

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Marcelo Sant' Anna Pereira

PROGRAMA MAIOR CUIDADO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Belo Horizonte
2025

MARCELO SANT' ANNA PEREIRA

PROGRAMA MAIOR CUIDADO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestra em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury

Belo Horizonte

2025

P436p Pereira, Marcelo Sant'Anna.
 Promoção da Saúde e Prevenção da Violência [recurso eletrônico]. /
 Marcelo Sant'Anna Pereira. - - Belo Horizonte: 2025.
 79f.: il.
 Formato: PDF.
 Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

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

 1. Idoso. 2. Política Pública. 3. Colaboração Intersetorial. 4. Assistência
 Domiciliar. 5. Vulnerabilidade em Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I.
 Cury, Geraldo Cunha. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
 de Medicina. III. Título.

NLM: WY 200



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **doze** horas e **trinta minutos** do dia três de fevereiro de dois mil e vinte cinco, modo presencial, sala 807- da Faculdade de Medicina UFMG, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **MARCELO SANT'ANNA PEREIRA**, número de registro **2022688168**, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube ao Prof. Geraldo Cunha Cury - Orientador (UFMG). Inicialmente o Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (UFMG) e Prof. Rubens Lene Carvalho Tavares (UFMG). Em seguida o Presidente autorizou o aluno a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**Programa Maior Cuidado do Município de Belo Horizonte**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação APROVADA. O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 03 de fevereiro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Geraldo Cunha Cury, Professor do Magistério Superior**, em 04/02/2025, às 11:15, 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 **Rubens Lene Carvalho Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 04/02/2025, às 12:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tarcisio Marcio Magalhaes Pinheiro, Professor(a)**, em 04/02/2025, às 16:47, 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 **3932159** e o código CRC **81919F4E**.

Referência: Processo nº 23072.206869/2025-84

SEI nº 3932159

Dedico à minha mãe, por me mostrar que a vida clama por arte, a meu pai que me ensina a envelhecer com razão, emoção e cuidado, a minha esposa que caminha ao meu lado e compartilha as dores e as delícias de nossa estrada e a meus filhos pelo amor que me cerca e brota em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador pela disponibilidade e atenção.

Aos colegas do curso pelas discussões e compartilhamento de conhecimentos, habilidades e afeto;

Aos professores do curso pelas orientações, conhecimento e empatia. Em especial ao amigo e Prof. André Dias, Profa. Carla Machado, Profa. Graziella Oliveira, Profa. Amanda Reinaldo e Prof. Luiz Silva;

A toda equipe de meu trabalho, que me ajuda a compreender a complexidade das demandas destinadas à Política de Assistência Social em nosso cotidiano, além do apoio e incentivo;

Aos idosos e familiares atendidos pelo Programa Maior Cuidado, pelos ensinamentos que me fazem crescer tanto profissional como pessoalmente;

Às colegas da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania por todo incentivo e apoio;

A todas e todos que participaram de alguma forma da concepção desse trabalho, seja apoiando, incentivando, compartilhando algum texto ou leitura parcial de minha escrita. Em especial à Abigail Torres e Márcia Mansur;

Por fim, à minha família e amigos, pelo incentivo e que, apesar de meus esforços, certamente, passaram por momentos de ausência minha.

“Não sei por quê, mas ninguém conversa mais comigo. E mesmo quando estou junto das pessoas, elas parecem não se lembrar de mim. Afinal não tenho culpa de ser velha”
(Clarice Lispector, 2016, p.462)

RESUMO

Avaliando o fenômeno do envelhecimento da população, a Prefeitura de Belo Horizonte iniciou uma discussão intersetorial, que culminou na criação do Programa Maior Cuidado, no município, em 2011, com o intuito de apoiar famílias vulneráveis no cuidado de pessoas idosas dependentes ou semidependentes, por meio de atendimento em domicílio. Trata-se de uma oferta da Política de Assistência Social com a cogestão da Política de Saúde. No Brasil, iniciativas dessa natureza são escassas, tornando-se importante conhecer a organização e alcance do Programa de Belo Horizonte. Neste trabalho, apoiando-se nos conceitos e normativas dessas duas Políticas, buscou-se compreender seu funcionamento e seus principais resultados, através de revisão bibliográfica integrativa e análise dos documentos oficiais do Programa. Os resultados foram descritos, como preconizada na metodologia de Laurence Bardin, dentro de categorias de análise. Neste Trabalho, as categorias são: Intersetorialidade; Promoção da Saúde e Prevenção da Violência; Avaliação do Programa; Análise dos dados do PMC, em 2023; e Funcionamento do Programa. O estudo demonstrou as potencialidades e efeitos do Programa, como essas duas Políticas se apropriam do Programa e como a iniciativa intersetorial é tecida no cotidiano do trabalho dos profissionais envolvidos. Além disso, com a organização realizada dos resultados e material estudado neste trabalho é possível apoiar novas pesquisas sobre o assunto.

Palavras-chave: pessoa idosa; política pública; intersectorialidade; Programa Maior Cuidado; promoção da saúde; prevenção da violência.

ABSTRACT

Assessing the phenomenon of population aging, the City hall of Belo Horizonte began an intersectoral discussion, which culminated in the creation of the Programa Maior Cuidado (Greater Care Program), in the municipality, in 2011, with the aim of supporting vulnerable families in the care of dependent or semi-dependent elderly people through home care. This is an offer from the Social Assistance Policy with the co-management of the Health Policy. In Brazil, initiatives of this nature are scarce, making it important to know their organization and scope of this Program. In this work, based on the concepts and regulations of these two Policies, we sought to understand their functioning and their main results, through an integrative bibliographic review and analysis of the Program's official documents. The results were described, as recommended in Laurence Bardin's methodology, within analysis categories. In this Work, the categories are: Intersectorality; Health Promotion and Violence Prevention; Program Evaluation; Analysis of PMC data, in 2023; and Operation of the Program. The study demonstrated the potential of the Program, how these two Policies are appropriated by the Program and how the intersectoral initiative is woven into the daily work of the professionals involved.

Keywords: elderly person; public policie; intersectorality; Programa Maior Cuidado (Greater Care Program); health promotion; violence prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Estratégia de Pesquisa bibliográfica em três descritore	30
Quadro 1 – Descritores utilizados na estratégia de pesquisa	30
Figura 2 – Revisão Bibliográfica - critérios de inclusão e exclusão	33
Quadro 2 – Caracterização dos trabalhos incluídos na revisão bibliográfica	36
Tabela 1 – Dados do Instrumental de Registro Mensal do Programa Maior Cuidado – Prefeitura de Belo Horizonte – 2023	61
Gráfico 1 – Média de idosos por cuidadora em cada CRAS, em dezembro de 2023	64
Figura 3 – Organograma da Gestão do Programa Maior Cuidado, de Belo Horizonte, com as principais atribuições de cada esfera, definido pela portaria conjunta de 2019.	67
Figura 4 – Fluxo operacional de atendimento do Programa Maior Cuidado de Belo Horizonte, como identificado em 2024.	68

LISTA DE SIGLAS ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACI	Associação de Cuidadores de Idosos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVD	Atividades da Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CadÚnico	Cadastro Único do Governo Federal
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
D e SD	Dependente e Semidependente
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS/MeSH	Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subjects Headings
DIAS	Diretoria de Assistência em Saúde
DOM	Diário Oficial do Município
DPSO	Diretoria de Proteção Social Básica
DRAS	Diretoria Regional de Assistência Social
DRES	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
eMulti	Equipe Multidisciplinar
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GDECOM	Grupo de Desenvolvimento Comunitário
GGPSB	Gerência de Gestão da Proteção Social Básica
GGSPB	Gerência de Gestão de Serviços da Proteção Social Básica
GGTEP	Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente
GT	Grupo de Trabalho
GVISO	Gerência de Vigilância Socioassistencial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INO	Instrução Normativa
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OSC	Organização da Sociedade Civil
PACF	Profissional de Apoio aos Cuidados Familiares
PAEFI	Serviço de Atendimento Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Serviço de Atendimento Integral à Família
PAF	Plano de Acompanhamento Familiar
PICo	Público, Intervenção e Contexto
PBF	Programa Bolsa Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PMC	Programa Maior Cuidado
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMASAC	Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMPOG	Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão
SMPS	Secretaria Municipal de Políticas Sociais
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPEPDI	Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUASS	Subsecretaria de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
TED	Transferência Evitável de Domicílio
TSF	Trabalho Social com Famílias
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Interseções SUS/SUAS.....	20
1.2 Programa Maior Cuidado (apresentação).....	24
2 OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo geral.....	28
2.2 Objetivos específicos.....	28
3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	29
3.1 Critérios de Seleção	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 Descrição dos trabalhos identificados na revisão bibliográfica	38
4.1.1 Trabalhos com tendência dos resultados ligados à Política de Assistência Social.....	38
4.1.2 Trabalhos com tendência dos resultados ligados à Política de Saúde	41
4.1.3 Trabalhos com resultados equilibrados entre as Políticas de Assistência Social e Saúde	46
4.2- Categorias de Análise	48
4.2.1 Intersetorialidade	49
4.2.2 Promoção da Saúde e Prevenção da Violência	53
4.2.3 Avaliação do Programa	55
4.2.4 Análise dos dados do PMC, em 2023.....	58
4.2.5 Funcionamento do Programa Maior Cuidado	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

REFERÊNCIAS.....	78
-------------------------	-----------

APRESENTAÇÃO

Essa história começa com meus pais. Desde muito jovem, as preocupações com o envelhecimento e planejamento com essa etapa da vida perpassa meus dias. Meu pai deixou de fumar aos 43 anos, depois de fumar por mais de 20, e mudou hábitos de alimentação e atividade física. Alguns anos depois, aposentou-se e buscou atividades de seu interesse para criar novas rotinas e ocupações. Sempre demonstrando a importância desses detalhes para um envelhecimento ativo e tranquilo. Minha mãe também se aposentou cedo e buscou, além da atividade física, cursos de diversas áreas artísticas e culturais (música, dança, jardinagem/paisagismo, escultura, cerâmica, clube de leitura e criou o Sarau da família), demonstrando a importância de planejar o envelhecimento e, nesse projeto, cercar-se de amigos e familiares. Essas linhas traçadas rabiscam minhas relações com minha esposa, filha, filho e com os outros. Atualmente, meus pais continuam morando no apartamento em que cresci e, neste ano de 2025, eles farão 85 anos (mãe) e 90 anos (pai). Meu pai é o principal cuidador familiar de minha mãe, que, desde 2019/2020 apresentou um quadro diagnosticado como Alzheimer. Essas vivências de envelhecimento, do cuidado e trocas com meus pais e meus irmãos influenciam muito a minha experiência frente à Referência Técnica do Programa Maior Cuidado e nessa pesquisa.

No campo profissional, formado em psicologia, sempre trabalhei em equipes multidisciplinares, que começa no Hospital Bias Fortes, como bolsista do projeto de extensão chamado “Projeto Brincar”, que se tratava de brincar com crianças que tinham doenças crônicas (leucemia, diabetes, etc) e escutá-las, enquanto esperavam por suas consultas. O contato direto com os médicos e assistente social desse ambulatório foi valioso. E, de certa forma, esse projeto misturou um pouco as especialidades médicas, a psicologia e o serviço social, apesar de, à época, na minha cabeça, tratarem-se de saberes bem separados.

Ao me formar, trabalhei em um projeto social de desenvolvimento de renda através do trabalho com bambu. Buscava-se criar bambuzerias cooperativas, em parceria com prefeituras da região centro-oeste do país. As equipes eram formadas por artistas, artesãos, assistentes sociais e psicólogos. A soma dos trabalhos desses profissionais era uma nova construção de autonomia, autoestima e renda para os participantes do projeto. Quase na mesma época, trabalhei como voluntário em uma creche, com atendimento psicanalítico de crianças. A primeira sessão era com a

professora, depois com os pais, normalmente, a mãe e, só depois, a criança. Esse trabalho, juntamente com a Especialização em Teoria Psicanalítica, se transformou em meu primeiro texto formal: “A Psicanálise de Crianças e Suas Fronteiras: O Lugar dos Pais” (Pereira, 2005), formalizando o conhecimento e prática. Faltou me atentar para o lugar da professora nessa história. Também era curioso pensar como a equipe que abordava crianças em situação de rua, que era composta por pessoas formadas em História, Serviço Social, Sociologia, Filosofia e Psicologia, trabalho que participei, por alguns meses, no “Programa Miguilim” da Prefeitura de Belo Horizonte.

Precisei ir trabalhar em uma instituição que se encarregava da Inclusão da Pessoa com Deficiência para conhecer aspectos da equipe multi, inter e transdisciplinar. Lá, pude encontrar os lugares das (os) professoras (es), terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogas (os), profissionais de educação física, de artes, serviços gerais, portaria, etc., e, ainda, das instituições de escolas, empresas e famílias. Entendi que o lugar de cada conhecimento também podia se misturar e construir novos saberes, no caso, sobre a Inclusão. Como se tratava de uma Organização da Sociedade Civil (OSC), aventurei-me na Pós-Graduação em Gestão de Projetos e Programas Sociais, que culminou em meu segundo texto formal: “A utilização da Matriz Lógica em Projetos Sociais” (Pereira, 2015), que avalia a ferramenta de gestão participativa utilizada em uma OSC.

Após esse período de nove anos atuando na OSC, trabalhei como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado eMulti, na política de Saúde, na região metropolitana de Belo Horizonte. Já sabia trabalhar com equipes multidisciplinares e o trabalho com a equipe composta por psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e profissional de educação física, pudemos desenvolver várias ações de apoio à saúde coletiva, na Atenção Básica de Saúde. Realizamos um trabalho, em especial (e que ainda não se transformou em texto), em que eu, como psicólogo, a assistente social, juntamente com a gestão da saúde, representantes do CRAS, da escola, da alta complexidade do SUAS municipal e a família em questão, desenvolvemos um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Naquele momento, foi muito exitoso, tanto o diálogo entre os profissionais, quanto a participação da família, para se pensar as ações e responsabilidade de cada um para que essa família pudesse superar suas dificuldades.

Atualmente, como Analista de Políticas Públicas da Prefeitura de Belo Horizonte, apostei no Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência para melhor sistematizar meus conhecimentos e apoiar no desenvolvimento dos serviços, programas e projetos do SUAS-BH, que se finaliza com a escrita de meu terceiro texto formal, ou seja, a presente dissertação: sobre um programa que atua no apoio para famílias vulneráveis, no cuidado de idosos dependentes e semidependentes, através da intersetorialidade e equipes multidisciplinares, no atendimento domiciliar.

Na introdução deste texto, buscou-se explicitar o contexto em que se insere o Programa Maior Cuidado, objeto de estudo, e fundamentação teórica, através dos conceitos das duas políticas (Assistência Social e Saúde), pois, tratava-se de uma iniciativa intersetorial (que se estende à OSC) e me levaram à pergunta inicial dessa pesquisa.

Na seção de Objetivos, traduziu-se essa pergunta em objetivos geral e específicos da pesquisa e, logo após, na seção de Estratégias de Pesquisa, pode-se compreender o caminho metodológico e fundamentos da metodologia escolhida para melhor responder – ou traduzir – os objetivos da pesquisa.

Na quarta seção, de “Resultados e Discussão”, foram apresentados a organização do material pesquisado e os resultados com comentários e discussões, em cada Categoria de Análise, que ora se apresentaram e ora foram adaptadas para reportar melhor os resultados, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Por fim, as Considerações Finais, seção em que foi possível alinhar as principais questões/situações apresentadas e indicar novos caminhos.

Boa leitura!

1 INTRODUÇÃO

O mundo tem vivenciado o envelhecimento da população, fenômeno conhecido como transição demográfica, consequência de baixos níveis das taxas de mortalidade e fecundidade, melhores condições de saúde e aumento da expectativa de vida da população. Dessa forma, entendeu-se a necessidade de se pensar soluções para as demandas e necessidades desse grupo específico da população, tema deste projeto.

Considera-se Pessoa Idosa, o grupo das pessoas acima de 60 anos de idade. No Brasil, essa transição começou a ocorrer na metade do século XX (Nascimento, 2020). Em 2021, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizou projeções populacionais e estimou uma mudança considerável na estrutura etária do país, com a perda do peso relativo dos mais jovens (até 15 anos) e aumento do peso relativo dos idosos (acima de 65 anos), em todos os cenários projetados. No cenário em que a fecundidade se mantém constante, os mais jovens representarão, em 2100, aproximadamente 13% da população, ao passo que os idosos, cerca de 30%. Contudo, no cenário em que o processo de envelhecimento é mais rápido e acentuado, em 2100, os idosos serão 40% da população (IPEA, 2021). No Brasil, de acordo com os dados do Data SUS, a população acima de 60 representa 14,67%, em 2021. Em Belo Horizonte, a taxa de pessoas idosas, em 2012, disponíveis no DATASUS, representava 12,61% da população da cidade (Brasil, 2023^a). Em 2021, essa população é de 18,72%. Houve, portanto, de 2012 a 2021, um crescimento de 48,45% na representatividade da população idosa em relação à população total de Belo Horizonte.

No que tange aos idosos mais vulneráveis, o Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico) – que dá acesso a direitos e benefícios para as famílias que necessitam de algum tipo apoio – apresentou que, em dezembro de 2023, 109.653 pessoas idosas estavam inscritas nas bases do CadÚnico, no município de Belo Horizonte. Desses, 16.248 estavam abaixo da linha da extrema pobreza, ou seja, possuíam renda abaixo de R\$109,00 por pessoa da família.

Tornou-se imprescindível, nesse cenário, que se pense em Políticas Públicas para dar conta de demandas específicas que surgem com o crescimento da população

idosa e, além disso, passou a ser importante considerar que as pessoas com mais de 60 anos se tornam mais vulneráveis à violência, uma vez que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam menor independência física, econômica ou mental. Considera-se que quanto maior o nível de dependência do idoso, maior sua vulnerabilidade, especialmente quando o convívio familiar torna-se estressante ou quando há um despreparo dos cuidadores (Oliveira, 2018).

Esse cenário cria uma tensão às Políticas Públicas em lidar com as demandas e necessidades específicas dessa população. Em uma iniciativa importante, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), após um processo amplo de discussão no Grupo de Trabalho Intersetorial (GT Idoso), coordenado pela, então, Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS), em março de 2011, implantou o Programa Maior Cuidado (PMC) (Faustino, 2016, p.89).

Em reportagem no Diário Oficial do Município (DOM) de 2 de abril de 2011, o PMC foi apresentado como projeto Cuidador de Idosos que

[...] consiste no acompanhamento domiciliar da rotina de idosos semi-dependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e pela ausência de acesso a possibilidades de inserção, habilitação social e comunitária. O objetivo era prevenir situações de risco, exclusão e isolamento (Belo Horizonte, 2011, p.1).

De acordo com essa reportagem, o Programa Maior Cuidado era coordenado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, com a cogestão da Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente, o Programa oferecia dois projetos: um em que se realizavam alterações físicas nas residências, implantando “Kit banheiro seguro”, adaptações de segurança com barras de segurança, piso antiderrapante, elevação de bacia sanitária (Fagundes, 2019, p.13), que não existe mais; e o Projeto Cuidador de Idosos, que passou a adotar, sozinho, o nome de Programa Maior Cuidado.

O perfil dos idosos que entram no Programa, inicialmente, passa pelas questões de grau de dependência, avaliada pela Saúde e pela vulnerabilidade social, avaliada pela Assistência Social. No instrumental de avaliação para a entrada no PMC, o grau de dependência leva em consideração as dificuldades da pessoa idosa em relação a Atividades de Vida Instrumentais, tais como cozinhar, utilizar equipamentos, fazer compras e organizar seus medicamentos, e a Atividades de Vida Diárias, como vestir-se, tomar banho, alimentar-se.

O território de atendimento ou abrangência desse Programa se dá pela interseção dos locais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Saúde (CS), equipamentos da Proteção Social Básica e da Atenção Básica de Saúde, respectivamente. Dessa forma, tornou-se possível a atuação integrada das equipes dos dois equipamentos e troca de informações sobre as famílias e indivíduos participantes ou participantes potenciais do Programa.

1.1 Interseções SUS/SUAS

A Constituição de 1988 é um marco na criação das políticas públicas no Brasil. A partir dela, tornou-se possível estabelecer Sistemas Únicos, com direção única através dos Ministérios e Secretarias Estaduais e Municipais, porém com ações descentralizadas e distribuídas entre os governos Federal, Estaduais e Municipais, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (Brasil, 1990). Ou seja, a descentralização é entendida como redistribuição de poder, redefinições de papéis entre as esferas governamentais e controle social (NOB SUS 93).

O Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como um dever do Estado, com atendimento integral, universal e gratuito a toda população brasileira (Brasil, 1990), tem sua organização hierarquizada e regionalizada.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou os Centros de Saúde (termo mais utilizado em Belo Horizonte) fazem parte da Atenção Básica de Saúde, primeiro nível hierárquico e porta de entrada no SUS. Define-se Atenção Básica como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012a, p.19).

A Atenção Básica conta com as Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, também, com equipe complementar, denominada de Equipe Multidisciplinar (eMulti). Essas equipes atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Básica, dividindo a responsabilidade pela população e pelo território, em articulação intersetorial e redes de saúde (Brasil, 2023a). As equipes podem ser compostas por profissionais de

medicina, da arte e educação, educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, atuando de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico às equipes da Atenção Básica.

De acordo com a página da Prefeitura de Belo Horizonte, na internet, atualmente, no município, conta-se com 152 Centros de Saúde que comportam 596 Equipes de Saúde da Família.

A Assistência Social é definida na Constituição brasileira, de 1988, como não contributiva, um dever do Estado, um direito, que deve ser prestada a quem dela necessitar. Sendo afirmada como um direito e organizada através do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a Assistência (centrada na família e com especial atenção ao território) busca dar aos seus usuários uma condição de viver de forma digna e autônoma (Brasil, 2009b) e rompe com um passado assistencialista e benevolente.

Os principais pressupostos que fundamentam o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) são: descentralização, territorialização e intersetorialidade (Faustino, 2016, p. 83).

A Política de Assistência Social também é organizada de forma descentralizada, com responsabilidades específicas de cada esfera do governo, ou seja, Federal, Estadual e Municipal. Dessa forma, aponta-se que é função do município executar a Política de Assistência Social através de seus equipamentos, serviços, projetos e programas.

Uma base territorial é o que aproxima o SUAS da população, buscando estabelecer seus equipamentos nos territórios onde sua população esteja mais vulnerável. Vulnerabilidade que pode decorrer, do ponto de vista material, da pobreza, privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos; e do ponto de vista relacional, na fragilização de vínculos afetivos, de pertencimento social decorrentes de discriminações etárias, étnicas, de gênero, relacionadas à sexualidade, deficiência, dentre outras (Brasil, 2012b, p. 12).

Na organização do Sistema Único da Assistência Social, seguindo também a organização da Saúde, foram estabelecidos três níveis de proteção social: proteção social básica, com o intuito de ser preventiva, de forma a fortalecer vínculos familiares e autonomia; seguida da proteção social especial de média complexidade, que possui a finalidade de trabalhar com famílias em situação de violação de direitos, com

vínculos familiares ou comunitários rompidos; e proteção social especial de alta complexidade, que atua no acolhimento institucional, através de abrigos (Brasil, 2009b).

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é o equipamento que territorializa a Proteção Social Básica e se aproxima da população, possibilitando, na maioria das vezes, o primeiro acesso da população a essa política (Brasil, 2009b, p.14). A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8742/93), alterada pela Lei 12.435/11, apresenta, em seu artigo 3º, o CRAS como uma

[...] unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias (Brasil, 2011).

Os CRAS estão localizados nos territórios mais vulneráveis para facilitar o acesso à Assistência Social, às famílias que dela precisam. No caso de Belo Horizonte, por se tratar de uma metrópole – cidade com mais de 900.000 habitantes –, é previsto que cada CRAS tenha capacidade de ser referência para até 5.000 famílias (Ferreira, 2011, p.30)

No CRAS, há previsão de ofertar três serviços da Proteção Básica: o serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (Brasil, 2009c). Em Belo Horizonte, este último serviço ainda não foi implantado e, apesar do PMC ofertar atendimento domiciliar para pessoas idosas, não se pode confundi-los, pois além de possuírem objetivos um pouco diferentes, o programa da PBH tem a sua gestão partilhada entre as políticas de Saúde e Assistência Social.

O PAIF é o principal serviço do CRAS, que materializa seus objetivos através do trabalho social com as famílias, de forma proativa, protetiva e preventiva, no sentido de “prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2011, art.24-A).

O trabalho social com famílias, com o objetivo de atuar nas condições de vida familiar e dos indivíduos, perpassa pelas seguranças afiançadas pelo SUAS. Para além dos espaços de atendimentos em boas condições, através de escuta qualificada,

informação e oferta de serviços da rede socioassistencial e intersetorial, se dá a **segurança de acolhida**. A **segurança de renda**, que é mais concreta, se realiza por meio da concessão de auxílios e benefícios financeiros.

Duas seguranças menos palpáveis se apresentam com a “construção, restauração e o fortalecimento” de laços e vínculos de natureza geracional e intergeracional, familiar, comunitários, que são os objetivos principais da **segurança de convívio familiar e comunitário**. Também busca-se proporcionar a **segurança de desenvolvimento da autonomia**, que preconiza a liberdade, independência e protagonismo, objetivando o desenvolvimento de capacidade e habilidade para o exercício da cidadania. Por fim, a **segurança de apoio e auxílio**, que se materializa nas situações de riscos circunstanciais, como no de desastres e calamidades públicas, com a oferta de auxílios materiais e pecúnia de caráter transitório e eventual (Brasil, 2012c).

Levando em consideração que as demandas dos usuários do SUAS e do SUS são multifacetadas, “fenômenos multidimensionais, para os quais ainda não há soluções” (Bronzo, 2020) e para dar conta de apoiá-los na superação dessas vulnerabilidades, não basta um trabalho setorial, ou seja, de uma só política pública, seja ela da Educação, ou da Saúde, ou da Assistência Social, ou da Segurança Pública etc. A atuação entre os setores se mostra importantíssima, no sentido da integralidade das ações estatais no apoio de resolução dessas questões.

Integralidade aqui entendida como atenção, com foco na família e/ou indivíduo, que se materializa em ações de promoção e prevenção, como garantia de acesso a todos os níveis de complexidade dos sistemas (Brasil, 2009a).

Uma interface possível, proposta pelo presente Mestrado Profissional, é a junção da Promoção da Saúde e Prevenção da Violência como uma percepção dos fenômenos sociais dentro da Saúde e vice-versa. A promoção da Saúde é entendida aqui, sem entrar nas discussões importantes do uso político e da polissemia do termo (Mattioni; Rocha, 2023), como partilhamento de informações de saúde, autonomia das usuárias, corresponsabilidade dos cuidados e integralidade.

Em relação à prevenção da violência, a Organização Mundial de Saúde conceitua a violência contra o idoso como uma ação ou omissão que causam prejuízos, sofrimentos, lesão ou morte a esses indivíduos (WHO, 2002). A Proteção Social Básica, como dito anteriormente, trabalha com a prevenção do rompimento dos

vínculos familiares e comunitários, no sentido de prevenir agravos e vulnerabilidades sociais. Silva *et al.* (2024, p. 6) apontam que há correlações entre vulnerabilidade, desproteções e violência.

Grosso modo, para a Política de Assistência Social, no que diz respeito à palavra risco, ela pode ser entendida como a exposição a contingências, eventos, choques e tensões. Já vulnerabilidade está ligada aos recursos e à capacidade de responder a essas contingências, bem como às dificuldades em lidar com elas, que podem ser materiais – relacionadas a recursos financeiros e ao acesso a serviços públicos – ou relacionais – como conflitos, preconceito/discriminação, abandono, apartação, confinamento, isolamento e violência (Brasil, 2017). Para a Saúde Coletiva, o termo vulnerabilidade é usado como suscetibilidade de pessoas ou comunidades a problemas ou condições de saúde, nas dimensões individuais (biológicos), sociais (contexto) e programática (efeitos de políticas, programas e serviços de saúde) (Faustino, 2023, p.34).

O Programa Maior Cuidado nasce na interseção desses dois setores, a Assistência Social e a Saúde, no sentido de buscar a promoção da saúde (nos termos da Atenção Básica em Saúde) e a proteção integral da população idosa vulnerável de Belo Horizonte (como preconizada pela Proteção Social Básica).

1.2 Programa Maior Cuidado (apresentação)

Como apresentado anteriormente, após discussão no GT intersetorial (GT do Idoso) sobre a pessoa idosa, o PMC foi lançado em 2011. Inicialmente, o Programa foi desenhado para a Política de Saúde, entretanto, foi impossível incorporar a profissional “Cuidadora Social”¹ na equipe de Saúde. Com o projeto já elaborado e orçado, a Política de Assistência Social abraçou o Programa (Araújo, 2020, p.317). Assim, foram contratadas 127 cuidadoras, atuando em todos os 26 CRAS com os quais o município contava, com meta de atendimento de 200 idosos. Em 2013, o programa chegou a atender 440 idosos e, em 2016, com a troca da Organização da Sociedade Civil (OSC), da Associação de Cuidadores de Idosos (ACI) para o Grupo

¹ Apesar do programa possuir cuidadores do gênero masculino, a maioria é de mulheres. Nesse trabalho, então, essa categoria de trabalhadoras será tratada no feminino. O mesmo acontece em relação às técnicas do PAIF e usuárias do PMC e outras profissionais, na tentativa de respeitar o que se vê na realidade.

de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), a meta de atendimento foi adequada para 400 idosos, número já ultrapassado pelo atendimento do PMC.

Ainda em 2014, foi publicada a Portaria da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), uma importante normativa que define os padrões éticos de conduta da Cuidadora Social. Oficialmente, a profissão passou a ser incorporada à Administração Pública Municipal (Faustino, 2023, p.82).

Somente em 2019, com a Portaria Conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), foram estabelecidas as atribuições de cada ator, princípios e diretrizes para a gestão e operacionalização do PMC. Foi quando o programa, enfim, foi formalizado. Em seu artigo 2º, o programa é apresentado como

[...] uma provisão da Política Pública da Assistência Social desenvolvida intersetorialmente com a Política Pública de Saúde direcionada à prevenção de agravos de vulnerabilidade sociais associadas ao fenômeno do envelhecimento, por meio de suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio (Belo Horizonte, 2018).

E no artigo 3º, são explicitados os objetivos de “apoiar, as famílias no cuidado às pessoas idosas, estimular a autonomia dos usuários e de suas cuidadoras, fortalecer os vínculos familiares e comunitários e ampliar a participação social”. Já o artigo 4º aponta que o PMC apoia pessoas idosas dependentes e semidependentes e suas famílias, mas que também apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial e intersetorial. Além disso, o artigo 6º deixa claro que o Programa deve ser ofertado de forma articulada e complementar ao trabalho desenvolvido com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) (Belo Horizonte, 2019).

Nesse mesmo ano, através do “Projeto Estratégico – SUAS BH Protege”, o PMC foi ampliado para mais 8 CRAS, que foram implantados pela PBH após 2011, mas que ainda não contavam com o PMC. Assim, o programa passou a contar com 169 cuidadoras e meta de atendimento de 620 idosos.

Na “Orientação Técnica sobre o PMC”, de 2022 (documento não publicado e cedido pela PBH), a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC) aponta que o PMC

[...] apoia as famílias nas atividades de cuidados às pessoas idosas que vivenciam situação de dependência de cuidados de terceiros em decorrência de agravamento de vulnerabilidades sociais apresentando como objetivos;

Prevenir a exclusão, o isolamento; Contribuir para evitar, ou adiar o acolhimento institucional; Contribuir para melhorar a qualidade do cuidado familiar para as pessoas idosas; Contribuir para a inclusão social e equiparação de oportunidades; Contribuir para o desenvolvimento e manutenção da autonomia do idoso; Contribuir para alívio da sobrecarga da cuidadora familiar (Belo Horizonte, 2022; não publicado).

Em um trabalho publicado como “Boas Práticas – Saúde da Pessoa Idosa”, no site da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de 2013, atribuído à Secretaria Municipal de Saúde, através da intitulada Coordenadora da Experiência, Cristina Maria Sartini, o Programa Maior Cuidado é apresentado da seguinte forma:

O Programa Maior Cuidado é um programa intersetorial resultante da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, e Associação de Cuidadores de Minas Gerais (ACI)². Realiza atenção domiciliar por meio da oferta de cuidadores para idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social e respectivas famílias (Sartini, 2013).

E apresenta os objetivos do Programa como sendo os de

[...] prevenir ou retardar a institucionalização; fortalecer a função protetiva da família; reduzir internações hospitalares; reduzir risco de quedas/fraturas; favorecer a manutenção da independência e da autonomia; melhorar a qualidade de vida, tanto do idoso quanto da família; e qualificar e humanizar o cuidado no domicílio (Sartini, 2013).

Ainda como apresentação do Programa, um documento da PBH, intitulado como “Plano de Trabalho do Programa Maior Cuidado 2020”, que visa firmar parceria com uma OSC, a GDECOM, para a execução do PMC de 2020 a 2025, indica o programa como uma provisão da Política Pública de Assistência Social, executado pela Subsecretaria de Assistência Social, por meio de parceria com a GDECOM e com a corresponsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. A intersetorialidade do programa se estende para fora do setor público e esse documento aponta que essa parceria busca

[...] garantir a atenção às pessoas idosas dependentes e semidependentes, que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso a possibilidade de inserção, habilitação social e comunitária, visando à prevenção de agravos que possam desencadear o rompimento dos vínculos familiares e comunitários (Belo Horizonte, 2020).

² A então instituição parceira da Prefeitura de Belo Horizonte, para a contratação e treinamento das cuidadoras e cuidadores sociais do Programa Maior Cuidado. Atualmente a instituição parceira é o Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM).

Em recente documento oficial do PMC, a Instrução Normativa, INO67/2024, publicada no Diário Oficial do Município, em 06 de dezembro de 2024, é apontado que o Programa tem o objetivo de apoiar as famílias nos cuidados de seus idosos dependentes e semidependentes

[...] estimulando a autonomia dos usuários e de seus cuidadores, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, ampliando a participação social e aumentando a qualidade de vida de todos, além de prestar cuidados às pessoas atendidas” (Belo Horizonte, 2024a, p.13).

Os critérios de inserção no PMC, que constam no documento intitulado como “Instrumental de Avaliação para inserção no Programa Maior Cuidado”, são: ter idade igual ou acima de 60 anos, semidependentes ou dependentes, residir nos territórios de abrangência do CRAS, ser atendido pelo PAIF, ter cadastro e ser atendido no Centro de Saúde localizado no território CRAS, renda familiar de até 3 salários mínimos ou renda percapita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, indicado na renda do Cadastro Único e atingir no mínimo 60 pontos dos 100 possíveis com o preenchimento do formulário, com as avaliações da Assistência Social (distribui até 48 pontos) e da Saúde (distribui até 48 pontos). Os 4 pontos restantes são distribuídos em relação à idade com 2 pontos adicionais para pessoas entre 75 e 79 anos e 4 pontos adicionais para pessoas acima de 80 anos (Belo Horizonte, 2024a, p.18).

Com essas características apontadas por documentos normativos e de apresentação do PMC, percebe-se a importância de se estudar programas e Políticas Públicas direcionadas às pessoas idosas, pois iniciativas desse porte e com potencial alcance não são numerosas no Brasil. Assim, a pergunta norteadora desta pesquisa evidencia-se no sentido de compreender: **como é o funcionamento e quais os principais resultados desse programa?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar o funcionamento e os efeitos do Programa Maior Cuidado de Belo Horizonte/MG.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar Revisão Bibliográfica Integrativa;
- Classificar os principais resultados do PMC;
- Avaliar a interface do PMC com a Promoção da Saúde e Prevenção da Violência;
- Estudar os dados relacionados ao monitoramento/acompanhamento do Programa Maior Cuidado, do ano de 2023, disponibilizados pela Secretaria Municipal Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), da Prefeitura de Belo Horizonte.

3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

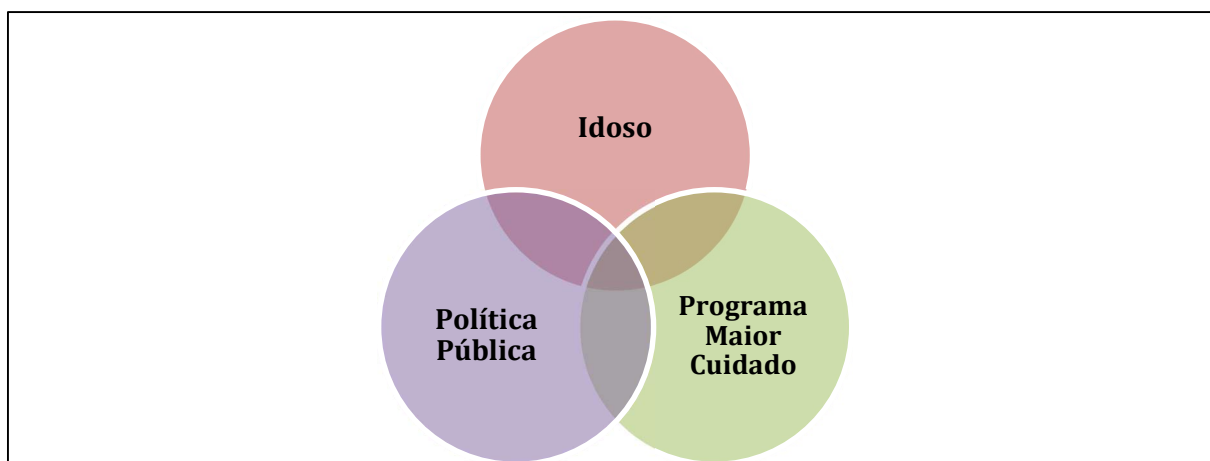
Essa pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa de revisão integrativa, na qual se buscou entender o funcionamento do Programa Maior cuidado e estudar seus efeitos, verificando a interface do Programa com a promoção da saúde e prevenção de violências à pessoa idosa. A pesquisa foi realizada nas bases bibliográficas Medline/PubMed, BVS, SciELO e Google Acadêmico, nas quais foram buscados artigos, dissertações e teses sobre o Programa Maior Cuidado, utilizando-se os descritores: “Idosos”, “Programa Maior Cuidado” e “Políticas Públicas”, no português e suas traduções para as línguas inglesa, espanhola e francesa, publicados a partir de 2019, ano marcado pela importante publicação da Portaria entre as secretarias municipais de Assistência Social e Saúde e ampliação do PMC para os, então, 34 CRAS do município. A escolha pela revisão integrativa se deu pela possibilidade de integrar diferentes estudos, com delineamentos diferentes, para compreensão de uma dada questão. Além disso, ela permite combinar dados da literatura teórica e empírica com propósitos diversos, como definições de conceitos, análise de problemas metodológicos, revisão de teorias, etc. (Souza *et al.*, 2010).

Ademais, buscou-se também conhecer melhor o Programa através de documentos secundários e oficiais, planilhas de monitoramento, documentos organizativos do Programa, e dados consolidados da Prefeitura de Belo Horizonte, solicitados à Gerência de Gestão do Trabalho e educação Permanente (GGTEP), da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, da PBH, recebidos em 29 de janeiro de 2024, através de *e-mail* institucional da Prefeitura.

Foram realizadas análises descritivas do Banco de Dados e da Planilha de Monitoramento do PMC, com o intuito de comparar os números de cada CRAS, no ano de 2023. Além disso, todos os documentos foram avaliados e utilizados neste trabalho, sempre que trouxeram informações pertinentes ao tema de pesquisa.

A Figura 1 apresenta a estratégia de pesquisa bibliográfica utilizada nesta pesquisa:

Figura 1- Estratégia de Pesquisa bibliográfica em três descritores



Fonte: Elaborada pelo autor e pela bibliotecária da Biblioteca da Faculdade de Medicina - UFMG

A seleção dos descritores e suas traduções foi realizada através do DeCS/MeSH, Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings, criado para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos etc. Além disso, os descritores podem ser utilizados em pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis. O Quadro 1 apresenta os descritores utilizados na estratégia de pesquisa.

Quadro 1 – Descritores utilizados na estratégia de pesquisa

CONCEITO 1 - População	
Descritor em Português:	Idoso Termo(s) alternativo(s): Idosos Pessoa de idade Pessoa Idosa Pessoas idosas População idosa
Descritor em Inglês:	Aged Termo(s) alternativo(s) Elderly
Descritor em espanhol:	Anciano

Descritor em francês: **Sujet âgé**

CONCEITO 2 – Contexto	
Descritor em Português:	Política Pública
Descritor em Inglês:	Public Policy
Descritor em espanhol:	Política Pública
Descritor em francês:	Politique Publique

CONCEITO 3 – Intervenção	
Nome do programa executado pela Prefeitura de Belo Horizonte, não encontrado no DeCs / MeSH, e suas traduções livres: Programa Maior Cuidado; older adult care programme; greater care program	
Fonte: elaborado pelo autor.	

Dessa forma, a estratégia foi construída seguindo a estratégia (Público, Intervenção e Contexto – PICO – idoso, programa maior cuidado, políticas públicas respectivamente) para se responder como o Programa Maior cuidado se organiza e quais seus resultados no apoio aos cuidados de idosos frágeis do Município Belo Horizonte – MG

Foram geradas, então, as seguintes estratégias de busca:

- **BVS, SciELO e Google Acadêmico**

(Idoso OR Aged OR Anciano OR "Sujet âgé" OR Idosos OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND ("Política Pública" OR "Public Policy" OR "Politique Publique") AND ("Programa Maior Cuidado" OR "Older Adult Care Programme" OR "Greater Care Program")

- **Pubmed (somente os termos em inglês)**

(Aged OR Elderly OR "Old Aged People" OR "Older People" OR "Older Person") AND ("public policy") AND ("Older Adult Care Programme" OR "Greater Care Program")

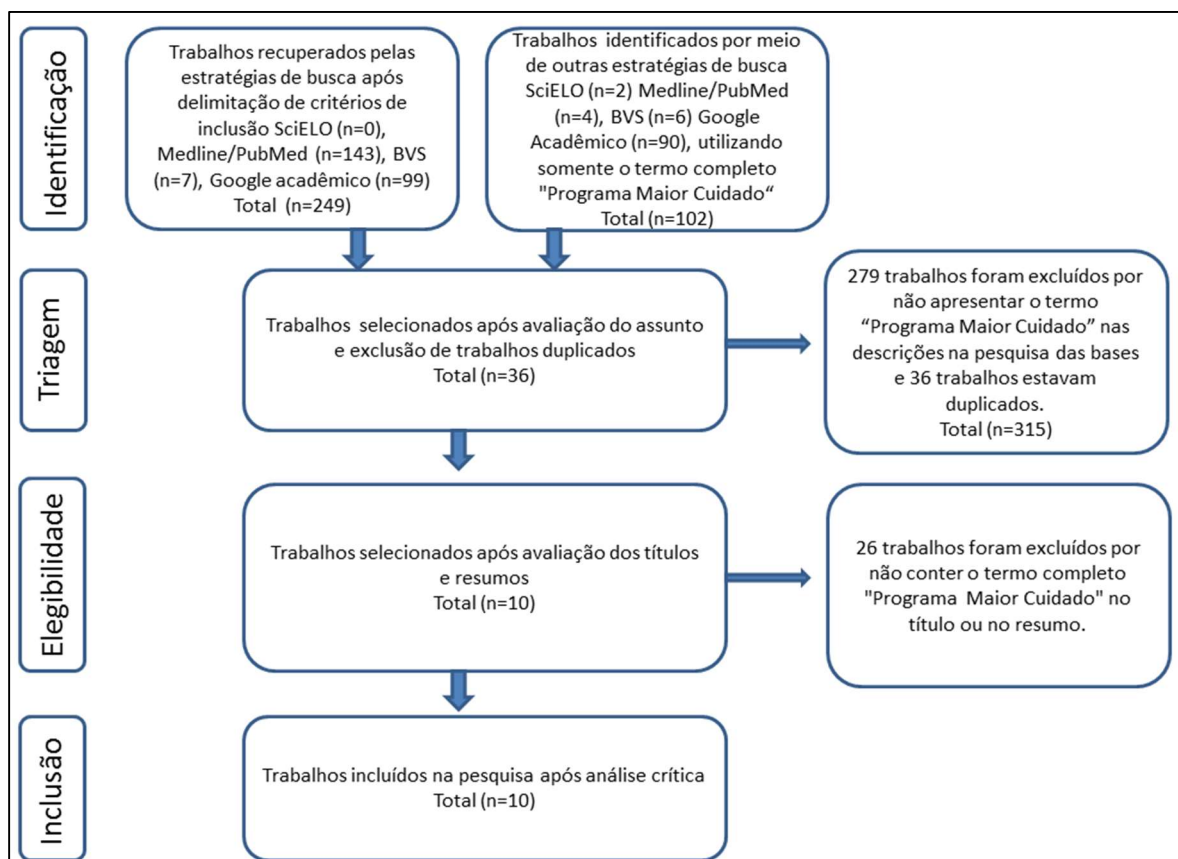
Entretanto, como foram encontrados poucos trabalhos científicos através dessa estratégia, optou-se por realizar também uma busca pelo termo “Programa Maior cuidado” nas bases de busca, como complementação da pesquisa. Essa ação foi

tomada levando em consideração que esta pesquisa se propôs a examinar especificamente o PMC, buscando reunir o maior número possível de trabalhos disponíveis.

3.1 Critérios de Seleção

Em 03 de março de 2024, foi realizada a pesquisa nas bases SciELO, MedLine/PubMed, BVS e Google Acadêmico, utilizando a estratégia completa – com os descritores, conforme apontado acima –, para trabalhos científicos publicados a partir de 2019. Como apresentado na Figura 2, foram identificados 249 trabalhos. Foi utilizada, também, nas mesmas bases, a pesquisa somente com o termo “Programa Maior Cuidado” e foram identificados 102 trabalhos. Sendo assim, dos 351 trabalhos identificados, foram excluídos 279 por não apresentarem o Termo “Programa Maior Cuidado” e foram selecionados 72 que apresentavam esse termo completo. Desses, foi verificado e definida a exclusão de 36 trabalhos, por serem repetidos. Dos 36 remanescentes, foram avaliados e incluídos na revisão, os trabalhos que apresentavam o termo “Programa Maior Cuidado” citado no título ou no resumo. Assim, 10 trabalhos foram selecionados para a revisão.

Figura 2 – Revisão Bibliográfica - critérios de inclusão e exclusão



Fonte: Elaborado pelo autor

Em dezembro de 2023, foi solicitado, pelos canais institucionais da Prefeitura de Belo Horizonte, documentos normativos, organizativos, planilha de monitoramento do Programa Maior Cuidado e acesso a dados do Cadastro Único do Governo Federal. Em janeiro de 2024, foram recebidos os seguintes documentos:

- Portaria Conjunta da SMASAC e SMSA de 2019 determina as atribuições de cada ator do Programa Maior Cuidado;
- Instrumental de Registro Mensal (Planilha de Monitoramento);
- documentos da execução do PMC: Instrumental de Avaliação, Termo de Consentimento, Rotina de Cuidados da Assistência Social, Termo de desligamento;
- Orientação Técnica Referente ao Programa Maior Cuidado da SMASAC, na época, em construção;
- Slides de apresentação do Programa pela Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica do SUAS, de 2023;

- Sexto Termo Aditivo de Colaboração entre GDECOM e PBH para a execução do PMC até junho de 2025;
- Plano de Trabalho da GDECOM relacionado ao período do Sexto Termo Aditivo de Colaboração;
- Link de acesso livre a dados do Cadastro Único do Governo Federal.

Além disso, foram avaliados outros documentos e normativas ligados ao Programa Maior Cuidado, publicadas no Diário Oficial do Município (DOM) ou de utilização do PMC.

Em relação às questões éticas, essa pesquisa se caracteriza como das Ciências Sociais e Humanas. De acordo com a resolução 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas aplicáveis a esse tipo de pesquisa, foi identificado que não se trata de pesquisa que deva ser registrada e avaliada pelo sistema CEP/CONEP, uma vez que se trata de uma revisão bibliográfica da literatura científica e, os dados do Programa – cedidos pela Prefeitura de Belo Horizonte – são consolidados ou agregados, sem a possibilidade de identificação individual, assim como tratam os tomos V e VI do Art. 1º da resolução (Brasil, 2016).

A análise do conteúdo, tanto da revisão bibliográfica quanto dos documentos da PBH sobre o Programa, foi realizada como aponta Laurence Bardin (Bardin, 2016), em que, após uma descrição do material, as categorias para análise se apresentam por e graças a esse material. Essas categorias buscaram seguir as regras desse tipo de análise, sendo elas:

- Homogêneas: em que os conteúdos não se misturam;
- Exaustivas: consideram todo o texto;
- Exclusivas: um mesmo elemento não aparece em mais de uma categoria;
- Objetivas: pesquisadores diferentes chegam a resultados iguais;
- Adequadas: adaptadas ao conteúdo e objetivos (Bardin, 2016).

Na etapa de pré-análise, o material selecionado foi organizado e, além de fornecer as hipóteses das categorias (Bardin, 2016, p.125-126), gerou também a possibilidade de organizar as referências bibliográficas do período estudado em pequenos resumos, facilitando a seleção de textos e pontos de interesse por futuros pesquisadores. A produtividade, ou produção, gerada pela “leitura flutuante” (Bardin,

2016, p.126) e análises sucessivas desse material, ou seja, *insights* e hipóteses, são apresentados na próxima seção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciar a leitura dos dez trabalhos científicos, deu-se início também à sua descrição e categorização. Em um primeiro momento, foi identificado o tipo de produção: desses dez trabalhos, cinco são artigos publicados em revistas ou anais de congressos, três são dissertações de mestrado, uma monografia (trabalho final de especialização) e uma Nota Técnica do Banco Interamericano de Desenvolvimento. No entanto, uma observação importante se deu pelo conteúdo dos resultados apresentados. Conforme demonstra o Quadro 2, os resultados tendiam a estar ligados aos objetivos da Assistência Social ou aos da Saúde – apenas duas produções apresentaram os resultados mais equilibrados entre as duas políticas.

Quadro 2 – Caracterização dos trabalhos incluídos na revisão bibliográfica

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	ANO	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS EQUILIBRADOS ENTRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE	2021	Aredes JS, Billings J, Giacomini KC, Lloyd-Sherlock P, Firmo JOA.	Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA.	ARTIGO – AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ATRAVÉS DE ANÁLISE DOCUMENTAL
PRINCIPAIS RESULTADOS EQUILIBRADOS ENTRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A SAÚDE	2023	FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva.	PROGRAMA MAIOR CUIDADO, DA IMPLANTAÇÃO À COVID-19: potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial.	DISSERTAÇÃO AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PMC
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À ASSISTÊNCIA SOCIAL	2019	FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva.	Acompanhamento familiar no âmbito da Proteção Social Básica uma realidade em aprimoramento: as estratégias de intervenções do técnico do CRAS (Assistente Social) no SUAS.	ARTIGO – SISTEMATIZA A EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR JUNTO AO PMC

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	ANO	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À ASSISTÊNCIA SOCIAL	2019	FAGUNDES, Marília Laura Cordeiro Campos	Programa Maior Cuidado: Uma avaliação feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia	MONOGRAFIA – AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PMC (IDOSOS E FAMILIARES)
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À ASSISTÊNCIA SOCIAL	2019	BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo	POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte	DISSERTAÇÃO – AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À ASSISTÊNCIA SOCIAL	2020	BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo. BRONZO, Carla.	A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira	ARTIGO – QUALITATIVO - OLHAR AVALIATIVO ATRAVÉS DE ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À SAÚDE	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 – ESTUDO QUASE- EXPERIMENTAL, QUANTITATIVO – EFEITOS DO PMC NOS TIPOS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À SAÚDE	2022	CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de.	Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersectorial frente aos desafios do envelhecimento	DISSERTAÇÃO – QUALITATIVA - ANALISAR EXECUÇÃO DO PMC NAS PERSPECTIVAS DAS USUÁRIAS, CUIDADORAS E TÉCNICAS (A.S. E SAÚDE)
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À SAÚDE	2023	CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de. AREDES, Janaína de Souza. GIACOMIN, Karla Cristina. FIRMO, Josélia Oliveira Araújo	Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: Uma análise qualitativa.	ARTIGO - QUALITATIVO - ANALISAR EXECUÇÃO DO PMC NAS PERSPECTIVAS DAS USUÁRIAS, CUIDADORAS E TÉCNICAS (A.S. E SAÚDE)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	ANO	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS COM TENDÊNCIA À SAÚDE	2024	LLOYD-SHERLOCK, Peter. GIACOMIN, Karla. CARVALHO, Poliana Fialho de. SEMPÉ, Lucas.	Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos	NOTA TÉCNICA – ANÁLISE DO PMC PARA POSSÍVEIS REPRODUÇÕES EM OUTRAS LOCALIDADES

Fonte: Elaborado pelo autor

A seguir, serão apresentados pequenos resumos dos 10 trabalhos incluídos nessa revisão bibliográfica, com o objetivo de organizar e trazer as principais informações dos trabalhos disponíveis na literatura.

4.1 Descrição dos trabalhos identificados na revisão bibliográfica

4.1.1 Trabalhos com tendência dos resultados ligados à Política de Assistência Social

Dos dez trabalhos incluídos na revisão, 40% (quatro deles, sendo dois artigos, uma monografia e uma dissertação) destacam resultados que valorizam os objetivos ligados à Política de Assistência Social. Três deles foram publicados em 2019 e um em 2020. As autoras desses trabalhos são ou foram trabalhadoras do SUAS-BH e tiveram alguma forma de participação no PMC do município.

O artigo de Faustino, de 2019, “Acompanhamento familiar no âmbito da Proteção Social Básica uma realidade em aprimoramento: as estratégias de intervenções do técnico do CRAS (Assistente Social) no SUAS”, apresenta como se dá o Acompanhamento Familiar e o “Trabalho Social com as Famílias”, conceito ligado à Política de Assistência Social. Sua discussão perpassa a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF). A autora chama a atenção para alguns pontos de monitoramento e destaca o GT Local, Rotina de Cuidados da Assistência Social e Plano de Acompanhamento (PAF). Em relação ao Acompanhamento Familiar, o artigo ressaltar os aspectos subjetivos e objetivos sobre os quais o PAF trabalha e a importância do aspecto intersetorial. Assim, o artigo se fundamenta em aspectos do

SUAS e da Política da Assistência Social e os resultados de sua discussão apontam para a importância do Plano de Acompanhamento Familiar e Trabalho Social com as Famílias. Entende-se que, para além da saúde do idoso, a inovação do Programa Maior Cuidado se dá com “o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários não somente do idoso, mas da família como um todo promovendo sua autonomia, uma das questões centrais do trabalho desenvolvido pelos CRAS's” (Faustino, 2019, p.10).

A monografia “Programa Maior Cuidado: Uma avaliação feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia” de Fagundes, realizada em 2019, é uma pesquisa qualitativa de avaliação do PMC pelos idosos e familiares. Possui uma apresentação do PMC que perpassa o seu histórico com o nome de “Projeto Cuidador”, em 2011, e chama a atenção por se tratar de um programa Intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social. O questionário, composto por perguntas semiestruturadas, foi respondido por 13 pessoas, e sua amostra reflete o número de atendidos: duas famílias com idosos do sexo masculino e onze famílias com idosas do sexo feminino (Fagundes, 2019, p.19). A pesquisa buscou ter informações de antes e depois da entrada da família no PMC, principalmente as relacionadas à convivência familiar, ao isolamento, à fragilização de vínculos e se houve melhora com a entrada no programa. Os principais resultados foram a “melhoria de qualidade de vida” dos idosos e diminuição da institucionalização, uma vez que algumas famílias, inicialmente, buscavam a institucionalização e desistiram dessa demanda – apenas 3,4% dos idosos, desde 2011, no CRAS (Califórnia), saíram do programa para ir para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Fagundes, 2019, p. 28-29). Os resultados apontam, ainda, para uma diminuição da sobrecarga da cuidadora familiar, para a facilidade de acesso à saúde e para a melhoria dos pontos destacados na Rotina de Cuidados da Assistência Social: Função Protetiva da Família; Fortalecimento de Vínculos; Prevenção do Isolamento e Exclusão; autonomia e Garantia de Direitos (Fagundes, 2019, p. 27).

Com foco no processo de implementação do Programa Maior Cuidado e a identificação de pontos que podem dificultar e/ou facilitar o alcance dos resultados pretendidos, Barbosa realizou, em 2019, a dissertação de mestrado intitulada “Políticas públicas e envelhecimento populacional: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte”. A pesquisa qualitativa se valeu de pesquisa bibliográfica,

documental e de entrevistas e questionários realizadas com os operadores da política na ponta e com outros envolvidos no Programa. Após uma importante apresentação da trajetória das políticas ligadas à pessoa idosa, tanto na agenda internacional quanto na legislação brasileira, a autora se utiliza da Política de Cuidado e da Política de Assistência Social como suas principais fundamentações teóricas.

Além de uma completa apresentação do Programa, Barbosa realiza uma extensa exposição dos aspectos da execução do PMC, com as atribuições de cada entidade e seus mecanismos de gestão.

Os principais resultados de sua pesquisa apontam: o perfil das cuidadoras, sendo a maior parte do sexo feminino, possuindo entre 31 e 50 anos e com ensino médio; o perfil das referência técnicas, com a maioria do sexo feminino e psicólogas; a estrutura organizacional descentralizada e a autonomia dos atores; a maioria das pessoas participantes da pesquisa entende como boa a relação entre as políticas; entendem também que a principal finalidade do PMC é melhorar a “qualidade de vida” dos idosos, que para além dos cuidados físicos, “trouxe calor, afeto, comunicação”, “reconciliação de vínculos perdidos”, “descansar um pouco o familiar cuidador”, “melhoria da auto-estima” (Barbosa, 2019, p. 90). Além disso, a maioria entende que, na prática, há uma relativa confusão entre as atribuições dos atores da GDECOM, Saúde e Assistência Social. Em relação à gestão do programa, as pessoas apontam que o orçamento e a capacidade de atendimento não são suficientes para suprir à demanda do município (Barbosa, 2019, p. 96). Em relação a entrada dos idosos no programa, a maioria (65%) entende que é realizada em conjunto, entre a Saúde e a Assistência Social. O GT Local é entendido como principal instrumento de monitoramento e espaço de diálogo entre as políticas. Mais de 90% das técnicas de referência entendem que as famílias inseridas no PMC recebem uma atenção especial em relação ao acompanhamento do PAIF.

O quarto trabalho que traz resultados mais ligados aos objetivos da assistência é o artigo, publicado em 2020, intitulado “A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira” de Barbosa e Bronzo. Com objetivo de fornecer um olhar avaliativo sobre o PMC, foram utilizados documentos da Prefeitura sobre o programa e questionários com as técnicas de referência e cuidadoras.

Os resultados dessa pesquisa foram divididos em 5 pontos de análise. O primeiro diz respeito à relação e à percepção das técnicas quanto aos resultados do PMC. Tanto as cuidadoras quanto as técnicas de referência afirmaram que “a finalidade do programa é melhorar a qualidade de vida dos idosos em situação de vulnerabilidade” (Barbosa, 2020, p. 316). Elas apontam também, com frequência, “objetivos menos tangíveis, de conteúdo também afetivo e relacional” (Barbosa, 2020, p. 316). Para 74% das respondentes, os objetivos são parcialmente alcançados e, para 26%, completamente alcançados. Apesar de não haver indicadores claros para medir o alcance desses resultados, as autoras apontam o GT Local como um mecanismo de monitoramento importante.

O segundo ponto se dá em relação à intersectorialidade. Para 74% das técnicas, essa relação é considerada como boa, “mas poderia ser mais intensa e regular” (Barbosa, 2020, p. 318). 56% delas afirmam que, na prática, há muita confusão em relação às atribuições de cada ator, apesar de descrições claras (Barbosa, 2020, p. 318).

O terceiro ponto indica que técnicas e cuidadoras têm alto grau de discricionariedade e são suas ações que traduzem os objetivos da política. Isso aponta que essas pessoas não reproduzem o que é meramente descrito para sua ação, mas levam em consideração cada caso, cada família, o que os leva para a “centralidade do fator relacional” no Programa (Barbosa, 2020, p. 319).

O quarto ponto de análise trata do processo de seleção e treinamento das cuidadoras sociais – 90% delas entendem que a capacitação para o programa é muito importante.

Por fim, o último ponto de análise refere-se à implementação do programa. A análise empreendida demonstra que há “fluxos muito burocráticos, sobrecarga para às equipes de ponta do CRAS, baixo número de cuidadoras para atender à demanda” (Barbosa, 2020, p. 321).

4.1.2 Trabalhos com tendência dos resultados ligados à Política de Saúde

Os quatro trabalhos com resultados que tendem aos objetivos da Saúde são um artigo e uma dissertação de 2022, um artigo publicado em 2023 e a Nota técnica do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de 2024. Esses trabalhos fazem parte de um estudo maior, do Instituto René Rachou (Fiocruz/MG), cujo objetivo principal é

apoiar as políticas Públicas através de evidências de práticas que contribuam para reduzir as internações desnecessárias que poderiam ser tratadas e prevenidas no próprio domicílio (Castro, 2023, p.3; Aredes *et al.*, 2021, p.3).

O artigo, escrito em inglês³, “The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people” (Os efeitos de uma intervenção inovadora de cuidado integrado no Brasil na utilização de serviços de saúde locais por idosos dependentes), é uma pesquisa quase-experimental, em que, através de análises quantitativas, buscou-se avaliar duas potenciais associações de que o idoso que participa do Programa Maior Cuidado tem: a maior possibilidade de participar de consultas ambulatoriais ligadas à reabilitação física e a uma maior frequência de consultas ambulatoriais planejadas *versus* as não planejadas. Os autores apresentam o Programa como uma intervenção intersetorial, gerida pela Saúde local e Assistência Social, para idosos de bairros carentes e que inclui “visitas diárias e cuidados apoio de cuidadores leigos treinados que trabalham em estreita colaboração com profissionais de saúde e serviço social” (Lloyde-Sherlock, 2022 p. 2). Apontam que os objetivos do PMC são: “proporcionar aos cuidadores familiares algum descanso do que é muitas vezes uma atividade exaustiva 24 horas por dia, 7 dias por semana. Também se espera que os cuidadores do PMC trabalhe com as famílias para desenvolver suas habilidades de cuidado e competência, e seguir um plano de cuidados” (Lloyde-Sherlock, 2022 p. 2). Os resultados da pesquisa confirmam que estar inserido no PMC possui uma associação significativa em realizar visitas a postos de saúde, em uma base planejada e não planejada, quando comparada com um conjunto correspondente de pessoas que não fazem parte do PMC e “foi significativamente associada a uma maior proporção de visitas de reabilitação em postos de saúde, em oposição a outros motivos das visitas.” (Lloyde-Sherlock, 2022 p.6).

A dissertação de Castro (2022), intitulada “Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento”, apresenta o Programa como uma iniciativa “para apoiar famílias vulneráveis no cuidado ao idoso em seu próprio lar” (Castro, 2022, p.12). O autor situa o PMC dentro das ofertas da Proteção Social Básica (PSB) do SUAS, com o propósito de fortalecer o papel das famílias. Ele ressalta que PMC é regido pela portaria conjunta SMASAC/SMSA de 2019, que traz

³ Citações são traduções livres, do inglês para o português, realizadas pelo autor.

as atribuições da SMSA, de identificar e acompanhar os idosos frágeis, e da SMASAC, de fortalecer a função de proteção da família e, em conjunto com a Organização da Sociedade Civil (OSC), selecionar, qualificar e contratar as cuidadoras sociais (Castro, 2022, p.16-17). Os resultados foram organizados em três categorias de análise:

1. PMC enquanto um programa necessário para o idoso: profissionais e cuidadoras (social e familiar) identificam a necessidade do PMC para responder às condições de vulnerabilidade social e de saúde dos idosos (Castro, 2022, p. 36);
2. Repercussões do cuidado ofertado pelo PMC: identificam que ações pequenas, ofertadas no cuidado cotidiano, fazem muita diferença na saúde do idoso e da família (Castro, 2022, p.37). O autor aponta que o “Programa evita agravos físicos e mentais, previne óbitos precoces, ajuda na recuperação da funcionalidade, possibilita um respiro para os familiares e se traduz em cuidado para a pessoa assistida” (Castro, 2022, p. 38);
3. Problemas para além do PMC: o autor destaca que o cuidado dentro do Programa encontra limites face à violência contra a pessoa idosa, frente à pobreza, vulnerabilidade, insegurança alimentar e insuficiência de cuidados ligadas a violação de direitos. A institucionalização é vista como uma última opção quando se esgotam as possibilidades de melhorar os vínculos.

Castro aponta ainda que o ponto forte do PMC é a intersetorialidade. A interação entre os diferentes atores atravessa todo o planejamento e a execução do Programa e cria uma ponte entre as famílias e os serviços da Saúde e da Assistência Social. Além disso, segundo o autor, o atendimento em domicílio ofertado pelo PMC é capaz de diminuir o número de Transferências Evitáveis do Domicílio (TED) (Castro, 2022, p. 44). Por fim, ele conclui que os efeitos do programa perpassam uma velhice digna, alívio na sobrecarga dos cuidadores familiares e ajuda a “minimizar a ocorrência de agravos em saúde de modo a evitar desfechos como hospitalizações e institucionalizações” (Castro, 2022, p. 44).

No artigo “Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: uma análise qualitativa” (2023), os autores Castro, Aredes e Giacomini apresentam o PMC como uma política pública intersetorial, caracterizada pela cogestão entre as

Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social. Trata-se de cuidado domiciliar, através de “cuidadora social” para idosos semidependentes ou dependentes que vivem em situação de vulnerabilidade social. Apontam que o Programa é executado em todos os 34 CRAS do município e abrange 72 Centros de Saúde⁴, cerca da metade do total de centros de Saúde do Município. As “cuidadoras sociais” são contratadas por uma Organização da Sociedade Civil e os autores destacam que a rotina de cuidado deles envolvem: “apoio para higiene pessoal, alimentação, medicação, exercícios físicos orientados, trocas de fraldas e curativos, além de atividades recreativas e sociais que promovam a participação do idoso” (Castro; Aredes; Giacomini, 2023, p. 2).

Os resultados foram apresentados em duas grandes categorias: “repercussões do cuidado oferecido pelo PMC: o pouco que faz diferença” e “Problemas para além do PMC: os limites do cuidado familiar frente a violência contra a pessoa idosa”. Dessa forma, em relação à primeira categoria, é destacado que o “programa evita agravos físicos e mentais, previne óbitos precoces, ajuda na recuperação funcional, possibilita um respiro para os familiares e se traduz em cuidado para a pessoa assistida” (Castro; Aredes; Giacomini, 2023, p. 4). Em relação à segunda categoria, os autores apontam que a pobreza, vulnerabilidade e insegurança alimentar, além da insuficiência de cuidados ligados à violação de direitos (abandono e negligência), são questões que ultrapassam a atuação profissional das cuidadoras do programa (Castro; Aredes; Giacomini, 2023, p. 5). Os autores indicam, também, que o PMC é capaz de reduzir ou evitar Transferência Evitáveis do Domicílio (TED), internações prolongadas ou institucionalizações, por meio da oferta direta no domicílio (Aging in Place/Envelhecer em Casa) (Castro; Aredes; Giacomini, 2023, p.6). Além disso, o artigo traz discussão sobre o entendimento das famílias como “o pouco que faz diferença” como uma questão social de desvalorizar o cuidado, não remunerado e realizado, na sua maioria, por mulheres.

O quarto e último trabalho com resultados mais ligados à Saúde, é a Nota Técnica do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) “Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos” (2024), de autoria de Peter Lloyd-Sherlock, Karla Giacomini, Poliana Fialho e Lucas Sempé. É um documento importante, que pretendeu dar uma visão geral sobre o PMC e sua

⁴ Atualmente Belo Horizonte conta com 152 Centros de Saúde.

potencial adequação para outras localidades, que desejem implantar o Programa. Os autores indicam que o contexto anterior era de um número grande de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que, muitas vezes, não possuíam qualidade suficiente e não satisfaziam às necessidades dos idosos, além do alto custo dos serviços de saúde – em 2015, a internação de pessoas acima de 60 anos era de cerca de 40% do total de internações (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 8-9). O artigo faz uma apresentação pormenorizada da forma de execução do Programa, passando desde a triagem de potenciais participantes, grupos de trabalho em conjunto, papel da organização parceira do Programa até pelos profissionais de Apoio do Cuidado Familiar (PACF), termo este introduzido pelos autores. Destacam que se trata de um programa com operação conjunta entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) em que os Centros de Saúde e os postos de Assistência Social trabalham em “estreita colaboração” juntamente com os profissionais de apoio aos cuidados familiares. “O PMC é diferente porque é genuinamente intersetorial” apontam os autores (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 7). A maioria dos idosos que ingressaram no programa esteve recentemente hospitalizada ou sofreu algum episódio agudo de saúde, conforme apontam os autores (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p.10).

O documento traz uma avaliação da planilha de monitoramento do Programa, utilizada pela PBH e destaca que, de 2011 a 2022, mais da metade dos idosos tinham 80 anos ou mais – quando aderiram ao Programa; 70% eram mulheres e 42% dependentes. A média de permanência no programa é de 21 meses; 49% saíram do programa por motivo de óbito e, em 10% dos casos, a família retomou os cuidados sem apoio do Programa. Apenas 6% tiveram o desfecho através de ILPI (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 14).

A partir de participação em reuniões do Programa e discussões em Grupos Focais, o estudo mostra que houve um bom nível de fidedignidade dos processos descritos e executados; os Grupos de Trabalho funcionam adequadamente; as partes interessadas revelam vontade em trabalhar intersetorialmente, apesar de algumas dificuldades. Dessa forma, os autores indicam pontos de melhoria como maior formalização das diretrizes e protocolos; melhor partilha de informações entre os setores e entidade participante; e necessidade de ampliação do Programa (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p.15).

Em relação ao período de pandemia COVID-19, o documento indica que é necessário um maior reconhecimento intersetorial, pois os PACFs não receberam vacinas e nem acesso a equipamentos de proteção individual com a mesma prioridade dos trabalhadores da Saúde (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 16).

Estudando os efeitos do Programa para os idosos, suas famílias e PACFs, o documento indica melhora na saúde geral dos idosos. Apesar dos PACFs não serem profissionais de Saúde, eles possuem “um conjunto de aptidões e competências” (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p.19) para que esse tipo de cuidado ocorra, como uso correto de medicação, hidratação, higiene e riscos de queda (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 19). No que tange à qualidade de vida e bem estar, os autores apontam que o Programa permite a aos idosos a construção de relações de confiança, estimulação cognitiva e de fisioterapia e a trabalharem questões como isolamento e solidão (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 21).

4.1.3 Trabalhos com resultados equilibrados entre as Políticas de Assistência Social e Saúde

Os dois trabalhos que possuem os resultados mais equilibrados entre a Saúde e a Assistência Social são um artigo e uma dissertação de mestrado.

O artigo de Aredes *et al.*, escrito em inglês, intitulado “Integrated Care in Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA” (Cuidado integrado na comunidade: o caso do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil⁵) procura conhecer o Programa Maior Cuidado através de análise documental, além de apresentar os resultados ligados à planilha de acompanhamento e realizar pesquisa de campo com grupos focais e observação empírica. Ademais, os autores realizam comparações entre o trabalho prescrito e real para os profissionais envolvidos no Programa. É feita também uma apresentação do SUS e do SUAS para chegar na articulação dos dois setores, em que o PMC se insere. O artigo é a apresentação de uma primeira fase de avaliação do Programa e realiza uma apresentação do PMC, levando em consideração os documentos apresentados pela PBH. Os principais resultados: da implementação, até 201 são: o Programa atendeu 1980 idosos; em relação ao

⁵ Traduções livres realizada pelo autor

desligamento do programa, o principal motivo é através do óbito da pessoa idosa (45,04%), seguido de saída do território CRAS (26,27%), institucionalização (10,94%) e reabilitação do idoso (7,22%). Quanto à pesquisa de campo, os resultados foram organizados em categorias: Potencialidade – apoio à família; prevenção à autonegligência; prevenção de problemas clínicos, hospitalização e institucionalização. O Programa obteve uma boa avaliação pelos profissionais das duas políticas. Como limites, são destacados: a rigidez do critério de inserção no programa; os desafios frente às cuidadoras do Programa; a falta de garantia de qualidade institucional. O trabalho demonstrou que existem lacunas nos sistemas de dados da Saúde e Assistência Social, que não se integravam, além da fraca articulação entre os dois setores e falta de avaliação e monitoramento.

Finalizamos com a dissertação de mestrado, defendida em 2023, por Taiane Faustino, intitulada “Programa Maior Cuidado, da implantação à COVID-19: potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial”. Através de revisão integrativa de bibliografia e análise documental, a autora buscou responder como o PMC é abordado na produção científica enquanto uma provisão socioassistencial e como o Programa se desenvolveu antes e depois da pandemia COVID-19. A dissertação realiza uma boa apresentação do Programa e seus objetivos, bem como das políticas de Saúde e da Assistência Social, com suas normativas e conceitos, além da conceituação de intersectorialidade. A autora realiza uma excelente caracterização do Programa, a partir de seus documentos e principalmente da análise dos dados da Planilha de Monitoramento, de 2011 a 2022. A análise dos resultados foi apresentada em cinco categorias de análise: intersectorialidade; avaliação do PMC; pandemia de COVID-19; Cuidado oferecido pelo PMC e Processo de trabalho do PMC. Em sua revisão de bibliografia, a autora identifica mais trabalhos ligados ao campo da saúde e aponta que os objetivos da Saúde são mais palpáveis que os da Assistência Social. Dessa forma, ela entende que esses trabalhos não abordam o PMC em sua totalidade. Em relação à “intersectorialidade”, a autora identifica que, nos trabalhos avaliados, essa é a marca do PMC e que tais trabalhos apontaram como uma tática de promoção de proteção social e qualidade de vida aos idosos. A “avaliação do PMC” foi descrita como experiência exitosa, com o programa bem avaliado pelos profissionais envolvidos e usuárias do programa. Porém, há necessidade de aprimoramentos na uniformidade das ações, em todas as regionais,

além de maior monitoramento e avaliação e fluxo de informações. Na categoria sobre a “Pandemia COVID-19”, o estudo aponta a importância da continuidade dos cuidados no período, tanto como estratégia de disseminação de informações quanto como de prevenção da doença. Nos “cuidados oferecidos pelo PMC”, a autora destaca a importância e oportunidade de ter cuidadoras sociais nos domicílios para a realização de ações proativas e de prevenção. Na análise do “Processo de trabalho do PMC” é demonstrada a escassez desse debate. Entretanto, o estudo apresenta a relevância na atenção às condições de trabalho das cuidadoras sociais, na saúde mental e nos desafios do trabalho intersetorial e interdisciplinar (Faustino, 2023).

A autora demonstra ainda alguns números que caracterizam o PMC, tais como: atendimento nos 34 CRAS, com 169 cuidadoras sociais e 12 feristas e 9 supervisoras. Até setembro de 2022, o Programa havia realizado 8.323 atendimentos para 2.826 idosos. 69% dos idosos são do sexo feminino e, em relação ao grau de dependência, 57% são semidependentes. Em 8 regionais, a maioria dos idosos atendidos são semidependentes, com exceção da Regional Norte, que apresenta 52,9% de idosos dependentes. A autora explica que isso se dá pela vulnerabilidade de renda e escolaridade da população idosa dessa regional (Faustino, 2023, p. 100). Considerando os desligamentos do Programa, 51% ocorreram devido ao óbito e 11% por transferência para outra instituição ou serviço, incluindo Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) ou CREAS/SPEPDI. E 4% ocorreram por Risco Social para as cuidadoras. A autora destaca que esses números apontam para uma grande parte de idosos do Programa que não são institucionalizados, uma vez que a maioria deles foi acompanhada até seu óbito (Faustino, 2023, p. 100-101).

4.2- Categorias de Análise

Com a avaliação desses trabalhos, os resultados foram organizados em três categorias de análise, que são: Intersetorialidade; Promoção da Saúde e Prevenção da Violência; Avaliação do PMC. Além dessas, através da análise dos documentos e dados do programa, observaram-se mais duas categorias: Análise dos dados do PMC, em 2023; e Funcionamento do Programa. Ou seja, os resultados foram descritos em 5 categorias e foram realizadas as discussões relacionadas a elas, em cada subseção.

4.2.1 Intersetorialidade

Todos os dez trabalhos apresentam o Programa Maior Cuidado destacando o aspecto intersetorial, principalmente, de sua gestão. Na maior parte desses trabalhos, esse aspecto é visto como positivo, porém com desafios para que esse tipo de articulação realmente aconteça.

Fagundes (2019), Faustino (2019), Barbosa (2019) Barbosa e Bronzo (2020), Aredes *et al.* (2021), Lloyd-Sherlock *et al.* (2022), Castro (2022) e Castro *et al.* (2023) não analisam a questão da intersetorialidade diretamente. No entanto, apontam – seja na apresentação do programa ou em análise dele – a importância desse aspecto.

Os trabalhos de Castro (2022) e Castro *et al.* (2023) indicam que se trata de um Programa que utiliza a estratégia intersetorial e apontam que, na percepção dos entrevistados de sua pesquisa, o Programa é muito importante. Uma das causas destacada dessa percepção é a de que “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” (Castro, 2022, p.43).

Fagundes (2019, p.14) e Lloyd-Sherlock (2022, p.2) apresentam o programa como uma articulação entre os setores de Saúde e Assistência Social. Já os textos de Barbosa (2019) e Barbosa e Bronzo (2020), apresenta as normativas da Saúde e da Assistência Social para falar do PMC e destacam o GT Local como o espaço intersetorial instituído, que assume papel importante no acompanhamento e monitoramento (Barbosa, 2019, p. 103). Barbosa e Bronzo (2020), quando comentam a gestão do PMC, apontam que, para as técnicas de referência do programa, a intersetorialidade é algo positivo do Programa, porém há um grande desafio na convergência dos dois setores para atingir os resultados ligados a cada política (Barbosa; Bronzo, 2020, p. 318-319).

Sem discutir fortemente a questão da intersetorialidade, Aredes *et al.* (2021) fazem uma rápida apresentação do SUS e do SUAS, do Centro de Saúde e CRAS e comentam a importância da relação entre esses dois setores para o cuidado mais completo da pessoa idosa. Já Faustino (2019), mais preocupada em trabalhar o acompanhamento familiar realizado pelo PAIF, serviço do CRAS, destaca a importância da intersetorialidade nas normativas da Assistência Social como um olhar

para o cidadão em sua totalidade, como uma estratégia para a proteção social (Faustino, 2019, p.11).

Já em 2023, essa mesma autora faz uma discussão mais ampliada acerca do aspecto intersetorial. Apresenta o conceito de intersetorialidade como uma “ação que integra diferentes políticas sociais para superar e solucionar problemas complexos e multifacetados” (Faustino, 2023, p. 39). A autora ainda vai um pouco além, utilizando o autor Luciano Junqueira (1998), demonstrando que a intersetorialidade trata da articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e avaliação, utilizadas para solucionar problemas complexos (Faustino, 2023, p. 39). Em sua discussão teórica, o texto indica que há uma polissemia sobre o termo e que ora é tratado como estratégia, ora como processo (Faustino, 2023, p.40) e que, no caso da Política Nacional de Assistência Social, a intersetorialidade é posta como um requisito fundamental para se atingir os objetivos da política e garantia dos direitos de cidadania (Faustino, 2023, p. 42). Assim como os outros autores, Faustino (2023, p. 112) aponta que a estratégia intersetorial no PMC é um elemento importante para seu êxito e, mesmo que a apresentação oficial do programa seja que ele é uma provisão da Política de Assistência Social, para a autora, o Programa 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” (Faustino, 2023, p. 117).

Por fim, na Nota Técnica do BID, Lloyd-Sherlock *et al.* (2024) deixam em dúvida se a organização intersetorial do PMC deveria continuar. Os autores trazem a experiência difícil do Reino Unido com a junção dos Ministérios da Saúde e Assistência Social e chegam a questionar, abertamente, se intervenções como o PMC deveriam ser operadas com a junção dessas duas políticas ou se apenas por uma (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 41). Entretanto, apesar desse questionamento e de levantarem outras dificuldades (como as que dizem respeito à “monitorização partilhada”, ou da comunicação das políticas através de seus sistemas de dados), o documento indica que as relações interssetoriais do Programa avançam, o que demonstra que a gestão intersetorial do PMC pode funcionar (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 42).

Dessa forma, pode-se perceber que a intersetorialidade é um destaque dos autores quando se fala do Programa Maior Cuidado. Ela é indicada como o elemento

fundamental e responsável pelo êxito do Programa. O GT Local é apontado como um elemento da intersectorialidade primordial na execução do PMC. Entretanto, também se configura como o maior desafio na interface das instituições, na gestão e desenvolvimento das ações. Lloyd-Sherlock *et al.* (2024), ao questionarem se o Programa devia ser apenas de uma das Políticas, poderiam fomentar o que Faustino (2023, p. 49) indica como “disputas institucionais” da intersectorialidade, mas o que se observa é “um elevado nível de vontade de colaborar” (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 15) entre as secretarias municipais envolvidas. Assim como foi visto na seção 1.1 deste trabalho, a Atenção Básica em Saúde e Proteção Social Básica possuem vocação para o trabalho intersectorial e possuem equipes multidisciplinares, o que facilita para que possam lidar com as demandas e problemas multifacetados, assim como são as demandas do público do PMC.

Com base nos trabalhos estudados e de acordo com as propostas das Políticas de Saúde e Assistência Social, a intersectorialidade aparece como uma estratégia que vem se consolidando, tanto na gestão quanto no processo de execução do Programa, favorecendo a integralidade das ações e uma percepção mais ampla e menos repartida das demandas do público atendido pelo Programa. Entretanto, a questão apontada por Faustino (2023, p. 73) a respeito da dificuldade que há em se apreender o PMC como um todo e corroborada com o presente estudo, persiste. Quando pesquisadores ligados à Saúde estudam o Programa, não conseguem apreender os conceitos e aspectos da Assistência Social envolvidos nas ações do Programa. O mesmo acontece quando trabalhadoras do SUAS estudam o Programa, desconsiderando alguns conceitos e aspectos da Saúde, em seus trabalhos. Na verdade, o que parece acontecer é que os profissionais envolvidos tropeçam nessa dificuldade. No entanto, os trabalhos fortalecem o conhecimento de cada campo.

Talvez, até o presente momento, esse trabalho setorial tenha sido necessário para a compreensão de cada campo de atuação dentro do PMC, pois, como apontam Almeida e Afonso (2020, p. 96790) – em artigo que trabalha o diálogo interdisciplinar na Política de Assistência Social –, é necessária essa compreensão, de cada campo, para a construção de novos conhecimentos e novas ações em conjunto para melhorar a efetividade das ações direcionadas ao público atendido. Além disso, as autoras consideram que esse diálogo, essa aproximação, busca associar, sem reduzir o conhecimento. Ademais, baseadas no pensamento de Edgar Morin, elas apontam que

a questão desse tipo de aproximação (ou diálogo), não é de completude do conhecimento, mas da incompletude, do que uma só disciplina não dá conta de apreender e de responder sozinha (Almeida; Afonso, 2020, p. 96789).

Nesse contexto, a escassez de momentos de aproximação, de capacitações e discussões de aprimoramento realizadas em conjunto, entre as técnicas de referência do Programa nos CRAS e nos Centro de Saúde, das Cuidadoras Sociais, Supervisoras da OSC, Coordenadoras dos CRAS, Gerentes dos Centros de Saúde, representantes da e-Multi – ou seja, todos os envolvidos – gera a dificuldade de se apreender o Programa como um todo e de criar conhecimentos. Esses momentos de discussão e construção de conhecimento nem sempre funcionam no cotidiano, pois a urgência das decisões de cada caso pode dificultar as discussões mais estratégicas e coletivas.

A intersetorialidade parece ter movimentos parecidos com a interdisciplinaridade, assim como Faustino (apoiando-se em Junqueira) aponta. Segundo a autora, a intersetorialidade “é a articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e avaliação das ações” (Faustino, 2023, p. 39). Um exemplo dessa articulação de saberes e aproximação de conhecimentos seria construir um conceito de “qualidade de vida”, ligado aos objetivos do PMC. Em algumas passagens dos trabalhos avaliados⁶, a “qualidade de vida” foi atribuída a uma das políticas. Quando o texto era mais ligado à Assistência Social, falava-se do alcance dessa política dentro do Programa e outros efeitos; nos trabalhos mais ligados à Saúde, outros efeitos que não os da saúde eram identificados como “qualidade de vida”, muitas vezes relacionados à Assistência Social. Outro termo que possui entendimento um pouco diferente entre as duas áreas (como apontado na Introdução deste trabalho) e que pode ser discutido e dialogado, é o de “vulnerabilidade”.

Esses diálogos e aproximações geram, muitas vezes, tensões – em que cada campo de conhecimento busca a afirmação de seu conhecimento –, mas abrem também a possibilidade de se forjar um novo conceito, que possa favorecer a apreensão do novo campo – o PMC – de forma mais completa, pelos setores envolvidos.

⁶ Barbosa, 2019, p. 90, 103; Barbosa; Bronzo, 2020, p. 322; Fagundes, 2019, p. 27; Faustino, 2019, p. 3, 9; Faustino, 2023, p. 14, 76; Lloyd-Sherlock *et al.*, 2024, p. 19; e outros.

4.2.2 Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Inicialmente, alguns dos trabalhos tratam da expectativa de que o Programa Maior Cuidado possa prevenir violências e promover a saúde das usuárias do programa, uma vez que esse efeito está previsto nos objetivos do programa (Barbosa, 2019; Barbosa; Bronzo, 2020; Faustino, 2019). Além disso, mesmo sem um instrumento que possa medir essas duas vertentes, os trabalhadores que participam do programa entendem que ele tanto tem efeitos na saúde dos idosos quanto no fortalecimento dos vínculos familiares e na autonomia das famílias (Fagundes, 2019; Faustino, 2019, 2023; Castro, 2022, Castro *et al.*, 2023).

Faustino (2023) identifica a importância do Programa frente às desproteções, principalmente, as relacionais. Demonstra que as ações proativas e de prevenção – através do fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e do desenvolvimento da autonomia do idoso e da família – evitam acionamentos dos equipamentos da média complexidade da Política de Assistência Social, que lidam com o agravamento das desproteções e violação de direitos dessa população. A autora aponta ainda que, se o trabalho do PMC levar a não necessidade desse tipo de acionamento, se trata de uma forma de prevenção da violência em suas múltiplas formas. Nesse sentido, também evita o acionamento da alta complexidade do SUAS, ou seja, do acolhimento institucional, assim como apontam os trabalhos de Castro (2022), Castro *et al.*, (2023), Fagundes (2019) e Faustino (2019, 2023).

Castro *et al.*, (2023) utilizam o termo “Transferência Evitável do Domicílio”, tanto para hospitalizações quanto para a institucionalização, apontando que esse é um dos efeitos do Programa. Ainda em relação a este último ponto, é importante frisar que o trabalho da cuidadora social atua muito nessa prevenção e proatividade, no entanto, muitas situações de desproteções e violações de direitos extrapolam suas funções. Barbosa (2020), Fagundes (2019) e Faustino (2019, 2023) destacam a importância do Trabalho Social com Famílias realizado pelo PAIF, especialmente pelas técnicas de referência do PMC, inclusive com a utilização do Plano de Acompanhamento (PAF), estruturando, em conjunto com a família e outros envolvidos, a direção desse processo. Castro (2022) e Castro *et al.* (2023) apresentam uma seção de resultados de “Problemas para além do Programa: os limites do cuidado familiar diante da Violência contra a Pessoa Idosa” (Castro *et al.*, 2023, p. 5), onde afirmam que a pobreza e vulnerabilidades são questões para além do programa.

Sobre esse ponto, pode-se fazer uma crítica aos trabalhos de Castro (2022) e Castro *et al.* (2023), que indicam que esse tipo de situação está para além do Programa. Essas situações difíceis ultrapassam a função da cuidadora social, mas não estão para além do programa, uma vez que há o Trabalho Social com Famílias e acompanhamento familiar pelo PAIF. É importante destacar que, em casos em que as situações de violações de direito e violências persistem e se esgotaram as possibilidades de atuação da Proteção Social básica, o nível de Proteção Social Especial, do SUAS, é acionado. Nesses casos, deve-se avaliar se a família continua atendida pelo PMC ou se deve ser encaminhada ao Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas e suas Famílias (SPEPDI).

Com a cuidadora atuando no apoio à família e proporcionando alimentação mais adequada, no horário esperado, além do apoio na higiene e medicação como prescrita pela equipe de saúde, os trabalhos de Faustino (2019), Lloyd-Sherlock *et al.* (2024) apontam para redução de internações, risco de quedas e agravamento do quadro clínico.

Um outro destaque, nesse assunto, é que a presença de uma cuidadora social no domicílio pode diminuir o fardo ou a sobrecarga de cuidado da cuidadora familiar. Lloyd-Sherlock (2024) apresenta que esse é “um importante fator de risco para o abuso de idosos” e supõe que este é “um importante efeito preventivo” (Lloyd-Sherlock, 2024, p. 24-25). Faustino (2023, p. 114) aponta que a sobrecarga para a cuidadora familiar, dentre outros motivos, pode motivar situações de violências contra a pessoa idosa.

Dessa forma, observa-se que a presença da Cuidadora Social impacta positivamente a saúde e os vínculos familiares, uma vez que o idoso passa a se alimentar melhor e em horários adequados, além da redução da sobrecarga de trabalho da cuidadora familiar. Ademais, a Cuidadora Social, munida de orientações e informações direcionadas à pessoa idosa e à família, apoia e trabalha com elementos ligados aos objetivos da Atenção Básica em Saúde (como a prevenção de agravos e redução de danos) e na Proteção Social Básica (como aspectos das seguranças de convívio e autonomia). O Programa, ainda, aproxima as famílias às equipes dos Centros de Saúde e dos CRAS. Essas equipes, através dos Planos Terapêutico Singular e de Acompanhamento Familiar (conforme apresentado na seção sobre o Funcionamento do Programa), passam a conhecer e compreender

melhor as demandas dessas famílias, atuando de forma complementar às Cuidadoras Sociais e buscando, assim, promover a saúde e prevenindo violências.

4.2.3 Avaliação do Programa

O artigo de Faustino (2019) foi o único que não busca trazer algum tipo de avaliação do Programa, uma vez que visa apresentar o acompanhamento de famílias pelo PAIF, através do PMC. De forma geral, a avaliação do Programa Maior Cuidado pelos outros trabalhos é positiva. Lloyd-Sherlock *et al.* (2024) solicitaram aos participantes de seus grupos focais – trabalhadores de todas as partes envolvidas – para definir o Programa em uma só palavra. Todos escolheram palavras positivas, como: vida, parceria, necessário, qualidade, suporte, superação e cuidado, dentre outras.

Já os resultados de Fagundes (2019), obtidos através das entrevistas realizadas com idosos e seus familiares, mostraram que 100% dos entrevistados avaliaram estar satisfeitos com o programa e que ele trouxe impactos positivos na família. 70% avaliaram que não há o que melhorar no Programa e os demais 30% apontaram que a melhoria deveria ser realizada no aumento de horas ou de dias no atendimento já dispensado pelo programa, às famílias. Barbosa (2019, 2020), ao entrevistar as técnicas de referência do PMC, encontrou 73,9% indicando que os objetivos do Programa estão sendo parcialmente alcançados, enquanto as outras 26,1% consideram os objetivos como totalmente alcançados.

Esse tipo de avaliação levou a ampliação do Programa, em 2019, dos 26 CRAS para todos os 34 CRAS em atividade no Município, além de ter se expandido para outros municípios como Contagem/MG e Salvador/BA (Lloyd-Sherlock, 2024, p. 39). No entanto, eles também apontam que é preciso aprimorar pontos da gestão, como a falta de documentos institucionais de diretrizes e respaldo para as ações; monitoramento compartilhado entre as secretarias; diferenças da gestão e execução entre as regionais do município; dentre outros.

Em relação aos indicadores do PMC, Barbosa (2020, p. 317) aponta que, embora existam diversos registros sobre o bom funcionamento do Programa, ainda não há uma definição de indicadores capazes de medir objetivamente o alcance de seus resultados. De maneira robusta, na tentativa de mensurar efeitos do PMC, Castro (2022), Castro *et al.* (2023) e Lloyd-Sherlock *et al.* (2020, 2024) apontam indicadores

de medição, demonstrando uma forte correspondência entre o idoso participar do Programa e a redução no tempo de internação hospitalar, aumento de consultas agendadas em detrimento de consultas não agendadas e o aumento de consultas de reabilitação. Entretanto, no âmbito da Assistência Social, Faustino (2023, p. 48) aponta que não foram realizados estudos para medir o impacto do Programa no que diz respeito às desproteções relacionais, situações de isolamento, apartação e mesmo de institucionalização. O trabalho de Fagundes (2019, p. 9) investiga se o PMC, juntamente com o acompanhamento pelo PAIF – CRAS, tem o potencial de “prevenir o isolamento social dos idosos e retardar a institucionalização deles”. Por meio do questionário feito com os profissionais envolvidos, a pesquisa indicou uma resposta afirmativa, porém sem a definição de critérios e indicadores. Lloyd-Sherlock *et al.* (2024, p. 24), ao avaliarem a questão de abusos de idosos, afirmam que “há boas razões para supor que ele (o PMC) tem importante efeito preventivo”.

Sobre a efetividade do PMC frente às condições de vulnerabilidade dos idosos e questões relacionais, Barbosa (2019, 2020) e Faustino (2023) apontam que o trabalho ligado à Assistência Social é imaterial, menos tangível, o que torna mais difícil quantificar, medir seus objetivos e impactos. Entretanto, Faustino (2023, p. 115) destaca que, em 2014, a Gerência de Gestão da Proteção Social Básica (GGPSB) formulou e aplicou um questionário às famílias atendidas pelo Programa “com o objetivo de quantificar o nível de proteção e vulnerabilidade da família”, mas seu uso foi descontinuado. A autora indica a importância de se aprimorar o instrumental e retomar o seu uso.

De forma geral, o PMC é bem avaliado por todos os envolvidos. No entanto, como não há indicadores ou outras formas de verificação, essa avaliação é feita através de questionários, entrevistas ou grupos focais, mesmo quando se procura avaliar os objetivos do Programa. Os pesquisadores ligados à Saúde avançaram nesse direcionamento, ao iniciarem o desenvolvimento de indicadores e medições da política.

Nesse sentido, a Instrução Normativa de 2024 busca avançar também no desenvolvimento de indicadores do Programa, com dados oriundos dos seguintes órgãos: Gerência de Gestão dos Serviços da Proteção Básica (GGSPB); Gerência de Vigilância Socioassistencial (GVISO); Organização da Sociedade Civil (OSC) parceira

e Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Os indicadores apresentados pela Normativa são:

1. Quantitativo mensal de Pessoas Idosas em atendimento (GGSPB);
2. Quantitativo de novas inserções (GGSPB);
3. Média de pessoas idosas por cuidadora social (GGSPB);
4. Média mensal de atendimentos por cuidadora social (OSC parceira);
5. Percentual pessoas idosas por raça/cor (GVISO);
6. Percentual de inscritos no CadÚnico (GVISO);
7. Quantitativo de pessoas idosas atendidas beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (GVISO);
8. Quantitativo de pessoas idosas atendidas beneficiárias do Programa Bolsa Família (GVISO);
9. Percentual dos motivos de desligamento do Programa (GGSPB);
10. Percentual de pessoas idosas que tiveram mais de duas quedas no ano (SMSA);
11. Percentual de hospitalização no ano (SMSA);
12. Percentual semestral de pessoas idosas atendidas com a Rotina de Cuidados da Saúde atualizados (SMSA);
13. Percentual semestral de pessoas idosas com lesões (SMSA) e;
14. Percentual de sobrecarga das cuidadoras familiares (SMSA). (Belo Horizonte, 2024a).

Como indicado, dos quatorze indicadores, os últimos cinco são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, um dos indicadores fica na responsabilidade da OSC parceira e outros oito são divididos entre a GVISO e a GGSPB.

Ainda assim, como indicado pelos textos, a apreensão do trabalho ligado à dimensão relacional e seus objetivos são menos tangíveis. Este trabalho está alinhado às ideias de Barbosa (2019), Barbosa e Bronzo (2020) e Faustino (2023), que destacam a urgência do desenvolvimento de possíveis indicadores ligados aos objetivos do PMC. O retorno, previsto na Instrução Normativa 67 de 2024, do questionário utilizado em 2014 e que ainda não teve atualizações, pode trazer elementos para se quantificar o fortalecimento do vínculo, superação das

desproteções relacionais etc., bem como a utilização mais sistemática e a avaliação dos Planos de Acompanhamento Familiar (PAF). Outros elementos podem ainda ser verificados, como o estabelecimento da obrigatoriedade de realizar atas de Reuniões de Articulação e do GT Local. A apreciação desse material pode trazer informações importantes acerca do percurso da família no Programa e nos serviços da Assistência Social, permitindo a quantificação dos impactos imateriais.

Felizmente, a despeito da falta de indicadores consistentes, o encantamento que o PMC produz, fez com que ele se consolidasse, nesses treze anos de funcionamento, como uma ação pública importante. Isso proporcionou as ampliações que ocorreram no Programa, ainda que elas não tenham acompanhado a velocidade do crescimento do público idoso do município. Além disso, a gestão do PMC parece muito alinhada ao que os trabalhos avaliados demonstram, pois existe uma busca pelo aprimoramento do Programa, como a falta de documentos institucionais de diretrizes, destacada por Lloyd-Sherlock *et al.* (2024a, p. 39). A publicação de documentos oficiais, como a Portaria Conjunta (que aborda a Gestão do Programa e o papel de cada Secretaria) e a Instrução Normativa (que desenha os passos e reforçam os conceitos da operacionalidade do Programa) demonstram esse esforço (Belo Horizonte, 2019, 2024a). Além disso, pequenas ações no cotidiano do trabalho e o aprimoramento dos instrumentais já existentes, melhoram a comunicação e funcionamento entre os atores do PMC.

Na próxima subseção, são apresentados os dados da Planilha de Monitoramento do PMC ou Instrumental de Registro Mensal que, por si só, não são suficientes para demonstrar os impactos e o alcance desse Programa intersectorial, mas que trazem elementos importantes para o dimensionamento dele.

4.2.4 Análise dos dados do PMC, em 2023

Nesta subseção, serão analisados os dados do Programa Maior Cuidado, disponíveis no Instrumental de Registro Mensal do PMC (ou Planilha de Monitoramento/acompanhamento do PMC), e compará-los aos números apresentados nos trabalhos que compõem a revisão bibliográfica e em outros documentos.

Desde seu lançamento, em 2011, o Programa Maior Cuidado, passou a registrar seus dados mensalmente, em uma Planilha de Monitoramento, denominada Instrumental de Registro Mensal do Programa Maior Cuidado (Belo Horizonte, 2024a). Nesse instrumental, é possível acessar dados dos atendimentos, tais como: a regional que o CRAS está situado, o CRAS de atendimento, gênero, idade, data de inserção no Programa, bairro da residência, Centro de Saúde que a família é atendida, grau de dependência, situação da rotina de cuidados da Assistência Social, reinserção, suspensão temporária, há quantos e em quais meses a pessoa idosa está ativa no programa, data de desligamento do Programa. É possível, também, obter dados sobre as Cuidadoras Sociais e seus horários de atendimento. Esses números são importantes para que se conheça e se monitore o volume de atendimentos e algumas especificidades do Programa.

Dos dez trabalhos incluídos na revisão Bibliográfica, cinco apresentaram parte desses números. Barbosa (2019, 2020) e Aredes *et al.* (2021) apresentam dados de 2011 a 2018 e Faustino (2023) e Lloyd-Sherlock *et al.* (2024) analisam dados de 2011 a 2022. É importante destacar a apresentação e análise, bastante completa, de Faustino (2023), ao que ela chama de “Caracterização do Programa Maior Cuidado”. A autora desenvolve análises do atendimento por regional, por CRAS, por gênero, grau de dependência, inclusões no programa, motivo de desligamento, quantitativo de Cuidadoras Sociais, além de vários cruzamentos de dados. Além disso, ela apresenta um recorte do atendimento no período mais agudo da Pandemia COVID-19 (2020-2021). Neste trabalho, será feita apresentação de alguns dados do atendimento do ano de 2023, bem como comparações com os números já publicados pelos cinco trabalhos citados acima.

A Tabela 1 apresenta os dados de atendimento do ano de 2023 por CRAS, no que diz respeito ao total de atendimentos do respectivo ano e do mês de dezembro, além de dados relacionados ao grau de dependência dos idosos, número de cuidadoras e demanda pelo Programa. Destaca-se de amarelo, na tabela, uma pequena inconsistência nos números: a diferença de quatro idosos entre a soma de dependentes e semidependentes, em relação ao total de idosos atendidos. No CRAS Apolônia, por exemplo, há uma diferença de dois idosos e nos CRAS Morro das Pedras e Pedreira Padro Lopes, diferença de um idoso. Assim, a soma de idosos

dependentes e semidependentes fica em 1000 idosos e o total de idosos atendidos fica em 1004.

Tabela 1 – Dados do Instrumental de Registro Mensal do Programa Maior Cuidado – Prefeitura de Belo Horizonte – 2023

CRAS	TOTAL DE IDOSOS "SD" EM 2023	TOTAL DE IDOSOS "D" EM 2023	TOTAL DE IDOSOS ATENDIDOS EM 2023	TOTAL GERAL (2011 A 2023)	NÚMERO DE IDOSOS EM ATENDIMENTO EM DEZ/23	DEMANDA PELO PMC EM DEZ/23	CUIDADO-RAS POR CRAS EM DEZ/23
ALTO VERA CRUZ	23	16	39	129	28	4	4
APOLÔNIA	24	15	41	153	25	9	6
ARTHUR DE SÁ	22	12	34	144	19	2	6
BIQUINHAS	13	13	26	46	17	SEM INFO.	5
CALIFÓRNIA	15	18	33	120	27	3	5
CONFISCO	13	14	27	108	21	7	5
COQUEIRAL	13	14	27	141	21	5	4
GRANJA DE FREIRAS	18	8	26	46	15	2	5
HAVAI VENTOSA	34	14	48	138	26	3	8
INDEPEDÊNCIA	18	21	39	120	25	4	5
JARDIM FELICIDADE	15	13	28	131	19	1	6
LAGOA	21	23	44	68	33	4	4
MANTIQUEIRA	14	7	21	34	12	4	5
MARIANO DE ABREU	10	10	20	108	17	3	4
MORRO DAS PEDRAS	8	8	17	78	12	5	5
NOVO AARÃO	11	22	33	113	25	4	5
NOVO OURO PRETO	18	6	24	86	19	SEM INFO.	5
PAULO VI	15	19	34	116	21	4	5

CRAS	TOTAL DE IDOSOS "SD" EM 2023	TOTAL DE IDOSOS "D" EM 2023	TOTAL DE IDOSOS ATENDIDOS EM 2023	TOTAL GERAL (2011 A 2023)	NÚMERO DE IDOSOS EM ATENDIMENTO EM DEZ/23	DEMANDA PELO PMC EM DEZ/23	CUIDADO-RAS POR CRAS EM DEZ/23
PEDREIRA PADRO LOPES	7	19	27	136	23	2	4
PETRÓPOLIS	13	7	20	100	14	2	4
PROVIDÊNCIA	8	21	29	143	21	22	6
SANTA RITA DE CÂSSIA	18	18	36	133	19	1	5
SANTA ROSA	19	6	25	95	18	1	5
SÃO JOSÉ	15	12	27	113	22	14	5
SENHOR DOS PASSOS	15	5	20	98	18	7	4
TAQUARIL	13	4	17	85	13	8	3
VILA ANTENA	9	17	26	36	16	4	5
VILA CEMIG	13	12	25	108	21	2	5
VILA FÁTIMA	23	10	33	104	24	7	5
VILA MARÇOLA	35	6	41	113	28	2	4
VILA MARIA	18	20	38	52	26	0	5
VISTA ALEGRE I	9	15	24	54	13	9	5
ZILAH SPÓSITO	14	18	32	119	19	7	5
SUMARÉ	15	8	23	42	17	1	4
TOTAL	549	451	1004	3410	694	153	166

Legenda: SD – Semidependente D – Dependente

Fonte: Elaborada pelo autor, a partir dos dados do Instrumental de Registro Mensal do Programa Maior Cuidado

O ano de 2023 foi o primeiro em que o número de idosos atendidos ultrapassou a marca de mil. Esse valor representa 29,44% do total de atendimentos acumulados entre 2011 e 2023. Em 2011, ano de lançamento do Programa, a meta era de atender 200 idosos. Em 2016, após a troca da OSC, a meta foi ampliada para 400 idosos, embora esse número já tivesse sido superado à época. Comparando com 2018, quando, segundo Barbosa (2000, p. 15), o PMC atendeu 734 idosos, funcionando em apenas 26 CRAS, houve um aumento de 36,78% no número de idosos atendidos. Em 2019, o programa foi ampliado para 34 CRAS da cidade, e o número de cuidadoras aumentou de 127 para 169. Naquele momento, a meta era atender 620 idosos, mas, em 2023, o programa contava com 694 idosos em atendimento ativo, com uma média de quatro idosos por Cuidadora Social.

É importante que se comemore (e muito) os mais de mil atendimentos realizados em 2023. No entanto, vale destacar que, em dezembro desse mesmo ano, 16.248 pessoas idosas estavam cadastradas no CadÚnico e se encontravam abaixo da linha da extrema pobreza, ou seja, em vulnerabilidade material. Esses idosos eram, provavelmente, usuários da Assistência Social e tinham grandes chances de se enquadrar como público do Programa. Dessa forma, ainda é urgente que se mantenha a ampliação do PMC.

Ainda de acordo com a Tabela 1, a maioria dos idosos atendidos pelo Programa, ou 54,9% do total, são considerados semidependentes. Os idosos considerados dependentes representam 45,1% dos atendimentos. Em relação aos números apresentados por Faustino (2023, p. 89), percebe-se uma diferença de cerca de 2 pontos percentuais. Segundo os dados apresentados pela autora, de 2011 a 2022, o PMC atendeu 57% de idosos semidependentes e 43% de dependentes. Tais números demonstram o “viés proativo e preventivo do programa” (Faustino, 2023, p. 100), uma vez que se tem maiores oportunidades de prevenção de agravos nas condições dessas famílias e idosos. Assim, o caráter preventivo do programa se mantém, apesar da diferença assinalada entre os percentuais de 2023 e os apresentados até 2022.

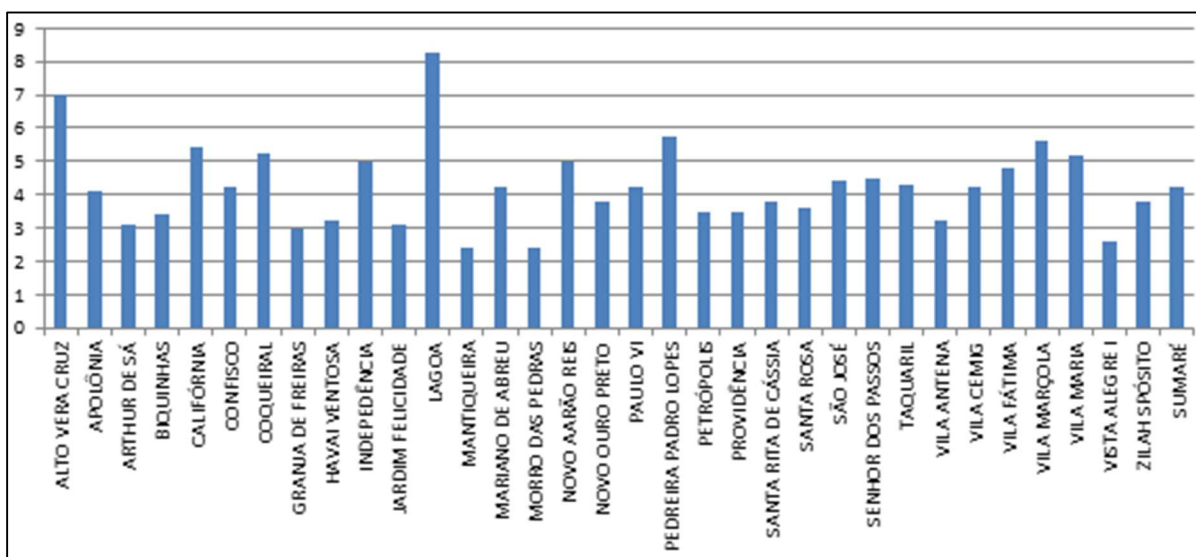
Outro dado que se destaca na Tabela 1 é a média de idosos atendidos por CRAS. Em 2023, essa média foi de 29,5 idosos por CRAS. Entretanto, sete CRAS apresentaram um número de atendimentos superior a 38 idosos: o CRAS Vila Maria

teve 38 idosos atendidos; Independência e Alto Vera Cruz atenderam 39, cada um; Vila Marçola e Apolônia com 41; e o CRAS Lagoa com 44 idosos atendidos.

Em contraposição a esses números, cinco CRAS apresentaram número inferior a 21 idosos atendidos, em 2023: o CRAS Mantiqueira com 21 idosos; os CRAS Petrópolis e Senhor dos Passos, que atenderam 20 idosos; e os CRAS Morro das Pedras e Taquaril, que atenderam 17 idosos. Esses números demonstram as diferentes taxas de rotatividade dos CRAS.

Além disso, o Gráfico 1 indica a média de pessoas idosas, por cuidadora, em cada CRAS, considerando o mês de dezembro de 2023. O CRAS Alto Vera Cruz (com uma média de 7 idosos por cuidadora), o CRAS Lagoa (com a média de 8,25) e o CRAS Pedreira Prado Lopes (com média de 5,75) se destacam pelo alto número de idosos por cuidadora. Esses três CRAS possuem quatro cuidadoras atuando em cada um deles.

Gráfico 1 – Média de idosos por cuidadora em cada CRAS, em dezembro de 2023



Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados do Instrumental de Registro Mensal do Programa Maior Cuidado.

Os CRAS Mantiqueira e Morro das Pedras apresentam as menores médias de idosos por cuidadora, com 2,4, seguidos pelo CRAS Vista Alegre I, com 2,6. Assim como os CRAS com as maiores médias de idosos por cuidadora, esses três também se desviam da média geral, mas para baixo, ficando bem abaixo dos 4,1 idosos por cuidadora. Apesar de refletirem somente os números de um mês (que podem ser

influenciado por vários fatores, como a entrada ou saída de vários idosos nesse mesmo mês), os dados demonstram que a organização do atendimento é organizada de forma diversa e de acordo com a demanda do território e famílias. Ou seja, eles corroboram a constatação da discricionariedade por parte das técnicas de referência, organizando de maneira singular seus recursos.

A INO 67/2024 propõe que a organização dos horários das cuidadoras não deve ser padronizada, mas que sejam consideradas as demandas dos idosos e familiares (Belo Horizonte, 2024a, p. 20).

No geral, levando-se em consideração os dados do estudo inicial para implantação do PMC – em que foi identificado um grande público de idosos vulneráveis, do ponto de vista da Saúde, vivendo em território referenciado aos CRAS –, apenas dois CRAS apontam números acima de dez famílias em espera: o CRAS Providência e o CRAS São José, que apresentam vinte e duas e quatorze famílias aguardando vaga no PMC, respectivamente. É importante destacar que esses números não refletem a demanda real pelo programa, mas indicam a organização das equipes frente a essa demanda. Assim, um dos motivos para essa diferença entre os CRAS, pode se dar através de um olhar mais atento das equipes da Saúde e da Assistência Social na identificação do público prioritário, um dos quatro macroprocessos do funcionamento do Programa, como apresentado a seguir.

4.2.5 Funcionamento do Programa Maior Cuidado

Com a publicação, em 2019, da Portaria Conjunta entre as secretarias Municipais de Assistência Social e Saúde, foi possível entender melhor os papéis de cada ator na gestão do Programa. Percebe-se a importância da intersetorialidade e o cuidado em instituir espaços intersetoriais de gestão, monitoramento, avaliação, operacionalização e decisão para o PMC.

A Gestão Geral é de responsabilidade da Subsecretaria de Assistência social (SUASS), através da Diretoria de Proteção Social Básica (DPSO). Porém, cada Diretoria, DPSO e a Diretoria de Assistência à Saúde (DIAS) faz a vigilância ou monitora as ações de sua política – inclusive a participação das equipes nas ações do programa. A responsabilidade de desenvolver indicadores de desempenho é dividida entre as duas diretorias. A parceria entre o poder público e a Organização da

Sociedade Civil é realizada através da DPSO e as cuidadoras sociais integram as equipes dos CRAS.

A portaria também institui o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial, coordenado pela Gerência de Gestão da Proteção Social Básica e que é composto por, pelo menos, um representante de cada uma das duas diretorias, um representante da referência técnica da Gerência de Gestão da Proteção Social Básica e um representante da referência técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. O Grupo tem como objetivos: propor diretrizes, monitorar/avaliar, aperfeiçoamento, ações intersetoriais para o Programa, além de apoiar o funcionamento do GT Local. Se o GT Local é o dispositivo intersetorial instituído para a execução do PMC, o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial é o dispositivo da Gestão. A intersectorialidade traz sempre muitos desafios para se concretizar esse tipo trabalho e, para que isso aconteça, é de suma importância que os espaços de discussão e execução intersetoriais sejam instituídos e façam parte da rotina laboral.

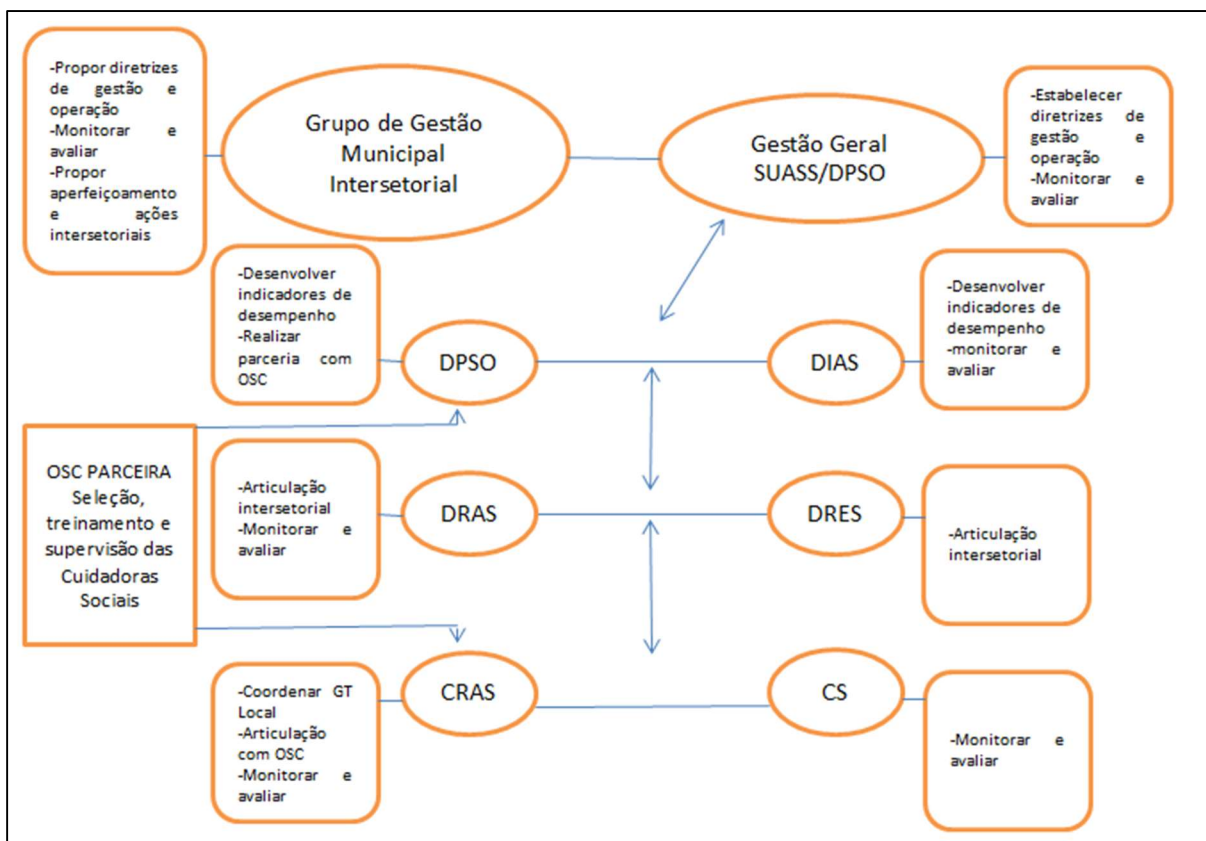
A responsabilidade principal das Diretorias Regionais de Assistência Social e de Saúde é “fomentar a articulação intersectorial, visando à integralidade de atenção socioassistencial e de saúde das pessoas idosas inseridas no Programa” (Belo Horizonte, 2019).

Ficou atribuída à Coordenação dos CRAS a responsabilidade de gerir o GT Local, em articulação com os Centros de Saúde, além de promover a articulação com a OSC e acompanhar e monitorar as ações do Programa.

Já aos Gerentes dos centros de Saúde cabe acompanhar as ações do PMC, inserções, desligamentos, participação no GT Local pelas equipes de saúde e a manutenção da articulação junto à coordenação dos CRAS.

Dessa forma, a Portaria desenha a gestão do PMC, de forma a garantir a intersectorialidade em dispositivos e ações. A Figura 3 sistematiza o formato pelo qual se concretiza essa gestão, apresentada pela Portaria Conjunta de 2019.

Figura 3 – Organograma da Gestão do Programa Maior Cuidado, de Belo Horizonte, com as principais atribuições de cada esfera, definido pela portaria conjunta de 2019.



Fonte: Elaborada pelo autor.

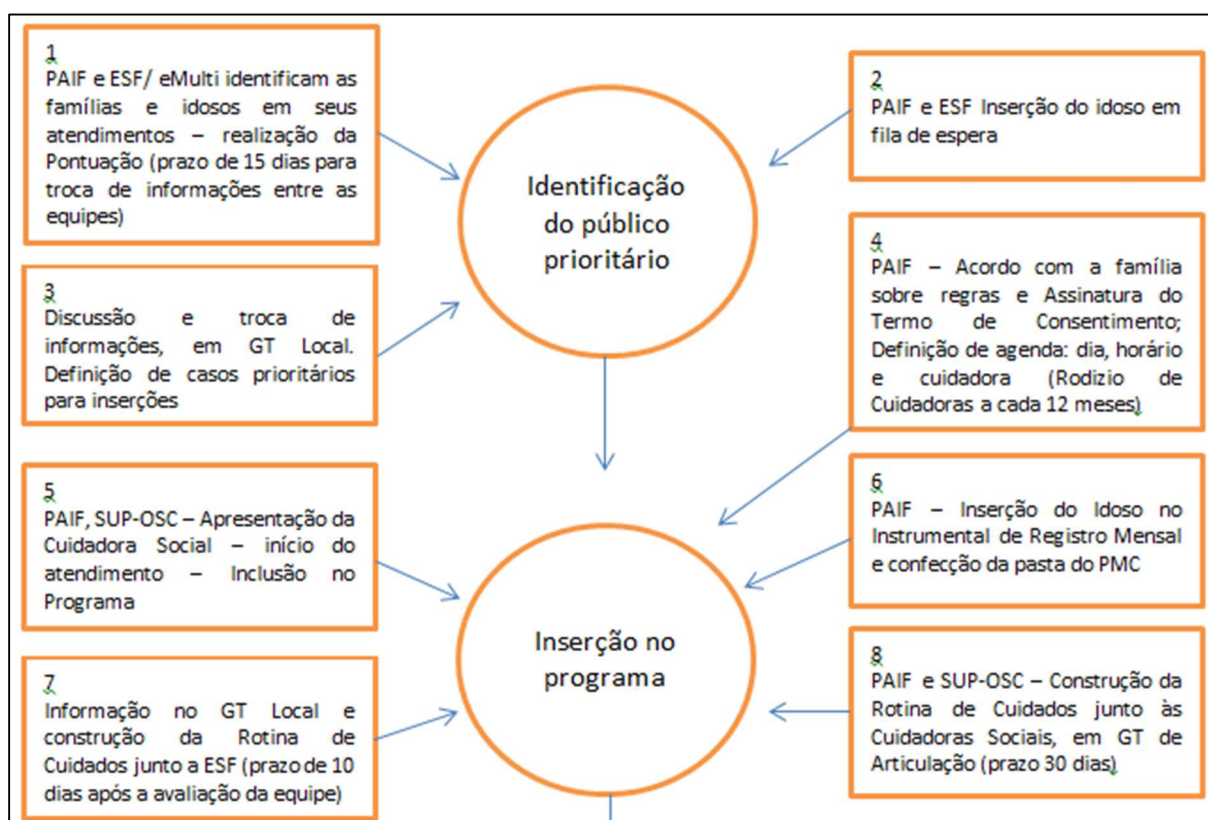
A Portaria aponta algumas ações de execução do PMC, uma vez que apresenta as atribuições das equipes PAIF e ESF/eMulti: identificar o público prioritário; realizar estudos de casos, de modo intersectorial, para inserção no programa; desenvolver ações integradas de atendimento e acompanhamento; elaborar e atualizar as rotinas de cuidado; e elaborar Plano de Acompanhamento Familiar (PAF), através da equipe do PAIF e Plano Terapêutico Singular (PTS), pelas ESF/eMulti, conforme avaliação (Belo Horizonte, 2019).

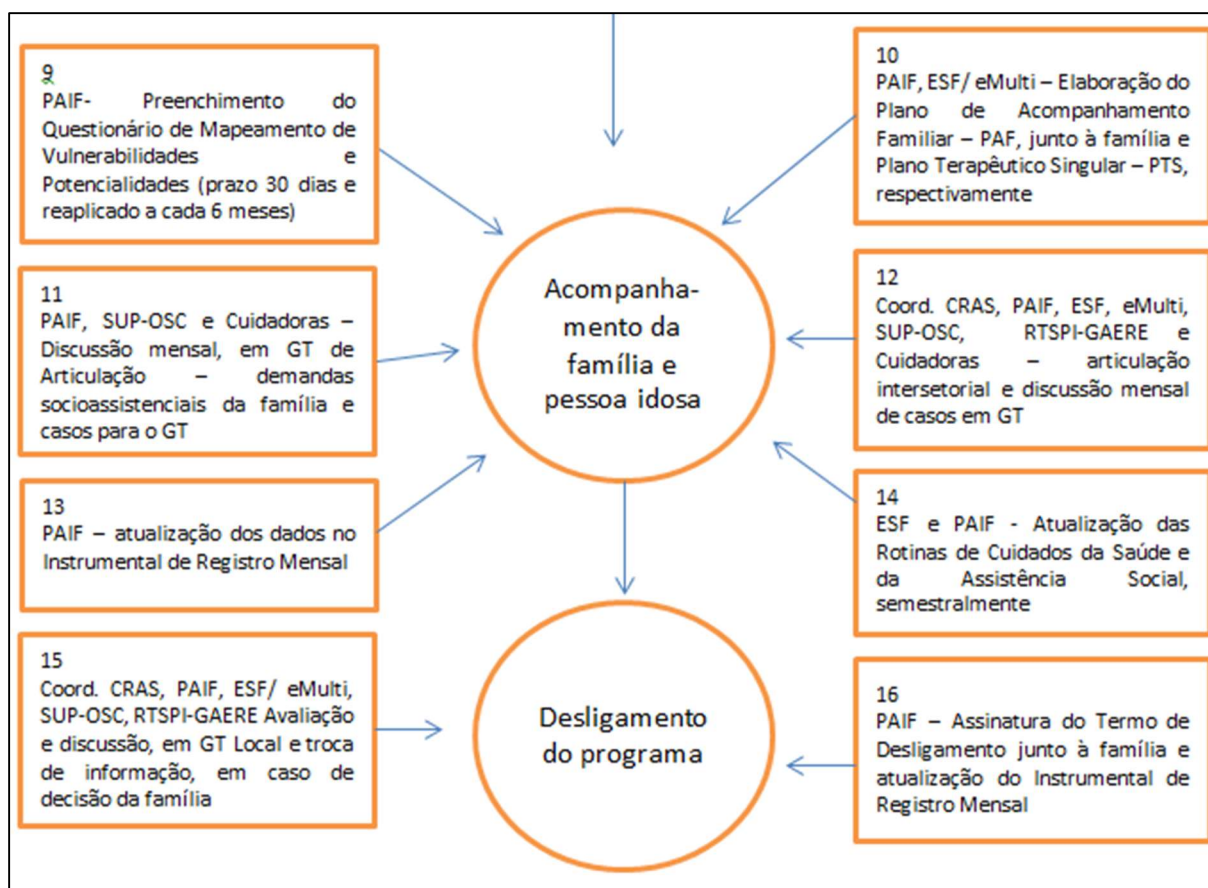
Em dezembro de 2024, a Prefeitura de Belo Horizonte, através do Comunicado 056/2024 da Subsecretaria de Modernização da Gestão (SMPOG), publicou a Instrução Normativa – INO67/2024, com a finalidade de “estabelecer competências e os procedimentos necessários para a execução e operacionalização do Programa Maior Cuidado referenciado aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e aos Centros de Saúde de Belo Horizonte, visando garantir a eficácia de seu funcionamento” (Belo Horizonte, 2024a, p. 1). É interessante notar que a Instrução

Normativa não pretende padronizar as ações, mas dar um direcionamento, um passo a passo, para que seja garantida a execução mínima de alguns procedimentos necessários. A INO67/2024 apresenta também alguns conceitos e definições sobre a inserção do programa nas duas políticas, além de ações, procedimentos e formulários próprios do PMC (Belo Horizonte, 2024a).

A seguir, será apresentado um desenho do funcionamento do PMC, a partir do que os textos da pesquisa bibliográfica trazem de elementos no que diz respeito à execução do PMC, além de elementos da experiência pessoal (como participante desse processo de trabalho) e as novas direções da Instrução Normativa (INO67/2024). A Figura 4, busca apresentar como o PMC é executado, levando em consideração quatro principais ações, ou macroprocessos: identificação do público prioritário; inserção no Programa; acompanhamento; e desligamento.

Figura 4 – Fluxo operacional de atendimento do Programa Maior Cuidado de Belo Horizonte, como identificado em 2024.





Fonte: Elaborada pelo autor.

A Figura 4 apresenta um passo a passo, identificando os pontos principais, na execução do Programa, em que a intersetorialidade é marcada de maneira clara. A INO67/2024 apresenta algumas novidades, como o estabelecimento de prazos de várias ações, além da Ação 9, que marca o retorno da aplicação do Questionário de Mapeamento das Vulnerabilidades e Potencialidades às famílias. Entretanto, ela não traz o modelo do Questionário para sua utilização.

Em relação à “Identificação do Público Prioritário”, é importante destacar a participação das famílias que, muitas vezes, buscam ativamente os CRAS e os C.S., apresentando demanda pelo Programa – para além das três ações identificadas na Figura 4. Tanto as famílias que buscam as equipes da Saúde e da Assistência Social quanto as famílias identificadas por essas equipes, aptas ou não para inserção no PMC, podem ser encaminhadas para outros serviços e ações da rede intersetorial, uma vez que seus casos se aproximam dos serviços das duas políticas. A fila de espera para o PMC deve ser gerida pelo CRAS e Centros de Saúde, em documento compartilhado.

O processo de “Inserção no Programa” se dá somente após assinatura do Termo de Consentimento, documento que detalha as condições de permanência no Programa e atribuições da família e das Cuidadoras Sociais (Belo Horizonte, 2024a, p. 10). É nesse momento que os profissionais envolvidos no programa iniciam efetivamente o trabalho de conhecer as famílias, os idosos e suas demandas. Com a elaboração das Rotinas de Cuidado da Saúde e Assistência Social, são identificadas ações para atuar nessas demandas e orientação a respeito da atuação das Cuidadoras Sociais. O prazo estabelecido pela INO67/2024 para que esse processo ocorra é de 10 dias para ESF/eMulti e de 30 dias para PAIF/OSC, a partir da entrada da família/Pessoa Idosa no Programa.

A “Rotina de Cuidados da Assistência Social” é organizada em cinco eixos:

1. Função Protetiva da Família, com ações ligadas a informações e orientações para a família, envolvimento da família nos cuidados e incentivo a construção de rede de apoio;
2. Vínculos Familiares e Comunitários, com ações de incentivo à participação da pessoa idosa e familiares a participar de espaços da comunidade e outros serviços da Assistência Social, valorização dos cuidados familiares e inclusão da pessoa idosa nas atividades sociais e cotidianas da família;
3. Prevenção do Isolamento e da Exclusão, com ações de estímulo para que a família valorize as preferências e histórias da pessoa idosa e promoção de diálogo entre os familiares e pessoa idosa;
4. Desenvolvimento da Autonomia do Idoso, com ações que buscam estimular a pessoa idosa a tomar decisões, executar, dentro de suas possibilidades, atividades de seu interesse e estimular a família valorizar e respeitar as opiniões, decisões e preferências da pessoa idosa;
5. Garantia de Direitos, com ações de orientações e informações sobre acesso a serviços públicos.

A “Rotina de Cuidados da Saúde” está em fase de rearranjo e testes, em alguns CRAS, com o intuito de permitir que as informações da Saúde fiquem mais acessíveis e inteligíveis para as Cuidadoras Sociais. Chamado, de “Proposta de Plano de Cuidados e monitoramento em Saúde para o idoso inserido no PMC”, o documento avalia se há presença das doenças comuns e não transmissíveis, como diabetes,

hipertensão, osteoporose, sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) etc.. Além disso, são monitorados o acesso a serviços e lazer, com a proposta de acompanhar o idoso nessas atividades; orientações de uso adequado de calçados, órteses e próteses, se forem o caso; histórico de hospitalização, quedas e uso de oxigênio; informações sobre a presença e orientações sobre alimentação, hidratação, excreção, saúde bucal, mobilidade, cuidados com a pele, saúde mental, hábitos de vida como tabagismo e alcoolismo, uso correto da medicação e vacinação.

As famílias têm acesso às informações das “Rotinas de Cuidado” através de cópia desses documentos, incluídas nas pastas do Programa e que são deixadas nos domicílios. Além dessas informações, as pastas contêm: cópia do Termo de Consentimento; cópia dos procedimentos de competência das Cuidadoras Sociais, que apresentam, também, os procedimentos que são exclusivos da enfermagem, que as Cuidadoras Sociais não podem executar; cópia da Avaliação Global do Idoso; e folhas em branco, com o brasão da PBH, para registro dos profissionais (Belo Horizonte, 2024a, p. 21).

Em relação à Ação 4 (“Definição dos horários das Cuidadoras”), a INO67/2024 alerta que não é possível uma padronização desse quesito para todas as famílias e que se deve considerar as demandas, o grau de dependência, as necessidades de cuidado de cada pessoa idosa. Entretanto, é estabelecido que a jornada não poderá exceder 20 horas semanais. É previsto o “Rodízio de Cuidadoras Sociais” a cada 12 meses e, para que essa ação aconteça de forma tranquila para a família, é necessário que haja informação prévia e apoio das Supervisoras da OSC, considerando o perfil, o deslocamento e adaptação da Cuidadora. Cabe à Referência Técnica do PAIF, a atualização das agendas no Instrumental de Registro Mensal do Programa.

É no processo de “Acompanhamento da Família e Pessoa Idosa” que acontece o maior número de ações com discricionariedade dos profissionais – apesar do maior número de ações padronizadas. Nesse momento é que, muitas vezes, o inesperado, as urgências e situações singulares de cada família acontecem. Com exceção das atualizações das “Rotinas de Cuidado” – que buscam manter o direcionamento das ações das Cuidadoras Sociais mais adequadas às realidades em relação aos cuidados da Pessoa Idosa atendida –, as principais ações estão ligadas ao acompanhamento, monitoramento e avaliações.

A Instrução Normativa 67/2024 apresenta a retomada do questionário de Mapeamento de Vulnerabilidades e Potencialidades. Ele permite que se acompanhe a situação material e relacional da família no momento de entrada no Programa e, sistematicamente, a cada 6 meses. Há a obrigatoriedade do acompanhamento familiar pelo PAIF por pelo menos 6 meses, com a elaboração do Plano de Acompanhamento Familiar (PAF), um documento do SUAS-BH de preenchimento coletivo (técnica do PAIF, família, outras políticas ou instituições). Esse documento apresenta uma avaliação da situação inicial da família: vulnerabilidades, desproteções, potencialidades e espaço para acordos, além de objetivos e ações entre família, CRAS e outros atores, incluindo os prazos e os responsáveis, na busca de resultados e aquisições. Através desse formulário é possível também aferir como estava a situação de antes, como ela ocorreu durante o processo e como ficou depois do acompanhamento. Já o Plano Terapêutico Singular da Saúde tem diretrizes – como preenchimento coletivo, com prazos e responsáveis pelas ações – parecidas com as do PAF. Entretanto, ele não é apontado como obrigatório para o Programa, mas deve ser realizado sempre que se mostrar necessário.

Nas discussões da Reunião de Articulação e GT Local, a intersetorialidade se materializa, pois esses são os momentos da gestão da operacionalidade do Programa, em que é possível trabalhar a integralidade do cuidado e promover a consolidação dos esforços, recursos e construção de conhecimentos ligados aos objetivos do PMC. Nas Reuniões de Articulação, as Cuidadoras Sociais, “deverão selecionar previamente os casos que necessitam de orientação, detalhar as ações desenvolvidas e apresentar os resultados alcançados durante a reunião” (Belo Horizonte, 2024a, p. 22). Esses casos serão discutidos no GT Local e tal seleção será enviada, pela Coordenadora do CRAS, aos C.S., para agilizar e otimizar as discussões. No GT Local, todos os encaminhamentos definidos serão compilados e distribuídos, por *e-mail*, a todos os envolvidos. Essa tarefa também é desempenhada pela Coordenadora do CRAS, cuja principal função no Programa é articular ações intersetoriais, além de acompanhar e monitorar suas atividades. Como já apontado, as atas dessas reuniões são materiais importantes de monitoramento e informações sobre a questão, o trabalho e o resultado, além de possuírem um grande potencial para se observar as questões menos tangíveis, tanto na área da Saúde como na da Assistência Social.

O registro no Instrumental de Registro Mensal do PMC é um passo que acontece em todos os macros processos, com exceção da “Identificação do Público Prioritário”. Esse instrumental é responsável pela alimentação dos dados que traduzem os principais resultados dos indicadores propostos para o Programa. Como já mencionado, esse instrumental apresenta os dados do idoso, endereço, data de nascimento, gênero, grau de dependência, data de inserção/reinserção no PMC, CRAS e Centro de Saúde em que a família/pessoa idosa é atendida, se ela possui Rotina de Cuidados da Assistência social e data limite da confecção desse documento, data e motivo de desligamento do Programa, data e motivo da suspensão temporária e se o atendimento está ativo ou não em cada mês. Em outra aba da planilha, o Instrumental apresenta dados consolidados mensal e anualmente, desde 2011, a respeito do número de idosos atendidos no Programa, o quantitativo de idosos dependentes e semidependentes, incluídos, reinseridos ou desligados. Também são registrados o número de famílias atendidas e aquelas que demandam pelo Programa. Além disso, também são apresentadas informações sobre o quadro de horários das Cuidadoras Sociais.

Na última ação, “Desligamento do Programa”, são definidas as situações de encaminhamentos para a média complexidade do SUAS - CREAS/SPEPDI; alta complexidade do SUAS – abrigo institucional, descumprimento do termo de consentimento pela família e decisões da família sobre interromper atendimento. Tais situações são discutidas no GT Local e, caso o desligamento seja a decisão tomada, é necessário que a família/pessoa idosa assine o Termo de Desligamento. Após a assinatura, o instrumental de Registro Mensal deve ser atualizado com as informações de desligamento. Dessa forma encerra-se o processo de atendimento do Programa Maior Cuidado.

Como visto, não há um protocolo de como devem se realizar as ações, mas a Instrução Normativa 67/2024 busca trazer alguma homogeneidade aos processos do PMC para as Regionais e CRAS do município.

Barbosa (2019, 2020) aponta a importância do “fator relacional” e, por conta disso, a dificuldade em se padronizar o atendimento do Programa. A descentralização das decisões para as técnicas e cuidadoras sociais é apresentada como um fator de discricionariedade desses atores no programa, ou seja, dentro das normas do PMC, esses profissionais têm autonomia para definir como se dará a organização e

operacionalização dos atendimentos, para que se aproximem mais da realidade e das demandas das famílias e pessoas idosas atendidas. Dessa forma, em consonância com o que é afirmado também por outros autores, como Faustino, 2023 e Lloyde-Sherlock, 2024, a autora destaca a importância da capacitação desses profissionais, pois são eles que são os “tradutores da política” (Barbosa, 2020, p. 320). De acordo com as cuidadoras que responderam ao questionário de Barbosa (2019, 2020), mais de 90% das profissionais entendem a capacitação inicial como muito importante. A proposta de capacitações em conjunto, entre todos os envolvidos, foi apontada na subseção sobre a Intersetorialidade, neste trabalho.

Um outro fator que se mostra relevante e que carece de ser discutido, diz respeito à importância em se pensar na saúde, especialmente a saúde mental das Cuidadoras Sociais, que lidam com os desafios dos processos de trabalho e do trabalho intersetorial e interdisciplinar, conforme destaca Faustino (2023, p. 79).

Dessa forma, o PMC se mostra em constante aprimoramento e entender o seu funcionamento demonstra o alcance de suas ações intersetoriais, bem como amplia as possibilidades de se medir os seus objetivos, através de seus dispositivos e instrumentais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização dos resultados desta pesquisa, assim como o material estudado, pode servir de apoio para novas investigações que tenham o Programa Maior Cuidado como objeto de estudo. Conforme apresentado, esse Programa é de suma importância para o cuidado da pessoa idosa, e trabalhos sobre essa temática podem contribuir para o aprimoramento dessa oferta socioassistencial em parceria com a área da Saúde

Nessas discussões, destacaram-se as recomendações de que se tenha espaços de capacitação e desenvolvimento de aprimoramento do Programa, também, de modo intersetorial. Isso significa que esses espaços sejam compostos por participantes de todos os setores envolvidos, em conjunto, propiciando a construção de novos conhecimentos e conceitos ligados ao Programa. Ademais, eles podem promover o desenvolvimento de indicadores, tanto da Saúde como da Assistência Social, tão importantes para a avaliação do Programa. Em diversos aspectos, os instrumentais já utilizados pelo PMC poderiam ser capazes de medir alguns aspectos do Programa, mas outros poderiam ser institucionalizados, como os indicadores já propostos pelos pesquisadores ligados à área da Saúde.

Para a Assistência Social, especificamente, a condição de se trabalhar aspectos imateriais dificulta o estabelecimento de indicadores. Para Bronzo e Prates (2012), para se mensurar o “empoderamento”, para lidar com a vulnerabilidade, por exemplo, deveria se considerar componentes intrapessoais, percepção de si mesmo frente à vida, como o sentimento de ser competente; interacionais, como a compreensão de sua comunidade e fatores sociopolíticos; comportamentais, como condutas para maior controle da vida; e do âmbito familiar, como a capacidade da família empoderar seus membros (Bronzo; Prates, 2012, p. 112). Apoiados em Gita Sen e Raczynski, os autores apontam que para realizar mudanças nas condições de pobreza, é necessária uma combinação de fatores externos e da subjetividade (Bronzo; Prates, 2012, p. 111). Para os autores, a mistura de técnicas quantitativas e qualitativas se mostra como uma possibilidade de compreensão dessa dimensão intangível. Em suas palavras:

Dada a complexidade de identificar alterações que ocorrem no âmbito da subjetividade, a combinação de metodologias qualitativa e quantitativa permitiu identificar, por um lado, os significados que os beneficiários e os técnicos dos serviços socioassistenciais atribuem às alterações percebidas,

e, por outro, expandir esses resultados para a amostra pesquisada. Têm-se, nos registros das falas e nos dados, indícios suficientes para afirmar que os serviços socioassistenciais produzem efeitos que a transferência de renda, por si só, não produz (Bronzo; Prates, 2012, p. 124).

Os efeitos do PMC foram identificados como positivos, tanto na Promoção da Saúde quanto na Prevenção da Violência. O Programa foi avaliado positivamente e cumpre seus objetivos, de acordo com os textos estudados. Criando indicadores e comparações mais robustas, como propõem Bronzo e Prates (2012), esses indícios podem se tornar mais palpáveis, assim como podem permitir que se identifique o papel de cada ator, incluindo a família e as possibilidades do território, na superação das dificuldades de cada situação.

Uma lacuna importante identificada diz respeito à falta de estudos sobre as Cuidadoras Sociais, especialmente em relação às suas condições de trabalho. Apesar da instituição da profissão pela Classificação Brasileira de Ocupações, em 2002, e do Código de Conduta dos Cuidadores Sociais do Programa Maior Cuidado, de 2014 – que normatiza as condutas das Cuidadoras e das Servidoras Municipais, em relação à ética, qualidade e eficácia –, ainda existe certa precariedade das condições de trabalho, inserção junto às equipes dos CRAS e valorização. Entender como se dá a relação entre o poder público e a Organização da Sociedade Civil e seus desdobramentos, se mostrou como algo importante para as equipes e, ao mesmo tempo, um aspecto negligenciado.

O PMC demonstrou estar em constante aprimoramento, tanto na gestão operacional – com o aperfeiçoamento dos instrumentais utilizados e a maior aproximação das Referências Técnicas da Pessoa Idosa da GAERE nos GTs Locais – quanto na gestão estratégica, com a elaboração da Portaria Conjunta e da Instrução Normativa (Belo Horizonte, 2019, 2024a). A publicação desses dois documentos trouxe uma maior segurança na execução do Programa, por parte das profissionais da ponta, bem como certa padronização entre as regionais e CRAS. Entretanto, a participação dessas profissionais nas discussões e construção dos documentos seria importante para uma direção mais assertiva e eficaz.

Como instituição, a Prefeitura se mostrou interessada a ampliar essas ações de proteção à população. Em 2024, foram entregues mais dois CRAS: CRAS Dandara, na região da Pampulha e CRAS Vila Betânia, na regional oeste, totalizando 36 CRAS no município, o que inclui, automaticamente, a ampliação do PMC, em cada

um dos territórios. Ainda houve a promessa de que se aumente consideravelmente o número de CRAS em Belo Horizonte. Também nesse ano, em 25 de setembro, foi publicada a Lei 11.751, que institui a Política Municipal de Cuidado, que reconheceu o cuidado como responsabilidade do poder público e da coletividade, bem como cria o Sistema Municipal de Cuidado, rede de proteção social composta por serviços, programas, projetos e benefícios (Belo Horizonte, 2024b).

Tais ações devem fortalecer o PMC e aumentar a rede de cuidado, tanto para o público idoso quanto para as pessoas com deficiência, crianças etc. Criou-se, assim, a expectativa de novos equipamentos e a consolidação dos já existentes, como os Centros do Idoso – equipamento da Política de Assistência Social, que tem como finalidade a proteção especializada às famílias com pessoa idosa com algum grau de dependência e/ou que tenha suas limitações agravadas por violação de direitos – e os Centros de Referência da Pessoa Idosa – com ações e serviços para a promoção e defesa dos direitos da Pessoa Idosa e uma atenção e cuidado dispensadas a quem exerce a função de cuidar.

A velocidade do crescimento exponencial da população idosa e a demora na reação do poder público frente às demandas desse grupo geraram desproteção, violação de direitos, violências, fragilização da saúde e sobrecarga para as famílias e para os poucos serviços públicos disponíveis. É urgente se pensar nos recursos orçamentários desse Programa que, apesar dos avanços, têm se mostrado insuficientes. Além disso, é necessário agir na ampliação e criação de novos serviços, projetos, programas e ações intersetoriais, construindo conhecimentos que possibilitem um cuidado inclusivo, digno e integral à população idosa de nossa comunidade e sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luana A.; AFONSO, Maria Lúcia M. **O diálogo interdisciplinar no CRAS: desafios para a equipe multidisciplinar de Proteção Social Básica**. Brazilian Journal of development, Curitiba, v.6, n.12, 2020.

AREDES, Janaína de Souza; BILLINGS Jenny; GIACOMIN, Karla; LLOYD-SHERLOCK, Peter; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Integrated care in the community: the case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. **International Journal of integrated Care**, v. 21, n. 2, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5619>. Disponível em: <https://ijic.org/articles/5619/files/submission/proof/5619-1-22525-1-10-20210621.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo. **Políticas públicas e envelhecimento populacional: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte**. 2019, 118 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/handle/tede/434>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BARBOSA, Danielle Cristina de Araújo; BRONZO, Carla. A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira. **GIGAPP - Estudios Working Papers**, v. 7, n. 156, p. 309-324, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELO HORIZONTE. Comunicado 056/2024 da SMPOG. **Diário oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 30, v. 7148, 6 dez. 2024a. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/452617>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BELO HORIZONTE. Lei nº 11.751, de 24 de setembro de 2024. Institui a Política Municipal do Cuidado. **Diário oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 30, v. 7098, 25 set. 2024b. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/448075>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BELO HORIZONTE. Portaria Conjunta SMASAC/SMSA nº 007, de 29 de novembro de 2019. Estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 35, n. 5910, 3 dez. 2019. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/390156>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BELO HORIZONTE. Portaria SMAAS nº 004/2014. Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 20, n. 4510, 1 mar. 2014. Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/287128>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BELO HORIZONTE. Programa Maior Cuidado inova em atendimento aos idosos da capital. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, ano 17, n. 3798, 2 abr. 2011.

Disponível em: <https://dom-web.pbh.gov.br/visualizacao/ato/225974>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Belo Horizonte: PBH, [2025]. Disponível em:

[https://prefeitura.pbh.gov.br/saude#:~:text=Belo%20Horizonte%20conta%20atualmente%20com,C%C3%A9lio%20de%20Castro%20\(HMDCC\)](https://prefeitura.pbh.gov.br/saude#:~:text=Belo%20Horizonte%20conta%20atualmente%20com,C%C3%A9lio%20de%20Castro%20(HMDCC)). Acesso: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 635 de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96-B, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o PAIF - O Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF: MDS, 2012b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília, DF: MDS, 2012c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Sistema Único da Assistência Social**. Brasília, DF: MDS, 2009b.

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

BRASIL. **Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 225, 2009c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade: uma chave para a integralidade da proteção social. *In*: GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha *et al.* (coord.). **SUAS conexões: a integralidade da proteção da assistência social** Belo Horizonte: PBH; UFMG, 2020.

BRONZO, Carla; PRATES, Ian. **Tocando o intangível: explorando efeitos de programas sociais nas dimensões menos tangíveis da pobreza**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 17, n. 60, jan./jun. 2012.

CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes de. **Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersectorial frente aos desafios do envelhecimento**. 2021. 81 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2021.

CASTRO, Cláudio Phillipe Fernandes; AREDES, Janaína de Souza; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Programa Maior Cuidado diante dos desafios do envelhecimento: uma análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n.1, p. 57-70, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004859>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/218976/199982>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FAGUNDES, Marília Laura Cordeiro Campos. **Programa Maior Cuidado: uma avaliação feita pelos idosos e familiares atendidos do território do CRAS Califórnia**. 2019. 42 p. Monografia (Especialização em Elaboração, Gestão e Avaliação de Projetos Sociais em Áreas Urbanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/33131>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. 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*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, DF: Abepss; CFESS; ENESSO; CRESS-DF, 2019.

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

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. **Programa Maior Cuidado, da implantação à COVID-19: potencialidades e desafios de uma provisão socioassistencial**. 2023. 141 p. Dissertação (Mestrado em em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/61672>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FERREIRA, Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Projeções indicam aceleração do envelhecimento dos brasileiros até 2100**. Rio de Janeiro, 13 out. 2021. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=38577&Itemid=9. Acesso em: 20 mar. 2025.

LISPECTOR, Clarice. A partida do trem. *In*: LISPECTOR, Clarice. **Todos os Contos**. Organização de Benjamin Moser. Rio de Janeiro: Rocco, 2016.

LLOYD-SHERLOCK, Peter; GIACOMIN, Karla; CARVALHO, Poliana Fialho de; SEMPÉ, Lucas. **Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos**. [S. l.]: BID, 2024. (Nota Técnica do Banco Interamericano de Desenvolvimento - Divisão de Proteção Social e Saúde - NT-BID-2889).

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. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 176, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07552-y>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07552-y>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MATTIONI, Fernanda Carlise; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2173-2182, 2023.

NASCIMENTO, Michelly Vieirado; DIÓGENES, Victor Hugo Dias. Transição demográfica no Brasil: um estudo sobre o impacto do envelhecimento populacional na Previdência Social. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, João Pessoa, v.8, n. 1, p. 40-61, jan./abril. 2020.

OLIVEIRA, Kênia Stephanie Moraes; CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto; OLIVEIRA, Lucídio Cleberson; SIMPSON, Clélia Albino; SILVA, Fernanda Tâmara Lima da. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/dzh8dhSnkJDTfrxvtqCrff/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PEREIRA, Marcelo Sant' Anna. **A psicanálise de crianças e suas fronteiras: o lugar dos pais**. 2005. 44 p. Monografia (Especialização em Teoria Psicanalítica) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em:

https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9BLG5S/1/marcelo_sant_anna_monografia.pdf. Acesso em: 20 mar. 2025.

PEREIRA, Marcelo Sant' Anna. A utilização da Matriz Lógica em projetos sociais. **Revista de Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.10, n.2, p.327-339, 2015.

SARTINI, Cristina Maria. **Programa Maior Cuidado, Projeto Cuidador de Idosos, Qualificando e Humanizando o Cuidado**: uma experiência intersetorial da Secretaria Municipal de Belo Horizonte. [Rio de Janeiro]: FIOCRUZ, 2013. Disponível em <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/maior-cuidado> Acesso em: 19 de jun. 2024.

SILVA, Rafael Bianchi; MANDELLI, Jéssica Pedrosa; DA SILVA, Leticia Assahara. Envelhecimento populacional, violência e a proteção social da pessoa idosa. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 35, n. 1, p. 1-22, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.31423/oikos.v35i1.15203>. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/15203/9865>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SOUZA, Marcela Tavares. SILVA, Michelly Dias da. CARVALHO, Rachel de. Revisão Integrativa: o que e como fazer? **Journal Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/> Acesso em: 20 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Missing voices**: views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO/INPEA, 2002