

A problemática do cuidado na interseção entre campos de políticas: o caso do Programa Maior Cuidado em uma metrópole brasileira

Araújo Barbosa, Danielle Cristina de

Prefeitura de Belo Horizonte, Brasil

 daniellecristina88@yahoo.com.br

ORCID ID: 0000-0003-3180-9200

Bronzo, Carla

Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro

 carla.bronzo@fjp.mg.gov.br

ORCID ID: 0000-0001-7585-3655

Documento recibido: 07 enero 2020
Aprobado para publicación: 15 febrero 2020

Resumo

O artigo analisa o Programa Maior Cuidado (PMC), desenvolvido pela prefeitura de Belo Horizonte, voltado para o cuidado de idosos vulneráveis. O Programa busca qualificar e ampliar as ações de promoção do envelhecimento ativo e as ações de cuidado à população idosa vulnerável. O objetivo do artigo consiste em fornecer um “olhar avaliativo” sobre o Programa, refletindo sobre seu desenho e sobre o processo de sua implementação. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, com uso de fontes de dados secundários e primários. Foram aplicados questionários para os técnicos do PMC (26) e para 126 cuidadores. Também foram realizadas 3 entrevistas e um grupo focal com cuidadores. Como síntese, tem-se que seu desenho e concepção são aderentes às demandas e necessidades de cuidado da população idosa vulnerável, mas o Programa enfrenta desafios não triviais quanto a sua implementação, o que requer medidas do poder público para viabilizar a efetividade de sua expansão.

Palavras chave

envelhecimento, idosos vulneráveis, políticas de cuidado, Programa Maior Cuidado

Resumen

El artículo analiza el Programa Mayor Cuidado (PMC), desarrollado por el ayuntamiento de Belo Horizonte, dirigido a la atención de personas mayores vulnerables. El programa busca cualificar y ampliar las acciones para promover el envejecimiento activo y las acciones de cuidado para la pobla-

ción de personas mayores vulnerables. El propósito del artículo es proporcionar una "mirada evaluativa" del Programa, reflexionando sobre su diseño y sobre el proceso de su implementación. La metodología utilizada fue de naturaleza cualitativa, utilizando fuentes de datos primarias y secundarias. Se aplicaron cuestionarios a técnicos de PMC (26) y a 126 cuidadores. También hubo 3 entrevistas y un grupo focal con cuidadores. Como síntesis, su diseño y concepción están en línea con las demandas y necesidades de atención de la población anciana vulnerable, pero el Programa enfrenta desafíos no triviales en términos de su implementación, lo que requiere medidas por parte del gobierno para que la expansión sea efectiva.

Palabras clave

envejecimiento, ancianos vulnerables, políticas de atención, Programa de Atención Mayor

Abstract

The article analyzes the Better Care Program (PMC), developed by the city of Belo Horizonte, aimed at the care of vulnerable elderly people. The Program seeks to qualify and expand actions to promote active aging and care actions for the vulnerable elderly population. The purpose of the article is to provide an "evaluative look" on the Program, reflecting on its design and on the process of its implementation. The methodology used was of a qualitative nature, using secondary and primary data sources. Questionnaires were applied to PMC technicians (26) and to 126 caregivers. There were also 3 interviews and a focus group with caregivers. As a synthesis, its design and conception are in line with the care demands and needs of the vulnerable elderly population, but the Program faces non-trivial challenges regarding its implementation, which requires measures from the public authorities to make the expansion effective.

Keywords

aging, vulnerable elderly, care policies, Better Care Program.

Introducción

O envelhecimento populacional é um dos mais expressivos prognósticos para o século XXI. Esse aumento da população idosa (pessoa com 60 anos ou mais) é reflexo da redução da taxa de fecundidade bem como de um aumento da expectativa de vida dos grupos etários mais velhos (Arantes e Côrte, 2009). Com o crescimento do público idoso, aumenta também a demanda de cuidado do idoso para a realização de atividades diárias, tais como tomar banho, vestir, comer, deitar ou levantar. Muitas famílias apresentam dificuldades para o exercício de tal cuidado, em virtude de algumas variáveis, como questão orçamentária, o tempo disponível para o cuidado ser insuficiente, falta de conhecimento acerca dos cuidados necessários ou até mesmo negligência (Sartini e Correia, 2012).

Este novo quadro populacional demanda ao Estado novas políticas públicas voltadas para esse público específico. Quais novos atores podem garantir esse papel do cuidado? Quais são os formatos de programas ou serviços possíveis para que se faça frente a essa nova demanda emergente da sociedade? Como o poder público tem se organizado para prover um sistema de cuidado de longa duração? Como analisar se tais programas ou serviços atendem com efetividade a esse público?

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre essas questões a partir da análise de um programa desenvolvido no município de Belo Horizonte, voltado para o cuidado de idosos vulneráveis. O Programa Maior Cuidado (PMC) tem como finalidade qualificar e ampliar as ações de promoção do envelhecimento ativo e as ações de cuidado da população idosa, que vive em situação de vulnerabilidade social. O PMC revela-se como um caso interessante para pensar os desafios de políticas públicas voltadas ao idoso e para a temática do envelhecimento humano, porque surge a partir da interseção de duas áreas ou setores de políticas públicas: assistência social e saúde. Como um programa voltado para a proteção de idosos vulneráveis, insere-se no campo das políticas de cuidado, expressão que vem ganhando maior visibilidade ao longo das últimas décadas. O objetivo de realizar uma análise sobre esse programa se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as experiências de políticas públicas para idosos, seja em sua concepção ou implementação.

A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, com uso de dados secundários e primários. Os dados secundários foram extraídos de relatórios, documentos e registros administrativos e bases de dados existentes na Prefeitura de Belo Horizonte. Os dados primários foram produzidos a partir de dois instrumentos: um questionário semiestruturado para os 26 técnicos de referência do Programa Maior Cuidado nos 26 Centros de Referência de Assistência Social/CRAS; e outro questionário para o universo de 126 cuidadores, vinculados a esses CRAS¹. Além dos questionários, foi elaborado um roteiro de entrevistas, realizados com atores situados em diferentes campos do Programa: com a diretora responsável pelo PMC na Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania/SMASAC; com a coordenadora responsável pelo Programa na Secretaria Municipal de Saúde/SMS, e com a responsável pelo Programa no Grupo de Desenvolvimento Comunitário/GDECOM, entidade parceira da Prefeitura de Belo Horizonte e responsável pela contratação dos cuidadores e por sua supervisão. Foi também realizado um grupo focal com cuidadoras, visando uma melhor compreensão do processo da implementação pelos agentes da ponta do Programa.

Envelhecimento Populacional e Políticas de Cuidado: o que isso quer dizer?

O fenômeno do envelhecimento populacional ganhou maior visibilidade no século XX, concomitante a maior expectativa de vida ao nascer e ao declínio da taxa de fecundidade (Arantes e Côrte, 2009). Ressalta-se que nesse processo de envelhecimento está também presente uma questão de gênero, em virtude de uma maior predominância de pessoas do sexo feminino entre a população idosa. A feminização da velhice aponta para a realidade da maior expectativa de vida das mulheres idosas em comparação aos homens idosos e agrega uma dimensão a mais no fenômeno do envelhecimento. As mulheres geralmente assumem nas famílias o papel tradicional de cuidado; mas quem cuida delas quando elas mesmas necessitam de cuidados?

As políticas de cuidado se referem a uma ação pública que oferece suporte para a família no enfrentamento do processo de envelhecimento humano e recuperação de enfermidades. Esse cuidado potencializa ações

¹ Do universo de 126 questionários enviados aos cuidadores, o retorno foi de 114 questionários respondidos. Quanto aos técnicos de referência do PMC nos CRAS, de um universo de 26, foram obtidas respostas de 23 técnicos.

significativas para a saúde da pessoa idosa, visto que a família assume numerosas necessidades para o bem-estar do idoso, como físicas (ajudar a se vestir, levantar, na alimentação e outros cuidados básicos), psíquicas (afeto, autoestima) ou sociais (identificação, pertencimento a um grupo) (Sartini e Correia, 2012). Famílias em situação de vulnerabilidade e pobreza encontram maiores dificuldades para o exercício do cuidado, pois não podem se ausentar do trabalho e não possuem os recursos necessários para contratar profissionais para a provisão de tais cuidados.

Salienta-se que o cuidado e o suporte informal às pessoas sempre foi um papel quase exclusivo das mulheres, mas este segmento, ao envelhecer, também precisa de cuidado. Dessa forma, ao considerar que cuidar tem historicamente sido um papel que cabe à mulher, a feminização do envelhecimento aponta também para a diminuição do acervo de cuidadores na sociedade. Nesse sentido, a feminização do envelhecimento remete a implicações sociais que exigem respostas das políticas públicas, em especial, da política social. Recentemente tem emergido com mais força no debate público o tema das políticas de cuidado. Políticas de cuidado referem-se ao “conjunto de medidas públicas necessárias para o bem-estar (*welfare*) da população num estado providência” (Martin apud Guimarães et al, 2012, p.81).

O termo cuidado não se restringe ao campo doméstico, da família, mas também atinge a esfera pública (*carework*). Dessa forma, ele envolve a dimensão das profissões. Vale destacar que, no Brasil, o termo cuidador, instituído como o profissional do *care*, surge em 2002, com a sua inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações (Guimarães et al, 2012). Em outras palavras, o cuidado sai do espaço familiar e atinge o domínio público. O cuidado passa a ser exercido tanto pelo cuidador informal, que podem ser familiares e amigos, quanto pelo cuidador formal, reconhecido formalmente como um trabalhador. Conforme a Relação Anual de Informações (RAIS), do Ministério do Trabalho, o cuidador de idosos foi a profissão que mais cresceu nos últimos anos. Em 2007, havia 5.263 cuidadores empregados, sendo que este número aumentou para 34.051 em 2017, um aumento exponencial de, aproximadamente, 550%. Isso indica que com as novas demandas sociais, novos atores emergem para o papel de cuidado, bem como surgem novos tipos de políticas.

Belo Horizonte, o fenômeno do envelhecimento e o Programa Maior Cuidado

O município de Belo Horizonte apresenta alterações no perfil etário da população sendo que o envelhecimento acelerado gera demandas sociais que rebatem nas políticas públicas. Segundo o IBGE, no ano de 2000, a população total belo-horizontina era de aproximadamente 2.362.342 e o contingente de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) estava em torno de 204.574, ou seja, 9,2% da população total. Em 2010, esse percentual chegou a 12,6%, conforme o IBGE, totalizando quase 300.000 idosos no universo da população total. Em outras palavras, isso significa uma inserção de aproximadamente 9.500 novos idosos a cada ano na cidade.

Existe, entretanto, um perfil heterogêneo do contingente da população idosa entre as regionais, o que pode ser um indicador importante para orientar a implementação de políticas públicas, a fim de que realmente atinja o público que dela mais necessita: população idosa mais vulnerável em territórios mais vulneráveis. Vale destacar que vulnerabilidades e risco social compõem a pedra basilar da política de assistência social e, portanto, são essenciais para a organização da atenção socioassistencial aos idosos que dela mais necessitam. Levando em conta o crescimento exponencial da população idosa na cidade, temáticas como envelhecimento, vulnerabilidades e riscos referentes à pessoa idosa tendem a ganhar centralidade na agenda pública como uma das prioridades no processo de planejamento das políticas públicas no município.

Entretanto, quando se busca identificar as ações governamentais voltadas à pessoa idosa no município de Belo Horizonte, tem-se uma precariedade de alternativas e uma fragmentação das ações, sem maiores informações sobre cobertura, público atendido, quantitativo de ações realizadas².

No município, a Coordenadoria dos Direitos da Pessoa Idosa (CDPI) está subordinada à Subsecretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMADAC) e possui a atribuição de coordenar a implantação da Política Municipal do Idoso, instituída em 1999. Para tanto, ela é responsável por propor a implementação de programas, serviços e ações afirmativas com vistas à eliminação da discriminação da pessoa idosa e sua inserção na vida econômica, política, cultural e social. Ela ainda tem a incumbência de promover a articulação de redes de entidades parceiras, com vistas a promover e defender os direitos da população idosa. Essas ações, assim como outras estratégias, podem ocorrer no único Centro de Referência da Pessoa Idosa da capital, o qual é o equipamento público da Coordenadoria de Direitos da Pessoa que oferece serviços e programas destinados à promoção e defesa de direitos desse segmento específico da população da cidade. Tal coordenadoria tem no seu cerne o objetivo de desenvolver e potencializar ações educativas voltadas à promoção da cidadania e inclusão social do idoso, assim como contribuir para a melhoria da autoestima e qualidade de vida da pessoa idosa³. Conforme o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2018/2021), publicado pela Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação, estima-se a participação da pessoa idosa em atividades em prol do Envelhecimento Ativo, Digno e Saudável no Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI), em torno de 27.000 idosos ao ano (PPAG 2018/2021).

No município, os Serviços da Assistência Social voltados ao público idoso balizam-se nas diretrizes nacionais, sendo que a Proteção Social Especial de Alta Complexidade atende o público idoso por meio das modalidades de República, Casa Lar e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No Acolhimento Institucional para Adultos em situação de Rua - existem 05 em funcionamento⁴. Moreira (2017) realizou uma sistematização de financiamentos de ILPI, de Belo Horizonte, no período de 2009 a 2016 e constatou a evolução de mais de 1000% no valor per capita para idosos considerados independentes, 500% para o semidependente e mais de 750% para o idoso considerado como dependente. Ela ponderou que apesar do aumento considerável, o investimento ainda não cobre todo o público-alvo. No ano de 2015, a Prefeitura contou com mais de 37 ampliações, o que significou o total de 124 novas vagas ofertadas desde 2013, bem como a ampliação do número

²Os dados disponíveis sobre as principais ações desenvolvidas no município para a pessoa idosa apontam para um conjunto de ações: **Acessibilidade uma questão de Direito** (Grupos de discussão, como: acessibilidade urbana e edificação, o uso de tecnologias, Estatuto do Idoso e informações preventivas); **Oficina de Memória e Cultura** (estimulação cognitiva e resgate de memórias socioafetivas); **Tour/Expresso Ambiental** (visita aos pontos turísticos e de lazer escolhidos por grupos de idosos, como de grupos de convivência, dos Centros de Saúde, CRAS); **Disque Idoso** (atendimento e orientação telefônica sobre temas relacionados ao idoso); **Inclusão Digital** (curso básico de informática em parceria com Universidades); **Espaço da Cidadania** (estimulo à venda de peças artesanais realizadas pelos idosos); **Integração Geracional - Troca de Saberes** (aulas de introdução e manuseio de celulares, informática, culinária, artesanato; trocas sociais e afetivas); **Oficina de Coordenadores de Grupos de Convivência** (proporcionar a troca de experiências, repasse de informações, técnicas e dinâmicas de grupo) e **Oficinas de Direitos** (para a valorização da Pessoa Idosa Institucionalizada e Campanha contra a Violência à Pessoa Idosa). As ações desenvolvidas para esse segmento no município também são ofertadas por outros equipamentos, tais como Academia da Cidade; Academia a Céu Aberto/Saúde na Praça; Dança de Salão; Pintura em Tecido e Pintura em Tela; Dança Cigana; Dança Sênior; Coral; Lian Gong; Informática/Inclusão Digital; Projeto Educação Jovens e Adultos – EJA; Vida Ativa; Show de Talentos e Tarde Dançante.

³Acesso em: 10 jul. 2018. (<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/direito-e-cidadania/informacoes/politicas-para-a-pessoa-idosa>).

⁴São esses: Abrigo Reviver, Abrigo Fábio Alves dos Santos e Abrigo Maria Maria e Abrigo Anita Gomes dos Santos I e II (duas unidades com capacidade de 50 vagas cada uma). Ressalta-se que os abrigos não acolhiam idosos, mas a partir de janeiro de 2018 todas as unidades abriram essa prerrogativa e já têm em seus quadros de moradores pessoas com trajetória de rua na faixa etária acima dos 60 anos.

de entidades conveniadas de 22 para 24 (22 ILPIs, 01 Casa Lar e 01 República). Pode-se inferir que houve um esforço em ampliar o atendimento ao público idoso do município atendido pelo Serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade, mesmo que ainda não seja o suficiente para alcançar todo o segmento específico.

Na Proteção Social de Média complexidade, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), é ofertado pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Em Belo Horizonte, o CREAS está instalado nas nove regionais. No atendimento ao idoso, sua ação refere-se aos casos de suspeita de negligência ou violação de direitos. Na Proteção Social Básica (PSB), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) voltado ao idoso, é ofertado nos 34 CRAS do município, em parceria com a Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais Sudeste Brasileira (ADRA). O orientador social é responsável pela oferta de atividades que acontecem semanalmente, com duração em torno de 1h30min. Conforme dados disponibilizados pela Diretoria de Proteção Social Básica, existem 82 grupos do ciclo de vida idoso, com cerca de 1.586 idosos, sendo 1.351 frequentes em 2018. O Serviço de Proteção Social Básica para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias que tem como principais ações prevenir o isolamento social, evitar o acolhimento institucional, desenvolver a autonomia e o protagonismo do usuário, ainda não foi implementado no município.

O Programa Maior Cuidado

O Programa Maior Cuidado (PMC) foi implantado em 2011, no nível da Proteção Social Básica (PSB), em Belo Horizonte e é destinado ao atendimento domiciliar de idosos semidependentes e dependentes que se encontram em contexto de vulnerabilidade e risco social residentes nas áreas de abrangência dos CRAS.

O PMC é executado em regime de cogestão pelas secretarias de saúde e de assistência social. A Prefeitura estabelece como responsabilidade da política de saúde, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) as questões pertinentes à saúde, como: elaborar a Rotina de Cuidado da Saúde; orientar as famílias e/ou os cuidadores sociais quanto aos cuidados a serem dispensados aos idosos; participar das reuniões intersetoriais, conhecidas como Grupo de Trabalho (GT). Compete ao campo da assistência social, por meio do CRAS, selecionar, cadastrar e acompanhar os idosos e suas famílias. Por isso está entre as suas competências organizar a agenda de atendimento do cuidador social conforme a necessidade do idoso/família e realizar plano de acompanhamento familiar. No acompanhamento são identificadas as potencialidades e vulnerabilidades da família. O técnico do CRAS também fica responsável por articular e coordenar as reuniões mensais com os cuidadores de idosos, denominadas de Pré Grupo de Trabalho (Pré-GT). Cabe ao técnico promover as reuniões de Grupo de Trabalho (GT), que envolvem os profissionais dos Centros de Saúde (ESF e NASF) e os cuidadores de idosos para que, todos juntos, discutam a situação de cada idoso e suas particularidades, como consta na normativa do Programa.

A execução do PMC começou com 126 cuidadores e 09 supervisores selecionados e contratados por meio da parceira da Prefeitura de Belo Horizonte com a Associação dos Cuidadores de Idosos de Minas Gerais (ACIMG), entidade da rede socioassistencial, sem fins lucrativos, conveniada à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS). Com a reforma administrativa, a gestão do PMC deixa de ser responsabilidade da SMAAS, e passa a ser da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMA-SAC), em regime de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A sua execução atualmente é realizada em parceria com o Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), responsável pela contratação dos cuidadores e também pela supervisão dos mesmos. O PMC está presente em 26 dos 34 CRAS existentes na cidade, e ainda conta com o mesmo número de cuidadores desde sua criação. O Programa auxilia a família

como um todo e, dessa maneira, converge como uma ação para qualificar a oferta do principal serviço da proteção social básica – PAIF (Serviço de Atendimento Integral à Família), o qual tem por objetivo fortalecer a função protetiva da família, buscando garantir o acesso a direitos e a prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais.

Os critérios de elegibilidade são os seguintes: ter 60 anos ou mais, residir na área de abrangência do CRAS, ter no mínimo 60 pontos na avaliação clínico-funcional realizada pela equipe do Centro de Saúde ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e análise socioeconômica pela equipe técnica do CRAS. A forma de acesso pode se dar por demanda espontânea; busca ativa realizada pelos profissionais envolvidos; encaminhamento da rede socioassistencial e das demais políticas públicas. Quando o idoso é selecionado, a família assina um Termo de Consentimento, o qual consta o papel de cada ator envolvido. O grau de dependência do idoso é avaliado baseado na Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005⁵ (Regulamento Técnico).

O PMC consiste em uma ação integrada entre as políticas de saúde e assistência social, com a provisão de um cuidador para prestar serviços de cuidado nos domicílios. Como o Programa é operacionalizado por meio de parceria com GDECOM, este fica responsável pela contratação dos cuidadores. Para além da rotina de cuidados no domicílio (ajudar a vestir, comer, alimentação, dentre outros), o cuidador também pode acompanhar o idoso nas consultas ao Centro de Saúde e atividades socializantes, como levá-los à praça do seu bairro e acompanhá-los para participar do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Este apoio é fundamental, visto que muitos desses idosos já precisam de um cuidador, seja formal (profissional) ou informal (familiar), para realizar as atividades diárias. Tabela abaixo permite visualizar o volume de atendimento do PMC desde sua criação.

Tabela 1. Atendimento do Programa Maior Cuidado – PBH. 2011 a 2018

Programa Maior Cuidado (PMC)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nº Idosos Atendidos	550	618	641	615	657	656	683	734
Nº Idosos Dependentes	246	275	286	258	279	262	262	254
Nº Idosos Semi-Dependentes	304	343	355	357	378	395	421	480
Nº Idosos Incluídos	550	214	207	161	208	177	212	252
Nº Idosos Reinseridos	3	13	14	20	28	21	20	26
Nº Idosos Desligados	154	198	205	200	194	208	222	230
Nº de famílias que demandaram inclusão no Programa	219	237	148	107	93	102	113	116

Fonte: SMASAC. Adaptado pelas autoras

⁵Perfil de dependência dos idosos baseado no RDC nº 283 da ANVISA: a) Grau de Dependência I – semidependentes, com quadro estável, sem comprometimento cognitivo, dependente para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária, como: higiene, mobilidade e alimentação, com insuficiência familiar; b) Grau de Dependência II - semidependentes, com quadro crônico, dependentes para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, com insuficiência familiar; c) Grau de Dependência III – idosos com dependência para realização de todas as atividades de autocuidado para a vida diária, com insuficiência familiar.

Nota-se que o Programa iniciou com 550 idosos em 2011 e, a partir disso, foram inseridos 1.430 idosos (de 2012 a 2018). O total geral equivale a 1.980 idosos atendidos de 2011 a 2018. Desse universo total, 1.141 são considerados semidependentes e 839 como dependentes. Percebe-se um número maior de idosos semidependentes atendidos pelo Programa. Contudo, o volume de cuidadores não aumentou do seu início em 2011 até 2018. O Programa não foi estendido para todos os CRAS nem para fora das áreas de abrangência destes equipamentos

Desde a sua criação, em 2011, foi estimado que seria necessário um número bem mais elevado de cuidadores, pois foram identificados pela Saúde em torno de seis mil idosos em situação médica grave. Desses seis mil, dois mil (um terço) estavam em área CRAS; por esse motivo o programa foi realizado em área de abrangência do CRAS. Contudo, desde a sua origem, em virtude de questões orçamentárias, a prefeitura autorizou a contratação de 126 cuidadores, permanecendo o mesmo número atualmente, não condizendo com a real necessidade da demanda por cuidado por parte dos idosos vulneráveis.

Considerações sobre o Programa Maior Cuidado

O Programa Maior Cuidado constitui uma experiência que merece ser resgatada pelo fato de ser orientada para o cuidado de idosos vulneráveis. Seus objetivos são ambiciosos, múltiplos, envolvem distintas dimensões do bem-estar. O Programa tem como objetivos “o fortalecimento da função protetiva da família; a garantia de direitos; a inclusão social; a prevenção da situação de risco que leve ao rompimento de vínculos familiares e sociais; a prevenção da exclusão, do isolamento e da institucionalização; o desenvolvimento e a manutenção da autonomia do idoso; a melhoria da qualidade de vida do idoso e da família” (PBH, 2018). Um primeiro ponto de análise consistiu em analisar a percepção dos atores que atuam no PMC sobre os objetivos do mesmo e os resultados alcançados. Nesse aspecto, tanto os cuidadores quanto os técnicos de referência afirmam que a finalidade do programa é melhorar a qualidade de vida dos idosos em situação de vulnerabilidade. É frequente a alusão aos objetivos menos tangíveis, de conteúdo também afetivo e relacional. O PMC potencializa a interação do idoso na comunidade, fortalecendo vínculos familiares, produzindo melhoras físicas na saúde e bem-estar dos idosos, ampliando autoestima e autocuidado, como ressaltado nas falas dos cuidadores no grupo focal:

Desde quando comecei a trabalhar neste programa, percebi como ele é importante. Percebi que além dos cuidados físicos, ele trouxe calor, afeto, comunicação, fé e esperança para o próximo. Talvez esses sentimentos se perderam ao longo dos anos. E o mais importante, dignidade, no fim desta vida.

É um suporte para a família, reconciliação de vínculos perdidos.

A grande maioria dos técnicos considera que os objetivos do PMC, de certa maneira, estão sendo alcançados, visto que 17 (73,9%) pessoas assinalaram como parcialmente alcançados, 06 (26,01%) como totalmente alcançados e não houve nenhuma marcação na opção negativa. Vejam-se alguns exemplos dessas respostas:

Apesar das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, cabe ressaltar que o Programa traz uma diferença significativa na vida das famílias atendidas. Já ouvimos vários relatos de algumas famílias sobre a melhora nas relações intrafamiliares após a inserção do idoso no Programa. Melhoras na autoestima do idoso (idosos que, muitas vezes, passavam até meses sem

cuidar da sua higiene pessoal, se recusando a tomar banho e que com a chegada do cuidador se sentem motivados novamente a se cuidarem).

As falas, sejam dos técnicos ou cuidadores, apontam para o alcance de resultados importantes do Programa, sendo que este, na percepção dos atores envolvidos, contribui de fato para melhoria das condições de vida dos idosos vulneráveis. Entretanto, tais resultados não são efetivamente mensurados, embora existam registros e informações coletadas durante as ações do PMC. Não se tem indicadores claros que permitam afirmar com maior objetividade o alcance dos resultados. Foi identificado que o Grupo de Trabalho - GT - é compreendido como mecanismo de monitoramento, dada sua utilidade como espaço para monitorar e avaliar o acompanhamento do idoso atendido, seja no âmbito da saúde ou da assistência. Percebe-se o papel do supervisor como um meio de realizar o monitoramento dos cuidadores, visto que uma das suas ações tem como objetivo verificar o cuidado, a anotação do sistema de registro diário do cuidador, como fica evidente na fala abaixo, de um supervisor:

O supervisor faz o acompanhamento de todo o trabalho do cuidador. A gente tem a parte que eles conhecem bem, né, que é a parte da gente verificar o horário, frequência, né. Tem a parte burocrática, que a gente tá ali né, sempre olhando relatório, folha de ponto. E a gente também acompanha o trabalho como um todo, o que eles estão fazendo com os idosos, se eles receberam as devidas orientações, quais são as dificuldades que eles têm tendo, às vezes, a gente fala ali mesmo a orientação. E, às vezes, quando não depende do nosso trabalho a gente pede intervenção do CRAS, da Saúde. O supervisor tá ali, sempre ao lado do cuidador, junto ao CRAS, junto ao GDECOM, junto à prefeitura.

Percebe-se que os implementadores buscam suas próprias práticas para simplificarem sua rotina de trabalho, o que pode influenciar fortemente nos resultados para o alcance ou não dos resultados pretendidos. Desta maneira, vale destacar a importância do monitoramento e avaliação de forma sistemática, visto que esse sistema pode apontar indicadores significantes qualitativa e quantitativamente para a efetividade da implementação do Programa Maior Cuidado. Este é um primeiro ponto a ressaltar: a necessidade de aprimorar o enfoque avaliativo na gestão do Programa, para que seja possível transformar os dados coletados em informações úteis para guiar o processo de decisão sobre o PMC.

Um segundo ponto a ser destacado refere-se ao fato do PMC ser um programa intersetorial. Importante ressaltar que inicialmente o PMC foi pensado como um programa da área de saúde e apenas depois a assistência social foi incorporada, como fica claro na fala abaixo, de uma técnica coordenadora do Programa pela secretaria de saúde:

O PMC foi todo montado e idealizado para ficar na saúde embora fosse atuar na área CRAS. Mas, na hora de bater o martelo, o Secretário de Saúde recuou. Por que ele recuou? Ele recuou porque para opinião do Ministério da Saúde não caberia à saúde acolher mais um profissional. Se a gente abrisse para o cuidador, de fato, a gente teria que incorporar o cuidador nas Equipes de Saúde e essa não é a linha do Ministério da Saúde. Então, com todo esse programa pensado, orçado, o Secretário de Políticas Sociais assumiu o programa e ele ficou dentro da assistência social. Mas, ele foi todo pensado, idealizado, dimensionado a partir da saúde.

Um dos desafios do PMC consiste, portanto, na articulação entre duas políticas, com ações orientadas a um mesmo público – idosos – em condição de vulnerabilidade social. Uma questão que surge a partir do desenho do PMC consiste em saber se e em que medida o Programa consegue articular os objetivos e as ações desses dois campos de proteção. Para buscar responder à essa pergunta - buscando identificar como tem se dado a articulação entre as duas secretarias na gestão do PMC – as entrevistas realizadas com os técnicos de referência do programa nos CRAS, apontam que a maioria (17 ou 73,9%) considera como boa esta articulação, mas poderia ser mais intensa e regular; 05 (21,7%) consideram como existindo pouca articulação e apenas em momentos pontuais; apenas 01 (4,3%) a considera muito alta, com planejamento conjunto e execução compartilhada. Quanto às atribuições e fluxos das instituições envolvidas na execução, 13 (56,5%) técnicos de referência concordam com a afirmativa de que embora existam definições claras das atribuições de cada um dos atores – GDECOM, saúde, assistência - na prática existem muitos problemas na atuação destes, com frequente confusão ou falta de clareza quanto ao que cabe a cada um. Apenas 06 (26%) técnicos de referência assinalaram concordar com a afirmativa de que existe bastante clareza do papel e das atribuições tanto do GDECOM quanto dos setores da PBH envolvidos no PMC (saúde e assistência social). Como afirma um técnico de referencia:

Em muitos casos, observo que a rede trabalha de forma muito setorial, ou seja, cada um em seu campo de atuação, atendendo especificamente a sua demanda. Acredito que o trabalho deveria estar de forma mais interligada, o que chamamos de intersectorialidade, muitas vezes, na prática, não acontece.

Essa necessidade de trabalhar de forma intersectorial, que significa compartilhar as responsabilidades conjuntas, também é ressaltada pela técnica responsável pelo PMC na secretaria de saúde:

Existem situações que a gente observa, por exemplo: uma das regionais, a admissão do caso só acontece com a participação das duas secretarias, desde o começo, então isso aí é bacana. Mas, em outras regionais, a gente observa a assistência falando que o programa é da assistência e nós vamos colocar aquilo que nós estabelecemos como vulneráveis. Então, isso aí é uma situação que a gente pode melhorar.

A necessidade de integração opera no nível central, mas também e principalmente no âmbito regional ou local. Quando as instâncias de coordenação (como o GT, por exemplo) não funcionam de forma adequada, com a presença dos técnicos das duas secretarias, as ações acabam sendo desenvolvidas de forma desarticulada, gerando peso para um dos setores, como fica claro na seguinte fala de um técnico de referência:

Apesar do Programa ter o GT local para articulação das políticas de saúde e assistência, o técnico do PAIF acaba se tornando a ponte em escutar dos cuidadores as demandas referentes à saúde e repassá-las. Ou até mesmo, do técnico do PAIF ser porta recado entre os Centros de Saúde com a família, através do cuidador. Isto acaba se tornando uma rotina que demanda muitas horas técnicas e sobreposição do trabalho.

Com relação à gestão intersectorial do PMC, a análise aponta para a necessidade de aprimorar as instâncias de coordenação do Programa, com uma melhor definição de atribuições e até mesmo a padronização de fluxos de encaminhamentos, o que poderia minimizar o grau de incerteza vivenciado pelos cuidadores. Nota-se certa clareza quanto aos objetivos do Programa, mas os fluxos e normativas, denominados de fatores organizacionais por Lotta (2010) - como as normas gerais utilizadas para nortear e definir a organização do trabalho -,

não estão bem definidas. Como ressalta uma técnica em entrevista, um dos principais desafios consiste nessa carência de normativas e padronizações:

(Tem-se) carência de normativas e documentos referentes ao PMC. Por exemplo, recentemente participei de uma reunião com técnicos de referência de outros CRAS e Centros de Saúde e nessa, em determinado momento, afirmaram sobre o tempo diário máximo de permanência de um cuidador em uma residência. Quando questionei sobre a normativa que dispõe sobre o assunto, percebi que não há nenhuma. A informação se apresentou como um consenso entre os presentes, que já acompanham o Programa há mais tempo do que eu, mas não possui documento que a normatiza.

O processo de seleção dos idosos que participam do Programa pode explicitar a necessidade da integração entre os setores em todos os momentos do ciclo da política, começando pela identificação dos beneficiários. No questionário aplicado aos técnicos de referência quanto à operacionalidade no processo de escolha e decisão dos idosos a serem atendidos pelo PMC, 15 (65,2%) responderam que a indicação e definição dos idosos a serem atendidos é feita conjuntamente; 05 (21,7%) assinalaram que a Saúde indica o idoso para a Assistência e esta decide pela inclusão ou não; 03 (13,4%) não responderam. Nota-se que não houve nenhuma marcação para a pergunta sobre se a Assistência indica o idoso para a Saúde e esta decide pela inclusão ou não. Apesar do número de respostas significativas quanto à escolha em conjunto entre as duas políticas, ainda assim o Programa demonstra ser executado de forma diferente entre as regionais, em virtude das variações no processo de seleção dos idosos para inserção no Programa.

Um terceiro ponto a ser ressaltado na análise do Programa Maior Cuidado refere-se ao seu desenho descentralizado e à sua natureza, que se define por ser um programa de baixa programabilidade e alta interação entre operadores e beneficiários (Nogueira, 1998), o que remete ao tema da discricionariedade dos agentes de ponta – aqueles que estão em contato com a população beneficiária e provêm diretamente os serviços - e as consequências sobre os resultados da política.

A característica principal da estrutura organizacional do Programa Maior Cuidado é a descentralização das atividades e a autonomia dos atores envolvidos na implementação. O principal agente da cadeia de implementação – o cuidador – tem elevado grau de discricionariedade para definir a forma como executa as suas atividades diárias. Tem-se aí uma dimensão fundamental para análise do PMC, que se refere aos técnicos de ponta (Lipsky, 1980), aos cuidadores, aqueles que traduzem de fato, por suas ações, as intenções da política. Observa-se a importância da discricionariedade do cuidador na operacionalização do programa. No caso, sua atribuição vai além de meramente cumprir as tarefas pré-estabelecidas, visto que ele leva em consideração as particularidades de cada caso. Tal discricionariedade aponta para a centralidade do fator relacional (Lotta, 2010) para a implementação do PMC. Como ressaltado em uma das falas dos supervisores,

São formas de trabalhar diferentes. Porque o Programa tá ali bonitinho, com suas diretrizes, né? E, é entregue para a pessoa trabalhar. Só que a forma como ela vai fazer aquilo ali é pessoal dela. Igual os cuidadores, por exemplo: a gente vai lá, faz o curso e aprende tudo bonitinho como tem que fazer. Agora, a forma como ele vai lidar é diferente (pausa) igual, até a forma de um banho é completamente diferente de um cuidador pro outro.

Como afirma um cuidador, “a saúde faz aquela Rotina de Cuidado, só que nem sempre a gente consegue fazer a rotina de cuidado...Cada um trabalha de um jeito, né?”

Ou como relata um cuidador, embora a rotina de banho esteja definida dentre as suas atribuições, nem sempre ela pode ser cumprida:

Às vezes, eu chego numa casa e preciso dar um banho, só que ele não quer, é uma função que tá deixando de cumprir, mas é em respeito, né, ao que o idoso tá falando.

Salienta-se que o cuidador não possui a prerrogativa, na normativa, para definir a sua própria agenda de atendimento. Vale destacar que a agenda abarca o horário de cada cuidador na casa do idoso, o número de idosos atendidos por dia e a frequência em cada casa, se vai ser diário ou em alguns dias da semana. Embora não haja essa prerrogativa nas regras do programa, ainda assim pode-se inferir que o cuidador tem certo grau de autonomia para influenciar nessas questões. A partir das respostas dos questionários e do grupo focal, percebe-se que enquanto os cuidadores repassam os cuidados diários realizados com os idosos aos técnicos de referência, eles podem influenciar na definição da agenda de atendimento. No questionário, 66 (57,8%) dos cuidadores assinalaram ter muita influência na definição das frequências das visitas, 21 (18,2%) afirmaram ter pouca influência e 18 (15,7%) afirmaram ter nenhuma influência. Isso demonstra também uma assimetria na condução do programa de regional para regional e até de CRAS para CRAS, o que aporta maior complexidade ao processo de implementação.

Nota-se que o cuidador exerce a discricionariedade no seu cotidiano e pode operacionalizar o Programa da forma que ponderar ser mais condizente com a realidade. Considerando as informações de outro agente da ponta, os técnicos de referência do CRAS, pode-se inferir que eles também possuem autonomia para realizar a execução do programa, moldando sua dinâmica de forma diferenciada entre as regionais. Como afirma uma supervisora,

De um CRAS pro outro tem muitas mudanças, né. É lógico que tem um roteiro de como ocorrer uma reunião de GT, só que assim, não segue (risos). Tem territórios que você chega e você vê aquele monte de gente da saúde que participa e tem território que você chega e tem um representante e que, às vezes, funciona melhor do que o outro que tem um monte de gente.

As características e idiosincrasias das famílias são levadas em conta na definição do cuidador e sua rotina diária de cuidados, o que implica em uma necessária flexibilidade do Programa para se adequar às especificidades dos territórios e famílias. A necessidade de padronizar fluxos e processos encontra resistências, dada a natureza do programa. Nessa tensão entre padronização das tarefas e flexibilidade para atender às demandas advindas da alta interação, o programa se situa, impondo desafios não triviais para seu processo de gestão.

Esse ponto remete ao quarto ponto a ser ressaltado, relativo à importância dos processos de seleção e treinamento dos cuidadores, que são os tradutores da política, na ponta. Quanto à seleção e treinamento dos cuidadores, tem-se que tais atividades são realizadas pelo GDECOM, que segue as orientações da área de assistência social. Percebe-se que o recrutamento busca profissionais com perfil de cuidador social, não somente um cuidador de idosos. Além disso, percebe-se uma preocupação em realizar treinamentos com os cuidadores desde o início de sua inserção no programa. Entretanto, nem sempre os técnicos da secretaria de assistência conseguem participar de forma efetiva dos espaços de capacitação, o que pode prejudicar a compreensão da dimensão social, para além da dimensão física do cuidado.

As capacitações fazem parte do processo seletivo do cuidador, e acontecem posteriormente, a partir da demanda identificada. No questionário, 103 (90,5%) cuidadores responderam avaliar a capacitação para o pro-

grama como muito importante. Observa-se que, apesar da previsão de ocorrer uma capacitação a cada dois meses, na prática isso não tem ocorrido. Como diz um supervisor,

A gente tá fazendo de acordo com a demanda, né, dos cuidadores (pausa) também pode ser pelo supervisor, pode ser pelo CRAS também. O próprio CRAS verifica que os cuidadores tã tendo dificuldade, né, com determinado assunto. Às vezes, a gente tem CRAS, depende dos gestores, tem CRAS que os próprios NASF trabalham com os cuidadores ali dentro. Mas se a gente começa a perceber que não é só daquele CRAS ali que tem as dificuldades, aí, geralmente, eles fazem a capacitação (...) tá sendo tipo de 03 em 03 meses, mais ou menos.

Quanto ao perfil dos cuidadores, nota-se uma predominância absoluta de cuidadores do sexo feminino em detrimento ao masculino, 106 e 08, respectivamente. A maioria na faixa etária de 31 a 50 anos, a maioria com apenas o ensino médio, que é um dos requisitos para trabalhar no Programa. A grande maioria (73%) com experiência prévia como cuidador(a) antes de entrar para o programa. Percebe-se uma grande heterogeneidade no perfil dos cuidadores entre as regionais, principalmente em relação à escolaridade. Na maioria das regionais, a quase totalidade dos cuidadores possui apenas o ensino médio, enquanto que em apenas uma regional, tem-se 20% dos cuidadores com curso superior completo ou incompleto. Não se sabe se e o quanto a escolaridade influencia no desempenho do cuidador e, finalmente, no alcance dos resultados. Entretanto, a heterogeneidade no perfil dos cuidadores por regional foi algo que se destacou nessa análise.

Um quinto e último ponto refere-se aos desafios mais centrais experimentados na implementação do Programa. Dentre tais entraves sentidos no âmbito da operacionalidade do PMC tem-se a afirmação de fluxos muito burocráticos, sobrecarga para equipes de ponta dos CRAS, baixo número de cuidadores para atender a demanda, dificuldades dadas pela gestão intersetorial do PMC. A seguinte fala sintetiza uma percepção comum entre os técnicos do Programa:

Há alguns fatores que dificultam o alcance desses objetivos, tais como: a extensa demanda burocrática que o Programa traz consigo e a execução da função de gestão de recursos humanos pelo técnico acaba sobrecarregando a equipe e impedindo que esta se dedique inteiramente ao acompanhamento das famílias. É importante ressaltar ainda que há questões intersetoriais que interferem numa melhoria na qualidade de vida do idoso, como escassez de recursos humanos e materiais para seu atendimento.

A falta de estrutura, entendida como equipes técnicas para acompanhamento do PMC nos CRAS, é apontado como principal desafio da implementação do Programa, como afirma uma técnica de referência:

O trabalho está pulverizado entre as outras demandas do CRAS, falta estrutura para intervir com mais proximidade e frequência nas questões que pertencem ao escopo da assistência.

A questão do financiamento também é um gargalo enfrentado, pois o recurso do Programa é proveniente do Recurso Ordinário do Tesouro (ROT), como afirma a responsável pelo PMC na área de assistência:

O recurso é especificamente do ROT. A Prefeitura que banca o programa e também do orçamento da assistência social, que vem do ROT, mas é da assistência. E, apesar de ter uma cogestão da saúde, o financiamento dele é só pela assistência social.

Em entrevista com gestora na saúde, esta ponderou que o recurso do ROT está no valor de quatro milhões para o PMC, mas ainda é insuficiente, dada a demanda inicial estimada de cuidadores para atendimento da demanda de cuidados, com a necessidade de expansão do programa para outras áreas que não contam com a presença dos CRAS. Existe, contudo, a perspectiva de que o PMC se expanda, a partir do ano de 2020, para outras localidades, com ampliação do número de cuidadores e de idosos assistidos.

Considerações finais

A breve análise do Programa Maior Cuidado, aqui empreendida, não buscou fazer uma avaliação do mesmo, mas lançar luz sobre alguns aspectos de sua concepção, desenho e gestão que possam, a partir desse caso específico, salientar desafios comuns a programas com tais objetivos e natureza. Primeiro, tem-se a necessidade de precisar com maior clareza quais são os objetivos imediatos e os objetivos de impacto e construir uma teoria da mudança capaz de elucidar a cadeia de hipóteses que guiam as ações do programa. Esse esforço de imprimir uma racionalidade avaliativa na gestão do PMC poderia contribuir para clarear as ações previstas por cada ator e como elas se encadeiam para a produção dos efeitos pretendidos, permitindo mensurar resultados e com isso ampliar a efetividade das ações.

Como segundo ponto tem-se a gestão intersetorial do PMC, que impõe desafios de outra natureza, dada as diferenças institucionais, técnicas, operacionais e inclusive diferenças na ênfase dada a um ou outro objetivo do programa: trata-se de um programa que visa sobretudo a saúde e qualidade de vida do idoso ou os aspectos mais propriamente relacionais e relativos ao enfrentamento da solidão e isolamento social? Essa dimensão aponta para a necessária convergência de perspectivas dos setores da saúde e da assistência sobre os resultados a alcançar, sobre as atribuições de cada setor na implementação do Programa, sobre a partilha de recursos, informações e decisões, inclusive, sobre os critérios de inserção dos idosos no PMC.

Como terceiro ponto, tem-se a natureza desse tipo de programa, que se caracteriza pela impossibilidade de padronização das ações, configurando um programa de baixa programabilidade das tarefas a serem desenvolvidas e, ao mesmo tempo, que supõe uma intensa interação entre os técnicos de ponta (cuidadores) e beneficiários diretos e indiretos (os idosos e suas famílias). Os desafios de gestão de um programa com tais características são complexos, pois tem-se que resguardar uma dimensão do cuidado muito pessoal, particularizada e aderente às características e necessidades específicas de cada idoso e família e ao mesmo tempo tem que ser passível de expansão para atender a um número muito expressivo de idosos vulneráveis.

Um quarto ponto decorre desta centralidade da figura do cuidador para programas dessa natureza e refere-se à necessidade de se ter processos adequados de seleção e programas fortes de formação e treinamento dos operadores de ponta, os cuidadores, que de fato podem produzir o cuidado, fomentar os vínculos, proteger e garantir envelhecimento saudável e a redução das vulnerabilidades vividas pelos idosos e suas famílias.

Um quinto e último ponto refere-se à insuficiência dos recursos, sejam estes financeiros ou humanos, para dar conta de atender à demanda existente na cidade por este tipo de política. O tema do envelhecimento entrou na agenda pública internacional e nacional e vem ganhando força, amparado pelo crescimento do fenômeno em todo o mundo. Essa agenda é ainda mais desafiadora quando se agrega à vulnerabilidade própria do ciclo de vida uma vulnerabilidade também social, econômica ou até mesmo territorial. Em se tratando de idosos vulneráveis, as políticas de cuidado desenvolvidas pelo poder público são ainda mais necessárias. A literatura sobre tais políticas é ainda pouco expressiva, principalmente nos países latino-americanos. Os modelos existentes nos países que contam com sistemas de proteção social mais robustos e consolidados apresentam

melhores condições de incorporar mais facilmente a demanda crescente pelo cuidado dos idosos. Essa não é a realidade do Brasil, que precisa garantir as bases de seu incipiente sistema de proteção centrado em direitos e ainda incorporar uma massa de idosos em condição de extrema pobreza e vulnerabilidade. O relato da experiência de Belo Horizonte buscou contribuir para avançar na compreensão de tais políticas, seus efeitos e os condicionantes para dar materialidade aos direitos da população idosa. 

Referencias

- Arantes, Rodrigo Caetano e Côrte, Beltrina. 2009. "A longevidade em notas de falecimento", Revista Kairós. São Paulo. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/Kairos/article/view/2683>> Acesso em: 5 jul. 2018
- Guimarães, Nadya Araújo; Hirata, Helena Sumiko e Sugita, Kurumi. 2012. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão. In: Hirata, Helena; Guimarães, Nadya Araujo. Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas.
- Lipsky, Michael. 1980. Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services. Russel Sage Foundation. New York
- Lotta, Gabriela Spanghero. 2010. "Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Social da Família". Tese (Doutorado). Departamento de Ciência Política da USP, São Paulo, 2010.
- Moreira, Jucilene Carneiro. 2017. "Qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Belo Horizonte". Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.
- Nogueira, Roberto Martinez. 1998. Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico. Série Políticas sociales, n. 24. Chile: Cepal.
- PBH. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 2011. PBH lança Programa Maior Cuidado. Disponível em: <<http://fapmg.org.br/plus/modulos/noticias/ler.php?cdnoticia=378>>. Acesso em: 09 jul. 2018.
- PPAG. Plano Plurianual de Ação Governamental - 2018/ 2021. Belo Horizonte.
- Sartini, Cristina Maria e Correia, Arlene de Mendonça. 2012. "Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado", Revista Pensar BH, Belo Horizonte, n. 31.
- SMAS. Subsecretaria Municipal de Assistência Social. 2017. Diretoria de Proteção Social Básica/Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica. Passo a Passo do Programa Maior Cuidado. Belo Horizonte.

Sobre las autoras/ About the authors

Danielle Cristina de Araújo Barbosa, Mestrado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro (2017-2019). Especialista em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental pela Fundação João Pinheiro (2017). Especialização em Análise Bionérgica com ênfase em recursos humanos, educação e saúde pela Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG (2009). Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC MG (2007). Profissional com mais de 10 anos de experiência na política de assistência social. Atua há mais de cinco anos na área da proteção social básica na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/MG. Compõe o quadro de servidores efetivos desde 2013 como Analista de Políticas Públicas. Desenvolve pesquisas na área de políticas públicas, implementação, proteção social básica, vulnerabilidade social, intervenção social e assistência social. Carla Bronzo es Socióloga, com mestrado e doutorado em Sociologia e Política. Trabalho como docente e pesquisadora da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, com temas relativos à proteção social, pobreza e vulnerabilidade, principalmente em uma concepção multidimensional da pobreza. Trabalho com temas relativos à análise de políticas públicas, principalmente políticas sociais, com foco nos temas do desenho (metodologia do marco lógico), implementação e avaliação de políticas públicas. Interesse em novas formas de gestão, como intersectorialidade e estratégias colaborativas da ação governamental.

URL estable documento/stable URL

<http://www.gigapp.org>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

ewp@gigapp.org