e entidade parceira do Projeto em relação à sua conduta profissional.

Ciente e de acordo,

Idoso

Testemunha 1

Testemunha termo de Consentimento de idoso sem família