



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL**

Taiane Queithe da Silva Faustino

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO, DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19:
potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial**

Belo Horizonte
2023

Taiane Queithe da Silva Faustino

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO, DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19:
potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientação: Profa. Dra. Adalgisa Peixoto
Ribeiro

Belo Horizonte
2023

Taiane Queithe da Silva Faustino

**PROGRAMA MAIOR CUIDADO, DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19:
potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Banca Examinadora:

**Adalgisa Peixoto Ribeiro (Orientadora /Doutora)
Universidade Federal de Minas Gerais**

**Giselle Lavinias Monnerat (Doutora)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Solange Maria Teixeira (Doutora)
Universidade Federal do Piauí**

**Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (Doutora)
Universidade Federal de Minas Gerais**

Suplentes:

**Jandira Maciel da Silva (Doutora)
Universidade Federal de Minas Gerais**

F268p Faustino, Taiane Queithe da Silva.
Programa Maior Cuidado, da implantação à Covid-19 [recurso eletrônico]: potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial / Taiane Queithe da Silva Faustino. - - Belo Horizonte: 2023.
142 f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

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

1. Serviços de Saúde para Idosos. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Apoio Social 4. Colaboração Intersetorial. 5. Dissertação Acadêmica. I. Ribeiro, Adalgisa Peixoto. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WT 31

Bibliotecário responsável: Monaliza Maria da Silveira Caires Lima CRB-6/1707



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/TAIANE QUEITHE DA SILVA FAUSTINO

Realizou-se, no dia 23 de junho de 2023, às 14:00 horas, virtual, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PROGRAMA MAIOR CUIDADO, DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19: potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial*, apresentada por TAIANE QUEITHE DA SILVA FAUSTINO, número de registro 2020727620, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro - Orientador (UFMG), Prof(a). Giselle Lavinias Monnerat (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Prof(a). Solange Maria Teixeira (Universidade Federal do Piauí), Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (Escola de enfermagem/UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 23 de junho de 2023.

Prof(a). Adalgisa Peixoto Ribeiro (Doutora)

Prof(a). Giselle Lavinias Monnerat (Doutora)

Prof(a). Solange Maria Teixeira (Doutora)

Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Adalgisa Peixoto Ribeiro, Professora do Magistério Superior**, em 23/06/2023, às 18:08, 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 **Amanda Marcia dos Santos Reinaldo, Professora do Magistério Superior**, em 28/06/2023, às 07:22, 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 **Giselle Lavinias Monnerat, Usuária Externa**, em 03/07/2023, às 14:23, 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 **Solange Maria Teixeira, Usuária Externa**, em 23/11/2023, às 15:10, 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 **2376037** e o código CRC **DEEBAF09**.

À Moacyr Braz dos Santos, meu pai (*in memoriam*), Profa. Dra. Elza Machado de Melo (*in memoriam*) e Simone Albuquerque, minha dupla durante o percurso do mestrado (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

À minha família (mãe, irmão, esposo, sobrinha, afilhado e compadres), que me incentivou nos momentos difíceis e compreendeu a minha ausência enquanto me dedicava à realização desta pesquisa.

À professora Adalgisa P. Ribeiro, por ter me orientado com dedicação e pela amizade em meio ao caos que foi o período pandêmico da COVID-19.

Ao Curso de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais, seu corpo docente, e de modo especial à Profa. Dra. Elza Machado de Melo (*in memoriam*) que tanto me incentivou a trilhar este caminho, e de quem muito me honra ter sido aluna.

Às famílias do território do CRAS Vila Senhor dos Passos no qual trilhei uma década de atuação profissional, e o qual agregou tanto positivamente ao meu crescimento pessoal e profissional e que me estimula a ser cada vez mais uma profissional do SUAS buscando aprimoramentos para contribuir nas ações de uma sociedade mais justa e igualitária.

Às idosas e aos idosos do Programa Maior Cuidado (PMC), suas famílias e rede comunitária que tanto me inspiraram e provocaram reflexões efetivas para executar o Trabalho Social com Famílias e comunidade de forma participativa, coletiva e horizontal.

Aos cuidadores sociais do PMC, de modo especial os que foram minha primeira equipe: Ninon Rose, Tiane, Tânia, Neide e Luciane (supervisora).

Às integrantes do Coletivo Articulando Redes por minha inserção neste coletivo, por me instigar e aguçar em realizar e criar estratégias de desenvolver o Trabalho Social com Famílias a partir de metodologias participativas.

Por fim, às minhas colegas de trabalho e amigas por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

“[...]convívio é a antítese do isolamento [...] Convivência é Proteção Social. ”
(TORRES, 2016. p.9-10)

RESUMO

Esta pesquisa tem foco no Programa Maior Cuidado (PMC), uma provisão socioassistencial com estratégia intersetorial para o cuidado de idosos dependentes e semidependentes e suas famílias, no município de Belo Horizonte/MG. O objetivo da pesquisa é analisar o PMC enquanto provisão de proteção socioassistencial. Especificamente, objetiva realizar a caracterização desta provisão no município de Belo Horizonte/MG, segundo recursos de estrutura e ações realizadas, de sua implantação à pandemia da COVID-19 (2011 a 2022); descrever a organização e o provimento do PMC no contexto da pandemia de COVID-19 e identificar como o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial. A caracterização do Programa foi realizada a partir dos dados da planilha de monitoramento, disponibilizada pela Gerência de Gestão dos Serviços da Proteção Social Básica de Belo Horizonte, MG (GGSPB/SUAS-BH). Foram consideradas informações de composição e tamanho das equipes por território de referência (CRAS e cuidadores sociais), capacitações dos profissionais e recursos empregados. Além disso, acrescentam-se dados da produção de cuidados oferecidos e características da população atendida (sexo, faixa etária, grau de dependência), regional de referência, e as razões para a inclusão e exclusão dos idosos do programa. Os resultados encontrados ressaltam as potencialidades do programa e permitem identificar possíveis lacunas do conhecimento e prioridades para aprofundamentos e estudos futuros que possam contribuir no aprimoramento do PMC.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Programa Maior Cuidado; Proteção socioassistencial; Intersetorialidade; Saúde; Assistência social.

RESUMEN

Esta investigación se centra en el Programa Mayor Atención (PMC), una prestación socioasistencial con estrategia intersectorial para la atención de personas mayores dependientes y semidependientes y sus familias, en la ciudad de Belo Horizonte/MG. El objetivo de la investigación es analizar el PMC como una prestación de protección asistencial. Específicamente, se pretende caracterizar esa prestación en la ciudad de Belo Horizonte/MG, según estructura de recursos y acciones tomadas, desde su implementación hasta la pandemia de COVID-19 (2011 a 2022); describir la organización y prestación del PMC en el contexto de la pandemia de COVID-19 e identificar cómo se aborda el PMC en la producción científica como una prestación de asistencia social. La caracterización del Programa se realizó a partir de datos de la planilla de seguimiento, puesta a disposición por la Gerencia de Servicios Básicos de Protección Social de Belo Horizonte, MG (GGSPB/SUAS-BH). Se consideró información sobre la composición y tamaño de los equipos por territorio de referencia (CRAS y cuidadores sociales), formación profesional y recursos empleados. Además, se agregan datos sobre la producción de atención ofrecida y características de la población atendida (género, grupo etario, grado de dependencia), región de referencia y los motivos de inclusión y exclusión de personas mayores del programa. Los resultados encontrados resaltan el potencial del programa y permiten identificar posibles vacíos de conocimiento y prioridades para futuros estudios y estudios que puedan contribuir al mejoramiento del PMC.

Palabras llave: Persona mayor; Programa Mayor Cuidado; Protección de la asistencia social; intersectorialidad; Salud; Asistencia social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Similaridades entre SUS e SUAS.....	29
Figura 2 - Vulnerabilidades Relacionais	33
Figura 3 - Pirâmides Etárias – Belo Horizonte/MG.	44
Figura 4 - Síntese das fases da revisão integrativa	57
Figura 5 - Linha do tempo do Programa Maior Cuidado. Belo Horizonte/MG, 2011-2022....	83
Figura 6 - Mapa da distribuição dos equipamentos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), territórios CRAS e regionais, no Município de Belo Horizonte/MG.....	84

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Localização das publicações levantadas	58
Gráfico 2 - Distribuição percentual das publicações por base.....	58
Gráfico 3 - Distribuição dos textos entre acadêmicos e jornalísticos.....	59
Gráfico 4 - Distribuição das publicações por ano.....	59
Gráfico 5 - Distribuição proporcional dos tipos de publicações	60
Gráfico 6 - Quantitativo de cuidadores sociais e supervisores contratados para o PMC, nos anos de 2017 a 2022.....	86
Gráfico 7 - Número e percentual de atendimentos realizados no Programa Maior Cuidado, segundo regional. Belo Horizonte, abril de 2011 a setembro de 2022.....	87
Gráfico 8 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo sexo e regional. Belo Horizonte, abril de 2011 a setembro de 2022.....	88
Gráfico 9 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo sexo e grau de dependência e percentual de idosos atendidos por grau de dependência. Belo Horizonte, de 2011 a setembro de 2022.....	89
Gráfico 10 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo grau de dependência e regional. Belo Horizonte, abril de 2011 a setembro de 2022	90
Gráfico 11 - Número de idosos incluídos por ano, segundo regional. Belo Horizonte, abril de 2011 a setembro de 2022.....	91
Gráfico 12 - Número e percentual de desligamentos de idoso do PMC, segundo motivos. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022	92
Gráfico 13 - Número e percentual de pessoas idosas em acompanhamento pela equipe do Programa Maior Cuidado, por regional. Belo Horizonte, 19/03 a 19/04/2020.....	94
Gráfico 14 - Quantitativo de idosos atendidos pelo Programa Maior Cuidado no período de julho de 2020 a fevereiro de 2021	95
Gráfico 15 - Total de idosos atendidos e cuidadores sociais por regional e por CRAS em Belo Horizonte no ano de 2021 e média de cuidadores sociais de idosos do PMC por idoso atendido ao longo do ano de 2021 por regional	96
Gráfico 16 - Total de idosos atendidos e cuidadores sociais por Regional e por CRAS em Belo Horizonte no ano de 2021.....	97

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CS	Centro de Saúde
DPSB	Diretoria de Proteção Social Básica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GGSPB	Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica
GT	Grupo de Trabalho
IAP'S	Institutos de Aposentadoria e Pensão
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAEFI	Programa de Atendimentos Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Programa de Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PMC	Programa Maior Cuidado

PMF	Programa Médico de Família
PSB	Proteção Social Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SPEPDI	Serviço Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias
SMASAC	Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUASS	Subsecretaria de Assistência Social
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMPS	Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TSF	Trabalho Social com Famílias

LISTA DE QUADROS:

Quadro 1 - Histórico de normativas brasileiras para a garantia de direitos dos idosos.....	21
Quadro 2 - Vulnerabilidades relacionais no contexto da pessoa idosa.....	35
Quadro 3 - Distribuição dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) nas Regionais e data de implantação do Programa Maior Cuidado em cada CRAS do Município de Belo Horizonte/MG.....	85
Quadro 4 - Principais publicações da Diretoria de Proteção Social Básica do SUAS/BH, no contexto da Pandemia de COVID-19	104

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1 Envelhecimento - Fenômeno Social Complexo.....	18
4.2 O Estado como Agente de Proteção: Políticas Públicas para a População Idosa.	20
4.3 Semelhanças entre as Políticas de Assistência Social e de Saúde.....	24
4.3.1 Seguranças Socioassistenciais para o enfrentamento de Risco e Vulnerabilidades e Riscos Sociais.....	30
4.4 Intersetorialidade como Estratégia para Enfrentamento de Fenômenos Complexos nas Políticas Públicas.	39
4.5 Programa Maior Cuidado: a experiência de Belo Horizonte na constituição de uma estratégia intersetorial de ampliação de proteção.	43
4.6 A Pandemia de COVID-19 e seus e seus impactos nas políticas públicas voltadas para o envelhecimento.	49
5. METODOLOGIA.....	52
5.1. Revisão de literatura	52
5.2 Caracterização do PMC	54
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1 Revisão Integrativa sobre o Programa Maior Cuidado.....	56
6.1.1. Cuidado oferecido pelo PMC.....	62
6.1.2. Avaliação do PMC	65
6.1.3. Intersetorialidade.....	68
6.1.4. Pandemia de COVID-19 e o PMC	68
6.1.5. Processo de Trabalho no PMC.....	69
6.1.6. Discussão.....	71
6.1.7. Considerações finais da revisão integrativa.	80
6.2 Caracterização do Programa Maior Cuidado (PMC).....	82
6.2.1. Estrutura do Programa Maior Cuidado	84
6.2.2. Recursos humanos.....	86
6.2.3. Cuidados ofertados pelo Programa Maior Cuidado (PMC) no período de 2011 a 2022.....	87

6.3 A provisão do Programa Maior Cuidado na Pandemia de COVID-19.....	92
6.3.1. Discussão.....	98
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS - O PROGRAMA MAIOR CUIDADO UMA PROVISÃO SOCIOASSISTENCIAL	108
7.1 RECOMENDAÇÕES PARA APRIMORAMENTO DO PMC.....	117
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS.....	134
ANEXO 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO	134
ANEXO 2 - TERMO DE COMPROMISSO	135
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO	138

1. INTRODUÇÃO

O Programa Maior Cuidado (PMC) é uma provisão socioassistencial, no Município de Belo Horizonte/MG, de atendimento domiciliar a idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade social em suas múltiplas formas devido à fragilidade dos vínculos familiares e/ou comunitários. Tem como objetivo prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais; precaver à exclusão e o isolamento da pessoa idosa; evitar institucionalização, fomentar a inclusão social; promover o desenvolvimento de habilidades e potencialidades, assegurar a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã; resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida das pessoas idosas e de suas famílias; garantir do desenvolvimento e manutenção da autonomia da pessoa idosa; ampliar a função protetiva da família para com a pessoa idosa (SARTINI e CORREIA, 2012; FAUSTINO, 2016, 2018, 2019; SOUZA *et al.*, 2022). Criado em 2011, é coordenado pela Subsecretaria de Assistência Social - SUASS e desenvolvido intersetorialmente com a Secretaria Municipal de Saúde - SMSA, sendo provisionado em todos os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS da cidade.

A inserção de idosos ao PMC é realizada a partir de uma avaliação técnica para além da condição física e biológica (âmbito da saúde), sendo considerados os fatores de vulnerabilidade social (relacional e material) que o idoso e sua família vivenciam. Neste cenário, Menicucci (2014) considera que uma ação baseada no princípio da intersetorialidade envolve valores de cooperação e parceria, além de demandar mudanças nas concepções e no modo de pensar. As atividades do cotidiano dos burocratas de rua “*profissionais de ponta*”, além de promover relação intersetorial entre as duas políticas (Assistência Social e Saúde) no nível da gestão como pacto de cooperação, concretizam e desenvolvem o programa de forma exitosa e inovadora (FAUSTINO, 2018).

O PMC disponibiliza um cuidador formal para as famílias com idosos dependentes ou semidependentes para orientar e capacitar o cuidador familiar em demandas de saúde do idoso. Além disso, possibilita ao familiar que cuida realizar algumas de suas atividades de vida, momentos de descanso e de cuidado de si (SOUZA *et al.*, 2022). Este profissional da equipe CRAS é denominado cuidador social e permanece na residência do idoso(a) durante alguns horários do dia, e em alguns dias na semana, conforme orientação das equipes de referência do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF) e do Centro de Saúde local. Suas ações são orientadas pela rotina de cuidados da assistência social com base nos eixos principais:

função protetiva da família, vínculos familiares e comunitários, desenvolvimento da autonomia do idoso e garantia de direitos. E no âmbito da saúde, estabelece uma rotina de cuidados voltada para ações da vida diárias como higiene pessoal, troca de decúbito, medicação, entre outras (FAUSTINO, 2018).

O PMC foi considerado serviço essencial, sobretudo no contexto da Pandemia de COVID-19, devendo ocorrer em situações excepcionais “*em que a suspensão do serviço signifique o risco de agravamento da condição pessoal do usuário, culminando inclusive na inserção em serviço de acolhimento institucional*” (Portaria nº036/2020 da SMASAC). Esta determinação destacou a atenção à pessoa idosa no domicílio como uma relevante ferramenta do trabalho social para estabelecer presença de proteção social pública no território para as famílias e indivíduos.

No entanto, sublinha-se que não se constataram condições semelhantes à da COVID-19 na literatura das áreas da assistência social e da saúde, como essas enfrentadas no decorrer deste trabalho. E esse contexto justifica ainda mais a necessidade de dar visibilidade às ações do PMC, desde sua implantação até o período da pandemia. Para tanto, apresenta-se as seguintes questões norteadoras: 1) Como se desenvolveu o PMC da sua implantação até o contexto da pandemia da COVID-19?; 2) Como a pandemia de COVID-19 afetou o desenvolvimento do PMC?; e 3) O PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial?

2. JUSTIFICATIVA

O interesse em aprofundar os estudos sobre o Programa Maior Cuidado enquanto uma provisão socioassistencial provém da trajetória acadêmica desta pesquisadora em estudos sobre assistência social, intersectorialidade, saúde, gestão pública, trabalho social com famílias, gestão territorial. Foram diversos projetos de extensão e de iniciação científica que contaram com incentivos e bolsas de órgãos de fomento como Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq (2011), Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do RJ - FAPERJ (2009-2010), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - PIBIC-UERJ (2008) e Programa de Apoio Técnico às Atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão - PROATEC - UERJ (2012-2014). Ainda, cita-se a experiência de monitoria da Disciplina de Política Social III (Política Pública de Assistência Social) na Faculdade de Serviço Social da UERJ.

Além disso, destacam-se as especializações em Gestão Pública (UEMG, 2016) e Gerontologia e Qualidade de Vida (UNESAV, 2019) que somaram conteúdos e experiências essenciais para o aprofundamento e aprimoramento da prática profissional como referência técnica do CRAS no PMC (2014-2017) e gestora territorial deste programa, desde o ano 2018 até mês de março de 2023. Os produtos dessas experiências foram descritos em artigos e trabalhos publicados que abordam as temáticas intersetorialidade (FAUSTINO, 2016; 2014), assistência social e o Programa Maior Cuidado (FAUSTINO, 2018).

A inserção no Mestrado Profissional e a atuação na gestão do CRAS trouxeram ainda mais inquietações e reflexões que podem ser potencializadoras para o debate sobre o PMC enquanto uma provisão socioassistencial no Município de Belo Horizonte/MG.

Como um programa municipal, o PMC ainda possui bibliografia escassa na área da Assistência Social e também da saúde, com poucos estudos, demonstrando uma invisibilidade da capilaridade da proteção socioassistencial que ele promove. Os trabalhos publicados sobre o PMC e abordados à luz da política de saúde indicam um maior reconhecimento desse programa na articulação intersetorial cuja potencialidade está no cuidado dos idosos que envelhecem com condições de dependência e semidependência em situação de vulnerabilidades sociais (SARTINI e CORREIA, 2012; DUARTE *et al.* 2016; AREDES *et al.* 2021a; SOUZA *et al.* 2022).

Em breve levantamento bibliográfico realizado para a presente pesquisa observam-se publicações sobre o PMC no campo da gestão pública e de uma experiência intersetorial exitosa (FAUSTINO, 2016; 2018; BARBOSA, 2019; BARBOSA e BRONZO, 2020), com destaques de programa intersetorial de cuidado em saúde e enquanto uma estratégia de superação de internações recorrentes e redução de institucionalizações (SARTINI e CORREIA, 2012; LLOYDD-SHERLOCK e GIACOMIN, 2020; AREDES *et al.* 2021a; SOUZA *et al.* 2022). Outros trabalhos ainda retratam uma avaliação do programa pelas famílias dos idosos sobre a execução do PMC (FAGUNDES, 2019), um estudo de caso sobre acompanhamento familiar no âmbito da proteção social básica (FAUSTINO, 2019) e outro estudo sobre o provimento do PMC às famílias do CRAS Petrópolis-BH (NOGUEIRA, 2020). Contudo, parece ainda persistir na literatura sobre o programa uma lacuna sobre sua base epistemológica como uma provisão socioassistencial da Política de Assistência Social.

Espera-se que revisar este cenário ajude a entender de que forma o PMC tem sido abordado na produção científica, como ele é caracterizado do ponto de vista de sua conceituação

e, assim, direcionar a investigação sobre a sua organização, fluxos e execução no SUAS-BH durante todo seu período de existência.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o Programa Maior Cuidado enquanto uma provisão de proteção socioassistencial.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar como o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial.
- Caracterizar o Programa Maior Cuidado do Município de Belo Horizonte/MG segundo recursos de estrutura e ações realizadas, de sua implantação à Pandemia da COVID-19 (2011 a 2022);
- Descrever a organização e o provimento do PMC no contexto da Pandemia de COVID-19.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta sessão discutem-se alguns conceitos importantes que nortearam a pesquisa. Inicialmente apresenta-se o debate em torno do conceito de envelhecimento (subitem 4.1) e na sequência debruça-se sobre outros temas que são centrais neste estudo como o papel do Estado como agente promotor de políticas públicas para a população idosa (4.2), as similitudes entre as políticas de Assistência Social e de Saúde (4.3) e a intersectorialidade (4.4), uma vez que o Programa Maior Cuidado tem como estratégia socioassistencial ações intersectoriais entre as políticas de assistência social e saúde. Além disso, descreve-se a experiência de Belo Horizonte/MG na constituição de uma estratégia intersectorial de ampliação de proteção (4.5) e por fim os impactos da Pandemia de COVID-19 nas políticas públicas voltadas para o envelhecimento (4.6). Essas questões são centrais neste estudo no âmbito da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), provisões socioassistenciais, e vulnerabilidades relacional e material.

4.1 Envelhecimento - Fenômeno Social Complexo.

O tema envelhecimento engloba reflexões sociais diversas como o isolamento, as vulnerabilidades, a violência contra os idosos e como atingir o envelhecimento com qualidade de vida. Estes são temas anteriormente escassos de publicações e produção de conhecimento científicos, mas na atualidade fazem parte da agenda pública contemporânea e apresentam a necessidade de uma abordagem global e sistemática uma vez que o aumento da longevidade é um fato concreto.

O envelhecimento é um processo biopsicossocial (TEIXEIRA, 2020) e as condições em que ele ocorre determinam as necessidades de cuidado e atenção da pessoa idosa. As contribuições da Antropologia para o tema destacam este fenômeno complexo, que não deve se basear somente no critério biológico da idade cronológica para sua definição. Para Minayo (2006, pp. 48-49), os aspectos sociodemográficos, econômicos, epidemiológicos e culturais repercutem no processo de envelhecimento, como descreve o trecho a seguir:

De modo geral, é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou numa família pobre; ser homem ou mulher; ter tido um emprego e se aposentar ou ter vivido apenas em atividades do lar ou informais e viver de forma diferente. Como para a população em geral, as categorias mais estruturantes da forma de envelhecer são a classe social, o gênero, a atividade social (emprego, trabalho) e a sociabilidade familiar, comunitária ou até religiosa.

Sendo assim, podemos considerar que, nesta perspectiva, o envelhecimento é um processo multidimensional, vivenciado de formas distintas. Vale destacar que a realidade social vivenciada a partir de aspectos de raça/cor, gênero, renda e orientação sexual abarcam formas de desigualdades sociais no modo de envelhecer na sociedade (TEIXEIRA, 2021). Dados do IBGE (2019) retratam as desigualdades no envelhecimento brasileiro. Embora a expectativa de vida no Brasil venha crescendo nos últimos anos, tendo atingido 76,6 anos, a média da população nas regiões mais pobres alcança 8,5 anos a menos que nas regiões mais ricas. Por exemplo, o Estado de Santa Catarina, na região Sul do país, ocupa o topo da longevidade (79,9 anos), enquanto o Estado do Maranhão, localizado na região nordeste, ocupa a outra extremidade inferior do ranking (71,4 anos).

Ressalta Teixeira (2021) que embora a genética e a base biológica também sejam ontológicas, sozinhas não explicam as diferenças e similitudes do envelhecimento. As inserções nas estruturas produtivas e culturais demarcam a condição de classe que é um dos diferenciais das experiências do envelhecimento: *“Um abismo que separa o envelhecimento da classe dominante - que sempre longeva - da classe trabalhadora”* (s/p). Para esta estudiosa, analisar

os determinantes macroestruturais do envelhecimento implica considerar a sociedade classista sob o capitalismo e seus modelos de acumulação, regulação social e leis de funcionamento.

Outra questão importante é a de que os idosos no Brasil constituem agentes relevantes no processo de obtenção de renda para as famílias, principalmente entre os mais pobres, como constata Guimarães *et al.* (2020). Isso porque, para uma parcela significativa dos brasileiros mais velhos, a aposentadoria não significa deixar o mercado de trabalho.

Continuar trabajando, especialmente entre los pobres, ha sido una forma de complementar el bajo valor de las pensiones. Sin embargo –esta es otra peculiaridad de Brasil–, solo muy recientemente se ha universalizado el derecho a la jubilación, que hasta la Constitución de 1988 (GUIMARÃES *et al.* 2020, p.95).

A ideia da permanência no mercado de trabalho levanta também outras questões como, em sua oposição, a noção da *dependência*. A dependência é um fenômeno multidimensional que varia de acordo com a idade e sexo, associada a fatores como a existência de deficiência, de doenças, a extensão da doença e/ou deficiência, a localização da deficiência e o tempo de permanência da pessoa afetada nesta condição (TEIXEIRA, 2020; CEDEPLAR, 2017, MINAYO, 2002).

A situação de dependência, portanto, além de associar-se a outros conceitos (como funcionalidade e capacidade/incapacidade), relaciona-se também à própria concepção de saúde. Situações de dependência podem ser entendidas como um conceito relacional que envolve a pessoa idosa e as barreiras que impedem sua autonomia, colocando este público em situações de riscos e vulnerabilidades sociais.

Originalmente trabalhado no campo da saúde, o termo dependência aparece associado ao conceito de “*fragilidade*”, sendo esta entendida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Em geral, a fragilidade acomete idosos a partir dos 85 anos de idade, podendo também acometer pessoas mais jovens nas quais a fragilidade se precipita em decorrência da presença de doenças e/ou de limitações funcionais que comprometem a capacidade de adaptação do indivíduo (SARTINI e CORREIA, 2012).

Ser idoso não é sinônimo de dependência, contudo, na velhice a dependência pode aparecer devido ao processo fisiológico de envelhecimento, e se manifesta com maior frequência pela ocorrência de doenças crônicas, sequelas de doenças infecciosas e condições adversas como acidentes, violências e baixas condições econômicas para suprir as necessidades básicas.

A perda da capacidade funcional e/ou da autonomia, requer alguém para o cuidado permanente. O cuidado de idosos dependentes não é novidade, sempre aconteceu no interior das famílias e lá permanecia na invisibilidade, a cargo das mulheres que se desdobravam para esta árdua tarefa. No entanto, como indicam Minayo, Silva e Brasil (2022, p.6), o aumento da longevidade trouxe consigo uma grande demanda por cuidados dos que precisam de ajuda por causa de sua condição geriátrica e social desfavorável.

Neste sentido, o processo de envelhecimento é permeado de múltiplas questões como mitos e estigmas, negação de direitos, precarização da oferta de serviços e outras formas de violências que o atingem (MINAYO, 2006). A partir destas reflexões é necessário compreender o lugar da pessoa idosa na sociedade, as funções e os papéis atribuídos aos idosos, às famílias e ao Estado na garantia de proteção a este público. A depender de sua história de vida, das suas relações sociais e da conjuntura da sociedade em que vivem, as pessoas idosas poderão estar mais expostas a situações de vulnerabilidade ou mais fortalecidas para enfrentar as adversidades (BRASIL, 2017a).

O envelhecimento é como um processo de crescimento, com perdas e ganhos, com possibilidades de aprendizado, crises e mudanças, vivenciados não apenas em seu corpo, mas nas relações familiares e sociais, o que influencia a maneira como cada um se relaciona consigo mesmo, o modo como se percebe e os significados que atribui à fase em que se encontra (BRASIL, 2017a).

4.2 O Estado como Agente de Proteção: Políticas Públicas para a População Idosa

O aumento da longevidade da população repercute no aumento das demandas por políticas sociais e econômicas, impacta a previdência social e pressiona medidas que garantam dignidade, cuidado, auto realização, autonomia, participação e independência às pessoas idosas, o que consiste em um desafio para a sociedade. Este contexto é também influenciado pelas transformações nas famílias que vêm adquirindo papéis, estruturas, contornos e arranjos diversos.

Outra consideração relevante é a de que os dados do IBGE (2021) apontam para o fato de que o número de pessoas com mais de 80 anos pode chegar a 19 milhões no ano de 2060, no Brasil. Preocupa, portanto, o fato de que haverá um aumento significativo da proporção de idosos em todo o país, especialmente em uma das faixas etárias mais fragilizadas.

Neste cenário, é possível identificar um arcabouço brasileiro de leis e portarias que foram criadas para garantir os direitos das pessoas idosas e respaldar as famílias que não são as

responsáveis exclusivas pelo cuidado aos idosos. Vale a pena destacar que, mesmo em um contexto de desmonte da proteção social observado nos últimos anos, estas legislações respaldam e norteiam as políticas públicas intersetorialmente. Menciona-se essas normativas a seguir.

A Constituição Federal (1988), marco importante de direitos da população brasileira, destaca a dignidade humana em seus princípios fundamentais e a promoção do bem-estar de todos, sem preconceito de idade, entre seus objetivos. Além disso, estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a pessoa idosa, bem como assegurar sua participação na comunidade com dignidade e bem-estar garantidos (BRASIL, 1988). As demais políticas públicas de promoção e proteção a pessoas idosas advém deste marco legal.

Destaca-se entre as legislações de proteção à pessoa idosa o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003) que preconiza a garantia de seus direitos à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação e à saúde, aspectos que só são possíveis por meio de ações intersetoriais. Assim como apregoa o direito à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania e à convivência familiar e comunitária.

No quadro 1, encontra-se um levantamento dos principais marcos regulatórios da proteção social ao idoso no âmbito das políticas sociais, de modo especial as que fazem parte da política de Assistência Social. Tratam-se de legislações, portarias, decretos e resoluções de âmbito federal e municipal (Belo Horizonte/MG) que colocam a pessoa idosa enquanto sujeito de direitos assegurados pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Quadro 1 - Histórico de normativas brasileiras para a garantia de direitos dos idosos

Ano	Legislação	Âmbito	Objetivo/Finalidade
1988	Constituição da República Federativa do Brasil	Federal	Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; (...) V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispõe a lei. Capítulo VII. Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.
1993	Lei nº 8.742, de 7/12/1993.	Federal	Lei Orgânica da Assistência Social, alterada pela Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011 que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Entre estas algumas específicas

			para pessoa idosa. Art. 2º A assistência social tem por objetivos: a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; [...] e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; [...] entre outros.
1994	Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.	Federal	Política Nacional do Idoso - objetiva assegurar os direitos sociais dos idosos, promovendo autonomia, integração, participação social e direito à saúde em todos os níveis de assistência do SUS. Institui o Conselho Nacional do Idoso.
1999	Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.	Federal	Política Nacional de Saúde do Idoso - Apresenta a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a reabilitação da capacidade comprometida e o atendimento multidisciplinar para os idosos.
1999	Lei 7.930, de 30 de dezembro de 1999.	Municipal	A Política Municipal do Idoso tem por objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade. (Belo Horizonte/MG)
2002	Lei 10.953 de 15/02/2002.	Municipal	Regulamenta o Fundo Municipal do Idoso, criado pela Lei Municipal nº 8.288 de 28/12/2002, art.39. (Belo Horizonte/MG)
2002	Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002.	Federal	Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).
2003	Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.	Federal	Estatuto do Idoso - estabelece os direitos dos idosos e prevê punições a quem os violar, promovendo maior qualidade de vida.
2004	Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004	Federal	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. Foi revogado pelo decreto 9.893 de 2019.
2004	Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004.	Federal	Aprova a Política Nacional de Assistência Social e dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social - PNAS busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.
2004	Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.	Federal	Regulamenta a prioridade de atendimento aos idosos e estabelece as normas para promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.
2005	Resolução RDC nº. 283 de 26/09/2005.	Federal	Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos- ILPI, de caráter residencial.
2006	Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.	Federal	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - atualização da Política criada em 1999. Tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com princípios e diretrizes do SUS.

2006	Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006.	Federal	Preconiza o Dia Nacional do Idoso a ser celebrado no dia 1º de outubro de cada ano e estimula a realização e divulgação de eventos de valorização da pessoa idosa na sociedade.
2009	Resolução CIT nº 07, de 10/09/2009.	Federal	Dispõe sobre os procedimentos para a gestão integrada dos serviços, benefícios socioassistenciais e transferências de renda para o atendimento de indivíduos e de famílias beneficiárias do PBF, PETI, BPC e benefícios eventuais, no âmbito do SUAS.
2009	Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.	Federal	Aprova a tipifica os Serviços Socioassistenciais disponíveis no Brasil organizando-os por nível de complexidade do Sistema Único de Assistência Social: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, entre eles: Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas; Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias; Serviço de Acolhimento Institucional, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para pessoas idosos e outras ofertas
2012	Lei nº 10.532, de 03 de setembro de 2012.	Municipal	Institui o Programa Social Centro Dia do Idoso no Município de Belo Horizonte/MG.
2013	Decreto PR nº 8114, de 30/09/2013.	Federal	Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e estabelecia o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Revogado pelo Decreto nº 9.921 de 2019.
2017	Lei nº 11.094, de 14 de dezembro de 2017.	Municipal	Institui o Programa de Vacinação Domiciliar para Idosos Restrito ao Domicílio de BH/MG.
2019	Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019.	Federal	Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.
2019	Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019.	Federal	Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa.
2021	Resolução nº 55, de 8 de março de 2021.	Federal	Dispõe sobre as deliberações aprovadas na 107ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Aprovação do Pacto Nacional de Implementação da Política dos Direitos da Pessoa Idosa e do Orçamento de 2021 advindo do Recurso do Fundo Nacional do Idoso.
2021	Resolução RDC Nº 502, de 27 de maio de 2021.	Federal	Estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Fonte: Produção da autora.

Durante os anos 1993 a 2021, construiu-se um arcabouço importante de proteção. Como explicita o Estatuto do Idoso (Lei Federal nº 10.741/2003), o envelhecer é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social. Como direito social, a proteção ao envelhecimento é obrigação do Estado, mediante efetivação de políticas sociais públicas que

permitam um envelhecimento saudável, em condições de dignidade e de efetivação da cidadania da pessoa idosa. Envelhecer com dependência tem exigido do poder público, cada vez mais, uma compreensão sobre esse processo requerendo revisão teórico-conceitual, formulação de novas ações voltadas para o público idoso e reordenamento de outras já existentes. A partir da análise do quadro, vale ressaltar que as legislações federais constituíram um arcabouço que permitiu que cada município criasse a sua política municipal.

A seguir destacam-se algumas semelhanças entre as políticas de assistência social e de saúde.

4.3 Similitudes entre as Políticas de Assistência Social e de Saúde.

As políticas sociais passam a se consolidar nos países capitalistas centrais no contexto da grande crise do capital, após a depressão de 1929, e posteriormente, após a II Guerra Mundial, quando o fordismo e o keynesianismo configuraram-se como os pilares das economias nos chamados “*anos-de-ouro*” para estruturar os Modelos de Proteção Social. Diferente dos países centrais, o Brasil não experimentou a constituição de um modelo de Bem-Estar Social. A partir dos anos de 1930, no país, se observam dois modelos paralelos: políticas públicas para o trabalhador assalariado e o assistencialismo para os pobres, isto é, aos incapacitados para o trabalho (MOTA, 2009; BEHRING, BOSCHETTI, 2007). Ainda assim, ao analisar esse cenário que inclui a luta contínua dos trabalhadores em prol da melhoria das condições de trabalho e subsistência, Pereira (2001) aponta como resultado a expansão da cidadania, passando da esfera civil e política para a social, requerendo a política social como direito.

Em seguida, o Plano Beveridge¹ publicado na Inglaterra em 1942 trouxe uma nova lógica para a organização das políticas sociais, marcando a emergência do Estado de Bem-Estar

¹ O modelo beveridgiano publicado na Inglaterra em 1942, por William Beveridge, serviu de base para construir o sistema de seguridade social britânico. O Plano Beveridge construiu uma nova lógica para organização de políticas sociais, desdobrou princípios como: a responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos por meio de um conjunto de ações em três direções, *a*) regulação da economia de mercado a fim de manter elevado o nível de emprego, *b*) prestações de serviços sociais universais como educação, saúde, habitação, e segurança social - previdência social - ; *c*) a universalidade dos serviços sociais e implementação de uma "rede de segurança" de serviços de assistência social. O Regime de Previdência Social preconizado por Beveridge, tem por objetivo "livrar o homem da necessidade" (BEHRING, 2007). Há uma concepção do risco social, considerando-o como: doença, acidentes de trabalho, morte, velhice, maternidade e desemprego.

Social a partir de uma crítica aos Seguros Sociais Bismarckianos², no qual somente se beneficiam os trabalhadores formais. Provocou mudanças significativas no âmbito dos Seguros Sociais até então vigentes e incorporou o conceito ampliado de Seguridade Social (VIANNA, 2000).

Implementado na Inglaterra, o “*Welfare State*” propôs em sua estrutura a responsabilidade estatal na manutenção da vida dos cidadãos, a regulamentação da economia de mercado a fim de manter elevado o nível de emprego, a prestação pública de serviços sociais universais (educação, saúde, habitação e previdência) além da implementação de uma “*rede de segurança*” de serviços de assistência social. Tais serviços foram referências para diversos países como por exemplo o Brasil que se espelhou no modelo britânico para implementação da seguridade social brasileira, mas também incorporou elementos do modelo bismarckiano. De acordo com algumas análises contemporâneas, o Estado de Bem-Estar Social, significou um instrumento para não se desmorrar o capital.

Eis porque a política social passou a ser vista nas melhores análises marxistas como um fenômeno contraditório, porque ao mesmo tempo que responde positivamente aos interesses dos representantes do trabalho, proporcionando-lhes ganhos reivindicativos na sua luta constante contra o capital, **também** atende positivamente interesses dos representantes do capital, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra e, em alguns casos [...] desmobilizando a classe trabalhadora (PEREIRA, *apud* ALVES 2011, p. 41)

A Seguridade Social, no Brasil, incorporou os dois modelos (bismarckiano e beveridgiano) ao limitar a Previdência Social aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde, e restringir a assistência social “*a quem dela necessitar*”. Essa lógica que estabeleceu e implantou critérios de acesso à Previdência Social e à Saúde se constituiu no período de 1923 até 1988 (Constituição Federal), e é ainda vigente no país, fazendo com que a Seguridade Social brasileira se situe entre o seguro e a assistência (BEHRING, 2007). É importante notar, contudo, que por um longo período o acesso à Seguridade Social no país foi pela via do trabalho. A assistência social e a saúde mantiveram-se, ao longo deste período, como ações públicas

² O modelo bismarckiano surgiu na Alemanha - pioneira na questão - abriu caminhos para o Estado de Bem-Estar Social. Em 1883, foi implementado o Seguro Doença, na qual se beneficiava operários da indústria cujo rendimento não ultrapassasse 2.000 marcos; já em 1884 com a Lei de Sobre os Acidentes de Trabalho, os patrões foram obrigados a cotizarem-se em caixas corporativas para cobrir os casos de invalidez permanentes devido a acidentes de trabalho; depois em 1889 foi implementado o Seguro Velhice - invalidez, que instituiu o sistema obrigatório de aposentadorias. Estas leis formularam o primeiro modelo histórico de Seguro Social, modelo este - alemão - sendo considerado o primeiro a instituir sistema de proteção obrigatório, possuía a função de enquadrar somente a população assalariada.

desprovidas de reconhecimento legal como direito. Estavam inseridas na concepção da filantropia e caridade e restritas à condição de ser um trabalhador formal (BRAVO, 2009).

A Constituição Federal do Brasil marcou o início da interseção entre as áreas da assistência social e da saúde porque preconiza que as políticas de Proteção Social devem ser organizadas sob o tripé da Seguridade Social: saúde (direito universal), previdência (direito contributivo) e assistência social (direito de quem dela necessitar), conforme o disposto no seu Art.194 “*A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*” (BRASIL, 1988).

As políticas de Seguridade Social, previstas na Constituição, foram sendo concretizadas por legislações específicas. As de saúde e de assistência social, constituíram sistemas únicos: Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005. Contudo, as políticas sociais brasileiras têm tradição de se apresentarem setorializadas, desarticuladas, limitando ao que denomina Seguridade Social. Atuando desta forma, não são efetivas, como destaca Sposati, *apud* Yazbek (2009):

As políticas sociais brasileiras, e, nelas, as de assistência social, embora aparentam a finalidade de contenção da acumulação da miséria e sua minimização através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não dão conta deste efeito. Constituídas na teia dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm se conformado com a prática gestonária do Estado, nas condições de reprodução da força de trabalho, como favorecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação da miséria social (SPOSATI, 1988 *apud* YAZBEK, 2009 p. 48).

Na conjuntura sociopolítica da década de 1990, com a recém constituída Seguridade Social como um conjunto de políticas públicas, direito dos cidadãos e dever do Estado, o caráter de (contra)reforma do Estado brasileiro se instaura no âmbito do processo do neoliberalismo (BEHRING, 2003). Assim, a adoção da concepção de Seguridade Social como um sistema de proteção integrado e universal não aconteceu, nem do ponto de vista da sua organização administrativa e financeira, nem do ponto de vista do acesso com o ideário neoliberal determinando o processo de mercadorização das políticas sociais (VIANNA, 2003 *apud* MOTA, 2009).

Com este cenário no país, as políticas sociais ficam subordinadas aos interesses econômicos e políticos, perpassando pelas relações de favor, pelo compadrio e clientelismo que emolduram politicamente a trajetória das políticas econômicas e sociais brasileiras, de modo particular a assistência social.

A saúde, garantida como direito universal e não de quem dela necessitar (conforme é para assistência social), avançou a partir dos movimentos sociais e da reforma sanitária, concretizando-se como política pública. A máxima encontrada na Constituição de 1988 “*saúde é direito de todos e dever do Estado*” direcionou a universalidade e ampliou o entendimento do processo saúde e doença. Vale destacar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, anterior à Constituição de 1988, é um marco na história da política de saúde. Contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, das quais quase mil foram delegados. Conforme aponta Bravo (2009), esta conferência foi um marco por introduzir no cenário brasileiro o debate sobre a saúde, contribuindo para a reforma sanitária e a constituição do SUS.

Neste sentido, a política de saúde através da Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei nº 8.080 de 1990, e a Lei nº 8.142 de 1990, constitui um sistema unificado com partilha de responsabilidades entre os entes federados e as instâncias do sistema descentralizado e participativo. Institui um sistema de informação, monitoramento e avaliação, e além de preconizar uma lógica orçamentária que garante cofinanciamento com repasse automático de recursos define serviços básicos de baixa, média e alta complexidade (BRAVO, 2009).

No cenário pós Constituição 1988, a assistência social passou por “*uma mudança substantiva [...], um avanço que permite sua passagem do assistencialismo e de sua tradição de não política para o campo da política pública*” (YASBEK, 2009, p. 304). Até aquele cenário, ainda estava enraizada na matriz conservadora e oligárquica, atravessada pelas relações a favor do compadrio, clientelismo, filantropia, caridade e voluntariado que emolduravam a assistência social. É importante destacar que havia um estereótipo de seu público alvo como pessoas inferiores, sem autonomia, que se encontravam em situações de riscos, marginalizados, excluídos, desassistidos, desamparados e subalternos (YAZBEK, 2009; MOTA, 2009).

Yazbek (2009) apresenta a categoria “*subalterno*” para nomear as classes que se inserem os usuários das políticas sociais. A subalternidade, segundo a autora, diz respeito à ausência de poder de decisão. Subalternidade tem relação com mundo dos dominados, submetidos à exclusão social, econômica e política.

Ao contrário do que ocorreu com a Saúde, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, foi promulgada somente no ano de 1993 e levou cinco anos para ser sancionada. Assim como na Saúde, também foi resultado de um amplo movimento da sociedade civil, de mobilizações e negociações que envolveram fóruns políticos, entidades assistenciais e representativas de usuários dos serviços, trabalhadores do setor, academia, Organizações da Sociedade Civil (OSC) e outros setores.

Importante observar que o processo de construção e aprovação da LOAS foi acompanhado de tensões, posto que o projeto original não foi aprovado e sofreu diversas alterações que contemplava as demandas da sociedade pela assistência social (MOTA, 2009). Na vigência do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), inúmeras alterações foram realizadas na LOAS por meio de medidas provisórias, assim como a implementação do Programa Comunidade Solidária (PCS). Este programa foi considerado um total retrocesso para a LOAS, pois caminhou em direção oposta. Sendo instituído pelo Decreto Federal 1.366 de 1995, o PCS teve como objetivo a intervenção em situação de extrema pobreza e fome, com ações paliativas, fragmentadas, focalizadas e compensatórias, seguindo a lógica neoliberal que orienta as políticas sociais (BEHRING, 2007). Este programa reforçou o voluntarismo e a retração do Estado no campo social na contramão dos direitos alcançados com a legislação social a partir da LOAS, além da institucionalização da Secretaria Executiva e do Conselho Nacional do PCS que marcou a tomada de decisões anulando o papel consultivo e deliberativo do Conselho Nacional da Assistência Social (Art.18/LOAS) e da participação popular (Art.5/LOAS). TELLES *apud* COUTO (2010, p. 36), assim se refere ao programa:

Longe de ser um fato episódico ou perfumaria de primeira dama, opera como uma espécie de alicate que desmonta as possibilidades de formulação da assistência social como política pública regida de princípios universais dos direitos e da cidadania: implode prescrições constitucionais que viabilizaram integrar a assistência social em um sistema de seguridade social, passa por cima dos instrumentos previstos na LOAS, desconsidera direitos conquistados e esvazia as mediações democráticas construídas.

A LOAS avançou muito pouco no sentido de conferir uma nova institucionalidade à política de assistência social. Somente na IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em dezembro de 2003, com a participação de diversos atores sociais e intelectuais, que foi definida uma nova agenda política com diretrizes objetivas com relação à organização desta arena setorial, que resultou na aprovação de uma nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004.

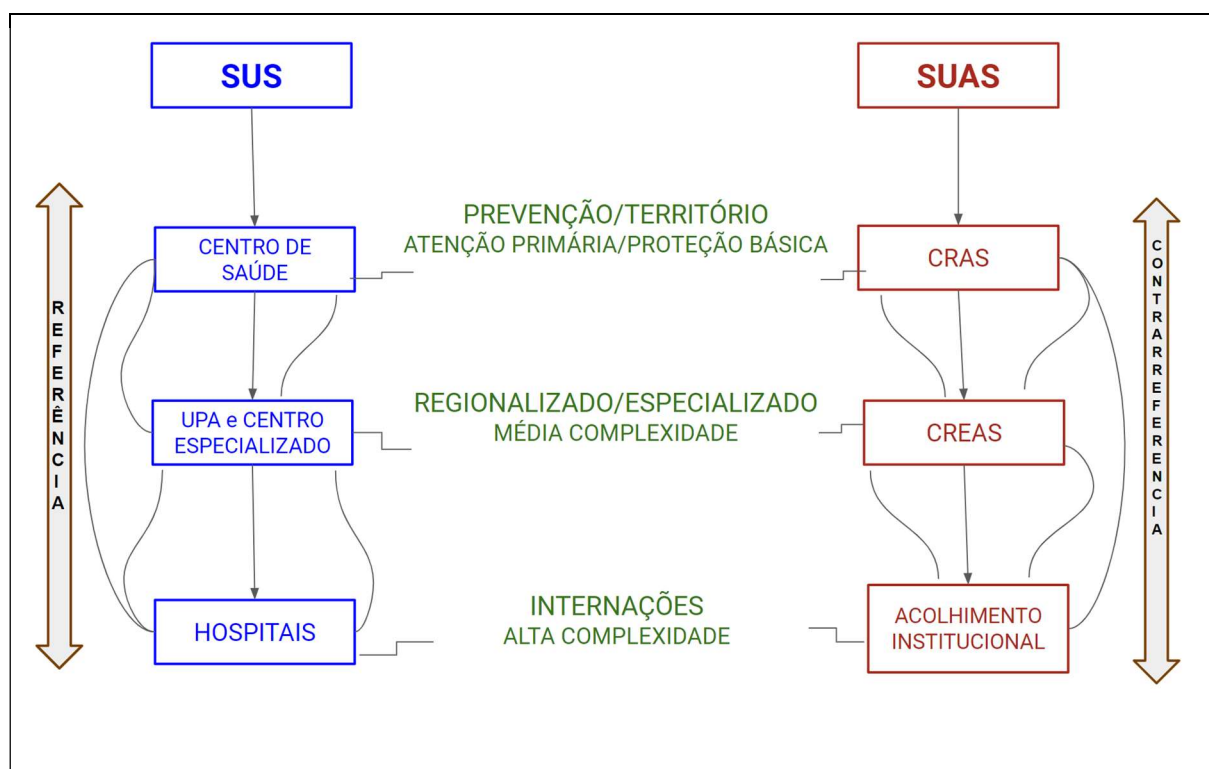
No ano de 2005, foi realizada a V Conferência Nacional da Assistência Social e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou em reunião ordinária a Norma Operacional Básica Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS (2005) com intuito de consolidar a Política Nacional de Assistência Social sob a égide do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Neste sentido, o SUAS se espelhou no SUS e abarcou as concepções de um sistema de direitos de caráter universalista, em todo território nacional e para todos os que dela necessitar;

organizou, ordenou e regulamentou um sistema único (federativo e descentralizado); e definiu serviços de proteção social básica, de média e de alta complexidade. Estes sistemas se organizam com diretrizes na concepção de descentralização político-administrativa, embasados na transversalidade, em um movimento de integralidade para olhar os cidadãos atendidos por essas políticas e na perspectiva da intersetorialidade como aspecto primordial desta integralidade.

Ambas políticas públicas, de saúde e de assistência social, foram desenhadas na perspectiva de um mesmo escopo, conforme a figura abaixo:

Figura 1 - Similaridades entre SUS e SUAS.



Fonte: produção da autora

No contexto da prevenção, ambas as políticas têm o território como *locus* de atuação. Na atenção primária (saúde) ou proteção básica (assistência social) possuem equipamentos públicos para atuarem na perspectiva de prevenção. Igualmente, preconizam a prevenção/proteção de saúde/direitos socioassistenciais, cada qual na sua especificidade de oferta, contudo na perspectiva de promoção. Nesta direção, constituem orientação de serviços regionalizados para ações que demandam especialidade na condução do “caso” em pauta e, diante dos agravamentos para maior eficiência no tratamento/proteção a alta complexidade de atuação.

Tanto na política de saúde como na de assistência social está previsto o princípio da integralidade, ou seja, “*olhar*” o cidadão em sua totalidade. Suas diretrizes consideram a pessoa com a sua totalidade, como sujeito histórico, social, político e cultural, incluído na realidade social de relações complexas e amplas, sejam no âmbito familiar ou comunitário e prevenção e enfrentamentos de riscos e vulnerabilidades.

É nesta conjuntura de direcionamentos e concepções que as políticas públicas de saúde e de assistência social apresentam como diretriz o conceito de intersetorialidade. É nesta interseção entre as provisões de saúde e de assistência social, permeadas por desafios e possibilidades, que se concretizam a integralidade na busca coletiva de soluções para as demandas do cotidiano de atendimento aos usuários.

4.3.1 Seguranças Socioassistenciais para o enfrentamento de Risco e Vulnerabilidades e Riscos Sociais

No rol dos direitos de cidadania, a Constituição Federativa do Brasil incluiu a assistência social no tripé da Seguridade Social Brasileira e afirmou em seu artigo 203 que esta política pública serviria a quem dela necessitasse e se organizaria de forma não contributiva, descentralizada e participativa e de responsabilidade do Estado.

Nesta mesma direção, o artigo 2º da LOAS (1993) designa que a proteção social pública de assistência social deve se orientar por seus objetivos, quais sejam: 1. Proteção Social - que visa garantir a vida, à redução de danos e prevenção da incidência de riscos; 2. Vigilância Socioassistencial - que tem em vista analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nelas as ocorrências de vulnerabilidades e riscos sociais; e 3. Defesa de Direitos - que aspira o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

O planejamento da Proteção Social no SUAS precisa articular as funções de *proteção social*, *vigilância socioassistencial* e *defesa de direitos*, coadunando com as seguranças socioassistenciais a partir de um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais. Para isso, é importante compreender o que são as seguranças socioassistenciais a partir da PNAS(BRASIL, 2004), suas atualizações realizadas por importantes autores como Costa (2016) e Neves e Albuquerque (2020) e de que forma se materializam.

A PNAS (2004) preconiza que o SUAS deve garantir as seguintes seguranças: de *sobrevivência* (de rendimento e de autonomia); de *acolhida*; e de *convívio* ou *vivência familiar*. A segurança de *sobrevivência* consiste em que todos, independentemente de suas limitações

para o trabalho ou do desemprego, tenham uma forma monetária de garantir a sobrevivência em padrão digno e de cidadania. A segurança de *acolhida* refere-se ao provimento de necessidades humanas básicas tais como alimentação, vestuário, abrigo e também a vida em sociedade. E a segurança de *convívio* vincula-se à garantia do direito à convivência familiar e comunitária na perspectiva de desenvolver potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais e políticas, contemplando a dimensão multicultural, intergeracional, interterritorial, e intersubjetiva, entre outras. É a responsabilidade por essas seguranças que define a identidade dessa política bem como objetiva “*superar incertezas e desproteções sociais que impedem ou fragilizam a seguridade social dos cidadãos e cidadãs independente de seu ciclo etário*” (BRASIL, 2017b:13).

No âmbito do Trabalho Social com Famílias (TSF) as seguranças socioassistenciais podem se materializar a partir das formas descritas a seguir por Neves e Albuquerque (2020):

- A *segurança de acolhida* consiste tanto em uma postura de conduta ética, respeito à dignidade e não discriminação quanto na disposição de acolhimento provisório em serviços de acolhimentos institucional e familiar o que, nos casos excepcionais, visa à provisão das necessidades humanas, como alimentação, vestuário e abrigo. Essa segurança se materializa por meio da provisão pública de espaços e serviços para a realização da proteção social básica e especial; institucional e familiar, nos casos excepcionais, visa à provisão das necessidades humanas como alimentação, vestuário e abrigo. Essa segurança se materializa por meio da provisão pública de espaços e serviços para a realização da proteção social básica e especial.
- A *segurança de renda* corresponde a garantia de renda suficiente aos cidadãos e suas famílias para um padrão digno de bem-estar e de cidadania, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. Ela é operada por meio da concessão de auxílios financeiros e de benefícios continuados, nos termos das leis.
- A *segurança de convívio familiar e comunitário*: baseia-se em se referir às garantias de fortalecimento, resgate ou construção de vínculos familiares, comunitários e sociais, considerando que vínculos fortalecidos contribuem para a proteção social dos sujeitos e propiciam a construção de identidades. Para isso, deve haver oferta pública de serviços continuados que garanta oportunidades para o desenvolvimento e o fortalecimento de vínculos.
- A *segurança de autonomia* fundamenta-se em ser compreendida como a capacidade do sujeito de realizar escolhas com discernimento e com possibilidade de colocá-las em

prática, sem opressão. Essa segurança social é garantida por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades para o exercício do protagonismo e da cidadania. E por fim, a *segurança de apoio e auxílio* corresponde a garantia de apoio quando riscos circunstanciais exigem a provisão de auxílios em bens materiais e/ou em pecúnia, em caráter transitório, denominados de Benefícios Eventuais para as famílias, seus membros e indivíduos.

Ressalta-se que a PNAS (2004), a NOB/SUAS(2012c), e o documento de Orientação Técnica para Trabalho Social com Famílias (BRASIL, 2016) prescrevem no âmbito da política de assistência social, além das seguranças sociais, a intervenção do TSF, e tem como eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar, a territorialização e a intersetorialidade como premissas para garantia dos objetivos da Política de Assistência Social. Torres (2014), no mesmo sentido, salienta que no TSF é necessário “*olhar para as seguranças do SUAS, olhando para sua expressão como proteção e desproteção*” e avançar no sentido de avaliar os impactos dos eventos vividos pelas famílias no marco das seguranças do SUAS.

No âmbito da assistência social, as noções de *risco* e *vulnerabilidades sociais* são conceitos chaves para a vigilância socioassistencial. O *risco* exige a definição de um conjunto de eventos em relação aos quais lhe compete diretamente desenvolver esforços para prevenção ou enfrentamento para redução de agravos. E as *vulnerabilidades sociais* não se restringem à percepção de pobreza apenas, mas compreendem aspectos multidimensionais de conjugação de fatores como território *versus* oferta de políticas públicas *versus* as fragilidades das famílias (BRASIL, 2014).

O território considerado muito mais que um espaço físico ou perímetro compreende a forma das relações sociais que se materializam em um espaço dado (BRASIL, 2014). Espaço recheado de relações sociais passadas e presentes, com formas de apropriação e interação com ambiente físico, oferta ou ausência de políticas públicas e construção de identidade, onde se evidencia fragilidades e conflitos, mas também se apresenta o potencial para superá-las além de laços de solidariedade. Portanto, o território traduz as potencialidades e as vulnerabilidades.

A PNAS (2004) também preconiza prevenir ou minimizar os efeitos de vulnerabilidades e riscos sociais por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e com fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004; BRASIL; 2017b). Então, é fundamental o conhecimento das vulnerabilidades e dos riscos sociais a que os idosos e suas famílias estão sujeitos para a concretização da proteção social, bem como a destinação de

recursos para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível (BRASIL, 2004).

Como já mencionado, o conceito de vulnerabilidade social no campo da assistência social tem enfoque multifatorial porque inclui pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras (PNAS, 2004). Sendo, portanto, um campo complexo, a política de assistência social compreende e especifica diversos tipos de vulnerabilidades e risco social para a pessoa idosa, dos quais destacam-se as vulnerabilidades *materiais*, isto é, associadas à situação de pobreza ou privação ou precariedade de acesso a serviços públicos; e as vulnerabilidades *relacionais* que se referem à conflitos, preconceito/discriminação, abandono, apartação, confinamento, isolamento, violência (BRASIL, 2017b). Por serem de diversas naturezas, as vulnerabilidades *relacionais* podem reduzir capacidades humanas e colocar os sujeitos na condição de demandantes de proteção social (BRASIL, 2017b). Deste modo, discorreremos a seguir sobre as vulnerabilidades *relacionais* apresentadas na Figura 2, considerando estes conceitos como estruturantes da Política de Assistência Social e, portanto, fundamentais para a organização da atenção socioassistencial.

Figura 2 - Vulnerabilidades Relacionais



Fonte: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos – Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017.

A política de Assistência Social considera sete vulnerabilidades relacionais e aponta suas características distintas sublinhando que não se restringem ao ambiente familiar para o qual se olha culturalmente em uma perspectiva de identificar a causa dos males dos sujeitos. Conforme a figura acima, são elas: 1. *Abandono*: indivíduos ou grupos demandantes de cuidados são descuidados por familiares e/ou responsáveis; 2. *Apartação*: indivíduos ou grupos são impedidos, por barreiras físicas e/ou virtuais, de conviverem com outros; 3. *Confinamento*: indivíduos ou grupos têm seus relacionamentos e circulação restritos por barreiras físicas e/ou virtuais; 4. *Conflitos*: pontos de vistas e interesses diferentes, práticas cotidianas divergentes, necessidade de compartilhamento de decisões; 5. *Isolamento*: situações de ausência de relacionamentos regulares e cotidianos, redução de capacidades de comunicação; 6. *Preconceito/discriminação*: modos de vida e características pessoais e/ou étnicas desvalorizadas, origem e local de moradia para os quais se atribui menor valor; 7. *Violência*: indivíduos ou grupos são impedidos de praticar ações ou impelidos a praticá-las, em desacordo com sua vontade e interesse, por vezes, tendo a vida ameaçada (BRASIL, 2017b).

Na área da saúde coletiva, *vulnerabilidade* é o termo usado para indicar as suscetibilidades de uma pessoa ou comunidade a problemas e/ou condições de saúde e pode ser entendido a partir de três dimensões distintas: a *individual*, caracterizada pelos aspectos biológicos, comportamentais e afetivos que amplificam a suscetibilidade dos indivíduos a condições desfavoráveis de saúde; a *social*, que considera o contexto socioeconômico e cultural como fatores que podem interferir na saúde; e a *programática*, que se refere às políticas, programas e serviços de saúde que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades (AYRES, s.d.). Para a gerontologia, o aumento da idade está diretamente relacionado ao aumento das vulnerabilidades (BEALES e TULLOCH, 2013).

Entende-se que o conceito de vulnerabilidade para ambas as áreas da assistência social e da saúde não é antagônico, mas compreende similitudes e complementaridades fornecendo subsídios para a compreensão do processo de envelhecimento. Quando há dependência e vulnerabilidades, os idosos tornam-se mais susceptíveis a condições adversas para sua saúde e cidadania.

Neste sentido, o Quadro 2 sistematiza dados sobre vulnerabilidades relacionais que podem acometer pessoas idosas. O objetivo é contribuir na constatação de evidências que apoiem as profissionais da assistência social, e áreas afins, para identificar e atuar no enfrentamento de violências em suas múltiplas formas contra à pessoa idosa.

Quadro 2 - Vulnerabilidades relacionais no contexto da pessoa idosa

VULNERABILIDADES RELACIONAIS	ASPECTOS DE VULNERABILIDADE AO CONTEXTO DA PESSOA IDOSA	EVIDÊNCIAS NA CONDIÇÃO DA PESSOA IDOSA
ABANDONO	<p>Ausência do cuidado da pessoa idosa por dificuldades emocionais ou doença do responsável;</p> <p>Ausência do cuidado ao idoso por desinformação do responsável familiar;</p> <p>Ausência do cuidado à pessoa idosa por sobrecarga do responsável.</p>	<p>Pessoa idosa que permanece sozinho por longos períodos;</p> <p>Relações de proximidade e responsabilidade negligenciadas pela família e/ou responsável legal;</p> <p>Idoso sem alimentação adequada;</p> <p>Pessoa idosa com higiene precária.</p>
APARTAÇÃO	<p>Residências em locais distantes e sem acessibilidade;</p> <p>Práticas culturais e/ou religiosas divergentes da comunidade.</p>	<p>Pessoa idosa impedidos de convivência familiar e ou comunitária em decorrência de barreiras atitudinais;</p> <p>Idosos impedidos de convivência familiar e comunitária em decorrência de barreiras físicas.</p>
CONFINAMENTO	<p>Relacionamentos e circulação restrita por barreiras físicas.</p>	<p>Pessoa idosa com sua mobilidade restrita a partes do ambiente doméstico devido ao risco que representa para si e aos outros.</p> <p>Idoso impedido de convivência comunitária por barreira física no território.</p>
CONFLITO	<p>Valores e práticas familiares não protetivas;</p> <p>Pontos de vista e interesses distintos, acarretando em desentendimentos;</p> <p>Práticas cotidianas divergentes;</p> <p>Fragilidade dos vínculos familiares;</p> <p>Ausência ou Insuficiência de laços de solidariedade familiares e comunitários.</p>	<p>Idoso com opiniões ou escolhas desconsideradas pela família;</p> <p>Idoso com vivência de imposição de condutas e comportamentos;</p> <p>Não há participação do idoso nas decisões familiares.</p>
ISOLAMENTO	<p>Ausência de relacionamentos regulares e cotidianos;</p> <p>Ausência de diálogo da família com a pessoa idosa;</p> <p>Situações de adoecimento e/ou tratamentos prolongados;</p>	<p>Pessoa idosa com sua capacidade de comunicação reduzida;</p> <p>Idoso com deslocamentos restritos pela condição de envelhecimento;</p> <p>Pessoa idosa cuja dependência restringe a convivência familiar e comunitária;</p>

	Existência de Barreiras Comunicacionais.	Idoso sem acesso a tecnologias que promovem a informação e a comunicação, inclusive internet.
PRECONCEITO/ DISCRIMINAÇÃO	<p>Não aceitação do modo de vida da pessoa idosa;</p> <p>Características étnicas e/ou pessoais do idoso desvalorizadas.</p> <p>Atribuição de menor valor ao idoso pela origem ou local de moradia;</p> <p>Não aceitação da pessoa idosa como sujeito de direitos;</p> <p>Descrença nas potencialidades da pessoa idosa;</p> <p>Idoso sem participação nas atividades de rotina da família em decorrência de preconceito.</p>	<p>Pessoa idosa com queixa de submissão a situações recorrentes de discriminação/preconceito;</p> <p>Relato de familiar/cuidador sobre pessoa idosa submetida a situações recorrentes de discriminação/preconceito;</p> <p>Idoso sem vivência ou participação nas atividades da comunidade;</p> <p>Idoso sem vínculos comunitários.</p>
VIOLÊNCIAS	<p>Idoso com histórico de prática de maus-tratos físico, contra familiares/cuidadores em outras etapas da vida;</p> <p>Isolamento social do idoso/cuidador;</p> <p>Idoso ou membros familiares com uso abusivo de álcool ou outras drogas;</p> <p>Situação de dependência física, mental, afetiva e socioeconômica;</p> <p>Convivência multigeracional no mesmo domicílio;</p> <p>Histórico no núcleo familiar de situações de violências nas suas múltiplas formas (física, psicológica, sexual, patrimonial) acometida pelo idoso e/ou demais membros familiares.</p>	<p>Idoso com relato de queixa de terceiros de agressões verbais ou gestuais; relato que ser obrigado a participar de ações contra sua vontade;</p> <p>Comportamentos de apatia, passividade, tristeza, ansiedade, retraimento, baixa autoestima, agitação;</p> <p>Mudança de comportamento na presença de familiares e/ou cuidadores, assim como demonstração de sentimento de raiva ou medo;</p> <p>Existência de ciclo intergeracionais de violência na dinâmica familiar; relações conflituosas, preocupação ou despreocupação excessiva do familiar/cuidador;</p> <p>Divergência e contradição entre o idoso e o cuidador familiar acerca de determinada questão;</p> <p>Idoso em situação de vivência das demais vulnerabilidades relacionais.</p>

Fonte: Elaboração da autora. Sistematização a partir do Caderno de Orientações de Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos – Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017 e Protocolo de Atenção Socioassistencial ao Idoso e suas Famílias. Versão preliminar, PBH, 2015.

As vulnerabilidades relacionais podem se potencializar em determinados ciclos de vida dos indivíduos e famílias. Por este motivo, a política de assistência social se organiza para promover ações de proteção social do nascimento ao último estágio da vida. Ademais, é importante considerar que as vulnerabilidades materiais e relacionais, compreendidas como um conjunto de fatores, envolvem características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas (BRASIL, 2017b).

Essas vulnerabilidades podem ocasionar dificuldade no exercício de direitos sociais, afetando a capacidade das famílias de reagir em situações adversas. No caso das pessoas idosas, a existência de limitações e restrições causadas pelo envelhecimento, muitas vezes, podem levar os familiares a limitar e restringir ainda mais os relacionamentos e a comunicação dessas pessoas.

Uma vez apresentados esses conceitos chaves (seguranças socioassistenciais, risco e vulnerabilidades), pode-se agora compreender como se estrutura a Política de Assistência Social, seguindo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais no Brasil (BRASIL, 2009):

1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) - consiste no trabalho social com as famílias, organizado de forma a responder à garantia de fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Atua em uma perspectiva preventiva, protetiva e proativa para a realização do acompanhamento familiar visando a redução da incidência de riscos e vulnerabilidades sociais que afetam as famílias e seus membros. O público prioritário do PAIF são as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e recentemente do Auxílio Brasil, e ainda os que são contemplados com o Benefício de Prestação Continuada (BPC);
2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - foi reordenado no ano de 2013, tem caráter preventivo e proativo, realizado em grupos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida. Destina-se a crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de vulnerabilidade de acordo com o ciclo de vida e intergeracional. Tem o propósito de complementação ao trabalho social, ampliando trocas culturais e de vivência. Desenvolve o sentimento de pertencimento e de identidade, incentiva a socialização e a convivência comunitária propiciando o alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (BRASIL, 2017b);

3. Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas - tem a finalidade de prevenir os agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Seu intuito é possibilitar o acesso a serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, aos demais serviços da rede socioassistencial e de outras políticas setoriais e de defesa de direitos, aos programas especializados de habilitação e reabilitação, às ações de apoio, informação, orientação e encaminhamento aos familiares, e à construção de Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU). Este serviço é realizado no domicílio e pode ser executado pelo CRAS ou equipe técnica da PSB (BRASIL, 2017a).

A prevenção, no campo da proteção social básica, denota a exigência de uma ação antecipada à instauração de riscos sociais por violação de direitos, sendo necessário para isto conhecer o território e suas características (BRASIL, 2012 a e b).

A matricialidade sociofamiliar, apresentada na política de assistência social como uma diretriz, reaviva o debate em torno dos conceitos de família. Miotto (2010), aponta que a família tem um papel importante na sociedade em seus múltiplos aspectos sociais, políticos e econômicos. Não sendo apenas, portanto, construção privada, mas também pública. Como aponta Esping-Andersen (*apud* MIOTTO, 2010, p. 04) *“a forma de gerir e distribuir os riscos entre o Estado, o mercado e a família faz grande diferença nas condições de vida de uma população”*.

A centralidade na família, conforme preconiza a PNAS (2004), reconhece as potencialidades dos laços e vínculos sociais de pertencimento familiar e comunitário. Tais laços e vínculos são trabalhados no âmbito do SUAS em uma perspectiva dinâmica e dialética das famílias, indivíduos e territórios.

O Programa Maior Cuidado, um programa municipal socioassistencial, desenvolvido em Belo Horizonte/MG é um desses dispositivos, direcionado aos que não possuem condições de acessar outros serviços. E são nestes marcos teóricos que se baseiam a compreensão da dinâmica (caminhos/trajetória e decisões/escolha) do município na provisão socioassistencial do programa, no período que compreende a sua implantação ao contexto da Pandemia da COVID 19.

4.4 Intersetorialidade como Estratégia para Enfrentamento de Fenômenos Complexos nas Políticas Públicas

As ações intersetoriais entre as políticas públicas sociais de assistência social e saúde materializam o compartilhamento de estratégias conjuntas para o enfrentamento das expressões da questão social nos territórios. Essas atuações em conjunto são essenciais porque trazem benefícios para a população por facilitar a organização logística e a organização da oferta de serviços. No entanto, também impõe desafios “*relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública*” (NASCIMENTO, 2010, p. 96). Neste sentido, ganha destaque e concretude a interseção entre a política de assistência social e a de saúde no âmbito local para a provisão do PMC no Município de Belo Horizonte visando a promoção de proteção social ao idoso.

A intersectorialidade consiste em uma ação que integra diferentes políticas sociais para superar e solucionar problemas complexos e multifacetados que atendam o cidadão em sua totalidade e complexidade (FAUSTINO, 2018). Para Junqueira (1998) a intersectorialidade é a articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social e a superação da exclusão social.

A abordagem intersectorial vem ocupando espaço central nas agendas das políticas públicas em razão da complexidade dos agravamentos da pobreza e desigualdades sociais latentes que são expressões da questão social e que exigem respostas multifacetadas para sua superação. Entende-se por questão social a expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas nas relações sociais, que atualmente se concretizam a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008; IAMAMOTO, 2011).

A consolidação do tema da intersectorialidade nas políticas públicas se deu a partir da identificação de que a implementação de políticas setoriais não estavam sendo efetivas no atendimento às demandas da população e aos custos para sua execução (NASCIMENTO, 2010). No entanto, para o êxito da concretização da intersectorialidade é necessária uma nova concepção de gestão das políticas públicas envolvendo o planejamento, a execução e o controle social na prestação de serviços. Isso requer constante inovação na forma de articular os diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses (FAUSTINO, 2014).

Junqueira (1998) argumenta que “*as políticas sociais setoriais têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento ao cidadão*”, evidenciando assim que a fragmentação dessas políticas reduz as possibilidades de enfrentamento eficaz de problemas complexos como a pobreza e as desigualdades sociais, os quais exigem a ação coordenada entre diferentes setores. O mesmo autor destaca que a intersectorialidade está associada aos processos de descentralização, às demandas da população de um dado território e à discussão acerca da gestão das cidades. Para ele, é pelo processo de descentralização radical no interior dos municípios que a intersectorialidade ganha concretude.

Em seu sentido estrito, a intersectorialidade é a articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social e superando a exclusão social (JUNQUEIRA, 1998; INOJOSA, 1998; 2001). Para Bronzo e Veiga (2007) a intersectorialidade tem sido uma defesa retórica reiteradamente afirmada em textos e debates sobre as políticas sociais, principalmente quando o conteúdo da política está relacionado ao combate à fome e à exclusão.

Nesta direção, Almeida (2010) contribui ressaltando que a intersectorialidade emerge como uma resposta às diferentes experiências de gestão, sobretudo as municipais, se mostrando como “*uma modalidade de intervenção alternativa aos padrões tradicionais de enfrentamento dos problemas sociais, que por serem complexos, revelam a ineficácia dos modelos setorializados*”.

É importante destacar que a temática da intersectorialidade também tem sido levantada, em estudos mais recentes, como um conceito polissêmico. Pereira (2014) aponta a necessidade de qualificar o termo, pois este vem sendo constantemente invocado sem possuir um sentido unívoco, conferindo a ele distintas interpretações.

Carmo e Guizardi (2017) destacam a polissemia enquanto um desafio. A condição de indefinição terminológica experimenta uma imprecisão teórica nas diferentes áreas do conhecimento. A depender do campo disciplinar ao qual se vincula, a intersectorialidade figura ora como *estratégia* ora como *processo*, como *abordagem* ou *paradigma*. Quer na saúde coletiva, na administração ou na assistência social, a polissemia do termo demonstra ainda as diversas correntes de pensamento e discursos em disputa, tais como o institucional, o científico e o da “*ponta*” do SUAS (MONNERAT e SOUZA, 2011).

É diante dessa polissemia que Pereira (2014) faz menção à necessidade de construção de um alicerce teórico de sustentação ao conceito de intersectorialidade, pois a sua falta acarreta a imprecisão em relação ao objetivo de sua prática. Para Akerman (2014), o desafio da

polissemia indica a importância de construir uma agenda de pesquisa que favoreça aportes teóricos para que a intersetorialidade não seja um experimento na gestão pública e sim uma prática de governo.

Contudo, historicamente a temática da intersetorialidade tem estudos acumulados no âmbito dos campos da administração pública e da saúde coletiva. O primeiro campo teórico vem contribuindo para uma nova concepção de gestão urbana e gerenciamento das cidades. No segundo campo, a temática é advinda do Movimento da Reforma Sanitária considerando que o processo de saúde-doença não é apenas instituído pelos fatores biológicos, mas reconhecendo a interferência dos determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença (MONNERAT e SILVA, 2014). Vale destacar que o tema vem ganhando espaço na área da assistência social com estudos relevantes considerando seu público alvo (pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social) assim como a organização da provisão de seus serviços, benefícios, programas e projetos.

No campo da saúde coletiva, desde a década de 1990, a intersetorialidade ganhou destaque pelas ações interssetoriais do Ministério da Saúde (MS) no Programa Saúde da Família³ (PSF) e no Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ambos os casos considerados de referência em termos de priorização da atenção básica (MONNERAT e SILVA, 2014).

Em termos de políticas sociais, vale a pena destacar o investimento realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), na gestão 2003-2006, para (re)construção da política de assistência social. A própria criação do MDS conferiu um novo estatuto à política de assistência social, com reforço da perspectiva de profissionalização da área. Pela primeira vez na história da constituição da seguridade no país, houve um movimento concreto para romper com o legado clientelista e assistencialista que marcou esta arena setorial (MONNERAT, 2009, p. 52). Naquele momento, existia a preocupação com a promoção da intersetorialidade, expressa em todos os programas do MDS aparecendo, inclusive, como um dos objetivos do próprio Ministério.

No âmbito da assistência social, a intersetorialidade é a base para o êxito da implementação e promoção de suas ações pelo fato da mesma lidar com complexas manifestações das desigualdades sociais que exclui e marginaliza parcelas da população. O perfil dos usuários da assistência social no Brasil, pessoas de classes sociais mais

³ Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

desfavorecidas, caracteriza-se por demandas multifacetadas exigindo, portanto, respostas que extrapolam a ação setorial. Couto *et al.* (2010) afirmam que a efetivação de processos intersetoriais aponta para a materialização da complementaridade que deve existir no acesso aos direitos sociais.

Seguindo um levantamento histórico da incorporação da intersectorialidade nas políticas e programas do MDS, destaca-se a aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN)⁴, e a implantação do Programa Bolsa Família (PBF)⁵, a partir de um desenho operacional intersetorial. Monnerat (2009), salienta que o PBF é exemplar na concretização da intersectorialidade, pois não é possível implementar suas condicionalidades (na área da saúde, educação e assistência social) e tampouco as ações complementares (geração de emprego e renda) sem a articulação entre as políticas de educação, saúde e assistência social. Nenhum outro programa foi tão dependente da articulação intersetorial, das capacidades institucionais e de diálogo político entre os entes da federação e diferentes setores sociais responsáveis pelo desenvolvimento das políticas sociais como o PBF.

Alguns termos encontrados nas políticas têm sido usados com sentido similar como “*interface*”, “*integração*”, “*articulação*” (NASCIMENTO, 2010). Um exemplo se encontra na Política Nacional de Assistência Social que preconiza: “*a questão da proteção social em uma perspectiva de articulação com outras políticas do campo social que são dirigidas a uma estrutura de garantias de direitos e de condições dignas de vida*” (PNAS, 2004, p. 89). A PNAS também apresenta a intersectorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania.

No âmbito da PNAS, os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) são equipamentos públicos de base territorial que estruturam a Proteção Básica e buscam alcançar a meta de atuar em favor da promoção, do protagonismo e autonomia dos indivíduos, e das famílias e/ou comunidades em situação de vulnerabilidade e risco social. Tais grupos vivenciam uma realidade cuja marca tem sido a reprodução intergeracional da pobreza, ciclo de difícil ruptura dado as suas multicausalidades que, segundo a literatura especializada (ROCHA, 2003; JUNCA, 2004), não deve somente ser entendida como insuficiência de renda, mas como um conjunto de carências que se reforçam entre si.

O desafio da intersectorialidade para a assistência social se coloca tanto na busca de articulação entre as iniciativas públicas como destas com a sociedade, na perspectiva da

⁴ Lei nº 11.346 de 2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.

⁵ Lei nº 10.836 de 2004 – Criação do Programa Bolsa Família.

construção de uma rede protetiva. Vale ressaltar que isto remete a uma ampla discussão sobre os parâmetros e condições político-institucionais e técnico-operativos a serem garantidos na consolidação e efetivação da responsabilidade que advém desta política.

O SUAS preconiza a garantia da proteção social como forma de garantir a conquista da autonomia, do acesso a serviços e benefícios da sustentabilidade e do protagonismo de cada cidadão. Assim, adota cinco princípios referentes a essa proteção: *matricialidade sociofamiliar, territorialização, proteção proativa, integração à seguridade social e integração às políticas sociais e econômicas* (BRASIL, 2011). A partir destes princípios, a proteção social é dividida em: *básica*, com caráter preventivo e articulada no território pelo equipamento CRAS; e *especial*, com caráter reparador oferecida pelo equipamento Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).

Neste sentido, a proteção social de assistência social ao idoso e suas famílias supõe conhecer os riscos e vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos para a provisão de serviços, programas, projetos e benefícios de acordo com as necessidades apresentadas pela pessoa idosa. Assim, como pressuposto para a organização da atenção/atendimento socioassistencial, entende-se que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes ao idoso e sua família são determinantes para sua proteção e autonomia (FAUSTINO, 2018).

Importante problematizar também que o debate em torno do envelhecimento não pode ser apenas marcado pelas distinções de diferenças, aparências, processo biológico e psicossocial, mas também por desigualdades sociais. Conforme destaca Teixeira (2020), uma sociedade de classes marca a trajetória dos indivíduos e seus modos de envelhecer que traduzem em impactos na sociedade e nas políticas públicas.

Sendo assim, considerando o âmbito da provisão da proteção social básica de caráter preventivo, o presente estudo se propõe a lançar luz sobre um programa para superação de vulnerabilidades e risco dirigido à idosos e suas famílias: o Programa Maior Cuidado, desenvolvido no Município de Belo Horizonte/MG.

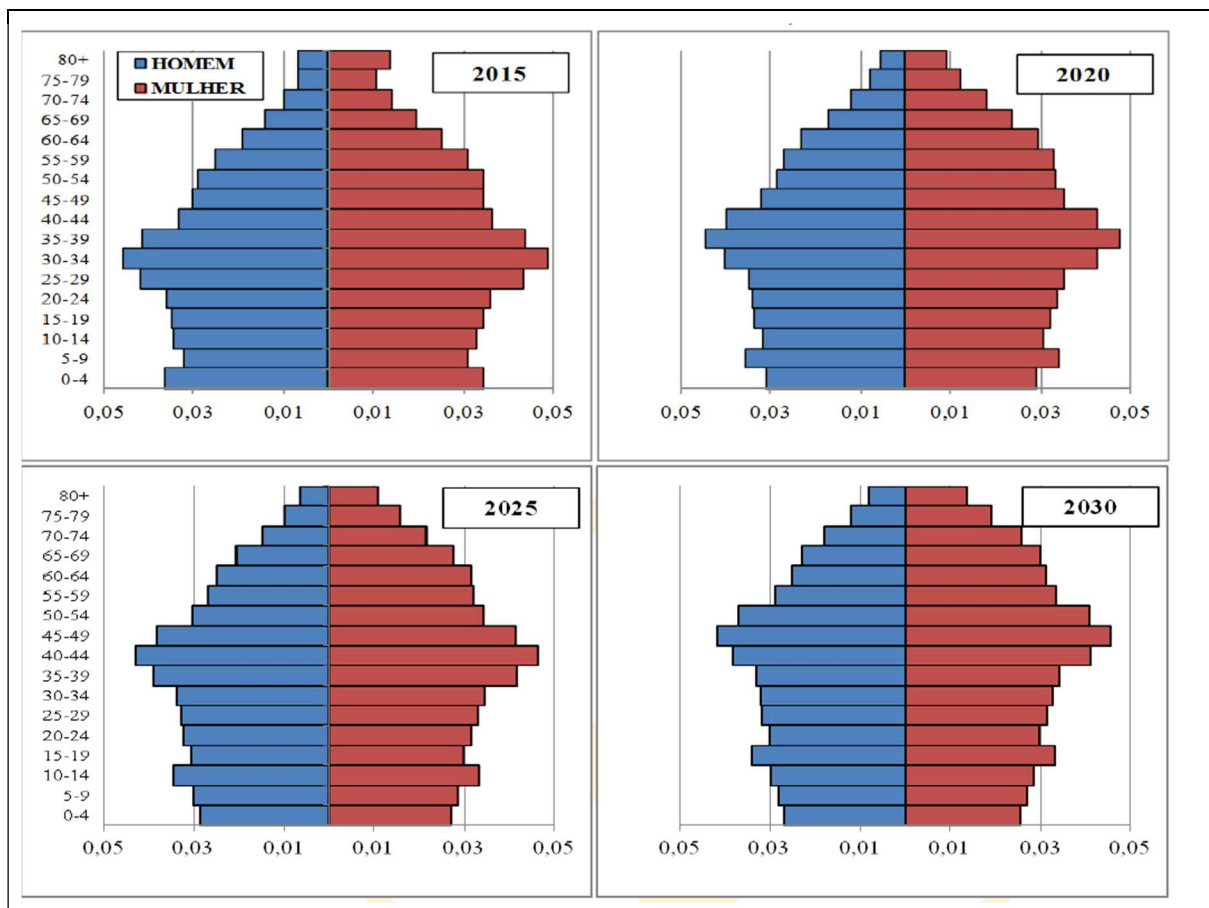
4.5 Programa Maior Cuidado: a experiência de Belo Horizonte/MG na constituição de uma estratégia intersetorial de ampliação de proteção

O IBGE (2022) projeta que a população brasileira mantenha a tendência de envelhecimento com aumento da proporção de idosos no Brasil que pode representar 13,54 % da população ativa no ano de 2030 e 25,49% em 2060. Este envelhecimento populacional é

verificado em todo o mundo, com projeções de que a população com mais de 60 anos será de 2 bilhões, superando o número de crianças e adolescentes (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Essas mudanças também ocorrem no perfil populacional do Município de Belo Horizonte/MG. Dados do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG (CEDEPLAR, 2017) projetam que a população belorizontina se tornará envelhecida até o ano de 2030. Contudo, Giacomini (2022) *apud* Guimarães (2022) aponta o abismo desigual do envelhecimento no Brasil e que em Belo Horizonte existe diferença de doze anos na expectativa de vida entre a população que mora na região periférica e a da Regional Centro-Sul. A Figura 3 abaixo demonstra as pirâmides etárias com a projeção da evolução da população do município de 2015 a 2030.

Figura 3 - Pirâmides Etárias – Belo Horizonte/MG.



Fonte: CEDEPLAR. Relatório: Caracterização demográfica e socioeconômica do idoso do Município de Belo Horizonte/MG - Situação atual e perspectivas populacionais. Vol.2. (2017),

É neste cenário populacional que se desenvolve o PMC, no âmbito da Secretaria de Assistência Social do Município de Belo Horizonte/MG. Em seus primórdios, o programa era intitulado “*Projeto Cuidador de Idosos*” com vistas a apoiar as famílias no cuidado domiciliar de rotina a idosos semidependentes e dependentes que vivenciam situações de vulnerabilidade social, fragilização de vínculos familiares e/ou sociais; pela ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária, prevenindo situações de risco, exclusão e isolamento.

Esse programa foi instituído em 2011, a partir de um grupo de trabalho intersetorial da rede pública municipal. Passou a integrar o Projeto Sustentador de Atendimento ao Idoso, vinculado ao grupo de trabalho intersetorial (GT do idoso), gerido à época pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) da Prefeitura de Belo Horizonte/MG. Possui características interssetoriais importantes, uma vez que é coordenado pela Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SARTINI e CORREIA, 2012; FAUSTINO, 2016; 2018, BRONZO e BARBOSA, 2020; SOUZA *et al.*, 2021).

Implantado em março de 2011, o PMC é destinado ao atendimento domiciliar a idosos dependentes e semidependentes, residentes nas áreas de abrangência dos CRAS. Tem o intuito de prevenir situações de risco, exclusão e/ou isolamento do idoso e desenvolver e manter a autonomia dos que se encontram em situação de vulnerabilidade social em decorrência da fragilização dos vínculos familiares e/ou sociais e pela ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária (FAUSTINO, 2018).

Sartini e Correia (2012) apontam que as principais causas de institucionalização de idosos são: dependência funcional, insuficiência familiar, negligência familiar, despreparo para o cuidado, precariedade socioeconômica das famílias, ausência de família e doenças psiquiátricas. Vale destacar que a população idosa apresenta elevada incidência de morbidades crônicas tais como diabetes, hipertensão arterial, doenças neurodegenerativas, entre outras. Essas condições comprometem a realização das Atividades da Vida Diária (AVD), sejam essas atividades básicas tais como comer, vestir, deambular, realizar a própria higiene; ou instrumentais como preparo de refeições, gerenciar finanças, realizar compras. O comprometimento dessas AVD gera uma dependência funcional que pode afetar a dinâmica da organização familiar que se vê surpreendida com a diversidade de necessidades e cuidados (RIBEIRO *et al.* 2019). É neste contexto que o programa atua a partir do conceito de prevenção, avaliando e apoiando as famílias desses idosos (FAUSTINO, 2018).

A provisão do acompanhamento no domicílio se constitui em uma estratégia fundamental à equiparação de oportunidades de acesso ao SUAS para seu público alvo que, em função da vivência de situações de vulnerabilidades sociais, têm o acesso ou adesão às ofertas nos espaços/unidades presentes no território prejudicados ou impedidos. Além disso, é fundamental considerar a rede de apoio informal dos idosos (familiares, vizinhos e a comunidade) que colabora no desenvolvimento de estratégias para atender as necessidades singulares dos usuários (BRASIL, 2017a, p. 13).

As formas de acesso ao programa ocorrem por meio de busca ativa realizada pelos profissionais do CRAS e Centro de Saúde, demanda espontânea em ambos serviços, encaminhamento da rede socioassistencial e de outras políticas públicas, em especial a da saúde. Os critérios de inclusão do idoso no programa são idade mínima de 60 anos; pontuação mínima de 60 pontos no instrumento de avaliação clínico funcional realizada pelas equipes do Centro de Saúde (CS) local ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e avaliação social realizada pela equipe técnica do CRAS.

O PMC disponibiliza um cuidador de idosos, denominado “*cuidador social*”, contratado pela Prefeitura, para a realização do cuidado da pessoa idosa. Este trabalhador de formação em ensino médio e curso de cuidador de idosos permanece na residência do idoso(a), em horário e dia da semana definidos pelas equipes dos CRAS e CS, tempo que varia conforme o grau de dependência da pessoa idosa e da dinâmica familiar para o cuidado. Suas funções básicas no cuidado em saúde dos idosos incluem apoio ao banho, alimentação e/ou preparação do alimento, organização do domicílio, auxílio na realização de exercícios físicos prescritos pela equipe do NASF, organização de medicamentos e de sua administração conforme orientações do plano de cuidado em saúde.

No âmbito da assistência social, as famílias atendidas pelo PMC são acompanhadas pelos técnicos de referência do CRAS por meio de um plano de acompanhamento familiar do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF). Os cuidados ofertados pelos cuidadores de idoso no programa seguem a Rotina de Cuidado na Assistência Social que é um roteiro de ações planejado pelo técnico do PAIF, em conjunto com o cuidador social de idosos, para a executado no domicílio. A Rotina de Cuidado da Assistência Social segue os eixos norteadores: fortalecer a função protetiva da família; potencializar os vínculos familiares e comunitários; prevenir do isolamento e da exclusão; e desenvolver a autonomia. A conduta do cuidador social do PMC foi institucionalizada pela Portaria SMAAS nº 004/2014 que estabeleceu os princípios

e normas de sua atuação, assim como orientações éticas de conduta no âmbito da administração pública, as funções e o que é vedado a este profissional.

As famílias incluídas no PMC assinam um termo de consentimento com o programa no qual é determinado o papel de cada ator: a família, o cuidador de idosos e o técnico do CRAS que realiza o acompanhamento. O desligamento da família do programa acontece quando a família reassume o cuidado de forma efetiva, quando ocorre a reabilitação do idoso, em caso de mudança da família para outro território ou município, quando o idoso é transferido para Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), opção/recusa da família, situação de risco para o cuidador, inserção no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias⁶ (SPEPDI) e óbito do idoso.

Salienta-se que a inclusão do idoso no programa não extingue o papel da família para com o cuidado. Existe um debate em curso entre as equipes técnicas da assistência social e da saúde em torno da inserção de idosos que não possuem referência familiar e comunitária e são indicados para o programa. Este tem sido um ponto de tensão entre os técnicos, pois idosos dependentes ou semidependentes que demandam cuidados de terceiros e se encontram sem suporte familiar ou comunitário não são elegíveis para o PMC, que é um programa inserido na proteção social básica. Esta condição se caracteriza como uma situação de violação de direitos que requer atuação da assistência social no nível da proteção social especial.

A institucionalização da provisão da Política Pública de Assistência Social para o PMC foi oficializada pelo poder executivo somente no ano de 2019 na Portaria conjunta SMSAC/SMSA nº 007/2019. No Artigo 2º é reafirmada a intersetorialidade na concretização do PMC:

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

⁶ É um serviço de média complexidade tipificado pela Política de Assistência Social para pessoas com deficiência ou idosas com algum grau de dependência e suas famílias que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos como isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, entre outras situações que aumentam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia. Público atendido: pessoas com deficiência e/ou idosas com dependência, ou seja, que necessitam de cuidados de outras pessoas para realizar atividades básicas diárias, que tiveram seus direitos violados. Também são atendidos os cuidadores e familiares. O SPEPDI foi implantado em Belo Horizonte em novembro de 2018 através de chamamento público executado pela APAE-BH.

Além da provisão, a Portaria ainda define em seu Artigo 6º o referenciamento do PMC nos CRAS, no PAIF, como um programa socioassistencial ofertado no âmbito da proteção social básica, do qual os eixos protetivo e proativo do programa são o direcionamento para o fortalecimento de vínculo familiar e comunitário:

Art. 6º. O Programa Maior Cuidado é referenciado ao Centro de Referência da Assistência Social – CRAS. §1º. Deve ser ofertado de forma articulada e complementar ao trabalho social com famílias, desenvolvido pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias – PAIF; §2º. Deve ser ofertado de forma articulada e integrada intersetorialmente com os Centros de Saúde das áreas de abrangência dos CRAS.

A Portaria também concretiza avanços para o PMC ao determinar as atribuições dos diversos atores sociais envolvidos em suas distintas hierarquias. Define as atribuições da SUASS e da Subsecretaria de Saúde, Diretorias Regionais de ambas as políticas, dos gestores de níveis locais (coordenadores de CRAS e gerentes do Centros de Saúde), dos trabalhadores da ponta (CRAS - técnicos do PAIF e cuidadores sociais, NASF e ESF), além de instituir o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial do PMC e o Grupo de Trabalho Local.

No contexto de discussão sobre as bases do PMC é fundamental destacar o Trabalho Social com Famílias (TSF) que objetiva contribuir para o protagonismo, autonomia, conquistas de direitos e qualidade de vida do público da Assistência Social. O TSF coaduna com a concepção de assistência social enquanto direito universal de cidadania em contraponto à assistência social concebida como ajuda pública. Deve ser orientado na perspectiva emancipatória em objeção à perspectiva disciplinadora, e ainda considerando as múltiplas formas de família (BRASIL, 2016).

Couto (2010) explica que para o desenvolvimento do TSF é necessário ter clareza da sociedade em que se vive, dos fundamentos do capitalismo, do projeto político do qual se trabalha e igualmente ter demarcada a diferença entre assistencialismo-focalização e a assistência social no tripé da seguridade social brasileira para que a centralidade da família nesta política não reforce a desigualdade de gênero.

Importante destacar que os estudos sobre PMC têm se desenvolvido a partir da perspectiva da área da saúde conforme se identifica nos trabalhos de Sartini e Correia (2012), Bronzo e Barboza (2020), Souza *et al.* (2021), Aredes *et al.* (2021). Fica patente nas publicações sobre o programa que se trata de uma iniciativa exitosa para a redução de internações hospitalares. Porém no âmbito da assistência social ainda não foram realizados estudos sobre a atuação do programa na prevenção de situações de isolamento, apartação, confinamento e

acolhimento institucional e as seguranças afiançadas por esta política pública. E a intersectorialidade é permeada pelas disputadas institucionais entre estes setores (ALMEIDA, 2010; MONNERAT e SOUZA, 2011; FAUSTINO, 2016). Problematizar o PMC enquanto uma provisão socioassistencial tem como intuito contribuir com reflexões e dados no âmbito da assistência social.

4.6 A Pandemia de COVID-19 e seus e seus impactos nas políticas públicas voltadas para o envelhecimento

A crise sanitária provocada pela Pandemia de COVID-19 evidenciou a crise social e humanitária mundial e, especialmente no Brasil, intensificou o aprofundamento da desigualdade social e econômica. O número de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social decorrentes das perdas de trabalho e renda tem aumentado, gerando um debate ampliado sobre a importância da proteção social para além do campo da assistência social. Além disso, é importante destacar que o país retornou ao cenário mais crítico do mapa da fome com 55,2% dos brasileiros em situação de insegurança alimentar em 2020 (REDE PENSSAN, 2022).

Neste contexto, o SUAS tem sido primordial para pessoas em situações de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e pertencimento social; e que sofrem discriminações de gênero, étnicas, por idade, por deficiências. Neste momento de emergência sanitária, a assistência social tem garantido às famílias as seguranças socioassistenciais de acolhida, apoio e auxílio, entre outras, possibilitando assim minimizar os efeitos da pandemia e o agravamento das situações de risco e vulnerabilidade social. Sem esta política pública o cenário brasileiro seria ainda mais devastador. Contudo, ao mesmo tempo em que o Decreto nº 10.282 de março de 2020 incluiu a assistência social entre os serviços públicos e as atividades essenciais, também trouxe o desafio de assegurar formas de acesso e proteção para as famílias à provisão da segurança socioassistencial de convívio familiar e comunitário.

O distanciamento social, principal estratégia adotada para a redução da velocidade de transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, acarretou a intensificação da convivência familiar no domicílio. Contudo, este isolamento tem também repercussões negativas considerando entre elas além dos aspectos psíquicos de saúde mental, a questão da violência intrafamiliar e a exaustão dos cuidadores, mulheres majoritariamente, das crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Além disso, a suspensão das

atividades presenciais de escolas, centros de convivências e diversos serviços públicos e privados acentuou a sobrecarga nos papéis de cuidado das referências familiares, de modo especial exercidos pelas mulheres. Tradicionalmente, elas têm assumido o papel de promover os cuidados nos domicílios, o que inclui realizar as tarefas domésticas e cuidados aos dependentes. São elas também que, em muitos casos, são as provedoras da renda familiar. Neste sentido, é importante um debate na sociedade sobre a economia do cuidado⁷.

Essa intensificação do convívio no âmbito doméstico e o distanciamento social, decorrentes da pandemia, evidenciam para a assistência social a importância das seguranças alicerçadas, dando destaque ao campo relacional, podendo ser esta a fonte de proteção, mas também de exposição à riscos, em decorrência de abuso, negligências e violências. As famílias que possuem idosos em seu domicílio, de modo especial os dependentes e semidependentes, têm vivenciado contextos que podem fragilizar os vínculos e conseqüentemente sua função protetiva. No que se refere à experiência de atuação no CRAS/PAIF, conforme leitura de estudos como os de Sposati (2020), Fontenele (2020), Sousa (2020) e Moraes *et al.* (2020), diversos aspectos podem interferir negativamente na fragilização dos vínculos familiares, tais como:

- Convívio prolongado;
- Contar somente com um cuidador para todas as necessidades do idoso, sem apoio da rede informal (familiar e comunitária) e da rede pública de saúde e de assistência social;
- Distanciamento social prolongado do idoso em relação à família por receio da contaminação pela COVID-19 e em decorrência da necessidade de manter a subsistência da família, mas sem colocar o idoso em risco;
- Agravamento de processos de adoecimento;
- Perdas e luto, que muitas vezes foram vivenciados de forma solitária, tanto por idosos como por familiares;
- Insegurança no presente e incerteza sobre o futuro;
- Insuficiência de recursos para a adequada proteção, tais como infraestrutura que possibilite o distanciamento no domicílio, condições de higiene continuada;
- Isolamento social;

⁷ A Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 2018, define o trabalho de cuidado como “atividades e relações envolvidas na satisfação das necessidades físicas, psicológicas e emocionais de adultos e crianças, idosos e jovens, debilitados e saudáveis”. A Economia do Cuidado (do original, em inglês, *care economy*) é um termo que designa o trabalho, majoritariamente realizado por mulheres, de dedicação à sobrevivência, ao bem-estar e/ou à educação de pessoas, assim como à manutenção do meio em que estão inseridas. Em âmbito doméstico, esse trabalho é invisibilizado e não remunerado. No meio profissional — terceirizado —, é mal pago.

- Vulnerabilidade material em decorrência de desemprego;
- Insegurança alimentar;
- Exclusão digital que impossibilitava o acesso às estratégias de convivência adotadas pelos CRAS, tais como oficinas com famílias, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), vídeo chamadas, bem como acesso a recursos de entretenimentos como plataformas de *streaming*.

Estes fatores, conjugados a elementos estruturais de desigualdade e pobreza das famílias que acessam a assistência social podem resultar em agravamentos ou reincidência de situações de maior risco e desproteção, de modo especial aos mais vulneráveis. Para os idosos, podemos elencar situações de violência doméstica, violência física, discriminação etária, identidade estigmatizada, apartação, negligências, conflitos geracionais, entre outras. Estas questões justificam a necessidade que os serviços do SUAS estejam mais vigilantes.

Os idosos compõem um dos grupos mais suscetíveis às complicações da COVID-19 (MORAES *et al.*, 2020). Mesmo antes do contexto da pandemia, o isolamento social das pessoas idosas já era um aspecto destacado pela área da gerontologia social. As vulnerabilidades sociais impostas por uma sociedade que exclui o idoso do convívio familiar e social aguçam a vulnerabilidade relacional em relação a este grupo populacional. Minayo (2006) *apud* Fontenele (2020) destaca que o que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença, a solidão que a dependência.

Vale destacar que, para os profissionais do SUAS, o contexto da pandemia de COVID-19 é diferente do contexto das situações de calamidades públicas em decorrência de ações de força da natureza, para os quais este profissional tem protocolos e normativas tipificadas de como atuar. No contexto pandêmico, aos profissionais, assim como a toda população, foram impostos os desafios de sobreviver e conviver com as ameaças que a doença representa, tanto do ponto de vista pessoal como profissional. Esses desafios, em muitos casos, se traduziram em impactos na saúde mental dos profissionais. Um estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2020) identificou que 89% dos profissionais da assistência social de diversos estados brasileiros que participaram da pesquisa sentem medo do coronavírus, 74% afirmaram que a pandemia causou impactos negativos em sua saúde mental, 83% informaram que não receberam treinamento para atuar na pandemia e 74% não se sentem preparados para lidar com a crise.

5. METODOLOGIA

A metodologia apresentada a seguir tem como principal desafio estruturar estudos sobre o Programa Maior Cuidado desde sua implantação até o período da pandemia de COVID-19 (2011 a 2022) a partir de dois olhares distintos. O primeiro objetivou realizar uma síntese dos conhecimentos disponíveis sobre o PMC, na perspectiva do conceito de proteção socioassistencial e a partir de uma revisão integrativa da literatura. E o segundo buscou caracterizar o programa, descrevendo os recursos de estrutura e ações realizadas, desde a sua implantação, além de descrever a organização e a provisão de programa no contexto da pandemia de COVID-19 com base em uma análise quantitativa de dados secundários.

Conforme sinaliza Minayo (2007), entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Sendo assim, explicaremos a teoria de abordagem (método) que utilizaremos nesta pesquisa, os instrumentos operacionais de conhecimento (técnicas) e a criatividade do pesquisador (suas experiências e capacidades pessoais).

5.1. Revisão de literatura

Foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de identificar como o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial. A opção metodológica selecionada foi a revisão integrativa conforme descrito por Souza, Silva e Carvalho (2010). Optamos por este método que tem sido considerado uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois apresenta metodologia que sintetiza o conhecimento disponível sobre determinada temática, direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Este método de revisão é denominado integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE *et al.*, 2014).

Considerando o PMC enquanto um programa socioassistencial em atividade por doze anos, buscou-se com esta estratégia proporcionar a síntese do conhecimento e a incorporação

de aplicabilidade de resultados deste estudo na prática de forma a contribuir para seu aprimoramento no município de Belo Horizonte/MG.

A revisão integrativa difere de outros métodos de revisão uma vez que busca superar possíveis vieses em cada etapa, seguindo um método rigoroso de busca e seleção dos textos a serem incluídos, avaliação de relevância e validade dos estudos localizados, coleta, síntese e interpretação dos resultados encontrados. Assim como destacam Souza, Silva e Carvalho (2010), pode ser considerada uma das mais amplas abordagens metodológicas dentre as revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para compreensão completa do um fenômeno analisado. Outra característica que nos fez optar por esta modalidade de revisão é a possibilidade de harmonizar dados da literatura teórica e empírica, a partir da incorporação de um vasto leque de conceitos, revisão de teorias e evidências (SOUZA, SILVA E CARVALHO, 2010).

Baseando-se na premissa de que o programa é uma provisão da Política Pública de Assistência Social que possui estratégia intersetorial, elaboramos como pergunta norteadora “o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial?”. A partir da pergunta, passamos à fase de definição dos descritores. Como se trata de um programa específico, implantado em uma capital do país e baseando-se em conhecimentos prévios de que não havia programas com características similares, optamos por definir como descritor de busca o nome desta iniciativa “*Programa Maior Cuidado*”, “*Maior Cuidado*”.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Banco de Dissertações/Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal CAPES), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS). Considerando a pouca produção científica que foi identificada nestas bases, optou-se por ampliar e diversificar as possibilidades de levantamento de dados, considerando as referências descritas nos estudos selecionados e contato telefônico e correio eletrônico com pesquisadores e pós-graduandos que têm trabalhos já realizados com o PMC. O período da busca considerou as produções feitas entre os anos de 2011 a 2022.

O acervo de textos selecionados para a revisão de literatura foi analisado a partir da interpretação e síntese dos resultados encontrados, considerando as categorias de análise fundamentadas nos conceitos que estruturam a provisão do PMC enquanto uma ação intersetorial, ancorada na premissa de provimento socioassistencial.

5.2 Caracterização do PMC

Neste estudo, foram também analisados de forma descritiva os dados quantitativos referentes ao percurso do PMC no período de sua implantação em 2011 até o ano de 2022. Consideramos que esses dados poderiam contribuir para a caracterização do programa, assim como dar visibilidade para a produção de uma oferta socioassistencial pioneira no país, concretizada a partir de uma estratégia intersetorial com a política de saúde.

Assim como afirmam Reis e Reis (2002), a análise descritiva de dados quantitativos é a fase inicial do processo de estudo dos dados coletados, visando a organizar, resumir e descrever os aspectos mais relevantes de um conjunto de características observadas. Além disso, a descrição dos dados tem como objetivo identificar anomalias que podem ocorrer pelo registro incorreto de valores, dados dispersos ou discordantes que não seguem a tendência geral do conjunto de dados.

A caracterização do PMC neste período até o ano de 2022 sucedeu a partir dos dados da planilha de monitoramento do programa que foi disponibilizada pela Diretoria de Proteção Social Básica através da Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica de Belo Horizonte/MG, (DPSB / GGSPB - SUAS/BH).

Para o levantamento dos dados do programa, foi formalizada a requisição para acesso à Planilha de Monitoramento do PMC (documento interno da DPSB/GGSPB) junto à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente - GGTEP, por meio de contato eletrônico (e-mail), no mês de setembro de 2022. Neste contato foi encaminhada uma carta de apresentação do Projeto (Anexo 1) e uma cópia do Projeto de Dissertação. Neste mesmo mês a GGTEP, aprovou a solicitação e requereu a assinatura do Termo de Compromisso da pesquisadora para uso dos dados somente para pesquisa mantendo e garantindo os princípios éticos de sigilo, confidencialidade e fidedignidade (Anexo 2).

A planilha de monitoramento do PMC com dados até setembro de 2022 foi disponibilizada em outubro, assim como o documento intitulado: “*Programa Maior Cuidado - Análises do Relatório de Gestão do CRAS 2021*”. O referido documento apresenta a sistematização dos trinta e quatro relatórios de gestão de cada um dos CRAS de Belo Horizonte/MG, para o período de abril do ano de 2011 a setembro do ano de 2022.

Para a análise e sistematização das informações levantadas, foi necessário organizar os dados de todos os CRAS agrupando-os por regionais, assim como relacioná-los aos meses em cada ano. Posteriormente a estes agrupamentos iniciou-se a organização e análises dos resultados identificados que seguem no capítulo referentes aos resultados. Caracterizou-se a

oferta de cuidado socioassistencial a partir das variáveis *número de profissionais contratados* (cuidadores sociais e supervisores), *número e percentual de atendimentos de idosos por regional*, *sexo*, *faixa etária*, *grau de dependência* e *motivos para desligamento do programa*.

Vale ressaltar que os dados sobre a caracterização do PMC serão apresentados em frequências relativas, segundo regional, para o período de doze anos da provisão do programa. Com relação ao período relativo à Pandemia da COVID-19 (entre os anos de 2020 a 2021), os dados gerais disponibilizados pelas DPSB/GGSPB foram analisados comparativamente, com base na série temporal, a fim de identificar se houve reflexos do período de isolamento social e da suspensão de atividades na oferta das ações do programa. A discussão dos resultados buscou ainda apontar possíveis lacunas do conhecimento e prioridades para aprofundamentos de estudos futuros.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os resultados deste estudo. Inicialmente, encontra-se a revisão da literatura, do tipo integrativa, que teve como objetivo realizar uma síntese dos conhecimentos disponíveis sobre o PMC. Em seguida, encontra-se a caracterização do Programa Maior Cuidado (PMC), descrição dos recursos financeiros, infraestrutura, recursos humanos e ações realizadas desde a sua implantação. Além disso, será apresentada uma descrição dos dados de atendimento, no recorte temporal de abril de 2011 a setembro de 2022, com foco no período da pandemia da COVID-19. As discussões dos resultados serão realizadas a partir do conceito de proteção socioassistencial que embasa o referido programa, com intuito de contribuir para o aprimoramento desta provisão de proteção socioassistencial no domicílio.

6.1 Revisão Integrativa sobre o Programa Maior Cuidado

Conforme explicitam Souza *et al.* (2010), o método da revisão integrativa é considerado o mais amplo entre as abordagens metodológicas de revisão, uma vez que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa de um fenômeno analisado. Esta metodologia, combina dados da literatura teórica e empírica, incorporando um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Além de possibilitar uma ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, gerando assim um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos.

Diante do objeto deste estudo, acredita-se que a revisão integrativa proporcionará uma síntese dos conhecimentos disponíveis sobre o PMC, na perspectiva do conceito de proteção socioassistencial. A síntese das fases cumpridas na revisão da literatura pode ser observada na Figura 4.

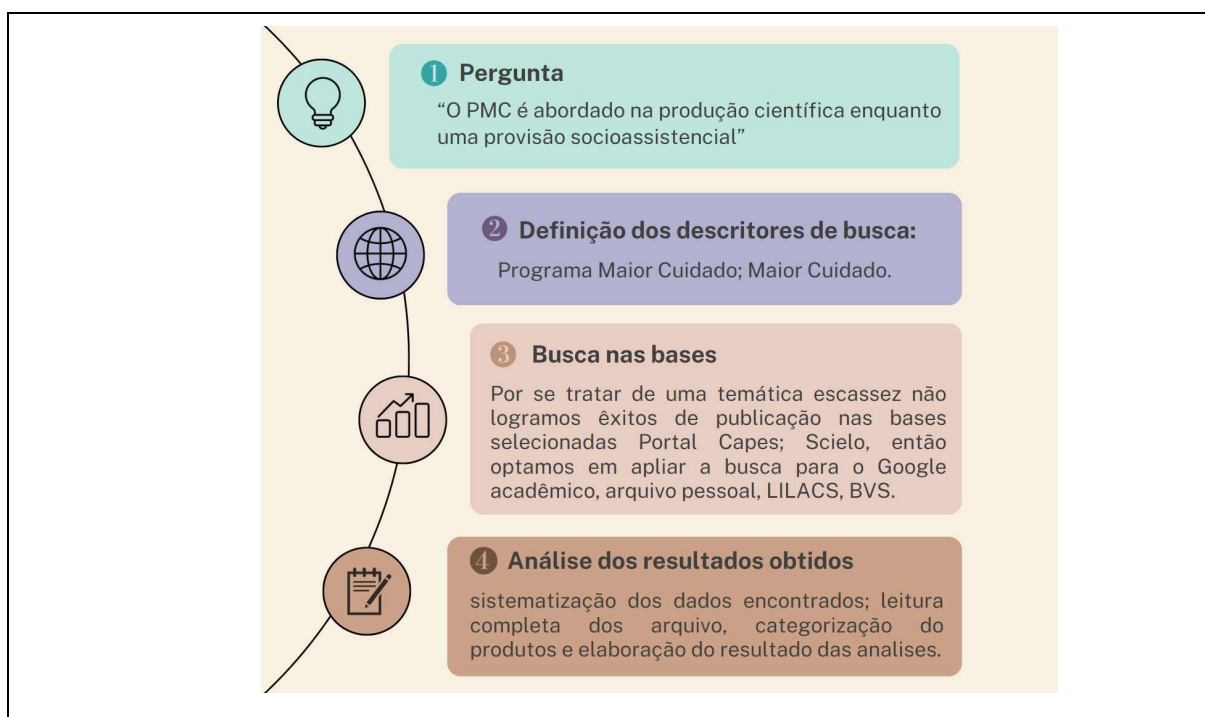
Baseando-se na premissa de que o programa é uma provisão da Política Pública de Assistência Social ofertado de forma intersetorial, elaboramos como pergunta norteadora (FASE 1) “o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial?”. Para facilitar as buscas, definimos como descritores (FASE 2) “Programa Maior Cuidado”; “Maior Cuidado”.

Posteriormente, foram realizadas as buscas nas bases de dados (FASE 3): Portal CAPES, SciELO, Google Acadêmico, LILACS, BVS e arquivo pessoal. Esta diversidade foi necessária por se tratar de uma política pública local, com produção bem limitada. O período da busca

considerou as produções publicadas entre os anos de 2011 a 2022, período que considera a implantação do programa no município de Belo Horizonte/MG. Todos os textos levantados foram lidos na íntegra para considerar a pertinência da temática abordada para responder à pergunta norteadora. Nenhum texto foi excluído. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma planilha do Excel para sistematizar as informações referentes aos textos levantados, a partir das seguintes variáveis: procedência/base de dados; ano de publicação; autores; título; referência bibliográfica; produção; tipo de produção; temática abordada; objetivo e categorias de análise.

E para fase final (FASE 4), com o intuito de realizar a análise dos resultados obtidos, realizou-se a constituição de um quadro, tabelas e gráficos, com a finalidade de contrapor, especificar, comparar e debater conceitos para embasar a pesquisa. Abaixo segue o quadro do passo a passo da metodologia realizada:

Figura 4 - Síntese das fases da revisão integrativa

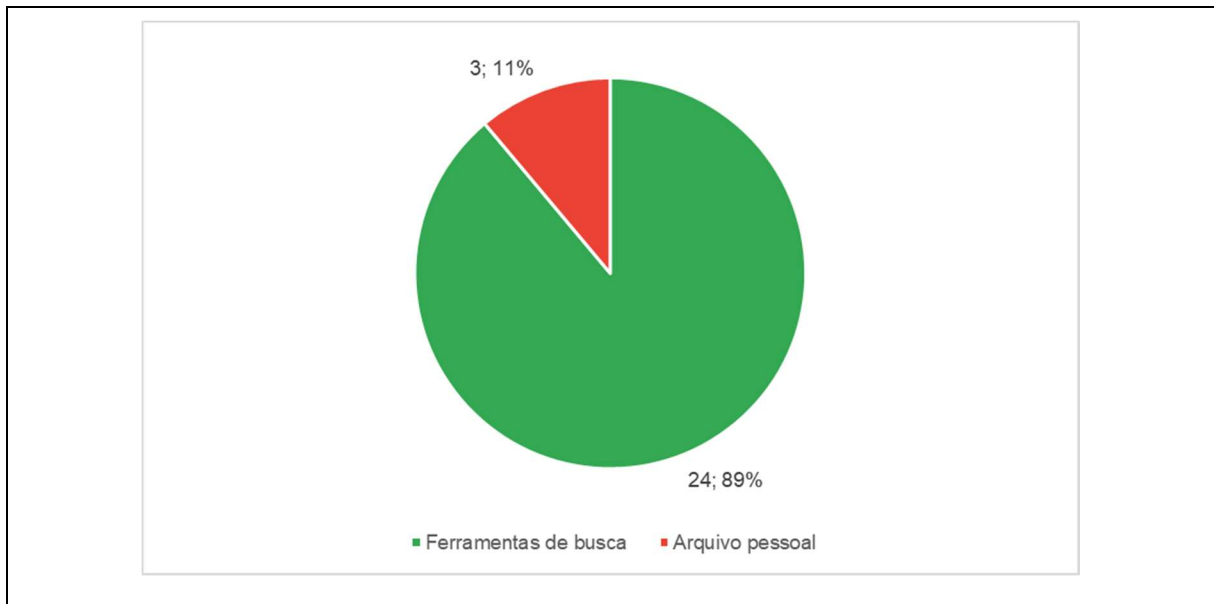


Fonte: Elaboração da autora.

Foram identificadas vinte e sete publicações referentes ao Programa Maior Cuidado localizadas nos sítios eletrônicos Google, Google Acadêmico, LILACS, SciELO, BVS e arquivo pessoal, no período dos anos de 2011 a 2022. Destas, 11,1% foram identificadas no acervo pessoal da pesquisadora e as demais foram situadas nas ferramentas de busca nos sítios

eletrônicos (Gráfico 1).

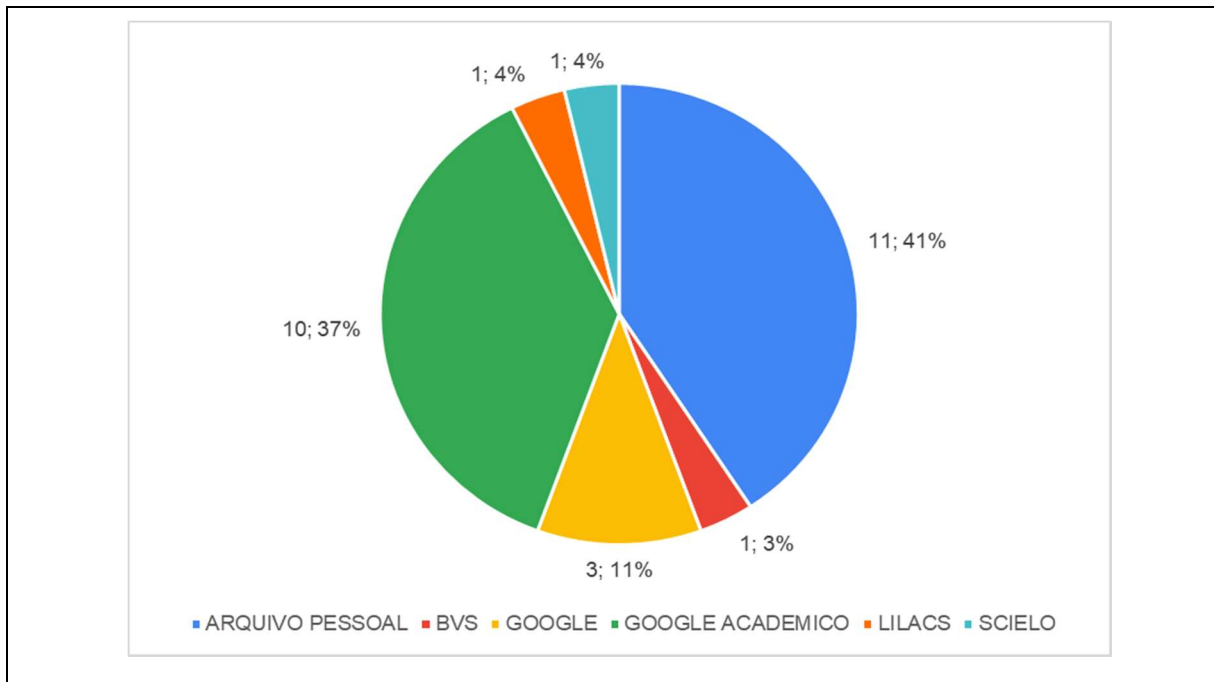
Gráfico 1 - Localização das publicações levantadas



Fonte: Elaboração da autora.

No Gráfico 2, observa-se a distribuição percentual das produções por base. Grande parte foi identificada no Google e Google Acadêmico, LILACS, SCIELO, BVS e arquivo pessoal.

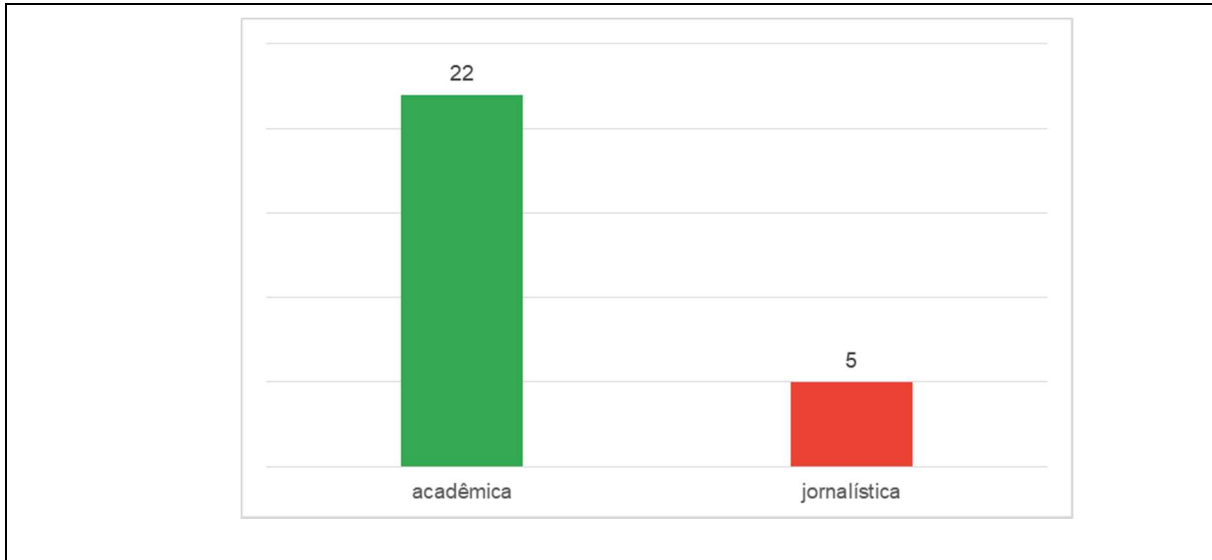
Gráfico 2 - Distribuição percentual das publicações por base



Fonte: Elaboração da autora.

Das vinte e sete produções identificadas, a grande maioria trata-se de textos acadêmicos como artigos, capítulos de livro, monografias e dissertações. Apenas cinco referem-se à produção jornalística (Gráfico 3).

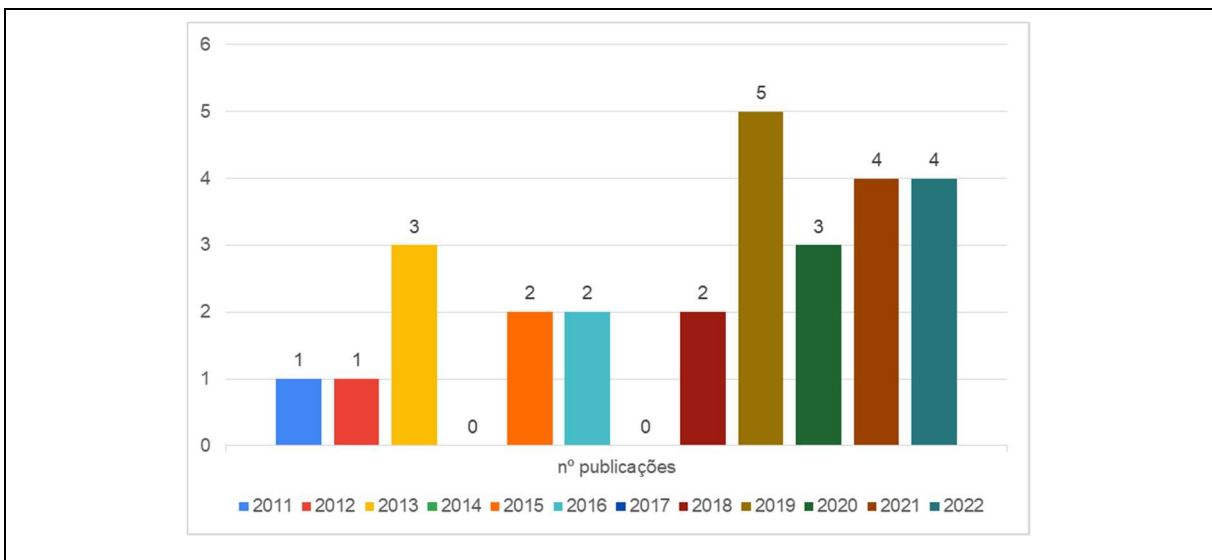
Gráfico 3 - Distribuição dos textos entre acadêmicos e jornalísticos



Fonte: Elaboração da autora.

Dezesseis dos vinte e sete textos foram publicados a partir de 2019, sendo este o ano que registrou maior número de publicações sobre o programa, sendo o total de cinco; seguido dos anos de 2021 e 2022, com quatro publicações, respectivamente (gráfico 4).

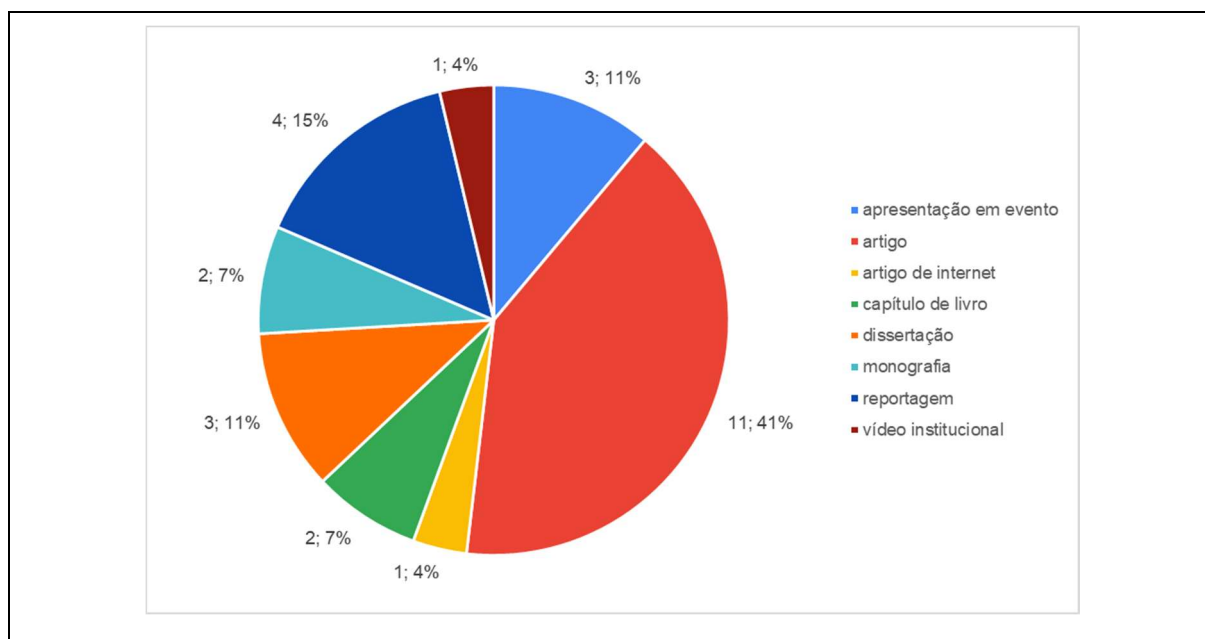
Gráfico 4 - Distribuição das publicações por ano



Fonte: Elaboração da autora.

Das publicações levantadas, 41% são artigos, 18% são dissertações e monografias, 7% são capítulos de livro e 11% são trabalhos apresentados em eventos científicos. Diante deste contexto, podemos observar que 77% das produções são de origem científica. As demais se distribuem em artigos de internet, reportagem e vídeo institucional (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição proporcional dos tipos de publicações



Fonte: Elaboração da autora.

A partir da leitura dos textos do acervo, foram identificadas cinco categorias de análise: *intersectorialidade*, *avaliação do PMC*, *cuidado oferecido pelo PMC*, *Pandemia de COVID-19 e o PMC* e *processo de trabalho do PMC*. O quadro 03 apresenta a caracterização do acervo de textos, de acordo com a categorização dos temas predominantemente abordados pelas publicações analisadas. O maior quantitativo dos textos (44,4%) trata do cuidado oferecido pelo PMC, seguido pelos que se dedicaram a realizar uma avaliação do programa (25,9%). Nas categorias *Intersectorialidade*, *Pandemia de COVID-19 e o PMC* e *processo de trabalho no PMC* foi constatado número menor de publicações.

Quadro 3 - Caracterização das publicações, segundo categoria de análise, ano, autor, título e tipo de produção do acervo analisado.

CATEGORIA DE ANÁLISE	ANO	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
CUIDADO OFERECIDO PELO PMC	2012	SARTINI, Cristina M.; CORREIA, Arlene M.	Programa Maior Cuidado: Qualificando e humanizando o cuidado.	artigo
	2013	FIOCRUZ.	Programa Maior Cuidado – Projeto Cuidador de Idosos, Qualificando e Humanizando o Cuidado – Uma experiência intersetorial da Secretaria Municipal de Belo Horizonte	artigo de internet
	2016	DUARTE, Yeda A. de Oliveira; BERZINS, Marília Anselmo	Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores.	capítulo de livro
	2018	FASTINO, Taiane. Q. S.	Programa Maior Cuidado potencializando proteção social aos idosos em situação de vulnerabilidade social: a experiência do CRAS Senhor dos Passos-BH/MG.	artigo
	2018	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE.	Programa Maior Cuidado.	vídeo institucional
	2019	FASTINO, Taiane. Q. S.	Acompanhamento Familiar no âmbito da Proteção Social Básica uma realidade em aprimoramento: As Estratégias de Intervenções do Técnico do CRAS (Assistente Social) no SUAS.	apresentação em evento
	2019	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE.	Prefeitura capacita cuidadores de idosos do Programa Maior Cuidado.	reportagem
	2019	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE.	Programa Maior Cuidado	reportagem
	2020	NOGUEIRA, Jucimara Gualberto Marques.	A Oferta do Programa Maior Cuidado e sua execução na Política de Assistência Social através da Proteção Social Básica no CRAS Independência no município de Belo Horizonte (MG).	monografia
	2022	SOUZA, G.S. et al.	Programa de cuidado à pessoa idosa dependente: estudo de caso em um município do sudeste do Brasil.	capítulo de livro
	2022	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE.	Pesquisadores internacionais destacam a relevância e o pioneirismo de BH no cuidado à pessoa idosa, com o Programa Maior Cuidado.	reportagem
2022	LLOYD-SHERLOCK, Peter; GIACOMIN, Karla; SEMPÉ, Lucas.	The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people.	artigo	
AVALIAÇÃO DO PMC	2019	BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo.	Políticas públicas e envelhecimento populacional: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte.	dissertação
	2019	FAGUNDES, Marília Laura Cordeiro Campos.	Programa Maior Cuidado : uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia.	monografia
	2020	BARBOSA, Danielle Cristina A.; BRONZO, Carla.	A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira.	artigo
	2021	AREDES, Janaina 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, BRASIL.	artigo
	2021	FIOCRUZ.	Estudo avalia programa voltado a apoio domiciliar a idosos.	reportagem
	2021	AREDES, Janaina de Souza; et al.	Inovação e cuidados socio sanitários: a experiência do Programa Maior Cuidado.	artigo
2021	CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de.	Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento.	dissertação	
INTERSETO RIALIDADE	2011	ROCHA, Ana Paula Lopes; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho.	Atendimento domiciliar ao idoso: novas fronteiras de atuação da psicologia na perspectiva do trabalho intersetorial.	apresentação em evento
	2013	Rocha, Ana Paula Lopes.	Cuidado com a velhice: interdisciplinaridade e intersetorialidade	dissertação
	2015	ROCHA, Ana Paula Lopes; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho.	Cuidado com a velhice: interdisciplinaridade e intersetorialidade.	artigo
	2016	FASTINO, Taiane. Q. S.	Intersectorialidade: tendência contemporânea na organização de Políticas Públicas. A experiência do Programa Maior Cuidado.	artigo
PANDEMIA DE COVID-19 E O PMC	2020	LLOYD-SHERLOCK, Peter GIACOMIN, Karla Cristina.	Programa Maior Cuidado – um programa pioneiro de atendimento comunitário para idosos no Brasil.	artigo
	2022	SADDI, Fabiana da C. et al.	Os cuidadores também precisam de cuidado - o cuidador social de um Programa comunitário com pessoas idosas em tempos da COVID-19 no Brasil.	artigo
PROCESSO DE TRABALHO DO PMC	2013	GOMES, Maria do Carmo. et al.	Experiência do centro de saúde felicidade na assistência ao idoso frágil.	apresentação em evento
	2015	DUTRA, Wagner Honorato; CORRÊA, Rosa Maria.	O grupo operativo como instrumento terapêutico-pedagógico de promoção à saúde mental no trabalho.	artigo

Fonte: Elaboração da autora

Com base nas categorias de análise que surgiram da leitura exaustiva do material levantado, nos itens a seguir apresentaremos a esteira sobre a qual essas categorias foram trabalhadas neste conjunto de trabalhos. Na sequência, no item 6.1.6 serão apresentados sucintamente os pontos importantes e em comum dessa leitura, estabelecendo um diálogo entre autores.

6.1.1. Cuidado oferecido pelo PMC

Nesta categoria de análise identificamos doze produções. Neste conjunto, 66,7% são publicações acadêmicas (artigo, monografia, capítulo de livro, trabalho publicado em evento) e 33,3% produtos jornalísticos oriundos de vídeo institucional e reportagens.

Alguns dos estudos desta categoria apresentaram resultados da oferta de cuidado, no campo da Assistência Social, aos idosos dependentes atendidos pelo PMC, mas em uma perspectiva mais localizada, focalizando CRAS de apenas um território na capital mineira. É o caso dos estudos de Faustino (2018) e Nogueira (2020). Enquanto Faustino (2018) explicita a experiência do CRAS Vila Senhor dos Passos a partir de dados quantitativos e debates sobre esta oferta neste território, Nogueira (2020) explana a experiência do CRAS Independência a partir de análise teórica formulada a partir das diretrizes do programa e legislações vigentes.

Na análise do cuidado oferecido pelo PMC no CRAS Vila Senhor dos Passos no período de 2011 a abril de 2019, identificou-se que 68 idosos foram atendidos, sendo a maioria mulheres (53,8%) e semidependentes (66%). Nos anos de 2011, 2013 e 2018 verificou-se o maior número de idosos incluídos no programa. Além de apresentar esses dados do cuidado oferecido neste território, a autora detalha os objetivos do programa e como ele se organiza para oferecer cuidado domiciliar, prevenir a institucionalização e promover a segurança socioassistencial de convívio familiar e comunitário e a segurança de autonomia às pessoas idosas e suas famílias (FAUSTINO, 2018).

Nogueira (2020) debate sobre o campo da assistência social enquanto direito, os níveis de proteção social da política e descreve a oferta de cuidados do programa no CRAS Independência. Apresenta que o referido CRAS tem 19 famílias inseridas no PMC, sendo 21 idosos atendidos, pois há ocorrência de duas famílias com mais de um idoso no programa. Neste universo, apenas três famílias estavam sendo acompanhadas com plano de acompanhamento familiar do PAIF, com estratégias de superação da vulnerabilidade ou risco vivenciado pela família.

Um estudo qualitativo também foi conduzido com os gestores municipais das áreas

envolvidas no PMC visando a descrever a estrutura do programa e o seu funcionamento na atenção aos idosos dependentes (SOUSA *et al.*, 2022). Neste trabalho, os autores destacaram que o programa foi gestado para ser intersetorial, com ações e estratégias coordenadas pela Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) e co-gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Na visão dos entrevistados, o PMC, ainda em fase de avaliação à época, já tinha proporcionado uma reinserção social significativa para os idosos na comunidade, o que é fundamental, pois muitos deles estavam restritos às suas casas.

A ressocialização do idoso que necessita de cuidados contribui para um renovado senso de propósito para esse indivíduo que se sente valorizado apesar de suas limitações. Além disso, os autores do trabalho destacaram que a oferta de cuidados pelo programa exerce influência positiva na saúde dos idosos, com menores taxas de institucionalização e hospitalização e que algumas famílias passaram a assumir a responsabilidade total de cuidar de seus parentes idosos após sua inserção no PMC. Houve ainda uma contribuição para o bem-estar dos cuidadores familiares, proporcionando-lhes oportunidades de cuidar de si mesmos enquanto seu familiar idoso é cuidado por um cuidador formal (SOUSA *et al.*, 2022).

O PMC é, portanto, descrito como um programa de vanguarda por considerar as condições de saúde, a vulnerabilidade social da pessoa idosa e as circunstâncias financeiras, materiais e sociais em que as famílias se encontram para incluir os idosos em sua oferta de cuidados (SOUSA *et al.*, 2022).

A experiência de acompanhamento de uma família no Programa Maior Cuidado foi relatada por Faustino (2019) quando apresenta sua experiência no CRAS Vila Senhor dos Passos. Por meio deste relato, a autora conduz o seu leitor a refletir sobre a relevância do trabalho social com as famílias, o processo de cuidado que deve ser construído de forma coletiva com a equipe e a família, e os avanços e retrocessos experimentados na concretização do cuidado no sentido de superar as vulnerabilidades e riscos sociais do contexto familiar. Faustino (2019) ainda destaca as potencialidades de fortalecimentos dos vínculos familiares e da conexão das famílias com os equipamentos da Assistência Social.

Já o artigo de Lloyd-Sherlock, Giacomini e Sempé (2022) se contribuiu para essa discussão ao examinar as possíveis associações entre a inclusão no PMC e a utilização de serviços de saúde ambulatoriais por idosos dependentes. Suas hipóteses são de que estar inserido no programa estaria associado a maior frequência de consultas ambulatoriais para reabilitação física e de visitas ambulatoriais planejadas versus não planejadas. As visitas ambulatoriais não planejadas estão associadas a uso menos eficiente de recursos e maior risco

de internação hospitalar de emergência, enquanto as planejadas demonstram ser uma intervenção custo-efetiva, que pode reduzir significativamente o risco de readmissão hospitalar.

Os autores do estudo encontraram taxas de incidência positivas significativas para o público que é atendido no PMC e destacaram que possuem uma maior proporção de consultas ambulatoriais planejadas em vez de não planejadas, indicando que a participação no programa promove um envolvimento efetivo com os serviços de saúde locais (LLOYD-SHERLOCK, GIACOMIN E SEMPÉ, 2022).

Outros autores descrevem programas a exemplo do PMC como fazendo parte de uma estratégia de boas práticas de municípios e estados no campo da saúde da pessoa idosa (FIOCRUZ, 2013; DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016). Ambas publicações destacaram a experiência que o programa tem enquanto uma estratégia de promoção do envelhecimento digno, de qualificação do cuidado domiciliar e de identificação de violações de direitos contra os idosos.

Duarte, Berzins e Giacomim (2016), no capítulo 19, sobre os cuidadores e as fragilidades da Política Nacional do idoso, discute sobre quem são os cuidadores de pessoas idosas no contexto atual. Em sua contextualização, o foco principal é na questão da saúde e qualidade de vida dos dependentes e seu ponto de vista direcionado aos cuidados com as atividades de vida diária e autocuidado dos idosos e dos próprios cuidadores, que em sua maioria são familiares. O PMC é citado como exemplo de iniciativa para apoiar idosos dependentes e evitar a sua institucionalização.

Uma síntese das ações desenvolvidas pelo PMC foi retratada também em um vídeo institucional produzido pela Prefeitura de Belo Horizonte/MG. Nele, há destaque para a voz de idosos, cuidadores formais e profissionais do CRAS que participam das ações do programa. O vídeo mostra a importância do vínculo estabelecido com o CRAS e o Centro de Saúde e a forma de acesso ao PMC (PBH, 2018).

Por fim, é importante citar duas reportagens publicadas no Boletim informativo da área da saúde. A primeira, faz menção à pesquisa “*Melhorando a eficácia e eficiência dos Serviços de Saúde e Assistência Social para Idosos Brasileiros Vulneráveis - IHOB*” (2018–2021), uma parceria com o Instituto René Rachou/Fiocruz Minas e a Prefeitura de Belo Horizonte/MG (Secretaria Municipal de Saúde) (PBH, 2019). Já a segunda, destaca que a PBH investe na capacitação dos cuidadores sociais para o PMC (PBH, 2022).

6.1.2. Avaliação do PMC

Nesta categoria identificamos sete produções referentes ao PMC (25,9% do total), sendo seis destas acadêmicas (artigo, monografia ou dissertação) e uma reportagem. As avaliações basearam-se nas percepções de técnicos, cuidadores sociais, gestores, idosos e familiares que responderam sobre a provisão do PMC, seus impactos e avaliação dos envolvidos.

Barbosa (2019) e Barbosa e Bronzo (2020) realizaram um estudo qualitativo aplicando um questionário com perguntas abertas para 26 técnicos do PAIF, 126 cuidadores sociais e dois gestores envolvidos no PMC. As autoras destacam três pontos dentre os resultados. Em primeiro ponto tem-se a necessidade de precisar com maior clareza quais são os objetivos imediatos e os objetivos de impacto e construir uma teoria da mudança capaz de elucidar a cadeia de hipóteses que guiam as ações do programa; em segundo, tem-se a gestão intersetorial do PMC que impõe desafios dadas as diferenças institucionais, técnicas e operacionais, destacando-se a necessária convergência de perspectivas dos setores da saúde e da assistência sobre os resultados a alcançar; terceiro e último ponto, tem-se a natureza desse tipo de programa, que se caracteriza pela impossibilidade de padronização das ações, baixa previsibilidade das tarefas a serem desenvolvidas e, ao mesmo tempo, supõe uma intensa interação entre os técnicos da ponta (cuidadores sociais) e beneficiários diretos e indiretos (os idosos e suas famílias).

Na mesma obra, Barbosa (2019) também explicita uma análise qualitativa a partir do sistema elaborado por Draibe (2001) para caracterizar o que intitula de *anatomia do processo geral de implementação do Programa Maior Cuidado*. A dissertação se propôs a oferecer subsídios para melhor compreensão acerca dos processos de implantação do programa. E também identifica alguns aspectos destacados a seguir: a execução do PMC é realizada de forma não unificada pelas regionais; o fluxo de informação e logístico se apresentou delimitado ao cuidador social, mas nos CRAS (equipe PAIF) apresentou lacunas quanto à sua operacionalidade; o monitoramento e a avaliação são os principais nós críticos da implementação; e a ausência do acompanhamento e avaliação de maneira sistemática, tanto no nível central (GGSPB) quanto regional. A autora ainda destaca o GT (Grupo de Trabalho) como espaço intersetorial primordial para garantir a intersetorialidade.

Fagundes (2019) realizou estudo a partir de método qualitativo com aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas no universo de 13 pessoas que, naquele momento, representava 50% dos idosos e seus familiares atendidos do PMC no território do CRAS

Califórnia. A autora objetivou nesta pesquisa conhecer a avaliação do programa feita pelos usuários atendidos, bem como o impacto dele na vida dos idosos e famílias. Deste estudo se destacam os seguintes resultados: 70% dos entrevistados disseram que o programa não tem nada a melhorar e que estão satisfeitos com o atendimento recebido; 92,3% dos idosos recebem cuidado de familiares, contudo a maioria possui apenas um cuidador familiar. E acrescenta o que destacou uma familiar entrevistada: *“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”* (FAGUNDES, 2019).

O artigo de Aredes *et al.* (2021a) apresenta resultados que fazem parte de um estudo internacional que tem como principal objetivo fornecer evidências para apoiar políticas para reduzir estadias desnecessárias de idosos em hospitais e instituições de longa permanência. Para a análise realizada, vários métodos foram usados, como revisão de documentos, discussões de grupos focais e observação não participante. O artigo situou o PMC entre experiências internacionais em países de alta renda, no entanto sendo operacionalizado em uma grande cidade brasileira com altos níveis de desigualdade, a partir de uma política intersetorial.

Na fase 1 do estudo, realizada entre 2018 e 2019, o PMC cobria 62 (40,8%) dos 152 Centros de Saúde e 26 (76,5%) dos 34 CRAS do município de Belo Horizonte/MG. Nos grupos focais realizados com os profissionais, o PMC foi avaliado como uma ação apreciada e valorizada por todos os envolvidos, incluindo profissionais e familiares. Neste sentido, destacaram ainda como potencialidades o apoio às famílias, a prevenção de negligências e a prevenção de problemas clínicos, hospitalizações e institucionalizações.

Entre os limites foram citados a rigidez dos critérios de inclusão dos idosos no programa (idade e território), o que pode ser responsável por demanda reprimida de idosos que, apesar de elegíveis, não poderiam ser incluídos por pertencer a territórios não cobertos pelo PMC; as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores em relação ao cuidado realizado, à visão dos familiares sobre suas atribuições e a situação de vulnerabilidade a que as famílias se encontram; e por fim, a falta de garantia de qualidade institucional, caracterizada como a institucionalização precária e limitada do programa, evidenciada pelos desafios na colaboração entre os setores de saúde e assistência social (AREDES e al., 2021a). Ainda no mesmo artigo, os autores revelaram que um documento com os principais elementos do PMC, bem como as funções e responsabilidades intersetoriais estava sendo elaborado e se constituía em um passo importante para sua formalização institucional. Além disso, houve ampliação do programa para todos os CRAS de Belo Horizonte/MG.

Aredes *et al.* (2021b) destacaram como ponto positivo do PMC realizar ações que não restringem à saúde física, mas consideram o contexto sociofamiliar e comunitário dos idosos, com estratégias diversificadas de apoio às famílias. Ademais, é importante ressaltar que o PMC tem resistido à transição de governos distintos na gestão municipal, o que constitui uma evidência indireta de sua sustentabilidade e interesse público.

No entanto, os autores também analisam de forma mais crítica os pontos de fragilidade do PMC: 1) escassez de diretrizes, protocolos e instrumentos de gestão que são questões essenciais para a operacionalização do programa; e 2) carência de institucionalidade, identificada pela ausência de registros consistentes e de monitoramento de seus indicadores. Com a divulgação dos resultados do estudo de avaliação algumas mudanças positivas a favor do PMC foram incorporadas como a revisão de protocolos, práticas e registros mais simplificados e sistemáticos; capacitações de gestores e técnicos; construção da Portaria Conjunta que institucionalizou princípios e diretrizes para gestão e operacionalização intersetorial do PMC; expansão do programa para todos os CRAS do município; e sua aplicabilidade em outros contextos locais e nacionais.

A dissertação de Castro (2021) apresenta um estudo que analisa a execução do PMC a partir da percepção dos idosos e seus cuidadores familiares, cuidadores profissionais, referências técnicas e profissionais da assistência social e da saúde atuantes no programa. A metodologia usada foi qualitativa, a partir de 11 entrevistas semiestruturadas, no período de janeiro de 2019 a março de 2020, assim como pesquisa documental referente aos dados e registros do PMC.

Os resultados identificaram três categorias análise: *“PMC: um Programa necessário para o cuidado ao idoso”*, *“Repercussões do cuidado ofertado pelo PMC: o ‘pouco’ que faz diferença”* e *“Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar face à violência contra a pessoa idosa”*. O autor concluiu que o PMC é útil não apenas para o acompanhamento direto dos idosos assistidos, mas para as demais pessoas envolvidas na rede de contatos do idoso. Esse é um aspecto importante, tendo em vista que o programa atua em comunidades que enfrentam problemas e privações das mais diversas ordens.

Um ponto chave explicitado pelo autor é a intersetorialidade. Essa conexão entre diferentes atores e equipes multidisciplinares permeia todas as operações do programa, incluindo reuniões conjuntas de revisão de casos, contribuições combinadas em planos de cuidados individualizados e comunicação contínua com os cuidadores. Outra função reconhecida do programa é atuar na prevenção de violação de direitos, ainda que com limites

que ultrapassam suas possibilidades de atuação, como a insegurança alimentar, precariedade de moradias, acessibilidades e ocupação desordenada da cidade (CASTRO, 2021).

6.1.3. Intersetorialidade

No conjunto das quatro publicações (14,8% do universo das 27 produções identificadas), a intersetorialidade é abordada como premissa e também como uma construção desenhada pelo PMC na sua execução.

Rocha e Romagnoli (2015), investigaram a estratégia de gestão da intersetorialidade das políticas públicas de assistência social e de saúde que sustenta o trabalho de atendimento domiciliar ao idoso do PMC. Rocha (2013) e Faustino (2016) apontaram a intersetorialidade do PMC enquanto uma estratégia de não sobrepor ações entre as políticas públicas, e também assinalaram a tática intersetorial enquanto promoção de proteção social e qualidade de vida das pessoas idosas que são o público do PMC. Em comum, as duas autoras destacaram o pioneirismo de Belo Horizonte/MG na execução desse modelo de gestão intersetorial.

Faustino (2016) realiza uma breve revisão bibliográfica da literatura sobre o conceito de intersetorialidade no campo das políticas públicas. A autora problematiza as concepções de distintos autores sobre a referida temática e apresenta a experiência de execução do Programa Maior Cuidado a partir de diretrizes e ações de cunho intersetorial que envolve o desenho do programa.

6.1.4. Pandemia de COVID-19 e o PMC

Nesta categoria constatamos dois artigos publicados que representam 7,4% da totalidade das publicações e produtos referente a temática do PMC nesta revisão integrativa. O artigo de Looyd-Sherlock e Giacomini (2020) apontou que o início do período pandêmico foi imensamente desafiador para a continuidade do PMC, justamente em um momento que seus participantes mais precisavam. A maioria das visitas domiciliares realizadas pelos cuidadores foi suspensa, adotando as ligações telefônicas e outras formas de comunicação para substituir a assistência presencial. Neste momento, foi primordial o compartilhamento de informações para manter as famílias atualizadas sobre a pandemia e de orientações oficiais e de conselhos gerais. No entanto, nem todas as visitas domiciliares foram suspensas e os cuidadores sociais receberam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e treinamento específico para continuar o atendimento mesmo no contexto da pandemia de COVID-19 (LOOYD-SHERLOCK,

GIACOMIN, 2020).

Os autores concluem que houve uma queda dos atendimentos durante o período mais crítico da pandemia, mas o PMC conseguiu manter o apoio a 85% dos idosos que já estavam inseridos no programa anteriormente. Entre os meses de fevereiro e setembro de 2020, o número de pessoas idosas atendidas, presencial ou remotamente, passou de 633 para 541 ao mês; os desligamentos ocorreram por óbitos por COVID-19 ou por outras causas (LOOYD-SHERLOCK, GIACOMIN, 2020).

O artigo de Saddy *et al.* (2021) teve a finalidade de compreender e caracterizar a atuação do profissional da ponta, *assinalando temas/aspectos de política pública que demonstram sua relevância e condições de trabalho na implementação do PMC na pandemia*, no período entre os meses de março a outubro do ano 2021. Neste trabalho, de natureza qualitativa, os autores entrevistaram profissionais das políticas de assistência social e saúde. As entrevistas foram categorizadas e analisadas segundo cinco grandes temas associados ao contexto, processo e impacto do trabalho do cuidador social na implementação do PMC durante a pandemia: 1. Contextos: iniciativas e desafios em meio a COVID-19; 2. Relação entre cuidadores e referências técnicas: gerando aprendizado e adaptação; 3. *Feedback* e motivação como mecanismos para melhorias no trabalho dos cuidadores; 4. Efeitos do trabalho dos cuidadores sociais do PMC; 5. Percepção/avaliação/efeito geral do trabalho dos cuidados sociais no tempo da COVID-19.

Os autores concluem que mesmo em meio ao contexto pandêmico e, mais especificamente, aos diversos desafios para a realização do trabalho de cuidador social associados a dilemas entre cuidado pessoal e desenvolvimento da função de cuidador social, esses profissionais conseguiram manter e retomar seus trabalhos de cuidador nos lares, em áreas vulneráveis de Belo Horizonte/MG, lançando mãos do diálogo com as famílias e aproximação com a gestão (SADDY *et al.*, 2021).

6.1.5. Processo de Trabalho no PMC

Nesta categoria de análise há duas produções, sendo um artigo e uma apresentação em evento, totalizando 7,4% da amostra. A apresentação em evento de autoria de GOMES *et al.* (2013), compartilha a experiência da equipe do Centro de Saúde Felicidade no âmbito do PMC. Explicitando estratégias que as equipes envolvidas no programa criaram para promover a integração entre profissionais da saúde, agentes comunitários, cuidadores sociais, profissionais da assistência social e gestores com vistas a garantir a abordagem conjunta ao idoso frágil,

favorecendo o acesso das famílias a esta política e aos demais níveis de atenção à saúde.

Os autores relatam que em decorrência de conflitos e fragmentação das ações do PMC, no ano de 2012 ocorreram encontros envolvendo os agentes comunitários e foram desenvolvidas dinâmicas suscitando a reflexão sobre o papel do cuidador social de idosos. Os autores apontam que o desconhecimento do trabalho a ser executado pelos cuidadores sociais pelos profissionais agentes comunitários de saúde foi o ponto de maior conflito entre as equipes. Assim como, com os cuidadores de idosos também foram abordados sobre os conflitos existentes na prática, e com os demais profissionais da Atenção Primária. Foi um debate sobre o papel dos atores envolvidos que foi promovido através de um encontro com a coordenação central do programa com intuito de dirimir dúvidas e sugestões.

Nesta mesma direção de discorrer sobre o processo de trabalho do PMC, Dutra e Corrêa (2015) realizaram uma síntese das experiências profissionais vivenciadas junto a um grupo operativo constituído por cuidadores do PMC. Apresentaram análises das condições de trabalho enfrentadas por estes profissionais e sua participação na gênese e desenvolvimento de fenômenos psicopatológicos. Expressam que o estudo possibilitou a sistematização de alguns fatores envolvidos na psicodinâmica do adoecimento do trabalhador-cuidador, as possibilidades de superação e as limitações inerentes ao processo.

Dutra e Corrêa (2015) apontaram que os cuidadores de idosos frágeis enfrentam situações adversas no trabalho que por sua natureza, frequência e complexidade, exigem grande envolvimento emocional e cognitivo. Os autores concluem que os temas discutidos pelos integrantes do grupo produziram questionamentos sobre experiências do cotidiano, bem como análises que constituem os materiais concretos para ressignificação das vivências e construção do aprendizado.

Em um esforço hermenêutico dos integrantes do grupo para dar inteligibilidade às suas experiências cotidianas foram elencados os temas geradores: motivação para mudança; estresse; luto; aspectos socioeconômicos do envelhecimento; alteridade; funções cognitivas e doenças neurodegenerativas; disfagia e alimentação saudável. As ações realizadas permitiram identificar aspectos mais significativos na sua gênese e desenvolvimento de metodologia da psicodinâmica do adoecimento no contexto do trabalho (DUTRA, CORRÊA, 2015). Por fim, finalizaram refletindo que certos elementos identificados na pesquisa tais como as condições de trabalho e o contexto social, situações de negligência e abandono familiar e o sentimento perene de perda são vivenciados como obstáculos intransponíveis que colocam em risco a saúde do trabalhador. Contudo, o trabalho pode ser fonte tanto de sofrimento, quanto de prazer,

restando aos profissionais criar novas perspectivas diante dos desafios (DUTRA, CORRÊA, 2015).

6.1.6. Discussão

A revisão integrativa foi realizada com o objetivo de responder à pergunta “*o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial?*”. Aqui vale a pena retomar o conceito de proteção socioassistencial, que na política de assistência social se materializa na garantia de direitos de prevenção e proteção social por meio de serviços, benefícios, programas, projetos, monitoramento e trabalho social com famílias. Deve, a partir desses, prover as necessidades de prevenção ou redução de risco social e pessoal; de proteção a pessoas e famílias vulneráveis e vitimizadas; de ressocialização, reinserção, inclusão social e de monitoramento de exclusões, vulnerabilidades e riscos sociais da população que vivencia situações de desproteção a partir de três grandes eixos: o ciclo de vida, a dignidade humana e à convivência familiar, e privações e necessidades (SPOSATI, 2004; PNAS 2004, BRASIL, 2011; 2016).

No conjunto de publicações analisadas foram observados, em sua maioria, estudos que focam o Programa Maior Cuidado e sua atuação a partir do olhar do campo da saúde. Uma hipótese para tal fato é de que a ausência da descrição da identidade da assistência social no PMC se deve à inespecificidade própria da assistência social, como política social particular de caráter interdisciplinar e intersetorial (PEREIRA, 2004). Sposati (2004) explicita que a política de assistência social não foi pleiteada como direito social através de forças sociais organizadas e com argumentos solidificados e ancorados em conhecimentos acumulados, como foi na área da saúde através do movimento da Reforma Sanitária. Ressalta a autora que “*a inclusão do campo particular da assistência social, no âmbito da seguridade social proposto pela Constituição de 1988, não encontrou interlocutores e interlocuções estruturadas e organizadas na academia, na sociedade civil e nos movimentos sociais*” (SPOSATI, 2004, p. 33).

Nesta direção, por atuar no campo dos aspectos relacionais para prover proteção socioassistencial e não ser conceituada por diversos autores é que identificamos que o PMC não teve sua identidade atrelada à Assistência Social, conforme afirma Pereira: “*um dos principais problemas enfrentados na operacionalização da política de assistência social brasileira é a imprecisão conceitual desta política e a conseqüente falta de clareza de seus papéis, compromissos e ações*” (2004, p. 59) e confirma Costa “*tais embates podem ser identificados não só nos próprios documentos normativos por meio de definições amplas na*

PNAS e LOAS, como também nas interpretações que os técnicos constroem à respeito dos mesmos.(2016, p.142). Contudo, o conjunto de publicações selecionado para a revisão integrativa aponta as ações socioassistenciais ofertadas por esta política pública, sem destacá-las enquanto provedora e protagonista na provisão de proteção socioassistencial.

Vale destacar que, apesar do programa ser uma provisão socioassistencial, de gestão da área da assistência social, a corresponsabilização da área da saúde na oferta do programa dá o tom com suas características da práxis do cuidado com as pessoas idosas. A materialização do cuidado no campo da saúde é palpável quando comparada à atuação do campo da assistência social. No campo da saúde, por exemplo, o cuidador social de idosos apoia a família a organizar a medicação, orienta sobre as atividades de vida diária entre outras questões e o cuidador social do campo da assistência social apoia a família em atividades de fortalecimento do vínculo familiar.

Neste mesmo sentido, os profissionais da saúde, como médico, enfermeiro, nutricionista e/ou fisioterapeuta ao realizar uma visita no domicílio aferem a pressão, prescrevem medicamentos, dieta ou exercício (aspectos que podem ser considerados materiais, concretos e imediatos); enquanto o técnico do PAIF/CRAS, em sua visita domiciliar observa as relações sociais existentes do núcleo familiar, a rotina da organização da vida diária do idoso, e a família, ou seja, quem é o suporte de cuidado no âmbito familiar (aspectos subjetivos, relacionais e de médio e longo prazo). O trabalho socioassistencial com as famílias é uma construção para longo prazo, como nos explicita Saraceno (1996) *apud* Brasil (2016, p.24):

o trabalho familiar compreende o conjunto de atividades desenvolvidas pela família no processo de provisão de bem-estar social e abrange as tarefas domésticas, o cuidado de seus membros, especialmente os dependentes, e também os investimentos que as famílias têm de fazer no campo das relações com outras instituições que lhes exigem energia, tempo e habilidades. Essas informações, embora fundamentais para a compreensão da vida familiar, ainda são pouco consideradas dada a corrente naturalização do trabalho desenvolvido pela família na provisão de bem-estar.

Cabe registrar, assim como apontou o conjunto de publicações analisadas, que a intersectorialidade é elemento fundamental para o êxito do PMC. As ações das equipes do PAIF e da Estratégia de Saúde da Família são organizadas mensalmente a partir de construções coletivas resultando em mais eficiência e eficácia na atuação do Estado junto às famílias contribuindo para melhor qualidade de vida, para além dos aspectos biológicos.

Nesta direção, destaca-se com ênfase que o PMC concretiza a provisão de duas políticas públicas. A entrega da política de assistência social, a partir do Trabalho Social com as Famílias (TSF), é que demarca a potência deste programa socioassistencial na atenção aos idosos, suas

famílias e o território. O PMC não pode ser analisado de forma desagregada da provisão pública de assistência social. É perceptível que em alguns trabalhos a ênfase é dada somente ao componente do campo da Saúde, em detrimento do campo da assistência social no contexto do TSF.

Grande parte dos textos analisados foi publicada a partir de 2019, ano que coincide com a institucionalização do PMC que, após oito anos de existência, foi oficializado na Portaria conjunta SMSAC/SMSA nº 007/2019.

No conjunto das publicações analisadas, 77% são acadêmicas, incluindo artigos, dissertações e apresentações em eventos científicos. Neste acervo, observou-se uma escassez de produções que focalizasse o PMC em sua totalidade, muitas realizaram análises pontuais com destaque para uma equipe de CRAS ou se dedicaram a teorizar sobre sua marca identitária mais forte que é a intersectorialidade.

Mesmo com este conjunto de produções, nota-se uma escassez ou uma fragilidade de sistematização do conhecimento e da atuação da Assistência Social no âmbito do PMC. Para Figueiredo (2018), a escassez de publicização das ações da assistência social decorre da falta de reconhecimento de sua importância enquanto política estratégica para segmentos mais vulneráveis da sociedade. De modo especial, a produção e divulgação de conhecimento sobre as ações para a superação de riscos e vulnerabilidades sociais, isto é, os serviços oferecidos, seus benefícios, a constituição de projetos e programas da área tem grande potencial de promover pontes e indicar caminhos de acesso à defesa de direitos socioassistenciais.

Os artigos que baseiam a constituição da categoria de análise “*cuidado oferecido pelo PMC*” revelaram uma estratégia de promoção do envelhecimento digno, com cuidado qualificado no domicílio possibilitando, entre outras questões, a identificação de suspeitas de violações de direitos dos idosos assistidos. A oportunidade de ter cuidadores sociais no ambiente domiciliar dos assistidos contribui para a realização de intervenções proativas de prevenção pautadas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004). Além disso, a literatura pertinente ao cuidado dá visibilidade nacional e internacional (artigos publicados em língua inglesa) às boas práticas para o cuidado do envelhecimento, no Município de Belo Horizonte/MG. Neste sentido, a ampliação do programa a nível municipal foi um ponto a se considerar frente aos impactos positivos frente às ações preventivas dirigidas aos idosos e às complexidades do envelhecimento.

Alguns textos apontam os cuidados dos idosos a partir do enfoque da saúde, destacando aspectos físicos, atividades de vida diária e cuidados em saúde, como se o PMC fosse uma ação

da política de saúde para promoção da qualidade de vida da pessoa idosa (SOUSA *et al.*, 2022; LLOYD-SHERLOCK, GIACOMIN E SEMPÉ, 2022; FIOCRUZ, 2013; DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016; SARTINI e CORREIA, 2012). Esta forma de apresentação do PMC atribui às ações realizadas às características do campo da Saúde, como se fosse uma oferta em saúde, não apresentando a identidade do programa, enquanto uma provisão socioassistencial. Apenas a publicação de Faustino (2019) apresenta o relato de uma experiência de estudo de caso em torno do processo de acompanhamento familiar no âmbito do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF) apresentando a provisão do programa maior cuidado enquanto um viabilizador de proteção socioassistencial.

O cuidado, como bem definido, no capítulo 19, Duarte, Berzins e Giacomim (2016), envolve várias dimensões: *existencial*, importante para a manutenção do ser e da condição humana; *relacional*, que se dá em relação ao outro; e *contextual*, que pode se diferenciar dependendo do meio em que se está inserido. No âmbito do PMC, o cuidado pode ser igualmente localizado nessas três dimensões.

Neste sentido, a organização do processo de cuidado é uma ação ofertada também pelas equipes do PAIF por meio do TSF. No acompanhamento das famílias existe um processo que exige a integração de dois eixos de ação: *assistencial* e *socioeducativo* (SMAS, 2007). É importante destacar que, no campo da Assistência Social, este cuidado se efetiva na organização “*funcional*” entendida como do cotidiano familiar: papéis, funções, divisão de tarefas e economia doméstica sendo, portanto, possível avaliar como esta organização do cotidiano facilita ou dificulta a interação familiar e o cuidado com os membros (SMAS, 2007).

No cuidado com idosos dependentes e semidependentes, vivendo em áreas vulneráveis às violações de direitos, é fundamental considerar ainda o que Afonso (2005) denominou de *aspectos relacionais*, que incluem os vínculos intrafamiliares e com a família extensa, com a comunidade, as relações de geração e de gênero, de autoridade, de afeto, de cuidado e, ainda, como esses vínculos se comportam aproximando ou distanciando, facilitando ou dificultando a garantia dos direitos de seus membros.

No bojo do que prevê a PNAS (2004), diversas estratégias de cuidado possibilitam a concretização do que denomina de segurança de convívio familiar e comunitário e segurança de autonomia. O TSF realiza reflexão, orientação e apoio para a organização funcional da vida familiar cotidiana, que contribui para que as atividades da vida diária da pessoa idosa dependente ou semidependente sejam realizadas pelas famílias. Apesar de não estarem evidenciadas no conjunto de publicações analisadas, estas ações são previstas nas normativas

da área da assistência social (SMAS, 2007; PNAS, 2004; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016) e figuram no rol de atividades desenvolvidas pelo PMC. Vale a pena destacar algumas ações que fazem parte do trabalho com as famílias na dimensão da assistência social, visando sua autonomia:

- Organização funcional da vida cotidiana - papéis e funções familiares, responsabilidades e tarefas dos membros, cuidados básicos com o domicílio e outros aspectos que possam interferir na qualidade de vida e convivência do grupo familiar;

- Organização relacional da vida cotidiana - fases do desenvolvimento humano; cuidado e convivência com crianças, adolescentes, jovens e idosos; cuidado com pessoas com deficiência e com doenças crônicas ou graves; relações de autoridade e de afeto; relações entre gerações; relações de gênero; situações de crise na família decorrentes de rupturas e perdas; crenças, valores e representações que organizam e influenciam as relações; potencialidades e dificuldades da convivência da família na comunidade e na sociedade;

- Apoio aos cuidadores familiares - visando à qualidade da interação familiar; a reflexão sobre o cuidar do outro e o autocuidado; os direitos dos dependentes; a minimização do impacto negativo e tensões envolvidas na função de cuidar;

- Criação de espaços de troca de experiências - entre os grupos atendidos nos programas de base local e suas famílias, visando à informação, reflexão e potencialização da família, a redução de riscos e a promoção dos direitos sociais; desenvolvimento de práticas de solidariedade e de mobilização comunitária na defesa dos direitos, juntamente com a própria comunidade do território de abrangência;

- Informação destinada às famílias sobre direitos, rede de serviços e recursos das políticas sociais; identificação de suas necessidades, dificuldades e potencialidades;

- Organização estrutural de sua vida cotidiana: inserção no mundo do trabalho, inclusão produtiva e projetos de geração de renda e autonomia.

Essas ações descritas acima estão inseridas no rol de atuação do TSF visando promover proteção socioassistencial aos idosos do PMC e suas famílias, que vivem no território de abrangência do CRAS.

É interessante destacar que, dentre as necessidades humanas básicas, encontram-se a integridade física e a autonomia (PEREIRA, 2007). Segundo Pereira (2000, p. 70), considerar esses dois aspectos - saúde física como condição essencial para a sobrevivência física, e autonomia, entendida como a *“capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorizá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões”* - é fundamental, pois o

ser humano não é somente um ser da natureza, mas é um ser eminentemente social. A segurança de autonomia desenvolvida pelo Estado é uma das formas de contribuir para a participação política. Somente assim, com participação do idoso e considerando a presença do Estado, estará afiançando a segurança de autonomia conforme preconiza a PNAS (BRASIL, 2016).

No âmbito do PMC, a atuação dos cuidadores sociais e de seus supervisores, está baseada no que preconiza a PNAS no sentido de favorecer a segurança de convívio familiar e comunitário e segurança de autonomia, o que não foi identificado na produção analisada.

No grupo de trabalhos analisados na categoria “*Avaliação do PMC*” esta experiência municipal foi descrita como exitosa, bem avaliada por trabalhadores e gestores das políticas de Assistência Social e de Saúde, pelos idosos e suas famílias. Contudo, a literatura também destaca a necessidade de aprimoramento em questões como uniformidade na execução das ações nas distintas regionais, monitoramento e avaliação, e o fluxo de informação entre cuidadores sociais e toda a equipe técnica do PAIF, além da referência técnica para o PMC (BARBOSA, 2019; BARBOSA e BRONZO, 2020).

Alguns trabalhos desenvolvidos com metodologia de avaliação analítica apontaram avanços alcançados pelos resultados do estudo como revisão de protocolos, práticas e registros mais simplificados e sistemáticos, e capacitações (AREDES e al., 2021). No entanto, essas capacitações foram realizadas com os profissionais da área da saúde.

Castro (2021) explana que o PMC surge como uma resposta ao processo de envelhecimento populacional que aumenta a demanda por cuidados de longa duração. Ressalta que o programa é considerado um modelo de boa prática em cuidados sócio-sanitários, que tem potencial de ser expandido para outros estados e municípios brasileiros. O autor ainda discute que a ausência ou insuficiência de cuidados intersetoriais podem levar à sobrecarga dos serviços de saúde e, por efeito cascata, resultar em aumento de hospitalização e institucionalização. O que não está presente em sua argumentação é que o PMC é um programa socioassistencial que oferta proteção social aos idosos e suas famílias com estratégias que vão além dos aspectos clínicos/biológicos.

Vale a pena destacar que as avaliações encontradas no conjunto de textos analisados consideram de forma separada os campos da saúde e da assistência social. Esta pode ser considerada uma das lacunas na produção sobre o programa. Não há análise do PMC como um todo, alguns consideram a avaliação das famílias atendidas em apenas um CRAS de determinada regional (ROCHA, 2013), outros consideram apenas a avaliação do PMC ofertado por uma equipe de CRAS (FAUSTINO, 2019; NOGUEIRA, 2020; FAGUNDES, 2019), outro

ainda avalia o PMC na perspectiva de gestores e trabalhadores (ROCHA, ROMAGNOLI, 2011; GOMES *et al.* 2013; CASTRO, 2021). Essa fragmentação contribui para que a identidade de um programa socioassistencial como o PMC não se destaque. Ademais, observa-se que há uma carência sobre o conhecimento relativo à proteção social e à proteção socioassistencial.

Na categoria “*intersectorialidade*”, vários trabalhos destacaram este conceito como uma marca do PMC e como uma estratégia para evitar a sobreposição de ações das políticas públicas que atuam de forma intersectorial na oferta do programa (ROCHA e ROMAGNOLI, 2015; ROCHA, 2013; FAUSTINO, 2016). Além disso, esses trabalhos se dedicaram a investigar a estratégia de gestão da intersectorialidade das políticas públicas de assistência social e de saúde que fortalece o atendimento domiciliar ao idoso no PMC. Como nas demais categorias de análise, os autores apontaram a tática intersectorial enquanto promoção de proteção social e qualidade de vida das pessoas idosas que são o público do PMC.

Esta forma de abordar o tema está em conformidade com o que afirmam Bronzo e Veiga (2007) quando discutem que a intersectorialidade consiste no trabalho integrado/conjunto entre os diferentes setores para a promoção de uma ação, considerando que as demandas da população, no caso do PMC os idosos com algum grau de dependência, não são atendidas por um setor somente, pois a complexidade de seu contexto de vida e de vulnerabilidade necessita de estratégias conjuntas para sua resposta.

Outros autores como Santos, Silva e Lacerda (2021) e Gottlieb e Alderwick (2019) discutem que essa integração intersectorial entre Assistência Social e Saúde parece natural e necessária à medida que é desenvolvido o entendimento de que o processo saúde-doença é um fenômeno determinado socialmente. Monnerat e Souza (2010) também ressalta essa tendência de articulação entre esses dois setores, como forma de lidar com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais, ou seja, com situações limites relacionadas à sobrevivência humana. No entanto, a concretização dessa integração é desafiadora para ambos os setores.

O conjunto dos trabalhos classificados nessa categoria se dedicou a discutir o conceito como polissêmico a partir das diversas correntes de pensamento sem, contudo, apontar para os desafios e limites que esta articulação impõe no cotidiano de sua prática. Carmo e Guizardi (2017) discutem que a polissemia do termo intersectorialidade por si só constitui um desafio, pois a depender do campo disciplinar ele pode ser entendido como estratégia ou processo, como abordagem ou paradigma. Pode até mesmo variar conforme o ponto de vista de cada área: institucional, científica ou dos profissionais que atuam na atenção direta aos usuários do SUAS. Esses mesmos autores seguem discutindo que a intersectorialidade não ocorre de forma natural

e espontânea sem gerar resistências e mudanças na forma como as políticas são geridas, são burocracias institucionais que também podem ser entraves para a atuação intersetorial (CARMO, GUIZARDI, 2017).

Além disso, é bom destacar que a formação acadêmica dos profissionais, seja da Assistência Social, seja da Saúde, não desenvolve habilidades e competências para atuação intersetorial (MOYSÉS, MOYSÉS, KREMPEL, 2004), o que também poderia ser elencado como dificuldade na concretização de um programa que nasceu para ser oferecido na lógica da intersetorialidade. As ações do TSF de natureza intersetorial, como o próprio nome indica, estão vinculadas à efetivação de conexões para além do SUAS, com os diferentes setores para o atendimento das necessidades das famílias. Portanto, a intersetorialidade refere-se a um processo que se constrói a partir da interação entre diferentes políticas públicas envolvendo seus serviços e profissionais, e tem como finalidade a integralidade da atenção (BRASIL, 2016).

Nesta mesma direção é que o TSF em seu processo assistencial se refere ao apoio efetivo prestado à família e aos seus membros, através da potencialização da rede socioassistencial e do acesso aos serviços básicos a que têm direito. Ou seja, nas articulações de atenção em saúde ao idoso e sua família realizado no programa que tem como estratégia ações intersetoriais de enfrentamento ao cuidado da pessoa idosa e suas famílias, cumprindo e potencializando as ações intersetoriais que contribuam para o protagonismo, autonomia, conquistas de direitos e qualidade de vida.

As articulações intersetoriais contribuem para potencializar a segurança de autonomia dos indivíduos e famílias. Jaccoud (2014, p.21), aponta que a autonomia não pode ser entendida desvinculada do “*pleno usufruto dos aportes de serviços públicos e serviços coletivos*” e o seu desenvolvimento no contexto da PNAS deve estar dirigido ao fortalecimento e ampliação da proteção social das famílias, de seus projetos de vida e da desnaturalização da ideia de que a família é a maior responsável pela proteção social. Nesse sentido, quanto mais as famílias tiverem, de fato, direitos sociais garantidos, maior será sua autonomia.

Na categoria “*Pandemia de COVID-19 e o PMC*” os estudos apontam a importância da continuidade dos cuidados no domicílio como estratégia de disseminação de informações sobre a prevenção do contágio da doença. No que tange às provisões da assistência social, a permanência do cuidador social no domicílio possibilitou garantir a segurança de convívio tão necessária para proteção das famílias em tempos de isolamento social e também significou a presença do Estado no território como um instrumento de enfrentamento às desproteções vivenciadas pelas famílias neste período (SADDI *et al* 2022).

Muitas foram as iniciativas que surgiram neste período para tentar garantir o cuidado, do ponto de vista da assistência social. Muitas delas não estão registradas em documentos formais. Um exemplo de atuação no período da pandemia foi a experiência do CRAS Vila Senhor dos Passos executada pelo PAIF que realizou oficina com famílias, em formato virtual via *Whatsapp*, no qual foi entregue às famílias uma caixa com materiais de papelaria (cadernos, lápis de cor, tintas guache, adesivos e outros mais), foi proposto com as famílias o envio de vídeos quinzenais com orientações da construção de um caderno com a linha do tempo do idoso e sua família e a vida no território.

Esta iniciativa de ação coletiva do PAIF possibilitou o fortalecimento de vínculo familiar e comunitário, em tempos tão sombrios, de incertezas e de desgaste do cuidador familiar. De forma lúdica, esta ação coletiva objetivou potencializar o fortalecimento de vínculo familiar e comunitário, a função protetiva da família e proporcionar um espaço de escuta e compartilhamento de experiências dos cuidadores familiares. Ainda, resgatou e valorizou a pessoa idosa, seus cuidadores familiares, demais membros da família, proporcionando troca intergeracional e comunitária.

O grupo de famílias no *Whatsapp*, composto por pessoas idosas do PMC e seus familiares (incluindo os que não residiam com o idoso) foi uma das estratégias para possibilitar o convívio social nos moldes do que afirma Torres (2016, p. 10), que “*o convívio é a antítese do isolamento que não se limita a ser questão geográfica, mas social, relacional, marcado pela estigmatização e desigualdade social*”. Dessa forma tentou-se garantir a materialização da segurança de convívio que está vinculada à garantia do direito à convivência familiar e comunitária na perspectiva de desenvolver potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais e políticas, contemplando a dimensão multicultural, intergeracional, interterritorial, e intersubjetiva, entre outras. É a responsabilidade por essas seguranças que define a identidade dessa política, bem como objetiva “*superar incertezas e desproteções sociais que impedem ou fragilizam a seguridade social dos cidadãos e cidadãs independente de seu ciclo etário*” (BRASIL, 2013, p.13). Vale a pena destacar ainda que esta estratégia possibilitou o compartilhamento de experiências, valores, costumes, histórias de vidas, fotos em família, informações e apoio mútuo no contexto pandêmico.

Com relação à categoria de análise “*Processo de Trabalho do PMC*”, o debate ainda é escasso, mas apresenta apontamentos relevantes quanto aos trabalhadores envolvidos na execução do programa, de modo especial, os cuidadores sociais. Sua condição de trabalho foi apontada nos aspectos de saúde mental e na organização dos desafios dos processos de trabalho

intersetorial e interdisciplinar. Os textos que compõem esta categoria também destacaram a necessidade de a gestão municipal sofisticar o processo de monitoramento quanto a organização das agendas dos cuidadores nos territórios.

Cabe registrar que no âmbito do TSF as ações vinculadas à gestão do processo de trabalho têm como objetivo sustentar os processos de trabalho de forma organizada e racional, para garantir efetividade às ações. Em vista disso, as ações de planejamento são cruciais para a organização do processo de trabalho das equipes dos Serviços e Programas Socioassistenciais. Dessa maneira, é imprescindível a formulação de planos de trabalho, a produção de documentos orientadores e instrumentos técnicos-operativos atualizados, que consolidam a realidade atual do PMC, direcionando as equipes de forma unificada.

6.1.7. Considerações finais da revisão integrativa.

A pesquisa de revisão integrativa deste estudo se dedicou a responder se “*o Programa Maior Cuidado é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial*”. Podemos concluir que, embora a produção científica analisada não apresente a identidade do programa como uma provisão socioassistencial, a descrição de sua execução remete às aquisições das seguranças socioassistenciais que devem ser garantidas pela Política de Assistência Social. Destaca-se que, como afirma Pereira (2004), a inespecificidade da Política de Assistência Social contribui para que os profissionais de ambas as áreas envolvidas na oferta do PMC não identifiquem as ações descritas como provisão socioassistencial.

A tese de Pereira (2004) refere-se ao contexto do início dos anos 2000 e é importante sublinhar que a política de assistência social avançou muito nos últimos anos, a partir de legislações, normativas e concepções que preconizam sua especificidade. Sposati (2004, p.41-43) refuta a tese de Pereira (2004), explicitando os 3 pilares que constituiu a especificidade da Assistência Social: 1) Assistência Social como política de proteção social; 2) A rede de proteção social; 3) Assistência Social como provedora de seguranças sociais.

No que tange às seguranças socioassistenciais a serem afiançadas pelo SUAS, a segurança de renda preconizada pela assistência social por meio do Benefício de Prestação

Continuada (BPC)⁸ e Programas de Transferência de Renda, como Programa Bolsa Família⁹, consolida o reconhecimento de seu papel.

No que tange as demais seguranças (de acolhida, de autonomia, de apoio e auxílio, de convivência familiar e comunitária) podem ser identificadas e especificadas por legislações e normativas. Ainda assim, entre os próprios trabalhadores do SUAS¹⁰ e de outras políticas sua materialização se mostra intangível e desafiante. Como nos valida Costa [...] *as ações que compõem o PAIF, previstas nos documentos de orientações advindos do MDS, se mostram amplas e genéricas para os profissionais da ponta. [...] ainda é necessária a produção de tecnologias de intervenção específicas que apontem para os resultados pretendidos.* (2016, p.155-156). Corroborando assim para a hipótese que ainda paira sobre o campo da assistência social inespecificidade, mesmo que sob novas roupagens.

É importante salientar que o acervo analisado por esta pesquisa não faz referências às seguranças afiançadas pela assistência social por meio do PMC: a acolhida, o convívio familiar e comunitário, a renda, o desenvolvimento da autonomia e a sobrevivência a riscos circunstanciais, assim como preconiza a NOB/SUAS 2012 (BRASIL, 2012). As seguranças socioassistenciais, compreendidas como as garantias sociais, norteiam todas as ações da política de assistência social, buscando assegurar a concretização de direitos sociais reconhecidos pelo Estado brasileiro.

Os resultados da revisão integrativa demonstram que, embora o PMC tenha mais de uma década de existência, há pouca produção qualificada sobre sua atuação, principalmente no componente socioassistencial.

Assim como se observa em outros temas, a área da saúde historicamente tem tradição de produção científica em relação às suas ações, o que ainda precisa ser fortalecido no âmbito da assistência social. Identificou-se uma pesquisa internacional, no campo da saúde, que tem o PMC como foco e quase metade das publicações analisadas advém deste estudo. A maioria dos autores dos trabalhos analisados é de profissional e pesquisador da área da Saúde, enquanto apenas três autores são trabalhadores da assistência social de Belo Horizonte/MG. Destes,

⁸ O Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade desde que a renda por pessoa do grupo familiar seja igual ou menor que 1/4 do salário-mínimo.

⁹ No ano de 2003, foi instituído pela medida provisória nº 132, de outubro, transformada em lei nº 10.836 (09/04/2004) e regulamentado pelo decreto nº 5.209 (17/09/2004) o Programa Bolsa Família que unifica os programas de transferência de renda nacionais tais como: Bolsa Escola; Cartão Alimentação; Programa de Erradicação do Trabalho; Vale-gás; Bolsa Alimentação; Cheque-Cidadão entre outros.

¹⁰ Como nos apresenta a pesquisa de dissertação de Costa, 2016. As entrevistas realizadas com profissionais de ponta do SUAS revelaram as interpretações ambíguas das seguranças socioassistenciais, permitindo identificar falta de clareza.

somente um trabalho se dedicou a abordar a materialização da provisão do PMC enquanto um programa socioassistencial, apontando para a necessidade de ampliar o debate em torno das provisões da política de assistência social, ainda muito marcada no imaginário da sociedade como política de atendimento aos pobres, como se a pobreza não fosse uma das expressões da questão social e como se este fosse o único ponto de atuação desta Política, em uma perspectiva reducionista.

Quanto às fontes que não se adequam ao rigor de critérios de artigos científicos, considerá-las foi uma decisão metodológica que objetivou buscar visibilidade para o componente socioassistencial do PMC. Além do mais, situá-las neste recorte evidencia a carência de produção acadêmica da área da assistência social sobre a concretização de um programa relevante e que tem uma experiência de doze anos de existência em uma capital da região sudeste do Brasil.

6.2 Caracterização do Programa Maior Cuidado (PMC)

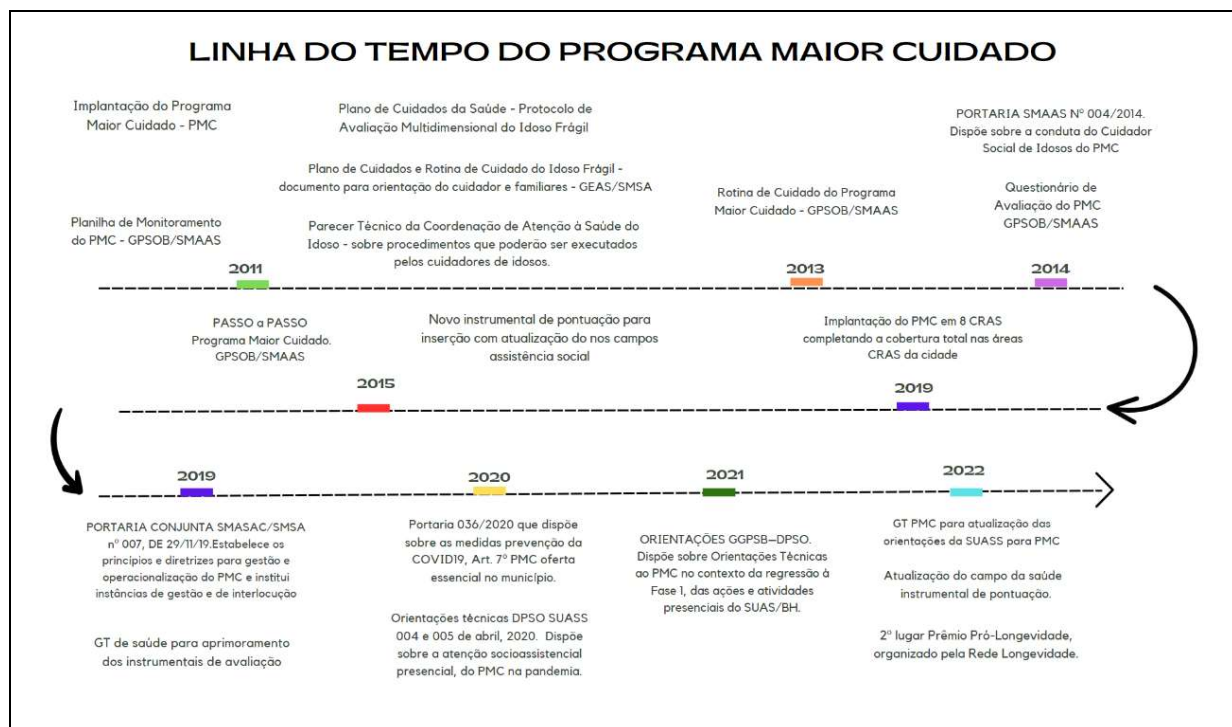
A Figura 5 apresenta uma linha do tempo com os principais marcos que contribuíram para o desenvolvimento do PMC até o ano de 2022, com a finalidade de caracterizá-lo. Como não se localizou registros de temporalidade de marcos sobre o Programa, avaliamos pertinente realizar esta elaboração como forma de contribuir com registros histórico do PMC. Nela, destacam-se:

- Portaria SMAAS nº 004/2014, publicada em 2014, que define a função de Cuidador Social de Idosos e dispõe sobre sua conduta no âmbito do Programa Maior Cuidado. Esta portaria foi fundamental para definição do exercício das funções dos cuidadores sociais evidenciando padrões éticos de conduta e visando a preservação e ampliar a confiança do público a ser atendido, de forma íntegra, com objetividade e imparcialidade da Administração Pública.
- Portaria Conjunta SMASAC/SMSA nº 007, de 29 de novembro de 2019 que estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências. A portaria de imensa relevância, pois materializa a institucionalidade do Programa no município e as atribuições dos atores públicos de forma hierárquica nas políticas de assistência social e saúde. E demarca o PMC enquanto uma oferta da política de assistência social.

- Portaria SMASAC nº 036/2020 que dispõe sobre medidas temporárias para fins de prevenção ao contágio e à propagação do COVID-19 no âmbito Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. Seu Art. 7º destaca o PMC enquanto oferta essencial no município determinando a continuidade desta provisão de proteção social durante a pandemia para os casos excepcionais, em que a suspensão do atendimento do domicílio significasse o risco de agravamento da condição pessoal do usuário, culminando inclusive na inserção em serviço de acolhimento institucional.

Além desses marcos legais destacados, várias outras normativas e dispositivos foram sendo agregados à rotina do PMC para garantir institucionalidade e legitimidade ao programa no município. A Figura 5 considera, além desses marcos, planos de cuidados e rotinas, planilhas de acompanhamento e monitoramento do programa, instrumentos de avaliação, orientações técnicas para o contexto da pandemia e também o reconhecimento público por meio do segundo lugar no Prêmio Pró-Longevidade. O evento foi organizado pela Rede Longevidade em 2022, e teve como objetivo contemplar boas práticas no campo da longevidade no país.

Figura 5 - Linha do tempo do Programa Maior Cuidado. Belo Horizonte/MG, 2011-2022



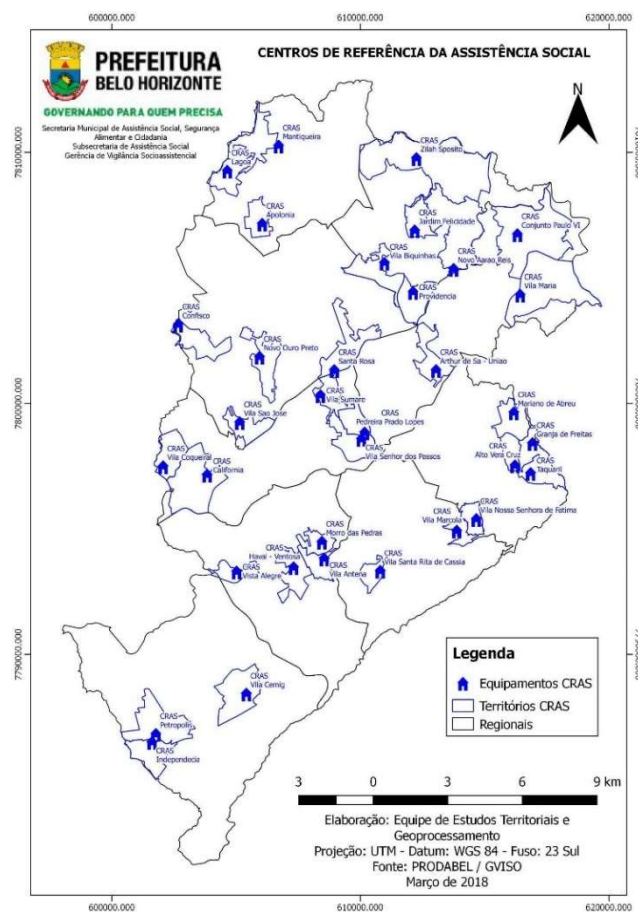
Fonte: Elaboração da autora.

6.2.1. Estrutura do Programa Maior Cuidado

O Programa Maior Cuidado foi implementado em 26 dos 33 CRAS em funcionamento no ano de 2011, distribuídos pelas nove regionais do Município de Belo Horizonte/MG. Atualmente, o município dispõe de 34 CRAS localizados em áreas de vulnerabilidade e risco social da cidade, sendo que o mais recente a ser criado consiste na Regional Barreiro. Somente em dezembro de 2019, após a publicação da Portaria Conjunta nº 007, de 29 de novembro de 2019 que estabelece os princípios e diretrizes para sua gestão e operacionalização, foi que o programa atingiu a implantação em 100% dos CRAS do município.

Belo Horizonte/MG possui uma população de 2.375.151 habitantes (IBGE, 2010) e seus 487 bairros estão agrupados em 9 regionais. Dispõe de um IDH de 0,810 o que significa uma posição de destaque ocupando a 20ª posição no ranking nacional. A Figura 6 apresenta a distribuição dos CRAS na capital mineira e a sua espacialização permite identificar e relacionar as áreas mais vulneráveis às que correspondem na concentração desses equipamentos.

Figura 6 - Mapa da distribuição dos equipamentos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), territórios CRAS e regionais, no Município de Belo Horizonte/MG



Fonte: Gerência de Vigilância Socioassistencial de Belo Horizonte/MG. (2018).

A implementação dos CRAS na cidade de Belo Horizonte/MG se configurou a partir de estudos realizados pela Gerência de Vigilância Socioassistencial sobre as áreas mais vulneráveis da cidade. Ao mesmo tempo, esses equipamentos demarcam a presença do Estado em territórios de maior vulnerabilidade social, o que deve resultar em um novo protagonismo estatal (RAICHELIS, 2010). Faustino (2016) destaca que os CRAS são, para sua área de abrangência, ou seja, para seu território, referência da assistência social para a população. Do mesmo modo, no âmbito da saúde, os Centros de Saúde são a referência da Saúde na atenção primária para a população local.

No Quadro , observa-se a distribuição dos CRAS por regionais e ano de implantação do PMC em cada um deles. Cabe destacar que 8 dos 34 CRAS no município tiveram a implementação do programa somente a partir de dezembro de 2019, um mês depois da publicação da Portaria Conjunta SMASAC/SMSA, nº 007 de novembro de 2019 que *estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências*. Um importante marco legal da institucionalidade do PMC na cidade de Belo Horizonte/MG.

Quadro 3 - Distribuição dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) nas Regionais e data de implantação do Programa Maior Cuidado em cada CRAS do Município de Belo Horizonte/MG

Regional	CRAS	Ano-Mês de implantação do PMC	Regional	CRAS	Ano-Mês de implantação do PMC	Regional	CRAS	Ano-Mês de implantação do PMC
Barreiro	Independência	2011 - mês: março	Centro-Sul	Santa Rita de Cássia	2011 - mês: março	Venda Nova	Apolônia	2011 - mês: março
	Petrópolis	2011 - mês: março		Vila Fátima	2011 - mês: março		Lagoa	2019 - mês: dezembro
	Vila Cemig	2011 - mês: março		Vila Marçola	2011 - mês: março		Mantiqueira	2019 - mês: dezembro
Leste	Alto Vera Cruz	2011 - mês: março	Oeste	Havai Ventosa	2011 - mês: março	Pampulha	Confisco	2011 - mês: março
	Granja de Freitas	2019 - mês: dezembro		Morro das Pedras	2011 - mês: março		Novo Ouro Preto	2011 - mês: março
	Mariano de Abreu	2011 - mês: março		Vila Antena	2019 - mês: dezembro		Santa Rosa	2011 - mês: março
	Taquaril	2011 - mês: março		Vista Alegre	2019 - mês: dezembro		São José	2011 - mês: março
Noroeste	Califórnia	2011 - mês: março	Norte	Biquinhas	2019 - mês: dezembro	Nordeste	Arthur de Sá	2011 - mês: março
	Coqueiral	2011 - mês: março		Jardim Felicidade	2011 - mês: março		Paulo VI	2011 - mês: março
	Pedreira Prado Lopes	2011 - mês: março		Novo Aarão Reis	2011 - mês: março		Vila Maria	2019 - mês: dezembro
	Senhor dos Passos	2011 - mês: março		Providência	2011 - mês: março			
	Sumaré	2019 - mês: dezembro		Zilah Spósito	2011 - mês: março			

Fonte: Elaboração da autora

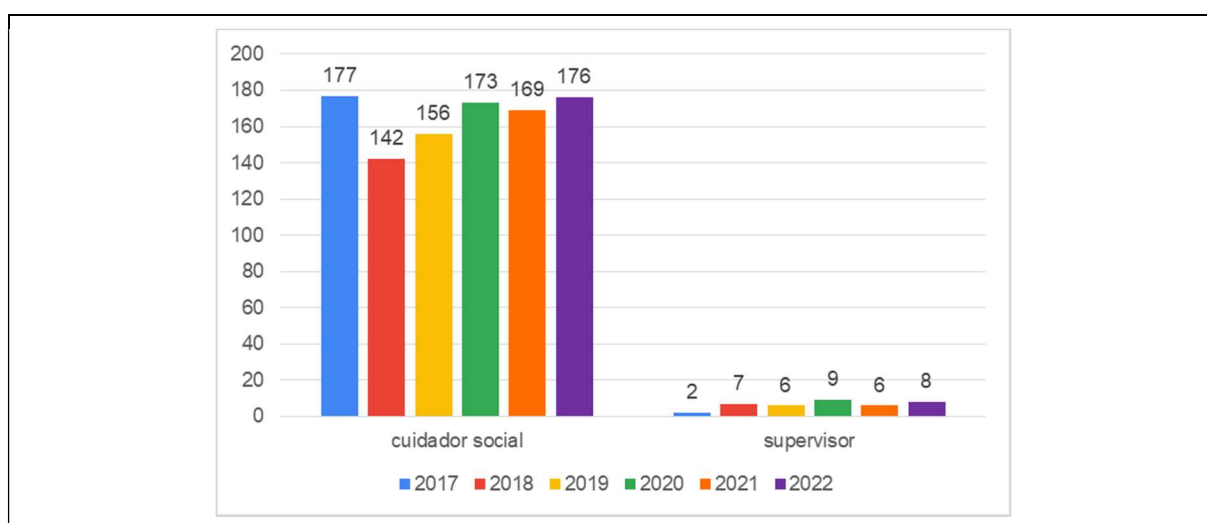
6.2.2. Recursos humanos

No que tange aos recursos humanos para a implementação do PMC, está preconizada a contratação de dois profissionais para a coordenação (sendo um da área do serviço social e outro da psicologia); nove profissionais para a supervisão; 169 cuidadores sociais (com formação em nível médio e curso de cuidador de idosos), e 12 cuidadores sociais feristas. Para todos estes profissionais é solicitado o perfil desejável de conhecimento da política de assistência social e estatuto da pessoa idosa, entre outras atribuições conforme competência de cada área (SMASAC, 2021).

Em cada um dos 34 CRAS da cidade, o PMC é executado pela equipe do PAIF que desenvolve o TSF. A maioria dos CRAS da cidade tem um técnico do PAIF de referência para o programa e em média quatro cuidadores sociais para atender os idosos do território. Cada território conta com o suporte de um supervisor do programa que atende mais de um CRAS de acordo com a proximidade das regionais. Cada território conta com o suporte de um supervisor do programa.

O gráfico 6 apresenta o quantitativo de profissionais contratados para as ações do PMC no fechamento dos anos de 2017 a 2022. É possível identificar que, apenas no ano de 2020 o número de supervisores atingiu o previsto no termo de cooperação (9 profissionais). Nos demais anos este número ficou aquém do esperado. Contudo, o número de cuidadores sociais atingiu ou ultrapassou o previsto em quatro dos seis anos analisados (2017, 2020, 2021 e 2022).

Gráfico 6 - Quantitativo de cuidadores sociais e supervisores contratados para o PMC, nos anos de 2017 a 2022

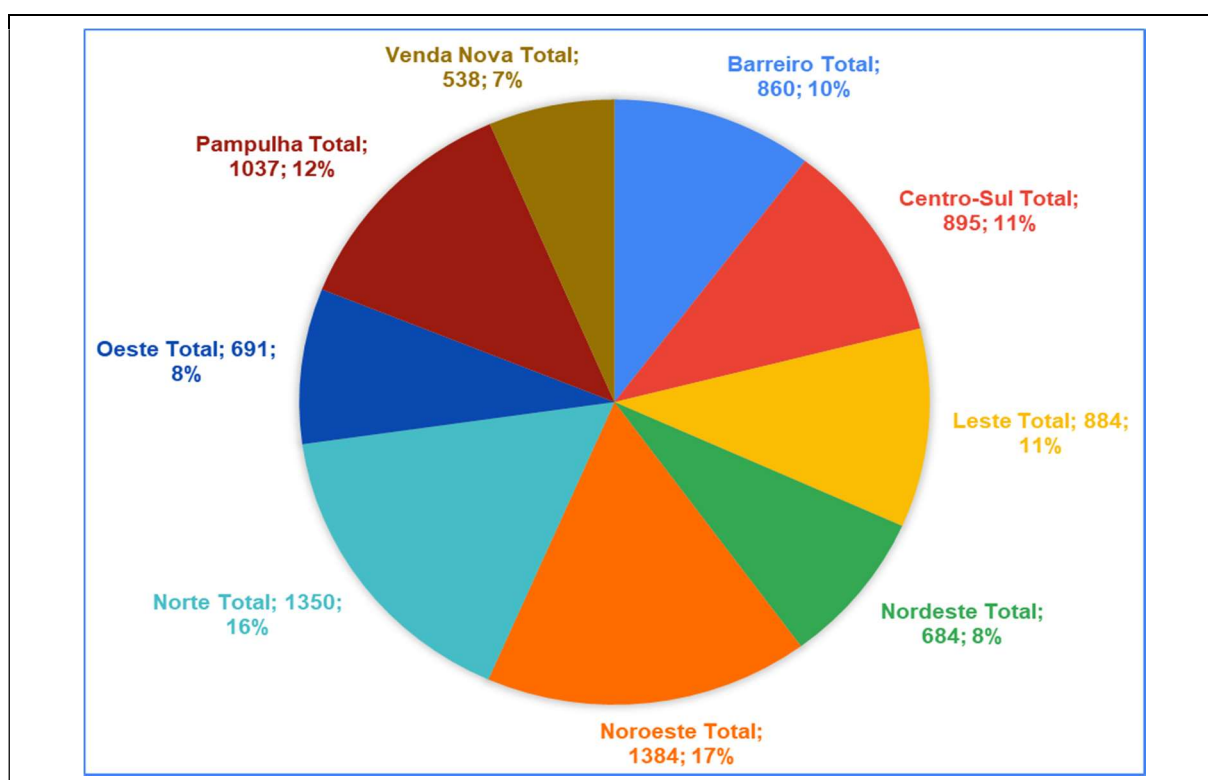


Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados disponibilizados pela Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica (GGSPB)

6.2.3. Cuidados ofertados pelo Programa Maior Cuidado (PMC) no período de 2011 a 2022

Desde sua implantação até o mês de setembro de 2022, o PMC ofereceu um total de 8.323 atendimentos a 2.826 pessoas idosas no município de Belo Horizonte/MG. Esses atendimentos se concentraram em sua maior parte nas regionais Noroeste (17%), Norte (16%) e Pampulha (12%). A regional com menor percentual de atendimentos foi Venda Nova (7%), conforme apresenta o Gráfico 7. Contudo, cabe destacar que na Regional Venda Nova (em cor marrom no gráfico) a implementação do PMC é mais recente que nas demais regionais: dos três CRAS que a compõem, em dois o programa teve início em dezembro de 2019.

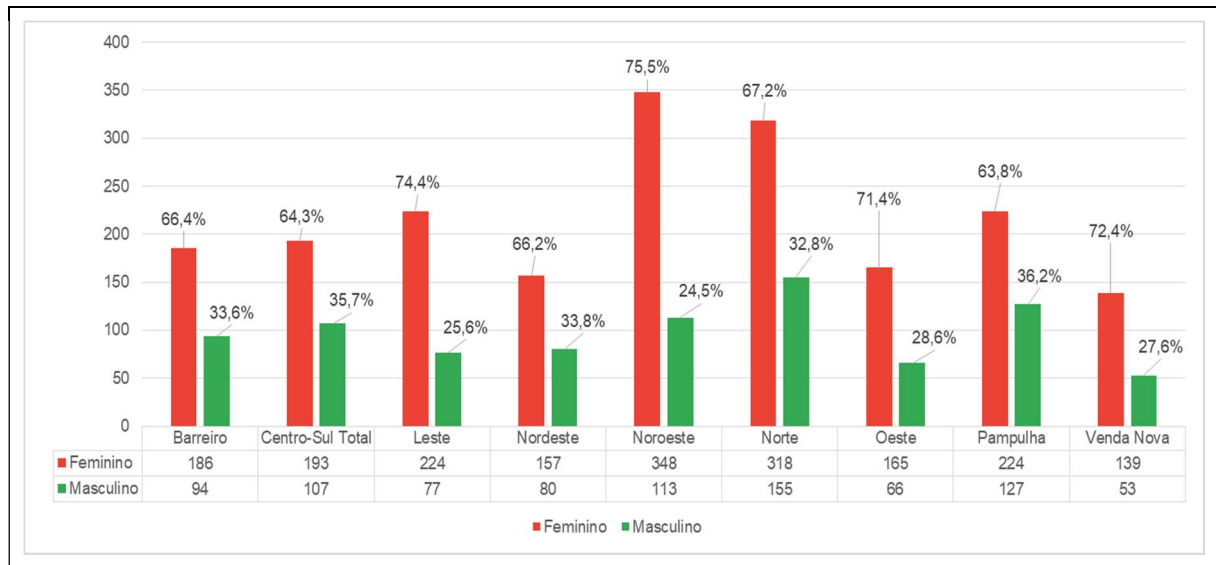
Gráfico 7 - Número e percentual de atendimentos realizados no Programa Maior Cuidado, segundo regional. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022



Fonte: Elaboração da autora.

Do total de idosos atendidos, 69% foram de pessoas do sexo feminino e 31% do masculino. Em quatro das nove regionais, o percentual de mulheres idosas atendidas ultrapassou 70% (Noroeste, Leste, Venda Nova e Oeste), conforme mostra o Gráfico 8.

Gráfico 8 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo sexo e regional. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022

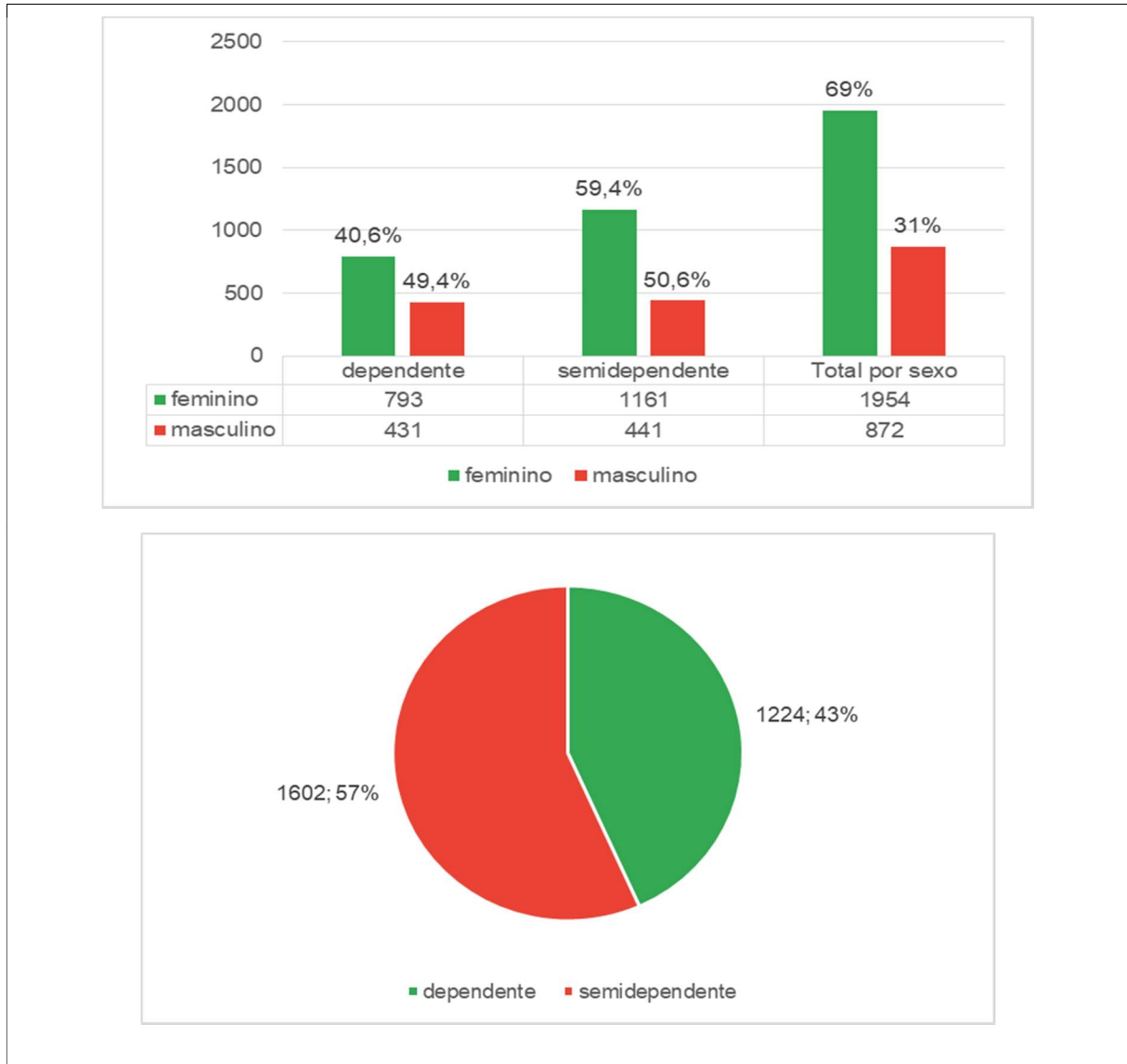


Fonte: Elaboração da autora.

Um percentual de 57% das pessoas idosas atendidas pelo PMC são semidependentes e 43% são dependentes (Gráfico 9). Esta classificação é realizada conforme preconização do Plano de Atenção Integral à Saúde pré-estabelecido na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A referida resolução classifica o Grau de Dependência do Idoso como: I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária (alimentação, mobilidade, higiene), sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; III - idosos com dependência que requerem assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou que apresentam comprometimento cognitivo (ANVISA, 2005).

No Gráfico 9, podemos observar que no universo dos idosos atendidos pelo PMC, no grupo do sexo feminino quase 60% são semidependentes, enquanto no grupo do sexo masculino este percentual chega a 50,6%.

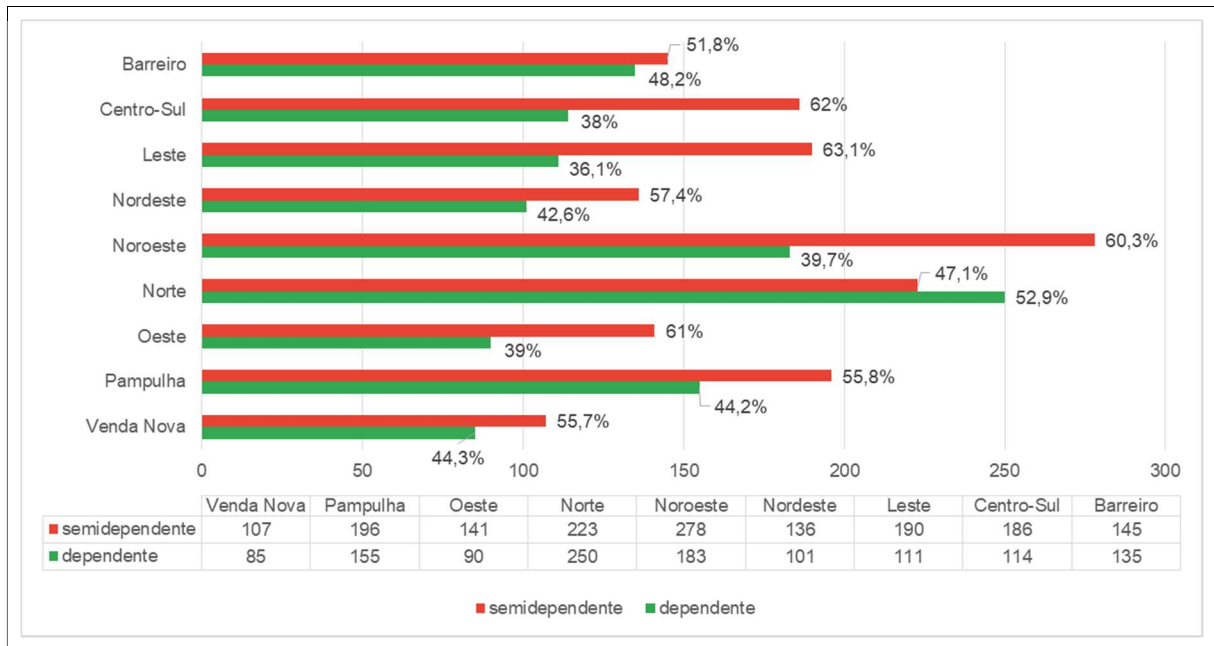
Gráfico 9 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo sexo e grau de dependência e percentual de idosos atendidos por grau de dependência. Belo Horizonte/MG, de 2011 a setembro de 2022



Fonte: Elaboração da autora

Em quase todas as regionais, a maioria dos idosos atendidos era semidependente, com destaque para as regionais Leste, Centro-Sul, Oeste e Noroeste com percentuais de semidependentes acima de 60%. Apenas na regional Norte a relação do grau de dependência se mostrou contrária às demais, registrando maior percentual de atendimentos de idosos dependentes (52,9% contra 47,1% de semidependentes), conforme se observa no Gráfico 10.

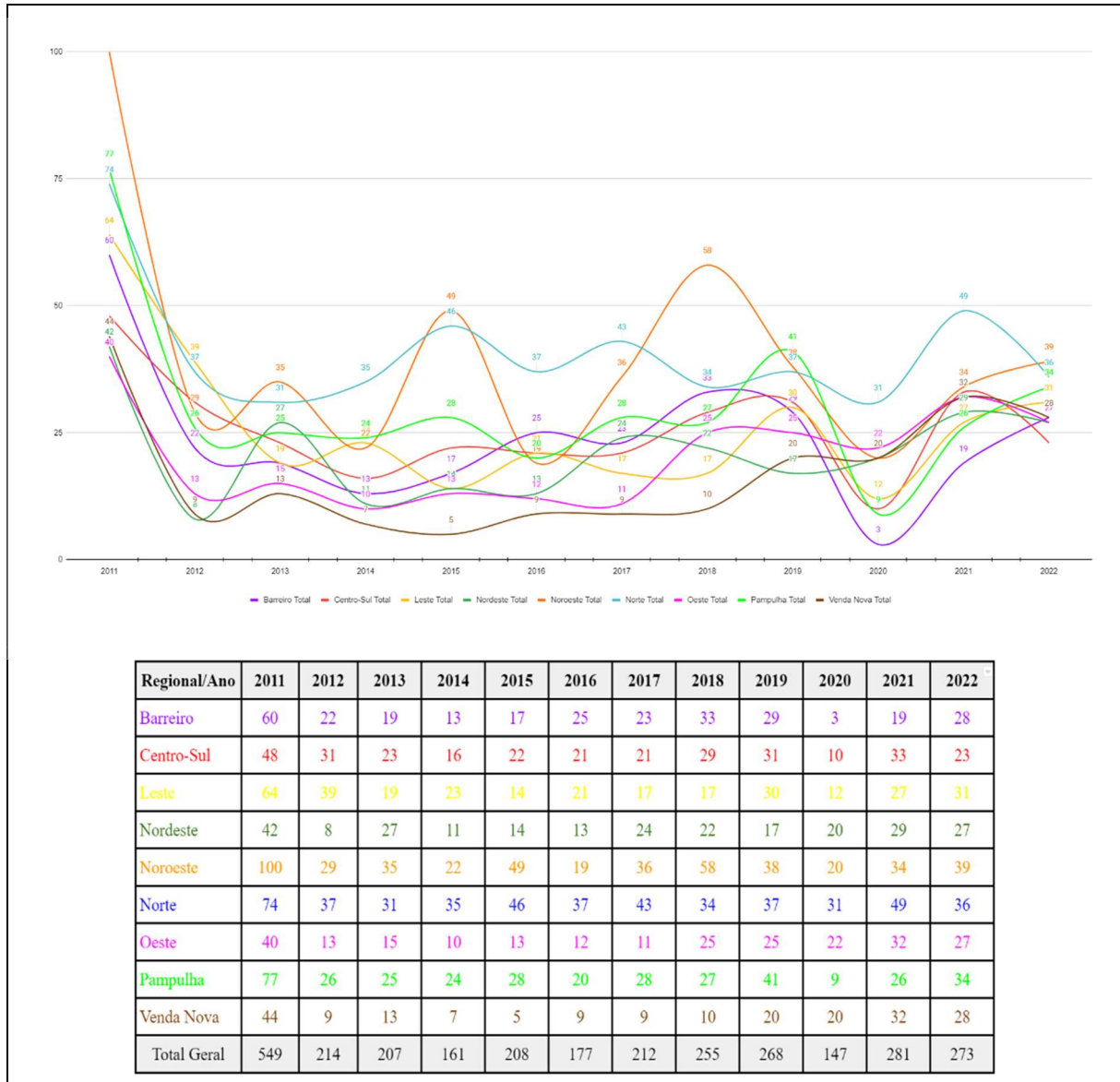
Gráfico 10 - Número e percentual de idosos atendidos pelo PMC, segundo grau de dependência e regional. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022



Fonte: Elaboração da autora.

No Gráfico 11 podemos examinar a evolução das inclusões de pessoas idosas no PMC por regional, nos anos de 2011 a 2022. Nele, identificamos que o maior número de inclusões de idosos no programa se deu em seu ano de implantação. A Regional Noroeste se destaca por ser a que mais incluiu idosos no ano inicial e final da série. Em seguida, aparece a regional Norte com maior número de idosos incluídos.

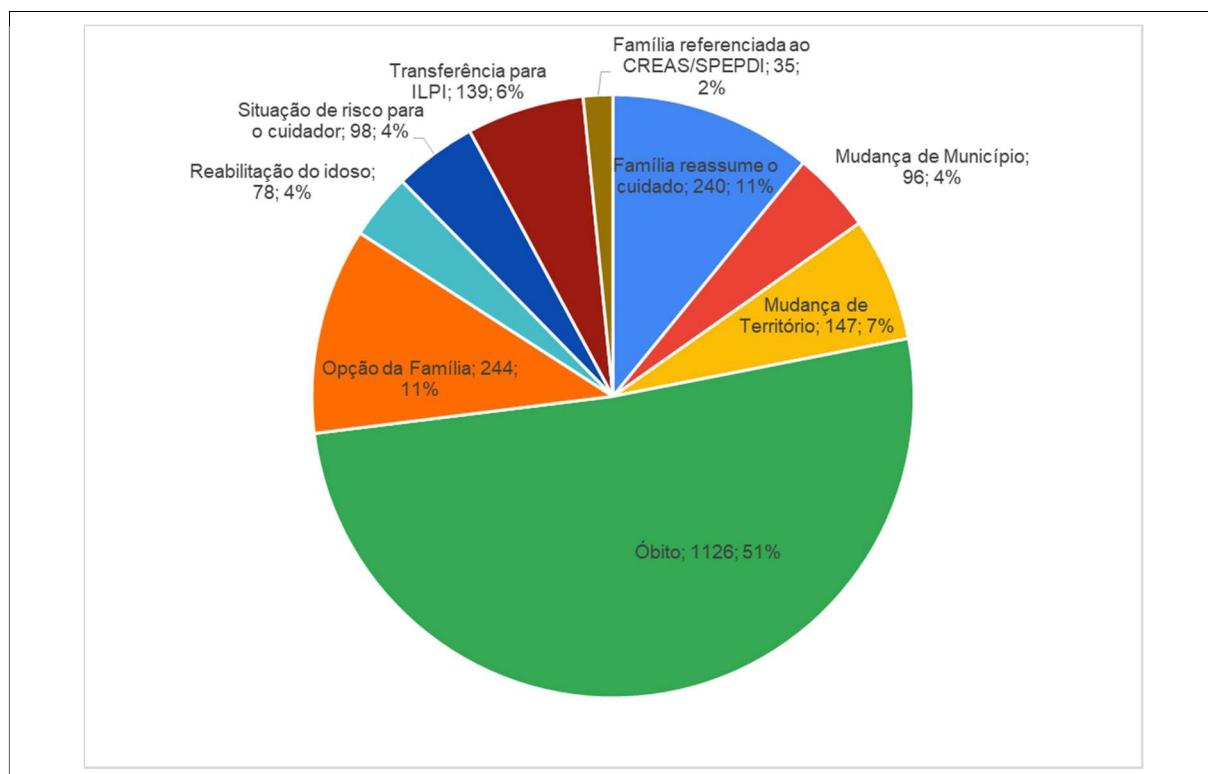
Gráfico 11 - Número de idosos incluídos por ano, segundo regional. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022



Fonte: Elaboração da autora.

O Gráfico 12 mostra os motivos de desligamentos de idosos do programa. Nele, podemos constatar que 51% dos casos de desligamentos se devem ao óbito da pessoa idosa. Com menores percentuais, observam-se os demais motivos: quando a família solicita o desligamento e quando reassume o cuidado do idoso, que juntos representam 22% dos motivos de desligamentos, mudança de território e de município (11%), transferência para outra instituição/serviço, incluindo instituição de longa permanência para idosos (ILPI), CREAS/SPEPDI (8%) reabilitação do idoso (4%) e por questões relacionadas à segurança do cuidador social (4%).

Gráfico 12 - Número e percentual de desligamentos de idoso do PMC, segundo motivos. Belo Horizonte/MG, abril de 2011 a setembro de 2022



Fonte: Elaboração da autora.

6.3 A provisão do Programa Maior Cuidado na Pandemia de COVID-19.

A Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), a partir de março de 2020, iniciou um processo de formulação e de divulgação de vários informativos e orientações técnicas sobre os procedimentos que compõem as ações e atividades remotas e presenciais das unidades, serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e do CadÚnico, durante o período da pandemia da COVID-19.

A Portaria SMASAC nº 107/2020 apresenta o Protocolo SUAS/BH 01/2020, que determinava "a reabertura" das atividades por fases subsequentes e cumulativas. Essas fases dependiam da análise dos indicadores epidemiológicos e dos resultados publicados no Boletim da Vigilância Epidemiológica.

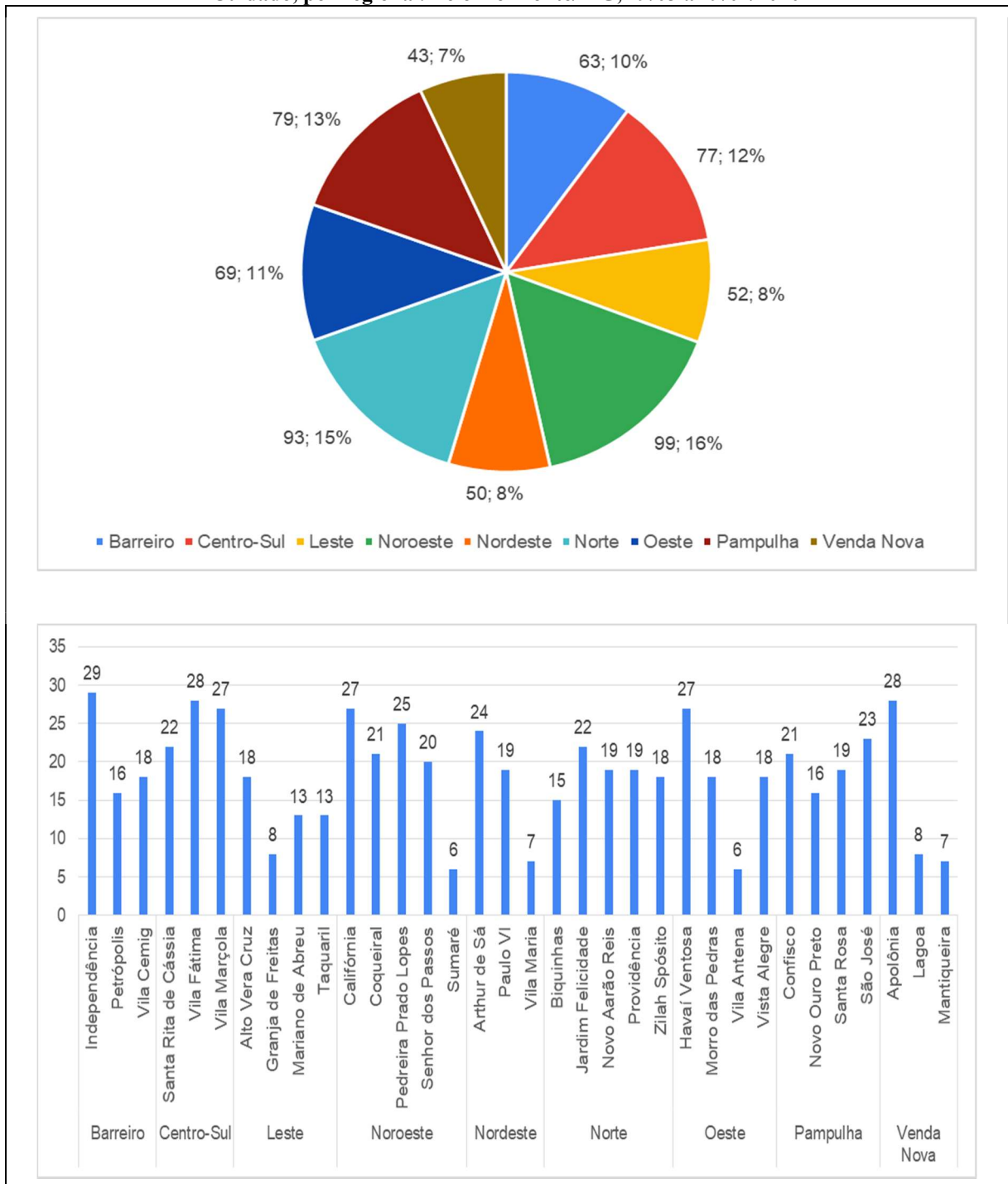
O documento denominado "*Diretrizes para a organização gradual das atividades presenciais do SUAS-BH após a flexibilização das medidas de isolamento social de prevenção e contenção da contaminação pela doença viral infecciosa causada pelo novo coronavírus*" foi

direcionado para todos os Serviços Socioassistenciais da cidade. Aqui nesta seção, vamos nos restringir à dinâmica do Programa Maior Cuidado no período da pandemia da COVID-19.

Cabe destacar que os dados referentes ao período da pandemia de COVID-19 não seguem um padrão tanto no que tange a métodos quanto à temporalidade. Diante deste contexto, a pesquisa teve dificuldades de realizar sistematização e análises dos dados disponibilizados desde o momento de emergência de saúde pública.

No primeiro mês de isolamento social (19/03/20 a 19/04/2020) 625 pessoas idosas receberam atendimento/acompanhamento dos profissionais do PMC nos domicílios, de forma presencial ou remota. O Gráfico 13, mostra a distribuição desses atendimentos nas regionais do município. Observa-se que mais da metade (56%) dos atendimentos ocorreram nas regionais Noroeste, Norte, Pampulha e Centro-Sul. Vale a pena destacar que as duas primeiras regionais contam com maior número de CRAS em seu território. Os CRAS que registraram maior número de atendimentos foram Independência/Barreiro (29), Vila Fátima/Centro-Sul e Apolônia/Venda Nova (com 28 cada), Vila Marçola/Centro-Sul, Califórnia/Noroeste e Havaí Ventosa/Oeste (com 27 cada). Os CRAS com menor número de atendimentos realizados no primeiro mês da pandemia (Sumaré/Noroeste, Vila Antena/Oeste, Vila Maria/Nordeste e Mantiqueira/Venda Nova) são os que tiveram o PMC implantado em dezembro de 2019.

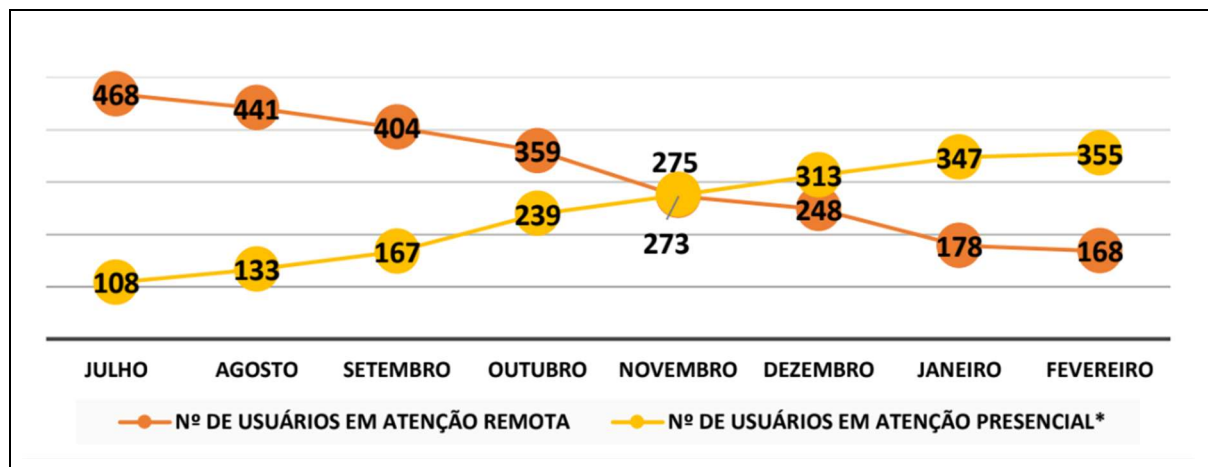
Gráfico 13 - Número e percentual de pessoas idosas em acompanhamento pela equipe do Programa Maior Cuidado, por regional. Belo Horizonte/MG, 19/03 a 19/04/2020



Fonte: Elaborado pela autora com os dados do Relatório sobre o trabalho remoto realizado pela Proteção Social Básica do SUAS/BH - período: 19/03/2020 a 19/04/2020.

O Gráfico 14, apresenta o quantitativo de usuários atendidos pelo Programa Maior Cuidado, em atenção remota e presencial, durante o período de julho de 2020 a fevereiro de 2021. Observa-se que com o passar do tempo e a proximidade do início da vacinação (janeiro de 2021) contra a COVID-19, os atendimentos presenciais foram retomados.

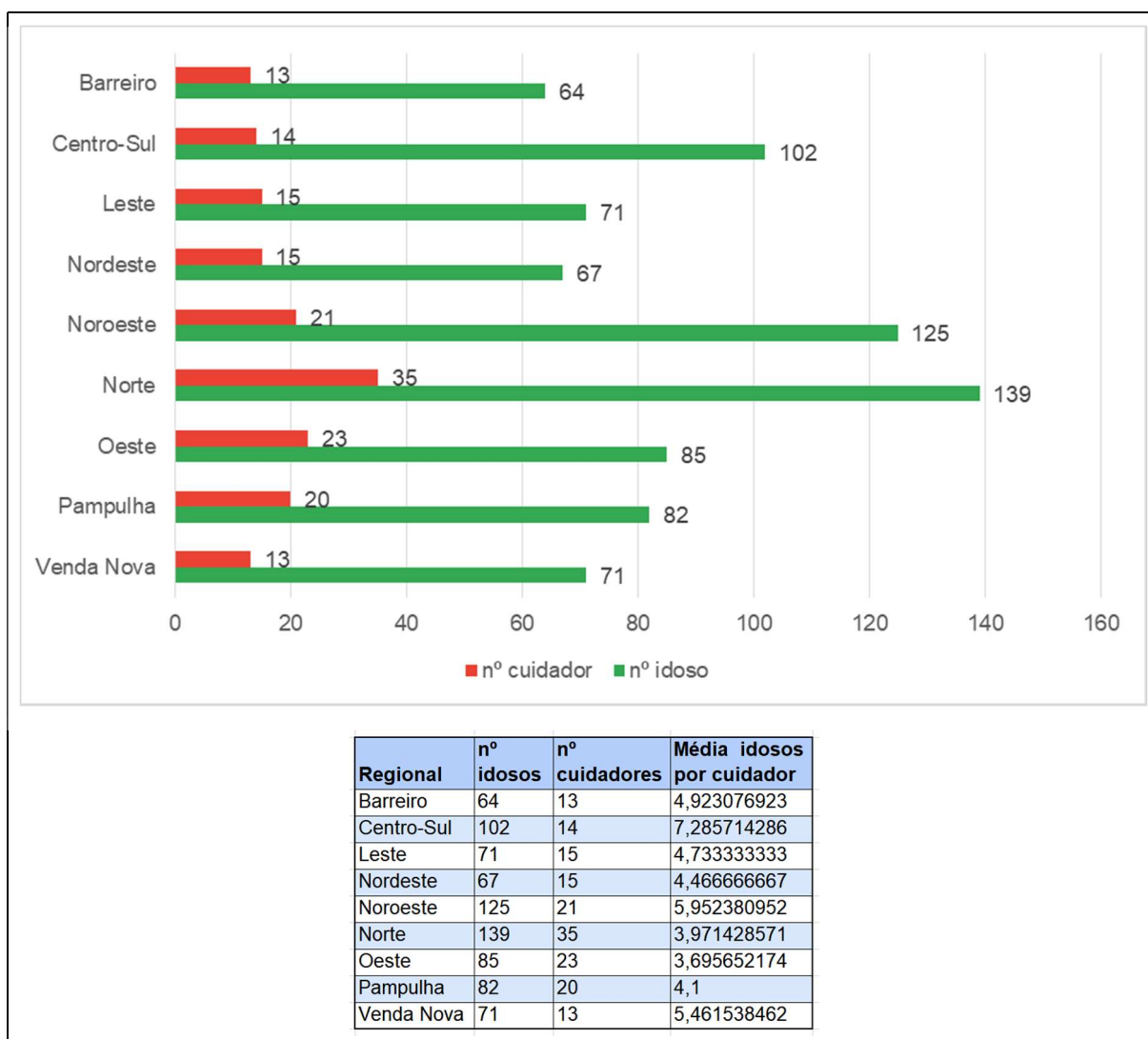
Gráfico 14 - Quantitativo de idosos atendidos pelo Programa Maior Cuidado no período de julho de 2020 a fevereiro de 2021



Fonte: Boletim Vigilância Socioassistencial. Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC. Subsecretaria de Assistência Social – SUASS. Edição 1º Maio de 2021.

Vale sublinhar que conforme apontamentos de dados da Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica - GGSPB, no ano de 2021, foram atendidos 806 idosos. O Gráfico 15 especifica a quantidade de idosos atendidos e cuidadores sociais contratados ao longo do ano de 2021 por regional e a média de idosos por cuidador. As regionais Norte e Noroeste registraram maior número de idosos em acompanhamento no período. Barreiro e Nordeste foram as regionais com menor número de idosos atendidos. Vale destacar que a média de idosos por cuidador social não é homogênea entre as regionais e variou de 3,7 na regional Oeste a 7,2 na do Centro-Sul. Este dado precisa ser analisado de forma cautelosa, pois não necessariamente traduz o número de idosos acompanhados por cada cuidador. Seria mais fidedigno analisar esses dados mensalmente, pois o número de idosos em acompanhamento se altera ao longo do ano por situações de desligamentos e inclusões.

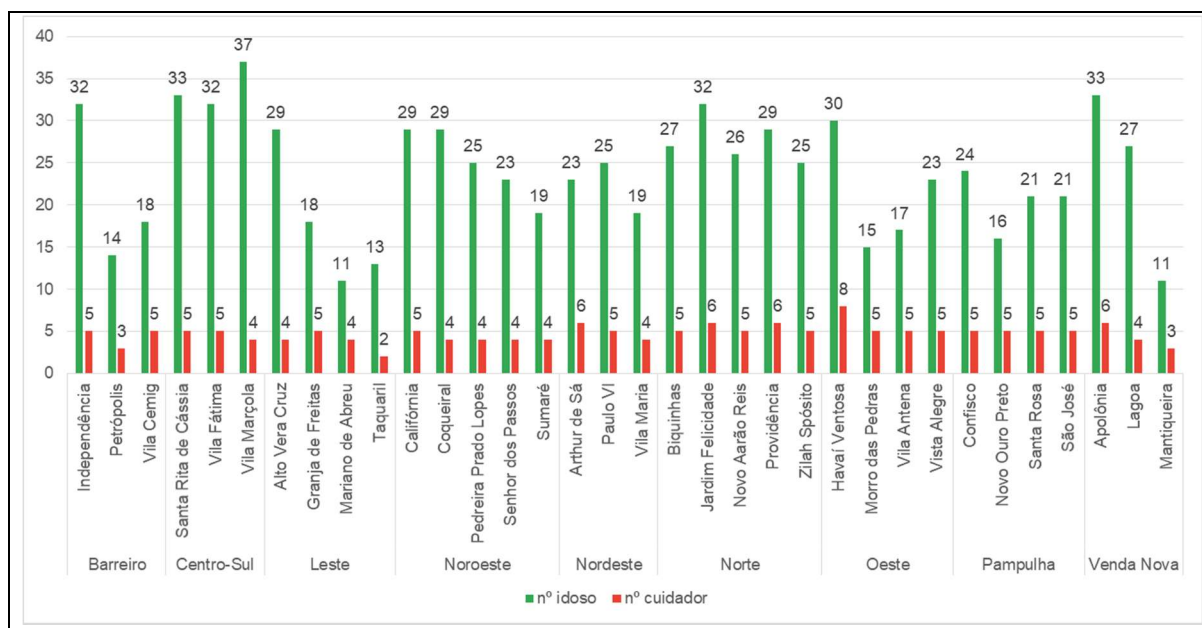
Gráfico 15 - Total de idosos atendidos e cuidadores sociais por regional e por CRAS em Belo Horizonte/MG no ano de 2021 e média de cuidadores sociais de idosos do PMC por idoso atendido ao longo do ano de 2021 por regional



Fonte: Elaborado pela autora com os dados do documento: Programa Maior Cuidado - Análises do Relatório de Gestão do CRAS 2021. (Disponibilizado pela GGSPB)

O Gráfico 16, mostra o número de idosos atendidos pelo PMC e de cuidadores sociais, por CRAS e regional, no ano de 2021. Considerando o total de idosos atendidos, observa-se uma média de 24 idosos por CRAS. Levando em consideração essa média, os dados da GGSPB revelam que 17 CRAS ficaram acima da média de idosos atendidos, enquanto 16 CRAS ficaram abaixo da média de atendimento por ano e 01 CRAS ficou na média. Destaca-se o CRAS Vila Marçola/Centro-Sul com o maior número de idosos atendidos durante este período (37), com 4 cuidadores sociais, uma média de 9,2 idosos para cada cuidador social, enquanto no CRAS Morro das Pedras/Oeste esta média ficou em 3 idosos por cuidador.

Gráfico 16 - Total de idosos atendidos e cuidadores sociais por Regional e por CRAS em Belo Horizonte/MG no ano de 2021



Fonte: Elaborado pela autora com os dados do documento: Programa Maior Cuidado - Análises do Relatório de Gestão do CRAS 2021. (Disponibilizado pela GGSPB)

No que tange as capacitações durante o ano de 2020, foram realizados dois Encontros Virtuais. O primeiro deles intitulado “*Atenção domiciliar no contexto do Coronavírus - Atenção domiciliar do Programa Maior Cuidado no contexto da Pandemia*”, no primeiro encontro, o público alvo no âmbito da Assistência Social incluiu: técnicos de referência do PAIF no acompanhamento do PMC; coordenadores de CRAS ou representantes de coordenadores por regional; cuidadores sociais e supervisores do PMC; técnicos de referência da GGSPB e a coordenação de Parcerias da GGSPB. No âmbito da Saúde participaram técnicos de referência da Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), técnico da equipe da PSF ou NAF e técnica de referência da Saúde no acompanhamento do PMC da SMSA.

O segundo encontro foi dirigido às coordenações dos CRAS e versou sobre o alinhamento do Plano de Retorno Gradual do PMC, a partir da Nota Técnica SMASAS E SMSA - Coordenação e Supervisão. Estes encontros virtuais foram realizados pela gerência GGSPB com o objetivo de dialogar com os profissionais sobre os desafios e estratégias no atendimento às pessoas idosas, trocar experiências e aprendizados sobre o trabalho no período da pandemia.

No ano de 2021 foi promovida a Oficina Técnica: “*Os desafios da Proteção e do Cuidado no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas no contexto da pandemia pela COVID -19*” para as equipes dos CRAS também com intuito de potencializar o debate e TSF, a ação também foi promovida pela GGSPB.

6.3.1. Discussão

Neste item vale retomar o que foi apresentado anteriormente. O PMC é um programa socioassistencial do Município de Belo Horizonte/MG, implantado no ano de 2011, com cogestão da política de saúde, destinado ao atendimento domiciliar a pessoas idosas dependentes e semidependentes, residentes nas áreas de abrangência dos CRAS. Considerando a parcela de idosos na população desta capital e sua evolução, observa-se que esta é uma demanda que pode aumentar nos próximos anos, como veremos a seguir.

Dados do “*Diagnóstico sobre o envelhecimento da população do Município de Belo Horizonte*” (CEDEPLAR, 2017) apresentam uma tendência de aumento da população idosa, tanto em termos absolutos quanto percentuais, em todas as regionais, no período entre 2015 e 2030. No início do período, as regionais Noroeste e Leste concentravam maior percentual de idosos, no entanto, o maior crescimento foi previsto para ocorrer na Regional Centro-Sul (passando de 13,2% em 2015 para 24,4% em 2030), aumentando 11,2 pontos percentuais no período. Além disso, é interessante destacar que no Censo Demográfico de 2010, estas regionais apresentaram maior percentual de domicílios com a presença de pelo menos uma pessoa com idade igual ou superior a 60 anos: Centro-Sul (36,4%), Noroeste (33,6%) e Leste (33,3%) (CEDEPLAR, 2017)

Diante deste cenário, podemos observar que a provisão do PMC aqui descrita tem contemplado de forma mais próxima a realidade atual das regionais que abarcam maior número e percentual de atendimentos realizados no período de existência do programa: Noroeste e Leste. Foi também nestas duas regionais em que houve maior inclusão de idosos no PMC ao longo do tempo.

Cabe destacar ainda que a Regional Noroeste atuou com o PMC até 2019 em apenas quatro CRAS, ampliando a provisão ao incluir o CRAS Sumaré no programa a partir de dezembro de 2019.

Com relação aos recursos humanos da equipe do PAIF, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUAS), publicada em 2006, concretiza um avanço no que diz respeito à profissionalização da Política de Assistência Social, com vistas a garantir serviços públicos de qualidade aos usuários do SUAS.

Conforme analisa Sposati (2006), a Assistência Social é um campo das políticas com grandes restrições de recursos financeiros, o que impacta a contratação, remuneração e

capacitação dos trabalhadores do SUAS, e se traduz em sério obstáculo para o desenvolvimento da Política nos municípios brasileiros.

O Município de Belo Horizonte/MG segue as diretrizes da NOB-RH. Os CRAS da cidade dispõem de quatro técnicos de nível superior, conforme preconiza a normatização para municípios de médio e grande porte e metrópoles: para cada 5.000 mil famílias uma equipe mínima de referência. Vale destacar, que a normativa é de 2006, sendo necessário um debate para sua atualização no que se refere ao quantitativo de profissionais frente aos agravamentos das expressões da questão social, como destaca Couto (2010, p. 57):

A questão social dos recursos humanos é um desafio para toda a administração pública, mas assume características específicas na assistência social, pela sua tradição de *não-política*, sustentada em estruturas institucionais improvisadas e reduzindo investimento na formação de equipes profissionais permanentes e qualificadas para efetivar ações que rompam a subalternidade que historicamente marcou o trabalho dessa área.

O Território é um conceito estratégico para o SUAS e também para a concretização do PMC no município, pois atua na lógica de proximidade com o cidadão e a localização em territórios de incidência de vulnerabilidade e riscos está bem demarcada na PNAS (BRASIL, 2004) e na NOB/SUAS (BRASIL, 2005). Esta estratégica proximidade com as famílias e indivíduos favorece o reconhecimento da existência de múltiplos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais nele presentes.

É neste cenário que os CRAS emergem enquanto proposição e intencionalidade de um lócus estratégico da presença do Estado e de proteção social. Como afirma Santos (2006) muito mais do que um espaço físico ou o perímetro que delimita uma comunidade, bairro ou cidade, o território é um espaço permeado por relações sociais passadas e presentes, de forma específica de apropriação e interação com o ambiente físico, as provisões e as ausências de políticas públicas, as relações políticas e econômicas que o perpassam, os conflitos e os laços de solidariedade nele existentes. Reconhece-se assim, no SUAS, que as potencialidades e vulnerabilidades de uma família ou indivíduo são determinadas pelo território no qual ela está inserida.

Assim como observado em outros trabalhos que evidenciam o perfil predominante dos usuários de programas do SUAS (FERREIRA, 2016; CARMONA *et al.*, 2019; PEREIRA, 2020) e o perfil da população idosa brasileira e do município de Belo Horizonte/MG (CEDEPLAR, 2017; MAXIMIANO-BARRETO *et al.*, 2019), também no PMC sobressaem pessoas do sexo feminino.

Cabe destacar que grande parte dos idosos atendidos está na condição de semidependentes (57%). E que este é um público que, na maioria das vezes, não é incluído em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) por não querer maiores cuidados se comparados aos idosos dependentes. Quanto maior o grau de dependência menor as chances de conseguir acesso a uma ILPI (CEDEPLAR, 2017). Isso ocorre pelas demandas onerosas de recursos para o cuidado de pessoas nessas condições. Além disso, as pessoas já institucionalizadas podem evoluir para um grau maior de dependência, o que requer mais recursos das instituições. Neste contexto, o cuidado oferecido pelo PMC, em seus dois eixos (assistência social e saúde) oferecem uma alternativa e um apoio essencial às famílias. Especificamente no eixo da assistência social, os cuidados sociais privilegiam a família como locus principal do cuidado das pessoas idosas. Assim, se baseia na promoção da Proteção Social Básica por meio de ações de prevenção e de fortalecimento dos vínculos, da reorganização e da orientação em diversos âmbitos da vida familiar.

As famílias de idosos com algum grau de dependência são as que mais precisam de apoio do Estado na reorganização da dinâmica familiar. Considerando o viés proativo e preventivo da PSB, o percentual de idosos semidependentes incluídos no PMC poderia ser maior no intuito de prevenir agravamentos. O grau de dependência dos idosos ao longo do acompanhamento é uma variável importante para os gestores do PMC, pois pelos dados atuais não é possível identificar quantos iniciaram o atendimento quando estavam na condição de semidependentes e depois evoluíram para a situação de dependência.

Em todas as regionais, o percentual de idosos semidependentes foi maior que o de dependentes, exceto na Regional Norte onde o percentual de idosos dependentes incluídos no PMC foi maior que o de idosos semidependentes. É importante destacar que é nesta regional onde se encontram os maiores índices de analfabetismo de idosos: cerca de 16% da população maior de 60 anos declarou em 2010 que não sabia ler nem escrever. Esses baixos índices de escolaridade colocam as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho e conseqüentemente na fase da vida idosa em que os baixos salários podem comprometer a manutenção dos itens básicos de sobrevivência. Na Regional Norte 44,1% dos idosos recebiam até um salário mínimo em 2010 (CEDEPLAR, 2017).

Uma vez inserido no programa, o principal motivo de desligamento identificado foi o óbito (51% dos casos). Este fato pode indicar que, uma vez incluída, a pessoa idosa permanece por um longo período sendo acompanhada pela equipe, o que nos aponta a favor de um vínculo estabelecido e de uma confiança no trabalho desenvolvido no PMC. Por outro lado, o fato de

ocupar recursos por um longo tempo limita a ampliação da capacidade do programa na inclusão de outros idosos. Neste ponto, cabe uma avaliação mais detalhada sobre os custos de manutenção do PMC em relação aos de cuidados em uma ILPI, por exemplo. Este não foi o foco do presente trabalho, mas seria um importante recurso para a gestão do PMC.

Outros motivos de desligamento mais citados foram: a) a *família reassumir o cuidado*, ocorre quando a equipe do PAIF avalia que a família conseguiu se reorganizar entre seus membros para efetivar o cuidado da pessoa idosa, não precisando mais do apoio do cuidador social no domicílio. Isso ocorreu em 11% dos casos de desligamento, o que indica êxito na atuação do programa junto ao idoso e sua família, na garantia da segurança de fortalecimento do vínculo familiar; e b) *opção da família*, também registrado para 11% dos desligamentos ocorridos no período analisado, ocorre quando, independente da avaliação da equipe, a família solicita o desligamento.

Outro motivo é a c) *situação de risco para o cuidador social*, registrado em apenas 4% dos casos de desligamento, mas que impacta profundamente o serviço, os trabalhadores e os usuários. Esta é uma situação que ocorre quando o cuidador social não consegue executar seu trabalho por questões internas ao domicílio ou externas no território, pois pode se colocar em risco pessoal. Alguns exemplos podem ser citados como ter sido ameaçado por algum membro familiar ou comunitário; algum membro familiar ou comunitário esconde entorpecentes na casa do idoso; casa da pessoa idosa usada como ponto de uso e venda de entorpecentes; quando a presença de um agente público passar a ser vista como intimidadora para criminosos que comandam o tráfico de entorpecentes no local; entre outros.

Leite *et al.* (2020) estudaram os riscos de violência entre trabalhadores que atuam no território e identificaram que a violência psicológica vivenciada por eles como ameaças, xingamentos e intimidações que ocorre na relação com os usuários e a violência urbana que expõe os profissionais a situações que envolvem tiros, assaltos e brigas durante as visitas domiciliares geram repercussões negativas na saúde mental dos trabalhadores e na qualidade do atendimento ofertado.

Ainda sobre os motivos de desligamento dos idosos do PMC, merece destaque o percentual dos que foram encaminhados para alta complexidade, ou seja, foram transferidos para ILPI - Acolhimentos Institucionais (6%). Este dado pode indicar que a atuação preventiva e proativa do PMC contribui de forma significativa para a manutenção dos idosos na família e comunidade prevenindo os da institucionalização. Dessa forma, identificamos indicativos de que a atuação preventiva atinge em certo grau o objetivo de fortalecimento de vínculos

familiares e sociais, prevenção da exclusão e do isolamento da pessoa idosa, fortalecendo a função protetiva da família e fomentando o desenvolvimento de habilidades e potencialidades dos idosos e seu núcleo familiar e comunitário.

É importante destacar que, apesar de não possuir dados sobre o total de idosos semidependentes ou dependentes de Belo Horizonte/MG para o cálculo da abrangência do cuidado ofertado pelo PMC, esta é uma iniciativa que atende, de forma compartilhada com a política de Saúde, a uma parcela da população que teria muitas dificuldades para serem incluídas em cuidados institucionalizados. Além de sua condição de dependência, que por si só é um limitador para a institucionalização, as condições de vulnerabilidade em que se encontram as famílias poderia ser um fator para o rompimento dos laços e vínculos caso os idosos fossem incluídos em IPLI.

O período da Pandemia de COVID-19 foi extremamente desafiador para a gestão do PMC, assim como para outros serviços ofertados pela Política de Assistência Social no país. O registro de dados deste momento histórico esteve muito comprometido pela urgência das ações e também pela novidade de atuação em contexto tão adverso, que demandou muitas adaptações para fazer frente a todas as demandas.

No Brasil, a Lei Federal 13.979 de 6 de fevereiro de 2020 introduziu o estado de emergência em decorrência da Pandemia da COVID-19 e determinou medidas sanitárias de isolamento e quarentena. Em seguida, foi publicado o Decreto nº 10.282 de 20 de março de 2020 que especifica os serviços públicos e atividades essenciais indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da população, consideradas assim, se não atendidas, a colocar em risco a sobrevivência, a saúde ou a segurança pública e social da população.

A assistência social foi incluída entre estes serviços essenciais demarcando a importância desta política pública apesar de todos os desmontes e precariedades. Diante deste contexto, houve uma quantidade significativa de normatizações entre Orientações Técnicas, Portarias e Notas Técnicas oriundas do Ministério da Cidadania para orientar estados e municípios na condução das políticas públicas. De modo especial, as notas públicas e recomendações de instâncias colegiadas de pactuação foram imprescindíveis para a qualificação da provisão pública de assistência social como “serviço essencial”. Dentre essas instâncias, sublinham-se o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS), o Fórum Nacional de Secretários/as de Estado da Assistência Social (Fonseas), Fóruns de Trabalhadores do SUAS (nacional e estaduais), bem como Conselhos Profissionais cujas classes compõem as equipes de referências dos serviços de assistência social.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG, naquele momento, também declarou Situação de Emergência em Saúde Pública, pelo período de 180 dias, por meio do Decreto 17.297 de 17 de março de 2020, e estipulou medidas para prevenção de contágio e enfrentamento da COVID-19 pelo Decreto Municipal 17.298/2020.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG, naquele momento, também declarou Situação de Emergência em Saúde Pública, pelo período de 180 dias, por meio do Decreto 17.297 de 17 de março de 2020, e estipulou medidas para prevenção de contágio e enfrentamento da COVID-19 pelo Decreto Municipal 17.298/2020.

Este último decreto reuniu medidas temporárias para fins de prevenção ao contágio e propagação do COVID-19 estabelecidas pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), responsável pela gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). E ainda, preconizou a reorganização da gestão e do provimento dos serviços, programas, projetos, benefícios socioassistenciais e atendimento do Cadastro Único do SUAS/BH, apontando estratégias de atendimento remoto a fim de, mesmo diante do cenário de emergência em saúde pública provocada pela COVID-19, ofertar proteção social pública da assistência social.

Vale destacar que a Assistência Social, direito constitucional, ganhou visibilidade neste período de pandemia e, mais do que nunca, foram convocadas as seguranças sociais afiançadas por essa política pública: de acolhida, de convivência familiar, de renda, de apoio e de auxílio.

No âmbito da Proteção Social Básica Municipal foram publicadas as seguintes portarias para ampliação de proteção social às famílias e indivíduos, assim como, conduzir as equipes no Trabalho Social com Famílias frente a este novo contexto de agravamentos e riscos sociais. Segue sistematização em ordem cronológica no quadro 4:

Quadro 4 - Principais publicações da Diretoria de Proteção Social Básica do SUAS/BH, no contexto da Pandemia de COVID-19

Informativos e orientações técnicas	Descrição
Informativo DPSO/SUASS nº004/2020 (19/03/2020)	Informações e orientações técnicas para as equipes técnicas e gestores da política de Assistência Social sobre o atendimento do Programa Maior Cuidado e do Programa de Assistência Alimentar e Nutricional Emergencial (PAAN).
Informativo DPSO/SUASS nº006/2020 (20/03/2021)	Informações e orientações técnicas para o trabalho social realizado pelas equipes de referência e coordenação dos CRAS durante o período de Pandemia de COVID-19.
Informativo DPSO/SUASS nº008/2020 (03/04/2020)	Informações e orientações técnicas sobre o Programa de Assistência Alimentar e Nutricional Emergencial (PAAN) e a corresponsabilidade do SUAS/BH, frente ao contexto de Pandemia da COVID-19.
Informativo DPSO/SUASS nº009/2020 (20/04/2020)	Informações e orientações técnicas sobre o trabalho social realizado pelas equipes de referência do Serviço de Proteção Social Básica Regional e do Serviço de Proteção Social à Pessoa com Deficiência, com destaque para as funções essenciais das coordenações de proteção social e cidadania, durante o período de Pandemia da COVID-19.
Informativo DPSO/SUASS nº010/2020 (20/04/2020)	Roteiro para orientações aos beneficiários do Programa Bolsa Família para acesso ao auxílio emergencial.
Informativo DPSO/SUASS nº012/2020 (29/06/2020)	Informações e orientação técnica às equipes de referência dos serviços socioassistenciais sobre os fluxos e procedimentos para a provisão de benefícios socioassistenciais no contexto de Pandemia da COVID-19.
Informativo DPSO/DRGD/SUASS nº 001/2020 (02/07/2020)	Informações e orientação técnicas às equipes de referência dos serviços socioassistenciais sobre o fluxo de encaminhamento de casos de indeferimento de pedidos do Auxílio Emergencial à Defensoria Pública da União (DPU).
Informativo DPSO/SUASS nº011/2020 (08/07/2020)	Informações sobre o atendimento remoto do CadÚnico em período de excepcionalidade.
Orientações Técnicas Gerência de Gestão de Serviços de Proteção Social Básica - GGSPB/Diretoria de Proteção Social Básica - DPSO. (16/10/2020)	Dispõe sobre Orientações Técnicas ao Programa Maior Cuidado no contexto de Retorno Gradual às atividades presenciais às pessoas idosas em observância às medidas de prevenção ao contágio do Covid-19 recomendadas pelo Município.
Orientações Técnicas Gerência de Gestão de Serviços de Proteção Social Básica - GGSPB/Diretoria de Proteção Social Básica -DPSO. (08/01/2021)	Dispõe sobre Orientações Técnicas ao Programa Maior Cuidado no contexto da regressão à Fase 1, das ações e atividades presenciais do SUAS/BH, fundamentada na análise das avaliações epidemiológicas emitidas pelas autoridades municipais de saúde que indicam o nível de alerta geral vermelho.

Fonte: Elaboração da autora, com base no Boletim Vigilância Socioassistencial. 1ª edição, maio de 2021. Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC. Subsecretaria de Assistência Social – SUASS.

No âmbito da articulação intersetorial entre a SUASS/BH e Secretaria Municipal de Saúde, destacamos a Nota Técnica Conjunta SMASAC/SUASS|SMSA de 15/10/2020. O documento é relevante pois preconizou orientações técnicas às trabalhadoras e trabalhadores, cuidadores e educadores lúdicos que atuam na Proteção Social do SUAS, para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias por meio do Programa Maior Cuidado, Programa Mala de Recursos Lúdicos e Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Assim, constitui passo fundamental para prevenção da COVID-19 entre trabalhadores no âmbito do atendimento no domicílio da PSB.

Neste cenário, a atenção no domicílio à pessoa idosa tem sido considerada uma importante ferramenta do trabalho social com famílias para estabelecer presença de proteção social pública no território. No contexto da pandemia, na Cidade de Belo Horizonte/MG, o atendimento do Programa Maior Cuidado foi considerado essencial e devendo ocorrer em situações excepcionais, conforme Art. 7º da Portaria SMASAC 036/2020: *O Programa Maior Cuidado [...] serão mantidos apenas para os casos excepcionais, em que a suspensão do serviço signifique o risco de agravamento da condição pessoal do usuário, culminando inclusive na inserção em serviço de acolhimento institucional*; seguidas as orientações técnicas da Diretoria de Proteção Social Básica (DPSO)/SUASS nº 004 e nº 005/2020.

Estes documentos nortearam a provisão socioassistencial presencial do PMC que deveria permanecer apenas para os casos excepcionais, que a suspensão do atendimento, naquele momento, pudesse agravar e aprofundar risco social e pessoal da condição da pessoa idosa, podendo culminar inclusive na necessidade de acolhimento institucional.

Os dados disponíveis sobre este período mostram que, no primeiro mês de isolamento social o PMC continuou seu atendimento com 625 pessoas idosas assistidas, com maiores percentuais nas regionais Noroeste e Norte de Belo Horizonte/MG. Assim como observado na análise da produção do programa desde sua implantação, também na pandemia as vulnerabilidades que atingem os idosos desses territórios se mantiveram, com necessidade ainda maior de cuidados para os idosos que se constituíram como grupo para consequências graves da COVID-19.

A equipe do PMC se desdobrou para oferecer atendimento remoto e presencial. Inicialmente, o atendimento remoto predominou, com sua substituição pelo atendimento presencial ocorrendo de forma gradativa e ultrapassando o número de atendimentos a distância a partir de novembro de 2020. Em 2021 um total de 806 idosos foram acompanhados por 170 cuidadores sociais contratados, o que dá uma média de 4,7 idosos por cuidador social. No

entanto, os dados sobre este período apontam para a necessidade de sistematização de dados mais efetivos sobre o acompanhamento da produção dos cuidadores sociais, visando reduzir a sobrecarga de trabalho desproporcional entre os cuidadores lotados em equipamentos com maior demanda.

Segundo dados disponibilizados pela GGSPB, no ano de 2021 foi prevista a contratação de 169 cuidadores sociais de idosos para atuarem no PMC, nos 34 CRAS. Deste universo de trabalhadores, 161 estavam efetivamente nos territórios, sendo que 6 CRAS não estavam com a equipe completa. Desses, 4 CRAS tiveram o PMC implantado em dezembro de 2019 (CRAS Vila Maria, CRAS Sumaré, CRAS Lagoa e CRAS Mantiqueira).

A sistematização dos dados de análises do Relatório de Gestão do ano de 2021 aponta que os relatórios de gestão dos CRAS explicitam divergências da Planilha de Monitoramento do PMC. Os dados demonstram que 70,59% dos CRAS apresentaram alguma informação divergente dos que constavam na planilha, afirma o documento. Destaca que apenas 29,41% dos CRAS apresentaram os dados convergentes com a Planilha de Monitoramento, sendo estes dados oriundos dos CRAS: Alto Vera Cruz, Taquaril, Paulo VI, Vila Maria, Vila Senhor dos Passos, Sumaré, Vila Biquinhas, Havaí-Ventosa, Vila Cemig e Confisco. Contudo, carece destaque o empenho desses profissionais gestores e trabalhadores do provimento em consolidar a provisão de proteção social no município. E a própria GGSPB assinala que as ações de aprimoramento para a sistematização dos dados são importantes para eficiência e eficácia das políticas públicas.

Vale ressaltar que os relatórios, orientações técnicas, portarias produzidas durante o contexto da Pandemia da COVID-19 foram fundamentais para nortear qualidade e segurança do Trabalho Social com Famílias no domicílio, seja de forma remota ou presencial, em Belo Horizonte/MG. No ano de 2021, a Diretoria de Proteção Social Básica (DPSB) sistematizou os desafios da execução do PMC no município frente ao contexto da Pandemia do Coronavírus, o documento manifesta: aumento de número de trabalhadores afastados por suspeita ou confirmação da COVID-19; acréscimo de casos de familiares dos idosos com confirmação pela covid-19; situações agravamento das vulnerabilidades das famílias e dos idosos atendidos; e reorganização recorrente dos processos de atendimentos, considerando os decretos, portarias, fluxos, notas técnicas e notas informativas vigentes.

A forma de apresentação dos dados apontados apresenta uma fragilidade e os desafios da gestão do SUAS BH em organizar os dados frente ao novo contexto social atravessado por demandas diversas. A gestão do provimento, conforme os relatórios, aponta as diversas frentes

de atuação da proteção social básica de BH. No período da pandemia, a comunicação sobre a sistematização e monitoramento dos dados frente a tantas demandas pode ter afetado o lançamento de dados pelas coordenações do CRAS do município, o que pode ter resultado uma análise inconsistente.

Ressalta-se a importância das capacitações e apoio aos profissionais que atuaram diretamente em contato com a população, de modo especial com os públicos mais vulneráveis para mitigar os efeitos adversos da pandemia seja no atendimento direto executado pelos profissionais de linha de frente ou nível de rua conforme explicita a literatura (LIPSKY, 1980 [2019]), ou a própria saúde mental destes trabalhadores.

Um estudo realizado com 1.091 profissionais da Assistência Social no Brasil, durante o período da pandemia mostrou que 89% deles sentiram medo do novo coronavírus; 74% afirmaram que a pandemia causou impactos negativos em sua saúde mental. Além disso, apenas 11% receberam apoio institucional para cuidar da saúde mental, 83% afirmaram não ter recebido treinamento para atuar durante a pandemia e 50% não receberam EPI (LOTTA *et al.*, 2020). Outro estudo com 439 profissionais do SUAS no Brasil realizado por Silva *et al.* (2020) identificou que 62% dos participantes não receberam EPI para atuar durante o período pandêmico. Além dessas ausências, os atrasos também parecem contribuir para a proteção inadequada no local de trabalho.

Apesar dessas dificuldades, o PMC não parou sua provisão às famílias e idosos neste período. Embora a Assistência Social tenha ganhado destaque e desempenhado um papel estratégico para minimizar os danos da crise aos mais pobres e viabilizar medidas econômicas e sociais criadas para enfrentamento da pandemia, é uma política que carece de planejamento e gestão de risco em tempos de crises, assim como a adoção de protocolos com medidas institucionais definidas para períodos de calamidade pública.

Definir e disseminar, de forma constante no período pandêmico, informações e fluxos de processos de trabalho, procedimentos, práticas de proteção, estabelecimentos de padrões de segurança para retorno de atividades presenciais em sua totalidade, articulação para testagem da doença, foram fundamentais para enfrentamento a este período de crise.

Finalmente, é importante salientar que o contexto da Pandemia de COVID-19 mostrou que o direito de convivência familiar e comunitária ganhou contornos desafiadores, pois em função das medidas de isolamento físico colocou os núcleos familiares tanto a possibilidade de crescimento na convivência como o acirramento de situações de conflitos ou até mesmo situações de desproteções que chegaram a violências (FONTENELE, 2020). Neste sentido, o

PMC foi a presença do Estado nos domicílios das pessoas idosas, possibilitando além dos cuidados da vida diária, ações de proteção aos idosos e suas famílias.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS - O PROGRAMA MAIOR CUIDADO UMA PROVISÃO SOCIOASSISTENCIAL

O presente trabalho teve como objetivo analisar o Programa Maior Cuidado enquanto uma provisão de proteção socioassistencial. Para esta empreitada realizamos uma análise para identificar como o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial. Este objetivo foi alcançado por meio de uma revisão integrativa da literatura que identificou escassez de trabalhos que focalizasse o programa do ponto de vista da Política de Assistência Social. A maior parte dos trabalhos encontrados tem foco maior no eixo da saúde.

Outro objetivo específico do trabalho pretendeu caracterizar o Programa Maior Cuidado, no município de Belo Horizonte/MG, segundo recursos de estrutura e ações realizadas no período de 2011 a 2022. Não foi possível acessar dados confiáveis sobre os recursos financeiros¹¹ usados pelo PMC ao longo do tempo. Por este motivo, optamos por não apresentar neste trabalho os recursos de estrutura referentes aos valores usados para manutenção do trabalho no PMC.

Por fim, objetivou-se lançar luz sobre a organização e provisão do PMC no contexto da Pandemia de COVID-19. Sobre este período é importante destacar as dificuldades de sistematização dos dados por parte da gestão, que se viu em meio ao inesperado da suspensão total de atividades e da declaração de que suas ações eram consideradas prioritárias e não poderiam ser descontinuadas. Ainda assim, observou-se que o atendimento continuou de forma remota e presencial para que os idosos não ficassem desassistidos.

A seguir apresentamos uma discussão sobre os principais pontos que envolvem os conceitos e as características do PMC como uma provisão socioassistencial.

¹¹ Dados recentes disponibilizados pela Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), em março de 2023, apresentam um comparativo quanto aos gastos financeiros realizados pelo executivo na oferta do Programa Maior Cuidado (PMC) e das Unidades de Acolhimento Institucional à pessoa idosa. O custo por pessoa idosa no acolhimento institucional equivale à 3,77 vezes a mais que uma família atendida pelo PMC. Esse dado nos aponta que o Programa custa menos recurso, ou seja, é mais barato investir na prevenção. Ampliar a provisão do PMC para o enfrentamento da oferta de cuidado e proteção à pessoa idosa e suas famílias, atuando no âmbito da promoção e prevenção tão próprias da PNAS e assim contribuindo para redução de necessidade de investimento de vagas em unidades de acolhimento institucional em decorrência de situação de riscos e reincidências de rupturas de vínculos familiares e comunitários frente às situações de desproteção e violação de direitos.

Serviços Socioassistenciais versus Programas Socioassistenciais: vinculados para promover maior proteção

Cabe aqui destacar as diferenças entre os Serviços Socioassistenciais, que possuem caráter continuado e obrigatório, e os programas e projetos socioassistenciais que são iniciativas utilizadas para complementar a provisão de um Serviço e possuem início, meio e fim.

Sob este viés, o Programa Maior Cuidado se constitui no município de Belo Horizonte/MG como um programa socioassistencial complementar ao PAIF. Teoricamente, o desenho metodológico do PMC não corresponde ao Serviço de Atendimento no Domicílio, considerando as definições de serviço e programa. Outra demarcação importante na diferenciação entre o PMC e o Serviço de Atendimento no Domicílio tem a ver com o fato o Programa atender apenas o público idoso, não contemplando a pessoa com deficiência e sua capilaridade estar restrita ao atendimento das famílias que residem nos territórios dos 34 CRAS do município.

Neste cenário e considerando ainda o pioneirismo municipal em relação ao cuidado ao idoso, na revisão da literatura encontramos indicações de ampliação do PMC para todo o território municipal. No entanto, é necessário atentar para o fato de que ampliar as ações de Proteção Social Básica para além da área de abrangência territorial dos CRAS necessariamente deve contemplar o cuidado às pessoas com deficiência, assim como especificado nas normas para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Trata-se de incluir no planejamento e na organização do cuidado às necessidades desse grupo social que atualmente não se encontra no escopo do PMC que foi concebido para atender os idosos do município.

Concepção do Programa Maior Cuidado como MAIS proteção no domicílio

Inquestionavelmente, a provisão de cuidados no domicílio se constitui em uma estratégia fundamental para permitir oportunidades de acesso ao SUAS para pessoas que, em função das situações de vulnerabilidades sociais, têm o acesso prejudicado ou impedido aos espaços/unidades localizados no território.

Nesta direção, as ações socioassistenciais de proteção domiciliar aos idosos dependentes e semidependentes do PMC, partem do pressuposto de que há agravos decorrentes do envelhecimento que podem acirrar as vulnerabilidades e riscos sociais, e fragilizar a capacidade

protetiva e de cuidado familiar. Entre esses riscos encontram-se o isolamento, o confinamento, os conflitos, violências em suas múltiplas formas, apartação, preconceitos, as limitações de sua capacidade de acesso a serviços públicos e comunitários de proteção, o afastamento temporário ou mesmo o rompimento dos vínculos protetivos com o núcleo familiar e comunitário, além do impacto na segurança de renda dessas pessoas.

Neste caminho, a provisão do PMC se concretiza no suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio no intuito de fortalecer os vínculos sociais, potencializar a promoção da qualidade de vida, ampliar o acesso a direitos sociais e estimular a autonomia e a participação social dos idosos e seu núcleo familiar e/ou comunitário. É o que observamos ao analisar por exemplo a provisão do PMC desde sua implantação há 12 anos. Observou-se ainda tendência de aumento do número de idosos assistidos ao longo do tempo, assim como pequenos percentuais de institucionalização e de desistência por parte da família.

Diante desse contexto, destaca-se a valorização do ambiente do domicílio como um espaço de acesso a direitos socioassistenciais, espaço que permite a aproximação do serviço com os contextos familiares e territoriais e que possibilita observar as singularidades dos usuários e compreender os saberes e potenciais intrafamiliares, respeitar e valorizar o protagonismo e as competências das famílias no exercício da proteção e do cuidado à pessoa idosa.

O trabalho de pesquisa realizado para a presente dissertação aliado à experiência de atuação no PMC permite recomendar à gestão do programa a produção de um Caderno de Orientações Técnicas que sistematize a concepção do PMC, as definições e competências de cada Política em sua concretização, assim como os fluxos e processos de trabalho no nível municipal. E posteriormente, a disseminação deste produto aos diversos trabalhadores, gestores de ambas políticas públicas e as famílias atendidas pelo PMC. Sugerimos que essa importante ação seja efetivada considerando a colaboração dos diversos trabalhadores do SUAS que tem interface com o programa, a partir de Seminário Municipal e Rodas de Conversas à nível Regionais e Locais se forem necessárias.

Programa Maior Cuidado e vigilância socioassistencial para enfrentamento às desproteções

A Vigilância Socioassistencial é função da Política de Assistência Social, conjuntamente com a Proteção Social e a Defesa de Direitos. Assim como definida pelas orientações técnicas, a Vigilância Socioassistencial consiste no desenvolvimento de capacidades e meios técnicos para que gestores e profissionais da área possam conhecer a vulnerabilidade social da população e do território pelo qual são responsáveis, induzindo o planejamento de ações preventivas e contribuindo para o aprimoramento das ações que visem a restauração de direitos violados e a interrupção de situações de violência (BRASIL, 2014). Para que seja efetivada a vigilância socioassistencial é necessária a produção de dados, indicadores, informações e análises que contribuam para efetivação do caráter preventivo e proativo da política de assistência social.

No âmbito do PMC são produzidos alguns instrumentos que podem basear a vigilância, como o Plano de Acompanhamento Familiar e a Rotina de Cuidado. Estes instrumentos são preenchidos a partir das reuniões entre cuidadores sociais e o técnico do CRAS. São formulários que precisam ser aprimorados para que possam produzir informações para o monitoramento mensal para além de dados quantitativos. Necessário produção de tecnologias que nos permita mensurar aspectos relacionais desta política pública.

As reuniões se constituem como um espaço de debate e aprimoramento das ações do SUAS no PMC e ocorrem antes do Grupo de Trabalho Local (GT) que é realizado com a equipe ampliada com profissionais da saúde e da assistência social. Este GT funciona como um espaço intersetorial que contribui para qualificar os atendimentos, identificar as necessidades e articular intervenções intersetoriais, caso seja necessário. Esses instrumentos de monitoramento e reuniões de debate dos casos permitem intervenções mais eficazes projetando assim o caráter proativo da política de assistência social.

PMC e o enfrentamento das desproteções na articulação com o PAIF e com Política intersetorial de Saúde

O processo de envelhecimento é permeado por questões problemáticas como mitos e estigmas, de negação de direitos, precariedade dos serviços, questão de violências e muitas

outras expressões da questão social, para além dos aspectos biopsicossocial, multidimensional complexo como nos apontam Minayo (2006), Teixeira (2020; 2021), Fontenele (2020).

As desproteções sociais vivenciadas pelo público da Assistência Social advêm não apenas em decorrência de desigualdades estruturantes como pobreza, insuficiência ou privação de renda, mas também as geracionais, gênero, raça, etnia ou por deficiências.

Os espaços de discussão e diálogo entre ambas as políticas (saúde e assistência) são fundamentais para o trabalho intersetorial, envolvendo assim as interfaces para que participação articulada da rede seja de proposição de encaminhamentos e suporte mútuo, fluxos de referência e contrarreferência e com planejamento integrado, pautado em pactuações, reordenamento de princípios, saberes e ações, na busca de proteção à pessoa idosa e seu núcleo familiar e/ou comunitário.

Por ser um programa que se organiza de forma intersetorial, o PMC dispõe desta estratégia em sua execução sendo ela um elemento fundamental para o êxito das políticas públicas, haja vista que a intersetorialidade compreende olhar os cidadãos em sua totalidade para superação de suas necessidades. Considerando que as famílias (público alvo da Política de Assistência Social) lidam com os efeitos diretos da questão social e suas expressões, ou seja, com situações limites, relacionadas à sobrevivência humana (vulnerabilidades sociais e riscos), cuja realidade é demarcada por desproteções sociais vivenciadas pelo público da assistência social.

Neste âmbito, se compreende o Programa Maior Cuidado como um programa socioassistencial da política pública de assistência social cujas articulações intersetoriais potencializam a promoção deste nível de proteção social.

Trabalho Social com Famílias: PMC materializando Proteção Socioassistencial

Para que as pessoas idosas sejam incluídas no PMC, as famílias precisam ser atendidas/acompanhadas pela equipe técnica do PAIF, a fim de identificar a vivência de situações de desproteções relacionais e materiais vinculadas à dependência e semidependência, bem como as potencialidades, com vistas a fortalecer a função protetiva da família e a rede de apoio e proteção.

Uma vez incluído no PMC, o idoso e sua família permanecem sob o acompanhamento da equipe do PAIF através do programa, o que permite uma maior aproximação com o núcleo familiar e comunitário no território e possibilita compreender a dinâmica familiar e territorial.

A partir de então é possível favorecer a valorização do saber familiar e dos seus vínculos protetivos, propor e realizar intervenções que potencializam a atualização e a ampliação do universo informacional, pois muitas vezes a família é colocada no lugar de negligente por esgotamento e/ou desconhecimento dos cuidados da vida diária que requisita a pessoa idosa no contexto de dependência ou semidependência.

Outro importante instrumento do PMC é a Rotina de Cuidado da Assistência Social que é preenchida pelo Técnico de referência da equipe do PAIF em conjunto com o cuidador social de idosos. Este instrumento tem o objetivo de traçar um planejamento de ações dirigidas às famílias no atendimento realizado no domicílio.

Destaca-se que neste sentido, a presença do cuidador social de idoso é primordial para apoiar a família na oferta de cuidados da vida diária, bem como nas intervenções do trabalho social com famílias do PAIF. Este profissional apoia os membros responsáveis pelo cuidado reduzindo a sobrecarga e possibilitando a mediação do diálogo intrafamiliar e comunitário, a sensibilização e orientação para a melhoria ou adaptação do ambiente domiciliar, as reflexões e ações sobre uma nova situação que envolva mudança na dinâmica da família e a troca de vivências e de ideia (que podem se concretizar a partir de intervenções intersetoriais ou próprias do PAIF a partir das ações de oficinas na modalidades de reflexão, ação ou convívio ou acompanhamento em grupo), o acesso a direitos e os investimentos na qualidade de vida de todos as pessoas que participam do cuidado com a pessoa idosa.

O TSF desenvolvido no domicílio potencializam o vínculo da família, da rede comunitária do idoso e do território com o CRAS, pois todos sabem da presença do cuidador social no domicílio, o que contribui para que as demandas desses atores sociais sejam conhecidas pela equipe do PAIF. Assim, os profissionais podem apoiar o desenvolvimento de habilidades, viabilizar estratégias de enfrentamento positivo das situações implicadas nos vínculos de cuidado e as demais demandas identificadas e apresentadas pela comunidade à equipe.

As ações do PAIF também podem propiciar na família e no território reflexões e ações sobre as relações de cuidados estabelecidas e sobre a necessidade de ampliação e reorganização do cuidado intrafamiliar; a difusão de direitos das pessoas idosas e outros públicos vulneráveis seja por ciclo de vida ou dependência; e a importância do cuidado e apoio da rede comunitária quando possível; a desconstrução de mitos e preconceitos; e o aguçamento de observação da equipe e comunidade em relação à iminência de possíveis riscos de violências no território.

O PMC enquanto programa socioassistencial qualifica o TSF e possibilita que idosas e idosos possam ter continuidade de cuidados no âmbito familiar, evitando acionamentos de outros níveis dos Serviços de Alta e Média Complexidade do SUAS tais como Serviço de Acolhimento Institucional ou Serviços do CREAS tais como PAEFI (Programa de Atendimento Especializado À Família e Indivíduos) ou SPEDPI (Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias), conforme apresentou esta pesquisa.

Esses serviços são geralmente acionados em decorrência de situações de negligência que geram violências nas suas múltiplas formas, motivadas por falta/escassez, e em muitas das vezes por sobrecarga que a dinâmica de cuidado demanda da família (mulheres em sua maioria) e/ou insuficiência ou ausência de conhecimento em realizar cuidados específicos que requerem o cuidado à pessoa idosa, assim como fomenta o fortalecimento do vínculo familiar, comunitário e da rede local.

Também pode superar situações de isolamento, confinamento, apartação, conflitos e preconceitos contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos idosos, suas famílias e comunidade, propiciando acesso as famílias aos benefícios eventuais e demais programas e projetos socioassistenciais, e visando a garantia de renda, acolhida e convívio, próprias da PNAS. Ademais o recurso financeiro para acolhimento institucional custeado pela PBH de uma vaga para atender a uma pessoa idosa custa quase o quádruplo (3,77%) do aporte financeiro de um idoso e sua família no PMC. Evidenciando que prevenção é menos onerosa para o poder público.

Cabe também destacar que o processo de atendimento/acompanhamento familiar do TSF no PMC e demais públicos do SUAS requer uma compreensão de aspectos subjetivos e objetivos (aspectos esses que ainda estão sendo desvendados pelos trabalhadores do SUAS e precisam ser mensurados, monitorados, qualificados e quantificados) para que se possa realizar o planejamento de intervenções com qualidade e resultados à médio prazo.

Nesta perspectiva, entendemos que o trabalho social com as famílias é imaterial e ainda não há conhecimento de instrumentos que possam quantificar esta proteção social, uma vez que ela se apresenta no campo relacional. Cabe sublinhar que no ano de 2014, Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica (GGSPB), formulou um questionário que foi aplicado às famílias com o objetivo de quantificar o nível de proteção e vulnerabilidades da família, que funcionou como um método de apoio às equipes técnicas na identificação dos pontos de atenção a serem trabalhados junto às famílias. Contudo carece aprimorar o instrumental para

sistematização de dados de vulnerabilidades relacional e material, mas também que oportunizem diagnósticos para apoiar as equipes nas intervenções socioassistenciais e publicizar aos demais atores envolvidos a especificidade da política de assistência social para mais do que a segurança de renda.

As armadilhas da Economia do Cuidado reafirmando a lógica do familismo no PMC

Embora o PMC seja um programa inovador com objetivo de proteção social às pessoas idosas e suas famílias, não se pode furtar às reflexões de que, em um contexto social e de políticas públicas sob viés do conservadorismo, de focalização dos serviços e programas para famílias mais pobres, o Programa pode ser um “cavalo de Tróia” adentrando nos domicílios das famílias pobres, majoritariamente chefiadas por mulheres negras.

Ao “aderir” ao programa as famílias firmam um documento intitulado *Termo de Consentimento*¹² do PMC que apresenta as responsabilidades entre as partes. A “adesão” dessas famílias ao programa permite a presença de um agente do Estado (cuidador social de idosos) no cotidiano familiar, que adentra o domicílio no intuito de apoiar as famílias no cuidado com a pessoa idosa. Contudo, é preciso mencionar duas precauções necessárias: 1. Evitar seguir uma abordagem paternalista tirando a autonomia da família quando desconsiderar seus saberes e capacidades relativas ao cuidado, não só com idosos, mas também com demais membros familiares, e a organização da vida diária da família; e 2. Evitar que sejam desenvolvidas no domicílio ações intrusivas e controladoras em todo aspecto do âmbito familiar.

O Programa que nesta pesquisa aponta inovação, proteção socioassistencial, prevenção com o pouco acionamento de outros níveis de Proteção de Média (CREAS: PAEFI ou SPEPDI) e Alta Complexidade (ILPI) e com um custo reduzido em relação às vagas em acolhimento institucional, entre outros êxitos, é o mesmo programa que também apresenta em sua execução a gestão do cuidado, evocando a família enquanto sujeito central de todo processo, na sua responsabilização e de como [o cuidado] deve ser realizado.

¹² Termo de Consentimento do Programa Maior Cuidado Anexo 3.

Em uma sociedade em que há pouco debate em torno da economia do cuidado, o familismo reverbera. A economia do cuidado¹³ e o familismo desempenham papéis cruciais na estrutura social e econômica da sociedade. Considerando que o familismo, no âmbito da assistência social, é destacado pela centralidade da família, e em ser a primeira a ser convocada a fornecer suporte emocional e financeiro aos seus membros em momentos de necessidade, isto inclui o cuidado com crianças, idosos e pessoas com deficiência, em demonstração de compromisso e solidariedade.

No entanto, é importante destacar que as abordagens familista e paternalista podem ser potencializadas pela assistência social em suas ofertas de proteção e prevenção, através dos serviços, programas, benefícios e projetos socioassistenciais. Desta forma, podem contribuir com a sobrecarga de responsabilidades e cuidados sobre alguns membros da família e perpetuar desigualdades de gênero em termos de distribuição de cuidados não remunerados. Sob esta perspectiva, o PMC pode reforçar o uso do trabalho familiar não pago, invisível e majoritariamente realizado por mulheres. Como aponta Federici (2017) *o que eles chamam de amor, nós chamamos de trabalho não pago*, tece a autora sobre o trabalho doméstico considerando-o como tema central no debate sobre igualdade de gênero uma vez que é exercido majoritariamente pelas mulheres e meninas, e oferece condições emocionais e materiais para que o capitalismo ocorra.

A inserção do cuidador social do PMC nos domicílios das famílias vulneráveis, em sua maioria chefiada por mulheres negras, não pode envolver uma abordagem de “instruir” ou “ensinar” as mulheres e meninas sobre como cuidar de seus idosos e demais membros familiares que requerem cuidados. E nem as colocar como as únicas a terem que exercer a função de cuidados. Os agentes públicos e o cuidador social de idosos do programa não devem levantar questões referentes à autonomia e à capacidade das famílias exercerem o cuidado. Também não podem ser norteados por ações de julgamento ou por orientações que sejam realizadas de forma intrusivas e/ou excessivamente controladoras configurando o policiamento dos comportamentos e desfazendo o viés de direitos.

¹³ A economia do cuidado se concentra na produção e distribuição de cuidados, incluindo trabalho doméstico não remunerado, assistência a crianças, idosos e pessoas com deficiência. É uma parte vital da economia global, embora frequentemente subvalorizada e invisível em termos de reconhecimento e compensação financeira. Vale destacar que em 03/03/2023, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Família, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), com o objetivo de coordenar, em parceria com o Ministério das Mulheres (MM), a elaboração e a execução da Política Nacional de Cuidados e do Plano Nacional de Cuidados. E a nível municipal Belo Horizonte, publicou em 29/06/2023 a Portaria SMASAC nº 112/2023 que institui *o Grupo de Trabalho Intersetorial sobre Políticas de Cuidado com a finalidade de elaborar a proposta da Política Municipal do Cuidado e a proposta do Plano Municipal do Cuidado, no âmbito da SMASAC e dá outras providências.*

Para que o PMC não caia nestas armadilhas, é determinante promover uma abordagem metodológica que garanta ações para potencializar a autonomia e as habilidades dos indivíduos e famílias. Também é fundamental que o programa abarque de forma mais equitativa e sustentável o cuidado à pessoa idosa fortalecendo os sistemas de assistência social e saúde, para que as pessoas idosas e seus familiares tenham acesso a cuidados adequados, independentemente de sua situação familiar. O programa precisa contribuir igualmente com metodologias do TSF para construir coletivamente com a família e o território ações que potencializem a importância do compartilhamento de responsabilidade do cuidado, não apenas entre os membros da família e de modo especial às mulheres e meninas, mas também entre a Estado e a sociedade.

Por fim, a atual provisão do Programa Maior Cuidado é uma das ofertas socioassistenciais no município de Belo Horizonte/MG que atua como retaguarda das políticas de assistência social e da saúde, pois promove aquisições das seguranças socioassistenciais ofertadas pelo PAIF e de qualidade de vida e promoção da saúde, gerando proteção social aos idosos, suas famílias e comunidade e pode contribuir para debate em torno da Economia do Cuidado.

7.1 RECOMENDAÇÕES PARA APRIMORAMENTO DO PMC

As recomendações aqui apresentadas partem do contexto em que esta dissertação é produto de um mestrado profissional e apresenta como objeto de estudo um Programa Socioassistencial no qual a pesquisadora é também trabalhadora da política de assistência social tendo atuado entre os anos de 2013 a 2023. Considera-se, portanto, sua experiência de execução na provisão enquanto técnica de referência no PAIF para o PMC e na gestão no cargo de coordenadora de CRAS a partir da Gestão Local do PMC e debates nos grupos de coordenadores de CRAS do SUAS – BH.

Assim, a seguir apontamos elementos para aprimoramento do PMC no município com base nas análises dos resultados capturados nesta pesquisa, balizadas pela experiência profissional vivenciada pela pesquisadora, a considerar:

- Urgente a elaboração de um Caderno de Orientações Técnicas do PMC enquanto uma provisão socioassistencial do município para contribuir na concepção de proteção socioassistencial que o programa possibilita enquanto retaguarda do Serviço PAIF;

- A formalização institucional de protocolos e fluxos sobre o PMC, desde a inserção de uma pessoa idosa no programa até seu desligamento;
- A formulação de uma “*linha guia*” para preenchimento dos instrumentais do PMC no âmbito da assistência social que detalhe conceitos, fluxos, orientações sobre o preenchimento dos formulários (baseada na experiência da “*linha guia do idoso*”, adotada pela Regional Noroeste). O procedimento contribuirá para exemplificar a dimensões socioassistenciais e as seguranças afiançadas pelo programa assim como aprimorar os registros de monitoramento;
- O retorno e aprimoramento do questionário de avaliação do PMC, aplicado em 2014, no intuito de materializar a quantificação dos aspectos das seguranças socioassistenciais enquanto um instrumento de indicadores para micro e macro vigilância socioassistencial;
- A criação de estratégias para fomentar a inserção de idosos usuários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) como público prioritário para inserção no PMC;
- O aprimoramento do instrumental “*planilha de monitoramento mensal do PMC*”, com a inserção de campos para registro de dados da população alvo do programa. Entre eles, informações que possam quantificar os idosos beneficiários do BPC e outros programas de transferência de renda e socioassistenciais, dados sobre gênero e identidade de gênero da pessoa idosa, nome social e número de desligamentos de um mesmo idoso. Este aperfeiçoamento possibilitará qualificar os registros e conseqüentemente melhorar o monitoramento e avaliação do PMC;
- A criação de um banco de dados *online* e integrado para a gestão do PMC, com possibilidade de alimentação em tempo real pelas equipes do PAIF. Esta ação poderá garantir fidedignidade às informações desta provisão de Proteção socioassistencial, aperfeiçoamento da gestão e viabilização de estudos e análises mais condizentes com a realidade;
- O fomento à participação de todos os técnicos do PAIF na oferta e execução do PMC nos territórios, assim como nas capacitações. Isto porque a centralização das atividades relativas ao PMC apenas em um técnico de referência pode dificultar uma leitura ampla da equipe do PAIF sobre o programa e a gestão da informação em relação aos cuidadores sociais e às famílias. A ampliação da referência para toda a equipe potencializará o PMC enquanto retaguarda do Serviço PAIF;

- A promoção de seminários e oficinas de trabalho em nível municipal e regional, que envolvam as equipes das duas políticas responsáveis pelo PMC para disseminar o programa enquanto uma provisão socioassistencial, eventos que devem ser desenvolvidos em parceria com a Saúde. Esses encontros podem oportunizar alinhamentos de conceitos, fluxos, protocolos e processos de trabalho;
- O favorecimento de espaços de troca de experiências entre os profissionais do CRAS (gestores, técnicos do PAIF, cuidadores sociais e supervisores), no intuito de disseminar estratégias exitosas e desafiadoras enfrentadas no cuidado com idosos e suas famílias;
- A articulação com a Diretoria da Pessoa Idosa sobre o retorno da implementação do “*Kit Banheiro Seguro*” que possibilitou a instalação de estrutura física nos domicílios para evitar quedas dos idosos. Seria importante sua ampliação para todo o domicílio, viabilizando assim a melhoria da infraestrutura da moradia, que muitas vezes apresenta condições que vulnerabiliza o idoso e o coloca em situação de apartação da dinâmica familiar e comunitária;
- O aprimoramento da gestão dos coordenadores do CRAS sobre o trabalho dos cuidadores sociais, de forma a organizar a programação dos atendimentos para evitar horários vagos, otimizar os deslocamentos dos cuidadores sociais no território, equilibrar a divisão de trabalho do cuidador social com idosos dependentes e semidependentes, assim como com casos mais vulneráveis que demandam habilidades para seu manejo e costumam sobrecarregar os cuidadores sociais mais experientes/qualificados;
- O fomento de atendimento que garanta a integralidade na provisão dos diversos serviços, programas e projetos do SUAS, disponíveis no CRAS, potencializando a integração das equipes PAIF, PMC, SCFV, CadÚnico e outros;
- A promoção da articulação da Subsecretaria de Assistência Social com as universidades para a qualificação dos técnicos do CRAS e a produção de conhecimentos sobre esta experiência socioassistencial ainda inédita no país, e que pode ser referência para outras capitais;
- A oferta de capacitações para os cuidadores sociais de idosos e supervisores, no âmbito do PMC que contribuam para o aprimoramento da prática cotidiana na provisão de um Programa Socioassistencial. Esse aprimoramento deve desenvolver habilidades para o cuidado no domicílio e ser capaz de traduzir na prática, o que são e como atuar para a garantia das seguranças afiançadas no SUAS;

- Despertar o debate sobre economia do cuidado no intuito de contribuir para redução, redistribuição e reconhecimento dos cuidados às pessoas idosas executado pelas famílias no PMC, considerando que este trabalho é majoritariamente exercido por mulheres.

Em suma, vale mais uma vez salientar que a provisão do Programa Maior Cuidado assegura a proteção socioassistencial às pessoas idosas e suas famílias em situação de vulnerabilidade social. Contudo, atualmente a sua capilaridade ainda está restrita à área de abrangência de atendimento dos CRAS na cidade de Belo Horizonte/MG. O envelhecimento da população nesta capital aponta para a necessidade de ações de proteção e promoção da qualidade de vida da pessoa idosa.

A ampliação deste programa contribuirá para aumentar a cobertura da proteção socioassistencial aos idosos elegíveis, contudo, é n que esta oferta não pode ser dissociada do PAIF, serviço de proteção social básica que concretiza o TSF. Sendo assim, considerando que a cobertura dos CRAS não abrange todo o município, seria importante um investimento do executivo na implantação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para a Pessoa com Deficiência e Idosa à luz da expertise adquirida em nível municipal com 12 anos de desenvolvimento do Programa Maior Cuidado. E a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa não estará exclusivamente a cargo da família (mulheres), mas em corresponsabilidade do Estado, por meio de seus Serviços e Programas.

Por fim, ressaltamos que este estudo e suas considerações e apontamentos não se esgotam nele. Que outros estudos e pesquisas ocorram para contribuir com conhecimento e aprimoramento desta importante provisão de proteção socioassistencial. Ansiamos que os profissionais do SUAS BH possam usufruir deste estudo para agregar no cotidiano de seu trabalho, assim como ambicionamos que os profissionais e pesquisadores, que atuam na política de assistência social, produzam mais publicações científicas referentes ao PMC, tanto quanto já são efetivadas no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, M.L.M. **Metodologia de trabalho com famílias e comunidades nos núcleos de apoio à família.** Pensar BH. Política Social, Belo Horizonte, v. 13, p. 17-21, 2005.
- AKERMAN, M. *et al.* **Intersetorialidade? Intersetorialidade!** Rev. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- ALMEIDA, N. L. T. **Educação e Infância na Cidade: dimensões instituintes da experiência de intersetorialidade em Niterói.** 2010. 387 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói/Rio de Janeiro, 2010.
- ALVES, Adriana. **Assistência Social. História, Análise Crítica e Avaliação.** Curitiba: Ed. Juruá, 2011.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANVISA, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.** Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA, 2005.
- AREDES, Janaina 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, BRASIL.** *In:* International Journal of Integrated Care DOI: 10.5334/ijic.5619. 2021a.
- AREDES, Janaina de Souza *et al.* **Inovação e cuidados socio sanitários: a experiência do Programa Maior Cuidado.** *In:* Revista Pensar Educação, 2021b. Disponível em: <https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/inovacao-e-cuidados-socio-sanitarios-a-experiencia-do-programa-maior-cuidado> / Acesso: 28/08/2022
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf / Acesso:20/07/2022
- BARBOSA, Danielle Cristina A. **Políticas Públicas e Envelhecimento Populacional: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Minas Gerais: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2019.
- BARBOSA, Danielle Cristina A., BRONZO, Carla. **A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira.** *In:* Rev. Estudios Working Papers ISSN 2174-9515. Ano (2020), Vol. 7. Núm.156, págs. 309-324.

BARROS, Janaina Carvalho; LIRA, I. C. D. **Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na Política de assistência Social**. MAIS 60: ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO, v. 28, p. 42 a 61-61, 2017.

BEALES D, TULLOCH AJ. **Community care of vulnerable older people: cause for concern**. Br J Gen Pract. 2013;63(615):549-50.

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **A Política Municipal do Idoso tem por objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade**. Lei 7.930, de 30 de dezembro de 1999.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Decreto nº 10.953 de 15 de Fevereiro de 2002**. Regulamenta o Fundo Municipal do Idoso - FUMID, criado pela Lei no 8.288, de 28 de dezembro de 2001.

BELO HORIZONTE. **Portaria SMAAS nº 004/2014**. Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1116962> /Acesso: 21/04/2022

_____. **Lei nº 7930/99 de 30 de dezembro de 1999**. Autoriza o Executivo a associar o Município a outras entidades, visando à criação de associação civil comunitária e dá outras providências. Dez. 1999. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/7932/1999> Acesso: 21/04/2022

_____. **Decreto no 17.298, de 17 de março de 2020**, que dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio e de enfrentamento e contingenciamento, no âmbito do Poder Executivo, da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19. 2020. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, mar. 2020. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/decreto/17298/2020> /Acesso: 21/04/2022

_____. **Portaria SMASAC nº 036, DE 19 de Março de 2020**. Dispõe sobre medidas temporárias para fins de prevenção ao contágio e à propagação do COVID-19 no âmbito Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania. 2020. **Diário Oficial do Município de Belo Horizonte**, mar. 2020 Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1227071> /Acesso: 21/04/2022

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. São Paulo: Nova Fronteira, 1970.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
Acesso: 21/04/2022

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990.

_____. Lei No 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso. Lei no 8.842, de janeiro de 1994. 1ª edição, Brasília. Reimpresso em maio de 2010.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 05 jan. 1994. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.html Acesso: 21/04/2022

_____. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Brasília, DF. Diário Oficial da União. Disponível em:
<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf> /Acesso: 21/04/2022

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional Dos Direitos Do Idoso. Resolução nº 2, de 14 de dezembro de 2006.

_____. **Estatuto do idoso**: Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 169 p.

_____. Lei no 10.836. **Cria o programa Bolsa Família e dá outras providências**. Brasília, 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 12 jan. 2004.

_____. Decreto no 5.109, de 17 de junho de 2004. **Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências**. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 18 jun. 2004b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5109.html Acesso: 21/04/2022

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional. **Política Nacional de Assistência Social**, PNAS, nov. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social**, NOB SUAS, jul. 2005.

_____. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN** com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 set. de 2006.

_____. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.** Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, 25 nov. 2009.

_____. **Lei 12.435, de 6 de junho de 2011.** Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, 07 jul. 2011.

_____. **Orientações Técnicas sobre o PAIF- Volume 1.** O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS/SNAS, 2012a.

_____. **Orientações Técnicas sobre o PAIF- Volume 2.** Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF. Brasília: MDS/SNAS, 2012b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.** Brasília, 2012c.

_____. **CAPACITASUAS - Caderno 1: Assistência Social: Política de Direitos à Seguridade Social - Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da PUCSP.** Brasília: MDS, 2013.

_____. **Orientações Técnicas da Vigilância Socioassistencial.** Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Fundamentos éticos-políticos e rumos teórico-metodológicos para fortalecer o Trabalho Social com Famílias na Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas: Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.** - Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos** – Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017b.

_____. **Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020.** Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União, Brasília, 2020.

BRAVO, Maria Inês. **A Política de Saúde no Brasil.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo, Editora Cortez, 2009.

BRONZO, Carla, VEIGA, Laura. **Intersetorialidade e política de superação da pobreza: desafios para prática.** In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 92, SP, Cortez, 2007.

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento à pobreza: experiência de Belo Horizonte e São Paulo.** *In: Revista Planejamento e Políticas Públicas – PPP*, 2010.

CARMONA, Daniele Rodrigues Souza; SOUZA, Gislaine Alves; SANTOS, Fernanda de Oliveira. **Transversalidade de Gênero e Mulheres na Política de Assistência Social: Uma Análise Documental.** *In: Revista sociais e humanas - vol. 32 / nº 2 - 2019.*

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, out./dez. 2017.*

CARNEIRO, Annova M.F.; VIEIRA, Margarete C.V.; ARAUJO, Maria do S.S. **Qualificando a Política de Assistência Social nos Estados do Pará, Maranhão e Ceará e nos municípios de amostra da pesquisa empírica.** *In: O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no norte e nordeste: realidades e especificidades. São Paulo. Cortez, p.55-80. 2019.*

CASTRO, Cláudio Phillippe Fernandes de. **Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. FIOCRUZ, 2021.

CEDEPLAR, **Diagnóstico sobre o envelhecimento da população do Município de Belo Horizonte.** Caracterização demográfica e socioeconômica do idoso do Município de Belo Horizonte - Situação atual e perspectivas populacionais. Vol 2. Belo Horizonte. UFMG, 2017.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COSTA, Eliete Resende. **A implementação de serviços socioassistenciais: uma análise do PAIF e seus desafios para garantia de seguranças sociais.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Minas Gerais: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2016.

COUTO, Berenice Rojas *et al.* **O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: uma realidade em movimento.** Ed: Cortez. 2010.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** *In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.*

DRAIBE, Sônia Mirian. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas.** *In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Tendências e perspectivas de políticas e programas sociais. São Paulo: ICE/PUC-SP, 2001.*

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: Política nacional do idoso: velhas e novas questões / Alexandre de Oliveira*

Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomin - Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p.457-478.

DUTRA, Wagner Honorato; CORRÊA, Rosa Maria. **O grupo operativo como instrumento terapêutico-pedagógico de promoção à saúde mental no trabalho.** PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2015, 35(2), 515-527.

ERCOLE, Flávia F, MELO, Samara; ALCOFORADO, Carla L G C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática.** *In:* Revista Mineira de Enfermagem, vol.18. 2014. p.9-12.

FAGUNDES, Marília L.C.C. **Programa Maior Cuidado:** uma avaliação do programa feita pelos idosos e familiares atendidos no território do CRAS Califórnia. Monografia (especialização). Curso de Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em áreas Urbanas. FAF - Departamento de Sociologia. UFMG, 2019.

FAUSTINO, Taiane Q. S. **A intersetorialidade no sistema único de assistência social:** um diálogo com a literatura atual. Revista Perspectivas em Políticas Públicas, 153 - 192. Editora: UEMG. Belo Horizonte/MG. dez, 2014.

_____. Taiane. Q. S. **Intersetorialidade:** tendência contemporânea na organização de Políticas Públicas. A experiência do Programa Maior Cuidado. Revista Políticas públicas, comunicação e governança informacional. v. 1, p. 78, 2016.

_____. Taiane. Q. S. **Programa Maior Cuidado potencializando proteção social aos idosos em situação de vulnerabilidade social:** a experiência do CRAS Senhor dos Passos-BH/MG. Serviço Social em Debate, [s.l.], v. 1, n. 2, 2018. (publicado em 2020).

_____. Taiane. Q. S. **Acompanhamento Familiar no Âmbito da Proteção Social Básica uma realidade em aprimoramento:** As Estratégias de Intervenções do Técnico do CRAS (Assistente Social) no SUAS. In. Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. 16º. Brasília (DF, Brasil), 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1135> /Acesso: 10/06/2022

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a Bruxa:** mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017, 406p. http://coletivoscorax.org/wp-content/uploads/2019/09/CALIBA_E_A_BRUXA_WEB-1.pdf / Acessado em 01/06/2023.

FERREIRA, Gracyelle Costa. **Assistência Social, no enlace entre a cor e o gênero dos (as) que dela necessitam:** análise sobre as relações étnico-raciais e de gênero no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). 2016. 288 f. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

FIOCRUZ, **Programa Maior Cuidado – Projeto Cuidador de Idosos, Qualificando e Humanizando o Cuidado** – Uma experiência intersetorial da Secretaria Municipal de Belo Horizonte. *In:* Saúde da Pessoa Idosa. Boas Práticas. 2013. <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/maior-cuidado#> Acesso: 20/07/2022

FIGUEIREDO, Kênia A. **Comunicação Pública e Assistência Social:** conexão entre direitos humanos e democracia. Editora:Biografia - São Paulo, 2018.

FONTENELE, Iolanda Carvalho. **Ações extensionistas emergenciais de enfrentamento da COVID19, voltadas para pessoas idosas no âmbito da política de assistência social: percursos analíticos e operacionais.** *In: Diálogos e vivências com o SUAS em tempos de COVID19 / organizadoras, Iracilda Alves Braga, Rosilene Marques Sobrinho de França, Teresa Cristina Moura Costa. – Teresina: EDUFPI: Cancioneiro, 2020.*

GODOY, Arilda S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** *In Revista de Administração de Empresas, v. 35 n.2 Mar/Abril 1995a, p.57-63. Pesquisa qualitativa- tipos fundamentais, In: Revista de Administração de Empresas, v. 35 n.3 Mai/Jun 1995b, p. 20-29.* GOMES, Maria do Carmo; MUSSE, Márua Bitta; MONTEIRO, Leonor; SILVA, Vanessa Cristina Lopes e. **Experiência do centro de saúde felicidade na assistência ao idoso frágil.** *In: Anais 12º Congresso Brasileiro Medicina da Família e Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:629 Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1393> Acesso:02/01/2022*

GOTTILIED, LM, ALDERWICK H. **Integrating Social and Medical Care: Could it Worsen Health and Increase Inequity?** *Ann Fam Med. 2019;17(1):77-81.*

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena. **El cuidado: sus formas, relaciones y actores. Reflexiones a partir del caso de Brasil.** *In: El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay / Nadya Araujo Guimarães. [et al.]; compilado por; Helena Hirata; Nadya Araujo Guimarães. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020. Libro digital, PDF. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200810034952/El-Cuidado-en-Am-Latina.pdf> Acesso: 15/03/2023*

GUIMARÃES, Cátia. **Um país mais velho: o Brasil está preparado?** *In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. EPSJV/Fiocruz. 2022.* <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/um-pais-mais-velho-o-brasil-esta-preparado> Acesso: 03/03/2023

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022

IAMAMOTO Marilda Vilela; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 24ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INOJOSA, Rose Marie. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional.** *In:* Revista de Administração Pública (RAP), RJ, Fundação Getúlio Vargas, n.32, v. 2, 1998.

_____. Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade.** Cadernos FUNDAP, São Paulo, n. 22, 2001.

INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** *In:* EL TRÁNSITO de La cultura al modelo de la gerencia pública. Caracas: UNESCO/Clad. 1998. p. 63-124. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf> / Acesso: 28/01/2022

JACCOUD, L. B. BRASIL. *In* Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Seminário Nacional Sobre Trabalho Social com Famílias na Política Nacional de Assistência Social.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014. 275 p. Degravação

JUNCA, Denise. **Nas fronteiras da subalternidade.** *In:* Revista Serviço Social e Sociedade, nº 63. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates, Luciano A. Prates. **Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal.** Rev. de Administração Pública, Rio de Janeiro, n. 2, v. 32, 1998.

LLOYD-SHERLOCK, Peter; GIACOMIN, Karla Cristina. **Programa Maior Cuidado – um programa pioneiro de atendimento comunitário para idosos no Brasil.** Global Platform, 2020. Disponível em: <https://corona-older.com/2020/11/24/programa-maior-cuidado-um-programa-pioneiro-de-atendimento-comunitario-para-idosos-no-brasil/> Acesso: 18/04/2021

LLOYD-SHERLOCK, Peter; GIACOMIN, Karla; SEMPÉ, Lucas. **The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people.** *In:* BMC Health Services Research. volume 22, Article number: 176 (2022)

LOTTA, Gabriela *et al.* **A pandemia de Covid-19 e os profissionais da assistência social no Brasil.** Nota Técnica. Fundação Getúlio Vargas. Agosto. 2022. Disponível em: <https://www.impacto.blog.br/site/wp-content/uploads/2020/08/pesquisa-assit%C3%Aancia-social-NEB-fase-2-blog-impacto.pdf> Acesso: 01/09/2022.

LIPSKY, Michael. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos.** Brasília: Editora, 1980 [2019].

MELO, E.M.; Silva, J.M.; AKERMAN, M; BELISÁRIO, S A. **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança.** 1ª. ed. Folium. v. 1. 338p, Belo Horizonte: 2016.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. **REVISÃO INTEGRATIVA: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Rev. Contexto Enfermagem, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64. 2008.

MENICUCCI, Telma. **Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais.** Rev. Pensar BH/Política Social. BH, n° 33, p.10-13, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Coleção Antropologia & Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. Maria Cecília de Souza. **Visão Antropológica do envelhecimento humano.** In.: SESC. Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC/PUC-SP, 2006.

_____. Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 25a ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Maria Cecília de Souza; SILVA Raimunda Magalhães da; BRASIL, Christina César Praça. **Cuidar da pessoa idosa dependente: desafios para as famílias, o estado e a sociedade [livro eletrônico]** organizadoras. 1ª ed. Fortaleza/CE: Editora da UECE, 2022.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e políticas sociais.** In: BOSCHETTI, Ivanete et.al (Orgs.). Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Regina Célia Tamasso. **Família e Assistência Social: subsídios para o debate do Trabalho dos Assistentes Sociais.** In: Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2010.

MONNERAT, Giselle Lavinias **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do programa bolsa família.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____, G. L.; SOUZA, R. G. de. **Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos.** SER Social, [S. l.], v. 12, n. 26, p. 200–220, 2010. DOI: 10.26512/ser_social.v12i26.12708. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12708 / Acesso em: 19/06/2022.

_____, Giselle; SOUZA, Rosimary. **Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

_____, Giselle; SOUZA, Rosimary. ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais.** São Paulo: Ed. Papel Social, 2014.

MORAES, Claudia Leite de. *et al.* **Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento.** Rev. Ciênc. saúde coletiva, n° 25. Outubro, 2020.

MOTA, Ana Elisabete. **O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade.** 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

_____, Ana E.; MARANHÃO, César H. SITCOVSKY, Marcelo. **As tendências da política de assistência social, suas e a formação profissional.** *In:* O Mito da Assistência Social. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2009. pp.180-198.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde:** a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul-set. 2004.

NASCIMENTO, Milayne Christina Barros do, CARVALHO, Poliana de Oliveira. **O SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA EM DOMICÍLIO PARA IDOSOS: A EXPERIÊNCIA DE PIRÍPIRI-PI.** *Somma, Teresina /PI*, v.1, n.2, p.68-76, jan./jun. 2016.

NASCIMENTO, Sueli. **Reflexões sobre intersectorialidade entre políticas públicas.** *In:* Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 101, 2010.

NEVES, Liliane; ALBUQUERQUE, Simone (Coord). **Caderno de orientações para elaboração de relatórios técnicos socioassistenciais: aspectos éticos, técnicos e metodológicos.** Minas Gerais: Conselho Regional de Serviço Social, 2020.

NOGUEIRA, Jucimara G. M. **A oferta do Programa Maior Cuidado e sua execução na política de assistência social através da proteção social básica no CRAS Independência no Município de Belo Horizonte- MG.** Trabalho de Conclusão de Curso. Minas Gerais: Faculdade de Tecnologia Cachoeiro de Itapemirim, 2020.

PEREIRA, Glauber Viana. **A interseccionalidade e os marcadores sociais de raça, classe e gênero nas concepções e práticas de profissionais e usuários dos Centros de Referência de Assistência Social do Município de Belo Horizonte.** Dissertação. UFMG. Belo Horizonte: UFMG, 2020.

PEREIRA, Potyara. A. P. **Estado, Regulação e Controle Social Democrático.** *In:* Política social e Democracia. pp. 25-42. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

_____, Potyara. A. P. **Como conjugar especificidade e intersectorialidade na concepção e implementação da política de assistência social.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano XXV, n. 77, p. 54- 62, 2004.

_____, Potyara. A. P. **Necessidades Humanas:** Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007. 214 p.

_____, Potyara. A. P. **A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética.** *In:* MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. (Org.). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais.* pp. 21-39. Campinas: Ed. Papel Social, 2014.

PEREIRA, K. Y. de L.; TEIXEIRA, S. M. **Redes e intersectorialidade nas políticas sociais:** reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Rev. Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 12 n. 1, p. 114-127, 2013.

PBH, Prefeitura de Belo Horizonte. **PBH oferece atendimento domiciliar para idosos. 2018.** Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?reload=9&time_continue=2&v=O3ZN3suZcic&feature=emb
 Acesso: 16/04/2022

REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: II VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2022/06/seguranca-alimentar-covid-8jun-2022.pdf>
 Acesso:30/08/2022.

RIBEIRO, Adalgisa. *et al.* **Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso.** *In:* Revista Ciência & Saúde coletiva, vol. 24, 2019. p.2859-286.

ROCHA, Sônia. **Pobreza no Brasil:** Afinal do que se trata? Editora: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

ROCHA, Ana Paula Lopes, ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Atendimento domiciliar ao idoso:** novas fronteiras de atuação da psicologia na perspectiva do trabalho intersetorial. *In:* 16º encontro nacional sua resistência política à cristalização das instituições humanas, ao propor um evento cujo tema "Psicologia social e seus movimentos". 2011.

Rocha, Ana Paula Lopes. **Cuidado com a velhice:** interdisciplinaridade e intersetorialidade. Dissertação. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

ROCHA, Ana Paula Lopes, ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Cuidado com a velhice:** interdisciplinaridade e intersetorialidade. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 638-640, dez. 2015.

SADDI, Fabiana da Cunha; LLOYD-SHERLOCK, Peter; CARVALHO, Poliana Carvalho; FERREIRA, Quesia Nayrane; GIACOMIN, Karla. **“Os Cuidadores também precisam de Cuidado”** O Cuidador Social De Um Programa Comunitário Com Pessoas Idosas (PMC) Em Tempos De Covid-19 No Brasil. Global Plataform. 2021. Disponível em: <https://corona-older.com/2022/02/18/os-cuidadores-tambem-precisam-de-cuidado-o-cuidador-social-de-um-programa-comunitario-com-pessoas-idosas-pmc-em-tempos-de-covid-19-no-brasil> / Acesso: 30/08/2022.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** - 4ª ed. 2ª reimpr. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, R.C.; SILVA, G.F.; LACERDA, R.S. **Desafios da articulação intersetorial entre saúde e assistência social:** uma revisão integrativa. Rev. Baiana Saúde Publica, v. 45, n. 2, 2021: pp. 195-212.

SARTINI, Cristina M., CORREIA, Arlene M. **Programa Maior Cuidado:** Qualificando e humanizando o cuidado. *In:* Revista Pensar BH, nº 31, Belo Horizonte, 2012.

SILVA, Fernanda Lima; SANDIM, Tatiana Lemos; MAGRI, Giordano Morangueira; LOTTA, Gabriela. **O nível de rua na pandemia:** a percepção de profissionais da linha de

frente da assistência social sobre a implementação de políticas. *Rev. de Administração Pública* | Rio de Janeiro 54(5):1458-1471, set. - out. 2020.

SMAAS, Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). **Metodologias de trabalho social com Famílias na Assistência Social**. Secretária Municipal de Políticas Sociais. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. 2007.

SMASAC. **Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). TERMO DE COLABORAÇÃO - 2016 – 0005. PROGRAMA MAIOR CUIDADO**. 2021. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/portal-das-parcerias/pt8ta_smasac_2021_gdecom_16-50.pdf /Acesso: 21/07/2022

SOUSA, Silvana Carvalho Bacelar. **As Normatizações do SUAS em Tempos de Pandemia: alterações necessárias para assegurar o atendimento na rede socioassistencial**. *In: Diálogos e vivências com o SUAS em tempos de COVID19 / organizadoras, Iracilda Alves Braga, Rosilene Marques Sobrinho de França, Teresa Cristina Moura Costa*. Teresina: EDUFPI Cancioneiro, 2020.

SOUZA, G.S. *et al.* **Programa de cuidado à pessoa idosa dependente: estudo de caso em um município do sudeste do Brasil**. *In: Minayo, M.C.S.; Silva, R.M.; Brasil, C.C.P. (Orgs.). Cuidar da pessoa idosa dependente: desafios para as famílias, o estado e a sociedade [livro eletrônico]*. 1. ed. Fortaleza, CE: Editora da UECE, 2022.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *In: Rev. Einstein*. 2010; 8 1 Pt 1):102-106.

SPOSATI, Aldaiza. **Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social**. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano XXV, n. 77, p. 31-54, 2004.

_____. **A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência**. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 85, pp. 133-141, mar. 2006.

_____. **A. SUAS E PROTEÇÃO SOCIAL NA PANDEMIA DA COVID-19: Nota Técnica do NEPSAS**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. 129 p.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização do cuidado**. *In: Rev. Serviço Social e Sociedade*, nº 137. pp. 135-154. 2020.

_____. Solange M. e SILVA, **Política de assistência social: entre o familismo e a desfamíliação**. *In: Rev. Emancipação*. Ponta Grossa. Vol.20. p.1-18. 2020.

TEIXEIRA, SOLANGE MARIA. **Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas**. *SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE*, v. 3, p. 447-466, 2021.

TORRES, A. S. BRASIL. **Seminário Nacional sobre o Trabalho Social com Família na Política Nacional de Assistência Social**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014. 275 p. Degravação.

_____. A. S. **Convívio, convivência e proteção social: entre relações, reconhecimentos e políticas públicas.** São Paulo: Ed. Veras, 2016.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social do Brasil:** Estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2ª edição. Rio de Janeiro: UCAM/IUPERJ, 2000.

YAZBEK, M. Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 - CARTA DE APRESENTAÇÃO

Belo Horizonte, 21 de setembro de 2022

À Diretoria de Gestão do Sistema Único de Assistência Social - DGAS/SUAS-BH e à Diretoria de Proteção Social Básica - DPSB/SUAS-BH

Prezadas,

Sou **Taiane Queithe da Silva Faustino**, servidora da PBH e estudante do Programa de pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (mestrado profissional), da Universidade Federal de Minas Gerais, orientada pela Professora Dra. **Adalgisa Peixoto Ribeiro**.

O projeto de pesquisa que dará origem à minha dissertação final intitulado "**PROGRAMA MAIOR CUIDADO DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19: potencialidades e desafios no SUAS/BH**" tem o objetivo de analisar o PMC enquanto uma oferta de proteção socioassistencial. Especificamente, objetiva realizar a caracterização desta oferta no município de Belo Horizonte-MG, segundo recursos de estrutura e ações realizadas, de sua implantação à pandemia da COVID-19 (2011 a 2022); descrever a organização e a oferta do PMC no contexto da pandemia de COVID-19 e identificar como o PMC é abordado na produção científica à luz do conceito de proteção socioassistencial.

Vimos, *mui* respeitosamente, solicitar a estas Diretorias a autorização para acesso aos dados da Planilha de Monitoramento do Programa Maior Cuidado. A coleta dos dados será efetivada por meio da planilha em arquivo Excel de monitoramento mensal do Programa Maior Cuidado do município, que é atualizada mensalmente desde a implantação do Programa e demais documentos de avaliação e/ou monitoramento que a Subsecretaria de Assistência Social utilize.

Nos comprometemos a usar os dados exclusivamente para a pesquisa de mestrado, garantindo o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Certas de contar com a colaboração destas Diretorias, agradecemos antecipadamente a atenção recebida.

Atenciosamente,

Taiane Queithe da Silva Faustino

Adalgisa Peixoto Ribeiro

ANEXO 2 - TERMO DE COMPROMISSO

Subsecretaria Assistência Social - SUAS
Diretório de Gestão de SUAS - DGAS
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação Permanente - CGTEP

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, *Taiane Queilhe da Silva Faustino*, pesquisadora (or) responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **PROGRAMA MAIOR CUIDADO DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19: potencialidades e desafios no SUAS/BH** sob orientação da (o) Profa. (or) professora *Dra. Adalgisa Peixoto Ribeiro* vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (mestrado profissional), da Universidade Federal de Minas Gerais, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para fins de pesquisa, bem como declaro estar ciente das exigências e responsabilidades abaixo discriminadas:

I- Caberá à (ao) pesquisadora (or):

- a) Encaminhar por e-mail à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente (pesquisasuas@pbh.gov.br) projeto de pesquisa descrevendo os objetivos, justificativa e definição de prazos para início e término da pesquisa;
- b) Assegurar o direito à privacidade das (os) usuárias (os) e trabalhadoras (es) entrevistada (os), bem como o sigilo das informações, considerando os pressupostos éticos da pesquisa científica;
- c) Garantir a fidedignidade dos dados coletados;
- d) Informar sobre eventual alteração de cronograma e/ou interrupção da pesquisa com a devida justificativa;
- e) Antes de iniciar a pesquisa de campo e coleta de dados, encaminhar por e-mail à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente (pesquisasuas@pbh.gov.br), no caso de projetos que envolvam seres humanos, parecer consubstanciado, ou documento de natureza semelhante, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado ao Sistema CEP/CONEP;
- f) Manusear as peças do acervo preservando o patrimônio institucional, deixando o material em perfeita ordem. Ressalta-se que o acesso aos documentos e

dependências dos espaços pesquisados dar-se-á mediante autorização da (o) responsável pelo setor, condicionado ao horário de funcionamento da unidade.

- g) Citar a fonte de coleta dos dados e/ou informação em publicações e eventos de natureza acadêmica (seminários, simpósios, congressos, encontros, palestras, etc);
- h) Encaminhar por e-mail à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente (pesquisasuas@pbh.gov.br) a versão final do trabalho de pesquisa (monografia, dissertação, tese, artigo ou produto equivalente), tão logo tenha sido aprovado;
- i) Disponibilizar-se a apresentar os resultados da pesquisa após a conclusão às (aos) trabalhadoras (es) da Assistência Social do município;
- j) Arcar com custos de transporte, impressões de materiais e outros dispêndios financeiros para realização da pesquisa.
- k) Zelar para que as recomendações vigentes de medidas de prevenção ao contágio do novo coronavírus (COVID-19) sejam cumpridas nas ações presenciais da pesquisa.

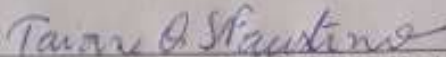
II – A Subsecretaria de Assistência Social se reserva ao direito de:

- a) Autorizar ou vetar a pesquisa após análise do projeto, de acordo com o interesse público;
- b) Viabilizar ou vetar o acesso aos dados solicitados pela (o) pesquisadora (or) durante o período de realização da pesquisa;
- b) Manter em sigilo toda a documentação do projeto, até que a esta seja liberada pela (o) autora (or), oficialmente;
- c) Rescindir o presente termo caso haja alguma alteração de cronograma ou interrupção da pesquisa, sem a devida comunicação à SUASS;
- d) Descumprimento de quaisquer dos itens registrados, caso a (o) pesquisadora (or) não cumpra as obrigações previstas no item I deste termo, ou a bem do interesse público.
- e) Desobrigar-se de gastos no custeio da pesquisa.


III – Disposições Gerais

- a) Em hipótese alguma as atividades desenvolvidas pela (o) pesquisadora (or) configurem vínculo empregatício com a SUASS;
- b) Não cabe à SUASS qualquer responsabilidade por eventuais acidentes pessoais com a (o) pesquisadora (or);
- c) A Subsecretaria de Assistência Social – SUASS da Prefeitura de Belo Horizonte deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Belo Horizonte, 03 de outubro de 2022.



Solicitante/pesquisadora (or)



Professora (or) orientadora (or) ou Coordenadora (or) do Programa

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

Secretaria Municipal de Assistência Social Segurança Alimentar e Cidadania
Subsecretaria municipal de Assistência Social
Diretoria de Proteção Social Básica

TERMO DE CONSENTIMENTO PROGRAMA MAIOR CUIDADO

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

1 Programa Maior Cuidado

- 1.1 O Programa Maior Cuidado é ofertado pela Prefeitura de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania - SMAAS em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde – SMSA;
- 1.2 É executado por uma Organização da Sociedade Civil – OSC, da rede socioassistencial por meio de parceria com a PBH;
- 1.3 Oferece um cuidador na atenção domiciliar a idosos dependentes ou semidependentes, identificados a partir do acompanhamento de famílias realizado pelas equipes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias - PAIF, nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e pelas Equipes de Saúde da Família nos centros de saúde;
- 1.4 Visa apoiar as famílias no cuidado domiciliar de rotina a idosos que vivenciam situações de vulnerabilidade por sua condição social e de saúde; pela ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária, prevenindo o agravamento das vulnerabilidades;
- 1.5 O cuidador do Programa deverá observar os princípios e as normas de conduta ética estabelecida pela Portaria SMAAS 004/2014 – *Código de Conduta dos Cuidadores de Idosos do Programa Maior Cuidado* e exercer as atribuições definidas pela PBH de acordo com as diretrizes do Programa;
- 1.6 A carga horária e a periodicidade do atendimento ao idoso, pelo cuidador, serão de acordo com o estabelecido pela PBH;
- 1.7 A família não terá nenhum ônus em razão da presença do cuidador no seu domicílio.

**2 Cabe ao Cuidador**

- 2.1 Seguir as orientações da equipe técnica do CRAS e dos profissionais do Centro de Saúde;
- 2.2 Contribuir com ações que possam promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como contribuir com a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e a participação plena e efetiva das pessoas idosas;
- 2.3 Contribuir e apoiar o acesso à rede socioassistencial;
- 2.4 Favorecer relações socioafetivas na família e na comunidade, escutando e valorizando a história de vida da pessoa idosa atendida;
- 2.5 Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, o idoso ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- 2.6 Estimular o idoso a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;
- 2.7 Facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada e a comunidade;
- 2.8 Orientar a família na organização do cuidado ao idoso (tarefas, funções, atividades);
- 2.9 Estimular a autonomia do idoso;
- 2.10 Participar de processos de formações e capacitações promovidos pela OSC e SMASAC;
- 2.11 Participar das reuniões com o CRAS e os Centros de Saúde para acompanhamento e discussão de casos;
- 2.12 Se ater às suas funções, cumprindo-as com responsabilidade, de acordo com as orientações da PBH;
- 2.13 Manter uma relação de respeito e cooperação com a família;
- 2.14 Seguir as orientações estabelecidas pela PBH e OSC parceira do Programa em relação à sua conduta profissional;
- 2.15 Comunicar aos familiares sobre o cotidiano do idoso.

3 Cabe à família

- 3.1 Ler e estando de acordo, assinar este Termo de Consentimento;
- 3.2 Disponibilizar o acesso do cuidador à residência para o atendimento ao idoso;
- 3.3 Acolher as orientações dos profissionais da Assistência Social, da Saúde e do cuidador;



- 3.4 Respeitar o horário do cuidador e as suas atribuições;
- 3.5 Conhecer as atribuições do cuidador e facilitar a sua intervenção;
- 3.6 Respeitar as funções do cuidador determinadas pela PBH;
- 3.7 Ajudar o cuidador na atenção ao idoso nos casos em que for necessária a cooperação de outra pessoa, como nas transferências de um local para o outro, mudanças de decúbito, banho, nos períodos de agitação do idoso;
- 3.8 Informar ao CRAS sobre o trabalho do cuidador (cumprimento do horário, faltas, qualidade do atendimento);
- 3.9 Não atribuir ao cuidador nenhuma função que não seja de conhecimento ou autorizada pela PBH;
- 3.10 Responsabilizar-se pelo cuidado diário do idoso;
- 3.11 Responsabilizar-se pelos encaminhamentos aos serviços em caso de intercorrências e internações;
- 3.12 Acompanhar o idoso, durante o período em que permanecer hospitalizado, de acordo com o Estatuto do Idoso e demais legislações;
- 3.13 Responsabilizar-se pelo cuidado ao idoso nos casos de ausência do cuidador;
- 3.14 Participar de reuniões e atendimentos no CRAS e Centro de Saúde, sempre que convocada;
- 3.15 Comunicar ao CRAS problemas e situações conflituosas entre o cuidador e o idoso e/ou demais familiares;
- 3.16 Comunicar ao CRAS situações de negligência do cuidador, no atendimento ao usuário;
- 3.17 Seguir as orientações da Equipe de Saúde da Família/NASF sobre rotinas de cuidado do idoso;
- 3.18 Zelar pelo plano terapêutico, mantendo em sigilo as informações que foram registradas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família/NASF;
- 3.19 Solicitar junto ao Centro de Saúde de referência o agendamento de consultas especializadas, medicamentos e insumos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 3.20 Utilizar os serviços da Rede SUS nos casos de urgência ou emergência, encaminhando o idoso para o atendimento nas UPA's ou acionando o SAMU;
- 3.21 Informar ao CRAS e ao Centro de Saúde as situações de internação do idoso, alta hospitalar, ocorrência de quedas, aspiração de alimentos, aparecimento de sinais de alerta ou piora do estado geral do idoso, mudança de endereço, óbito ou desejo de desligamento do Programa;



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

Secretaria Municipal de Assistência Social Segurança Alimentar e Cidadania
Subsecretaria municipal de Assistência Social
Diretoria de Proteção Social Básica

4 Estou ciente e de acordo que

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

Idoso

Familiar ou responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

