

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO

Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Mestrado em Administração Pública

**POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: análise do
Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte**

Danielle Cristina de Araújo Barbosa

Belo Horizonte

2019

Danielle Cristina de Araújo Barbosa

**POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: análise do
Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Bronzo Ladeira

Belo Horizonte

2019

Barbosa, Danielle Cristina de Araújo.

B238p Políticas públicas e envelhecimento populacional [manuscrito]:
análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte/ Danielle
Cristina de Araújo Barbosa. – 2019.

[15], 104f. : il.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação
João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de
Carvalho, 2019.

Orientadora: Carla Bronzo Ladeira

Bibliografia: f. 103-107

1. Serviço social com idosos– Belo Horizonte (MG). 2.
Envelhecimento populacional – Belo Horizonte (MG). 3.
Assistência à velhice - Belo Horizonte(MG). 1. 4. Programa Maior
Cuidado - Belo Horizonte(MG). I.Ladeira, Carla Bronzo. II. Título.

CDU 362.6(815.11)

Danielle Cristina de Araújo Barbosa

POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: análise do Programa
Maior Cuidado em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em
Administração Pública da Escola de Governo Professor
Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro,
como requisito parcial para a obtenção do título de mestre
em Administração Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Bronzo Ladeira

Prof^a. Dra. Carla Bronzo Ladeira - FJP (Orientadora)

Prof. Dr. Bruno Lazzarotti Diniz Costa - FJP (Avaliador)

Prof. Pós-Dr. Rodrigo Caetano Arantes (Avaliador Externo)

Belo Horizonte, 25 de março de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, acima de tudo.

À Carla Bronzo, minha orientadora. Seu conhecimento e generosidade foram fundamentais para esta trajetória.

Às famílias atendidas e, em especial, aos idosos da política de assistência social, pelos diálogos valiosos, que estimulam a reflexão e aprendizado.

Aos professores e aos meus colegas do mestrado.

Aos professores, Bruno Lazzarotti e Rodrigo Caetano Arantes, por aceitarem generosamente o convite e contribuírem para o trabalho.

Ao Max que prontamente me auxiliou com seus conhecimentos tecnológicos.

À Diretoria de Proteção Social Básica, em especial, à Haydée, Ana Cristina, Marly e Eliete.

Às equipes de todos os CRAS, em especial, à Daniela Dias, e aos técnicos que responderam à pesquisa.

Aos cuidadores do Programa Maior Cuidado e às supervisoras, principalmente para as que contribuíram para o trabalho.

À Karla Giacomini da Secretaria Municipal de Saúde, Caroline Ribas e Jéssica do GDECOM, Leandro do Centro de Referência da Pessoa Idosa e do Conselho Municipal do Idoso, Renata da Diretoria da Pessoa Idosa, Sandra do Conselho Municipal do Idoso, eu agradeço, imensamente, pelas contribuições para a pesquisa.

Aos amigos e familiares, em especial, à Audrey, Taíse, Adma, Shirly, Wânia e Fernanda e Rose (em memória), vocês fizeram toda a diferença nesse percurso. Muito obrigada!

À minha querida mãe e irmã pelo incentivo e confiança.

Ao Henrique, meu marido e amigo, pelo apoio constante nesta caminhada.

Enfim, é com o sentimento de imensa gratidão que encerro esse ciclo e agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para que isso fosse possível.

Muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento com qualidade de vida, cuidado do idoso e vulnerabilidades da pessoa idosa são temáticas que foram inseridas na agenda pública contemporânea e apresentam a necessidade de análise e reflexão, sendo um fenômeno natural irreversível, demandando ações públicas para garantir aos idosos os direitos definidos por leis. Esse aumento da longevidade gera novas demandas sociais e econômicas, implicando a necessidade de adoção de políticas públicas específicas para atender esse segmento da população. No município de Belo Horizonte, o Programa Maior Cuidado tem como objetivo qualificar e ampliar as ações de promoção do envelhecimento ao idoso que vive em situação de vulnerabilidade social. O objetivo geral deste trabalho é a análise do referido Programa, tendo como foco o processo de implementação e a identificação dos possíveis facilitadores e dificultadores para o alcance dos resultados pretendidos. A pesquisa teve como base o modelo de Draibe (2001) sobre a avaliação da implementação e contou com a contribuição de outros autores sobre o tema da implementação e da “burocracia de nível de rua”. Uma vez que esses atores são conhecidos como tradutores da política, pressupõe-se que eles possuam relativa autonomia para influenciar nos resultados. O estudo utiliza dados de pesquisa bibliográfica, documental e trabalho de campo, que consistiu na observação direta bem como na realização de entrevistas e aplicação de questionários. Foram aplicados questionários semi-estruturados para os cuidadores e para técnicos de referência do Programa das regionais, bem como entrevistas com referência do Programa na Secretaria de Assistência Social, na Secretaria de Saúde, no GDECOM e com alguns agentes envolvidos no programa de uma regional específica. Nota-se que o Programa possui uma complexa cadeia de execução, iniciada com capacitação elementar ao principal agente executor do Programa. O fluxo de informação e logístico é bem delimitado, mas no âmbito operacional, o estudo revela a necessidade de aprimoramento para o melhor alcance dos objetivos almejados. Os resultados apresentaram a existência de nós críticos na fase de implementação.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Assistência Social e idoso; avaliação de implementação; burocratas no nível da rua; Programa Maior Cuidado.

ABSTRACT

Aging with quality of life, elderly care, and vulnerabilities of the elderly are themes that have been inserted in the contemporary public agenda and present the need for analysis and reflection, since aging is an irreversible phenomenon and demands public actions to guarantee the older people the rights defined by laws. This increase in longevity generates new social and economic demands, which implies the need to adopt specific public policies to serve this segment of the population. In the city of Belo Horizonte, the Greater Care Program aims to qualify and expand actions to promote aging for the elderly who live in situations of social vulnerability. The general objective of this work is the analysis of said Program, focusing on the implementation process and the identification of possible facilitators and obstacles to reach the desired results. The research was based on the model of Draibe (2001) on the evaluation of implementation and counted on the contribution of other authors on the issue of implementation and "street level bureaucracy". Since these actors are known as translators of politics, it is assumed that they have relative autonomy to influence results. The study uses bibliographic, documentary and fieldwork data, which consisted of direct observation as well as interviews and questionnaires. Semi-structured questionnaires were applied to the caregivers and reference technicians of the Regional Program, as well as interviews with reference of the Program in the Secretariat of Social Assistance, the Secretariat of Health, the GDECOM and with some agents involved in the program of a specific regional. It is noted that the Program has a complex chain of execution, initiated with basic training to the main agents. The flow of information and logistics is well delimited, but at operational level, the study reveals the need for improvement to better reach the desired objectives. The results presented the existence of critical nodes in the implementation phase.

Keywords: Public Policies; Social and elder care; implementation evaluation; street level bureaucrats; Greater Care Program.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de idosos que recebem até 01 salário mínimo e 05 salários mínimos ou mais por Regional e total em Belo Horizonte (2010).....	66
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Visão clássica PolicyCycle (Ciclo Político)	27
Figura 2 - Processo de implementação como aprendizado.....	31
Figura 3 - Anatomia do Processo Geral de Implementação	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do Ciclo de Vida das Políticas Públicas	25
Quadro 2 - Elementos-chave das vertentes sobre implementação	31
Quadro 3 - Principais elementos apresentados por cada autor	40
Quadro 4 – Marco legal e institucional da política do idoso no Brasil	53
Quadro 5 - Financiamento das ILPI de Belo Horizonte, 2009 a 2016.	69
Quadro 6 - Atendimento do PMC de (2011 a 2018) por tipo de idoso atendido.....	74
Quadro 7 – Cadeia de Transformação do Programa Maior Cuidado	79
Quadro 8 - Número de idosos e cuidadores por CRAS e por regional.....	82
Quadro 9 - Perfil dos cuidadores por regional.....	84
Quadro 10 - Experiência e tempo no PMC dos cuidadores por regional	85
Quadro 11 - Perfil dos técnicos por regional.....	86
Quadro 12 - Sistemas e Categorias para análise da Implementação do Processo Geral de Implementação do PMC	86
Quadro 13 - Siglas utilizadas na transcrição das respostas do Questionário e falas dos entrevistados	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Volume da população idosa, percentual de idosos no total da população por regional e total da população (2000 e 2010) em Belo Horizonte	65
--	----

LISTA DE ABREVIATURA OU SIGLAS

ACI – Associação dos Cuidadores de Idosos

ADRA – Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BH – Belo Horizonte

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CF – Constituição Federal

CDPI – Coordenadoria dos Direitos da Pessoa Idosa

CIPS – Câmara Intersetorial de Políticas Sociais

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNI - Conselho Nacional do Idoso

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CRPI – Centro de Referência da Pessoa Idosa

DPSB – Diretoria da Proteção Social Básica

DPSI – Diretoria de Política da Pessoa Idosa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GDECOM – Grupo de Desenvolvimento Comunitário

GERASC – Gerente Regional de Assistência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

IQVS – Índice de Qualidade de Vida Urbana

LA – Liberdade Assistida

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

MT – Ministério do Trabalho

NAF – Núcleo de Apoio à Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OP – Orçamento Participativo

PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PSC – Prestação de Serviço à Comunidade

PSF – Programa de Saúde da Família

PSB – Proteção Social Básica

PMC – Programa Maior Cuidado

PNI – Política Nacional do Idoso

PNAS – Política Nacional da Assistência Social

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

PNPSI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNS – Política Nacional de Saúde

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental

PSB – Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

RET-SUS – Rede das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

RMV – Renda Mensal Vitalícia

ROT – Recurso Ordinário do Tesouro

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SCOMPS – Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social

SDH – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SMAAS – Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social

SMADAC – Subsecretaria de Direitos Humanos e Cidadania

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

SMPS – Secretaria Municipal de Políticas Sociais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 POLÍTICAS PÚBLICAS E O SEU CICLO DE VIDA	21
1.1 O ciclo de vida das políticas públicas.....	21
1.2A implementação no ciclo das políticas públicas.....	26
1.3 Políticas Públicas como campo de incertezas: atores e burocratas de nível de rua.....	32
1.4 Um modelo para avaliação da implementação	34
2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO: TRAJETÓRIA E INTERFACES.....	43
2.1 Envelhecimento Populacional e Políticas de Cuidado: o que isso quer dizer?	43
2.2 A política do idoso na agenda internacional e nacional	46
2.2.1 Trajetória da política do idoso no Brasil	48
2.3 O idoso e a Política de Assistência Social.....	55
3. POLÍTICA DE CUIDADO NA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA SOCIAL: O PMC COMO UM PROGRAMA PARA IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	63
3.1 Aspectos metodológicos	63
3.2 População idosa em Belo Horizonte.....	64
3.3 Políticas públicas para idosos na agenda governamental e o PMC na confluência das políticas sociais no município	67
3.4 O Programa Maior Cuidado no contexto da Proteção Social Básica em Belo Horizonte..	72
3.4.1 Os atores envolvidos na implementação do PMC e sua cadeia de operações.....	74
4. ANÁLISE DOS SUBPROCESSOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO PARA IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.....	81
4.1 Perfil dos cuidadores e técnicos do PMC	81
4.2 A perspectiva dos atores sobre a implementação do PMC.....	86
4.3 Sistema Gerencial e Decisório.....	88
4.4 Sistema de Divulgação e Informação	90
4.5 Sistema de Seleção e Sistema de Capacitação.....	93
4.6 Sistema Logístico e Operacional	95
4.7 Sistema de Monitoramento e Avaliação	99
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIA.....	105
APÊNDICE A - Roteiro do Grupo Focal com a supervisora e as cuidadoras do PMC.	110
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas com SMASAC e SMS	112

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas com referência do GDECOM.....	113
APÊNDICE D –Questionário - Cuidadores do Programa Maior Cuidado (PMC)	114
APÊNDICE E – Questionário - Técnicos de referência do Programa Maior Cuidado .	116
APÊNDICE F – Questionário - Técnicos de referência do Programa Maior Cuidado (PMC).....	118

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é estimado como um dos mais expressivos prognósticos no século XXI. Esse aumento da população idosa (pessoa com 60 anos ou mais) pode ser reflexo da redução da taxa de fecundidade bem como de um aumento da expectativa de vida dos grupos etários mais velhos (ARANTES; CORTÊ, 2009). Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira era de 30,2 milhões em 2017. Sendo que no ano anterior, eram 29,56 milhões e, em 2012, 25,4 milhões. O que representa, em cinco anos, um aumento de 4,8 milhões, ou seja, um acréscimo de 19% do número de idosos no Brasil. Se de um lado o aumento da longevidade é considerado uma das grandes conquistas da humanidade, por outro, ele apresenta novos desafios econômicos e sociais.

Desta maneira, com o crescimento do público idoso, aumenta também a demanda de ajuda e cuidado para a realização de atividades diárias, tais como tomar banho, vestir, comer, deitar ou levantar. Muitas famílias apresentam dificuldades quanto aos cuidados com o idoso, 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 (CRISTINA; CORREIA, 2012). Este novo quadro populacional demanda ao Estado novas políticas públicas voltadas para atender esse público específico. No município de Belo Horizonte, o Programa Maior Cuidado tem como finalidade qualificar e ampliar as ações de promoção do envelhecimento ativo e as ações de cuidado à população idosa, que vive em situação de vulnerabilidade social.

O estudo teve como objetivo analisar a implementação do referido Programa, com foco na análise dos subprocessos da implementação e do papel dos burocratas de nível de rua na execução da política, visto que são eles quem traduzem as ações estabelecidas nas referências normativas. Além de configurar-se como elemento central no campo da burocracia para compreensão da distância entre o planejado e o executado nas políticas públicas. Dessa forma, pressupõe-se que esses executores possuam algum grau de discricionariedade, permeado por esforços de planejamento das ações no âmbito central e regional

Tem-se como pressuposto que o processo de implementação do Programa é perpassado por contradições e por disputas de concepções. A análise dos subprocessos do

Programa Maior Cuidado a partir da percepção dos cuidadores, dos técnicos de referência nos âmbitos local e dos profissionais do nível central poderá contribuir com o debate em torno do alcance dos objetivos do Programa e de suas capacidades de operacionalizá-los. O Programa Maior Cuidado é executado a partir de uma parceria entre a política de assistência social e a política de saúde no município, sendo apreendido pela assistência como um programa que qualifica o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), principal serviço desenvolvido no âmbito da proteção social básica e operacionalizado nos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

As perguntas orientadoras se situam, portanto, na tentativa de responder às seguintes questões: Como os subprocessos da implementação estão sendo desenvolvidos e em que dimensões tais processos são mais frágeis? Quais são os principais elementos ou nós existentes na cadeia de operação do Programa que colocam problemas para a implementação? O Programa vem sendo executado de forma padronizada nas nove regionais? Qual tem sido a autonomia por parte dos agentes de ponta do PMC (técnicos e cuidadores) para implementar mudanças nas rotinas e fluxos do mesmo? Quais as percepções dos atores envolvidos sobre o alcance dos resultados ou objetivos do PMC?

A busca por compreender melhor o cenário complexo da implementação, no ciclo das políticas públicas, é também motivado pela trajetória profissional da pesquisadora, uma vez que se encontra inserida no nível local de execução do Programa, atuando como técnica do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Dessa maneira, o envolvimento presente no cotidiano de trabalho ampliou o interesse em estudar a fase da implementação do Programa, em um esforço para traduzir o “objeto de ação” como objeto de conhecimento, com todos os desafios que tal posição acarreta, relativos à necessária “neutralidade” do pesquisador diante do objeto pesquisado. Ao mesmo tempo, como técnica do CRAS (e atualmente técnica de referência do PMC), foi possível ter acesso a observações e vivências que permitiram um olhar mais qualificado para análise do Programa.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro aborda os conceitos de políticas públicas e as distintas visões sobre o seu ciclo de vida (formação da agenda, identificação e escolha das alternativas, implementação, monitoramento e avaliação). A partir do momento em que um problema é identificado e inserido na agenda, são delimitados elementos primordiais para que seja exequível a sua execução, por meio de

programas e projetos. Contudo, a depender da complexidade na qual o programa está inserido, algumas decisões são tomadas na fase da implementação. Neste trabalho, destacam-se as características da fase da implementação, suas tendências e os seus desafios bem como as estratégias para sua avaliação. Desta forma, apresenta o modelo de avaliação da implementação desenvolvido por Draibe (2001), denominado de *Anatomia do Processo Geral de Implementação*, constituída por seis subprocessos: *gerencial e decisório* (estrutura organizacional); *divulgação e informação* (fluxo da comunicação); *seleção e capacitação* (cursos para os agentes executores); *logístico e operacional* (recursos disponíveis e prazos) e, por fim, *monitoramento e avaliação* (acompanhamento e correção de rota).

Vale ressaltar que a avaliação sobre a implementação possibilita identificar informações mais concretas dos resultados obtidos pela execução. Por meio dela, é possível constatar quais são as ações estratégicas que realmente precisam ser priorizadas, bem como os seus nós críticos. Ainda mais em cenários complexos, que leva em consideração uma série de variáveis (multiplicidade de interesses e atores; ambiguidade de objetivos e elevado grau de discricionariedade do burocrata de nível de rua). A atenção para a atuação desses operadores da política perpassa pela compreensão da sua prática cotidiana na estrutura institucional e programática bem como a influência que eles exercem na implementação de políticas públicas. Essa influência Lipsky (1980) denominou de discricionariedade, a qual é materializada pela possibilidade em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, programas e serviços ofertados à população. Desta maneira, mesmo que dimensões políticas oficiais padronizem as normas desses agentes, ainda assim, eles conseguem ter autonomia para decidir como aplicar essas normas e incorporá-las no seu campo de atuação. Esses e outros elementos incorporados à análise são indispensáveis para a melhor compreensão do processo de implementação.

O capítulo dois versa sobre políticas públicas para idosos e suas interfaces. Para tal, tem-se o esforço de elucidar os termos do debate acerca da temática do envelhecimento humano e políticas de cuidado. Neste sentido, resgata que o cuidado e o suporte informal às pessoas foi quase sempre um papel exclusivo das mulheres, mas este segmento ao envelhecer também precisa de cuidado. Dessa forma, ao considerar que cuidar tem historicamente um papel da mulher, a feminilização do envelhecimento aponta também para a diminuição do acervo de cuidadores na sociedade. Nesse sentido, esse fenômeno remete a implicações sociais que exigem respostas das políticas públicas, em especial, da política social, como:

quais novos atores podem garantir esse papel do cuidado? Como vai ser o cuidado para com essas idosas? Quais formatos de programas ou serviços possíveis para atender a essa nova demanda emergente da sociedade? Como analisar se tais programas ou serviços atendem com efetividade a esse público? E o Poder Público, como tem se organizado para atender a um sistema de cuidado de longa duração? Além de evidenciar, mesmo que brevemente, um panorama do movimento internacional e nacional voltado para políticas para o idoso e a emergência dessas políticas no Brasil, bem como busca apresentar o esforço do processo de institucionalização da assistência social como política pública e sua relação com o público idoso. Essas e outras características discutidas no decorrer do capítulo compõem um cenário de especificidades para análise do processo de implementação do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte.

O capítulo três busca apresentar o desenho metodológico adotado para a realização do estudo. A pesquisa é de natureza qualitativa, com uso de fontes primárias e secundárias. Os dados da execução do programa, sua oferta e atendimento são provenientes de registros e fontes secundárias da Diretoria de Proteção Social Básica, da Secretaria de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC). Para coletar informações relativas aos operadores da política na ponta, foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário estruturado com perguntas abertas tanto para os 26 técnicos de referência dos 26 CRAS, que possuem o Programa Maior Cuidado, quanto para o universo de 126 cuidadores, vinculados a esses CRAS. Além do questionário, foi elaborado um roteiro de entrevistas, realizadas com atores distintos situados em diferentes campos do Programa: com a diretora responsável pelo PMC na SMASAC e a coordenadora responsável pelo Programa na SMS, bem como no Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM). Além de um roteiro de grupo focal com vistas a melhor compreensão do processo da implementação pelos agentes da ponta, sendo realizado com uma supervisora e quatro cuidadoras. Foi mantido o sigilo das pessoas participantes. As questões, tanto do questionário quanto do roteiro de entrevistas, focam os subprocessos de implementação, incorporando a perspectiva dos demais autores da pesquisa. Apresenta o crescimento da população idosa em Belo Horizonte bem como mostra o contexto do Programa no âmbito do desenvolvimento de políticas sociais no município, além do esforço em evidenciar como ele está inserido na Proteção Social Básica, as suas diretrizes, objetivos e atores envolvidos para a sua implementação no município. Destaca como o papel do cuidador no domicílio tem o intuito de proporcionar uma *qualificação* no cuidado para com o idoso ao permitir uma readequação das atividades e da

dinâmica familiar. Neste sentido, ele atua como uma *ponte* entre o idoso, a família, a comunidade e as políticas públicas, podendo ser denominados de burocratas de nível de rua. Desta maneira, o Programa revela-se como um caso interessante para pensar os desafios da implementação das políticas públicas voltadas a esse público específico.

O capítulo quatro tem o objetivo de apresentar os resultados da análise dos subprocessos de implementação do PMC. Ele versa sobre a análise dos dados do PMC, a partir do Questionário destinado ao universo total dos 126 cuidadores e do Questionário destinado aos técnicos de referência dos 26 CRAS que possuem o Programa, além das entrevistas com referência do Programa na Secretaria de Assistência Social, na Secretaria de Saúde, no GDECOM e do grupo focal. Desta maneira, as respostas foram agrupadas e categorizadas a partir dos subprocessos (*gerencial e decisório; divulgação e informacional; logístico e operacional; seleção e capacitação; monitoramento e avaliação*). A análise, a partir do modelo de Draibe (2001), busca identificar tanto os fatores facilitadores quanto os nós críticos que ocorrem durante a implementação e como eles podem influenciar no cumprimento dos objetivos do Programa Maior Cuidado.

E, por último, nas considerações finais constam as principais questões apreendidas no decorrer da pesquisa bem como apontamento de aspectos importantes que poderão ser objeto de futuras investigações.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS E O SEU CICLO DE VIDA

Este capítulo tem a proposta de desenvolver o arcabouço teórico que embasa a análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte. Na primeira seção, são apresentados conceitos de políticas públicas e as distintas visões sobre o seu ciclo de vida. Em seguida, discutem-se as características da etapa da implementação, suas tendências e os seus desafios bem como as estratégias para sua avaliação. Por conseguinte, aborda-se o modelo de análise da implementação, que constitui o referencial teórico para este trabalho.

1.1 O ciclo de vida das políticas públicas

Os estudos sobre as políticas públicas intensificaram-se no período de 1980, especialmente em decorrência do ajuste fiscal nas contas públicas, o que se traduziu na prevalência de uma agenda restritiva referente aos gastos sociais e à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais em todo o mundo, mas principalmente em países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, o estudo das políticas públicas emergiu como uma área de conhecimento acadêmico, com proeminência nas ações de governo, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado. Já na Europa, os estudos e as pesquisas se concentravam mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção do governo (SOUZA, 2006). Como o campo da política pública é permeado por termos que podem ter distintos significados, alguns conceitos chave precisam ser abordados para melhor compreensão. Souza (2006) mapeou os principais estudiosos que conceituam a política pública:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 24).

Percebe-se uma preocupação mais sistematizada, principalmente na última definição, ao retratar o estudo das políticas públicas no sentido de caracterizar o que os governos fazem, por que fazem e que diferenças fazem essas atividades. Souza (2006) ainda

ressalta que não existe uma única abordagem nem o melhor significado no conceito de políticas públicas, mas, no geral, as diferentes abordagens convergem para uma vertente que contempla uma perspectiva em que a soma das partes, instituições, ideologia e interesses prevalecem independentemente de divergência sobre o grau de relevância desses fatores.

Desta maneira, o campo das políticas públicas encontra-se em um contexto complexo, permeado pelo conflito de interesses entre grupos com diferentes recursos de poder e de segmentos sociais distintos. Sob o prisma teórico-conceitual, o campo de estudos da política pública conta com diversas abordagens e está assentado nos estudos multidisciplinares sobre a sua natureza e seus processos.

A autora Rua (2012) buscou no dicionário inglês a tradução de *politics e policy* (políticas públicas), identificando *politics* como um termo usado para expressar o reflexo das configurações de relações de poder na sociedade e que repercutem nas decisões públicas. Essa configuração pode ser traduzida pelos embates e negociações entre grupos sociais e representantes do poder público, acerca de uma questão que ganhe destaque na agenda pública. A palavra *policy* remete ao tratamento das decisões sobre ações e recursos públicos que foram deliberadas a partir da negociação entre diferentes grupos e pode ser materializado por meio de formulação e implementação das políticas públicas.

Ao apresentar os conceitos de *policy e politics* e de como eles se relacionam entre si, a autora permite induzir que o primeiro é um dos produtos do segundo. Nessa definição pode-se perceber uma correlação de força presente nas políticas públicas, que a depender do seu poder, podem influenciar e até mesmo determinar as decisões públicas e os processos políticos inerentes a ela. Ela ainda acrescenta que as políticas públicas e a política têm sua própria dinâmica, mas são construídas em uma arena sistêmica mais ampla. A probabilidade da formação de agenda aumenta quando há a convergência entre as duas. Em contrapartida, conjugações parciais têm menor potencial de ganhar destaque assim como propostas sem apoio político. Nesta perspectiva, pode-se compreender política pública como o campo do conhecimento que busca, concomitantemente, colocar as decisões do governo em prática assim como revisá-las (RUA, 2012).

A literatura sobre o tema das políticas públicas é bastante consensual quanto à existência de um ciclo de vida destas políticas. Como as fases do ciclo não são tão definidas,

sendo até sobrepostas, elas são divididas para fins didáticos. Para Kingdon (2006), no processo da política pública existem no mínimo as seguintes fases: o estabelecimento de uma agenda, a especificação das alternativas, uma escolha final entre as alternativas e a implementação dessa decisão. Para Souza (2006), tal ciclo pode ser dividido nas etapas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. Para Rua (2012), o *policy cycle* (ciclo de política) é constituído por diferentes e dinâmicos momentos: os processos de formação de agenda, alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação. A partir dos autores, percebe-se cada um dos elementos do ciclo da política pública: formação de agenda, alternativa e tomada de decisão, implementação e avaliação, ou outras nomenclaturas correlatas, a depender da classificação do autor. Estes são termos que sinalizam fases que têm sua própria especificidade e estão imbricadas entre si.

Sobre a formação da agenda, tem-se que nesse momento inicia-se o processo de produção de políticas públicas. Kingdon (2006) identifica o reconhecimento do problema social como a pedra basilar para a formação da agenda, uma vez que somente quando ele é definido tem-se a capacidade de formular respostas de intervenção mais eficazes na transformação de dada realidade. Contudo, segundo este autor, alguns problemas recebem mais prioridade em detrimento de outros. Os eventos-foco (como desastre, crise) e o feedback dos programas já existentes também influenciam nas escolhas dos problemas para a inserção na agenda. Porém, essas situações podem ocorrer reiteradamente e mesmo assim não serem abarcadas como prioritárias. Assim, quando uma situação se configura como um problema, a sua probabilidade de adquirir status de prioridade aumenta. Outra possibilidade é quando os atores percebem uma possível viabilidade de mudança nessa realidade.

Em outras palavras, a partir da classificação do problema é que se desenvolve o tratamento. Um problema pode ter grande relevância, mas não há garantia de entrada na agenda nem do seu tratamento. Dessa maneira, além de as agendas definirem os problemas, elas podem priorizá-los ou não. Isso pode ser gerado pela modificação no cenário identificado, por meio de indicadores; pela banalização da situação; bem como pelo surgimento de outros elementos que acabam por sobrepor antigas prioridades. Acrescenta-se o *policy entrepreneurs*: pessoas que alocam recursos nas políticas públicas no intuito de convencer as autoridades nos problemas para os quais acreditam ter solução. Além de recurso financeiro, tais *policy entrepreneurs* tendem a reivindicar audiências, fazer conexões políticas,

ênfatisar os indicadores dos problemas; ênfim, procuram estratégias para a confluência da inserção e manutenção do problema na agenda (KINGDON, 2006).

Tanto Kingdon (2006) quanto Souza (2006) salientam a dimensão conflitiva envolvida na formação da agenda, estando esta sob disputa de distintos grupos de atores. Os autores apontam dois grupos que possuem papel importante na formação da agenda, grupos conhecidos como atores visíveis e invisíveis. O primeiro pode ser representado por políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, dentre outros; o segundo pelos acadêmicos e burocratas. Segundo o autor, os participantes visíveis influenciam a agenda e os invisíveis, a especificação das alternativas.

Kingdon (2006) aponta ainda o fluxo da política como outro elemento influenciador na formação da agenda, uma vez que a condução dessa agenda depende da ideologia partidária e suas configurações. As propostas que preenchem critérios, como viabilidade técnica, aceitação pública, receptividade pelas políticas, dentre outras, têm maior probabilidade de permanecer do que aquelas que não a satisfazem. O distanciamento pela oposição de uma aliança de grupo de interesses dificulta a formação da agenda, já a aproximação facilita. Contudo, essa aproximação, muitas vezes, é conquistada mais pela negociação do que pela persuasão. Pois, embora a parte interessada comprove que certas situações precisam ser pautadas como problemas na dinâmica política, esse consenso é constituído pela negociação. Como exemplo, pode-se citar a criação de emendas em troca de apoio.

Uma vez que o problema se encontra inserido na agenda, tem-se a discussão sobre as alternativas ou a seleção das escolhas. Esta fase decorre da análise das opções e tem o intuito de subsidiar a solução para os problemas identificados. A partir da entrada do problema na pauta emerge a formação de alternativas, em virtude do surgimento de propostas para solucionar o problema. A próxima fase é a denominada tomada de decisão, a qual acaba por delimitar os elementos essenciais do núcleo da política pública (RUA, 2012).

A partir desse momento as ações são implementadas por meio de programas e projetos. Com vistas a atingir realmente seu objetivo, a mudança da realidade social, o acompanhamento e avaliação dessas ações devem acontecer (SOUZA, 2006). Mas a depender da complexidade na qual a política está inserida, algumas decisões importantes são

postergadas para a etapa da implementação. Essa fase abarca o conjunto de deliberações que pode ser tanto alocação de recursos (humanos, material, orçamentários) quanto questões rotineiras. Salienta-se que geralmente o monitoramento acontece nessa etapa justamente para facilitar a medição de resultados intermediários e corrigir a rota se necessário. Já o estágio de avaliação é constituído por procedimentos de julgamento dos resultados, balizados em critérios valorativos estabelecidos na etapa de tomada de decisão (RUA, 2012).

Logo, o fluxo não é linear, mas dinâmico e perpassado pelo contexto e pela presença de diferentes atores sociais. Isso implica uma configuração de jogo de poder em um processo contínuo, constituído a partir da correlação de força entre atores sociais capazes de transformar temas em ações governamentais. Isto é, cada ator envolvido e cada processo do ciclo têm papel importante e que podem influenciar para continuidade ou não do processo do ciclo da política pública. O Quadro 01 representa uma síntese do ciclo apresentado pelos autores:

Quadro 1 - Síntese do Ciclo de Vida das Políticas Públicas

Kingdon (2006)	<u>Definição de agenda</u> <ul style="list-style-type: none"> • Classificação do problema; • Fluxo da política; • Janela de oportunidade 	<u>Especificação das alternativas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Contexto da própria política pública. 	<u>Escolha das alternativas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Atores visíveis e invisíveis. 	<u>Implementação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Execução.
Souza (2006)	<u>Definição de agenda</u> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do problema. 	<u>Identificação e avaliação das alternativas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Escolha das alternativas. 	<u>Implementação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Execução de programas e ações. 	<u>Avaliação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de acompanhamento.
Rua (2012)	<u>Formação de agenda</u> <ul style="list-style-type: none"> • Problema reconhecido; • Análise e definição do problema. 	<u>Alternativas e tomada de decisão</u> <ul style="list-style-type: none"> • Opções de alternativas e delimitação 	<u>Implementação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento 	<u>Avaliação</u> <ul style="list-style-type: none"> • Medição e julgamento dos resultados.

Fonte: Elaborado a partir dos estudos sobre os autores citados.

1.2A implementação no ciclo das políticas públicas

Como já exposto no tópico anterior, classicamente as políticas públicas foram compreendidas como um ciclo composto de estágios interligados entre si. Mas na bibliografia utilizada sobre as etapas desse ciclo verificou-se uma ênfase nos estudos referentes à fase da formulação em detrimento aos estudos quanto à etapa da implementação. Diante dessa constatação, existe um *elo perdido* entre os estudos de formulação de políticas públicas e as avaliações de resultado (HARGROVE, 1975 apud HILL, 2006).

A implementação era compreendida como uma “série de decisões mundanas e de interações que não merecem a atenção dos acadêmicos dedicados ao inebriante (*heady*) negócio da política” (VAN METER; VAN HORN, 1975 apud FARIA, 2012). Pode-se observar uma função meramente de execução, sem nenhuma tomada de decisão nessa fase, visto que a decisão que julgavam ser necessária já havia sido tomada na etapa de formulação.

Contudo, no início e no final da década de 1970, os Estados Unidos e Europa, respectivamente, lançaram a corrida sobre os estudos de implementação. Esse interesse surgiu a partir da percepção de que essa fase poderia ser a principal responsável pelo resultado ou não das políticas públicas. O marco convencional do primeiro estudo sobre implementação foi desenvolvido a partir de 1973, com a publicação do trabalho de Pressman e Wildavsky (1973) intitulado *Implementação*.

Hill (2006) destaca que com o aprofundamento das pesquisas sobre a implementação desenvolveu-se o debate sobre dois modelos: “*top-down*” (de cima para baixo) e “*bottom-up*” (de baixo para cima). Essas duas visões fornecem elementos-chave para compreender melhor a fase da implementação. Contudo, ele aponta que, apesar do grande avanço nas pesquisas, há uma forte tendência em estudá-la isoladamente, como se formulação e implementação no ciclo da política fossem completamente distintos, visto que ao dividir as fases como processos estanques, isso pode gerar problemas metodológicos bem como dificuldades cotidianas no decorrer da execução. Neste sentido, ele demonstra que a visão *top-down* (de cima para baixo) tem em sua gênese uma diferenciação clara entre formulação e implementação.

Hill (2006) ainda ressalta que o fracasso ou escasso sucesso em programas sociais e no combate à pobreza, no final dos anos de 1960, foi elementar para a busca de respostas capazes de desvendar possíveis equívocos entre o momento de formulação e o de avaliação de resultados. Desta maneira, a visão *top-down* surge em virtude da busca por respostas quanto à inexistência ou insuficiente efetividade dos programas e propõe medidas para se atingirem os objetivos e metas planejados. Esse modelo está permeado pela concepção de total controle das ações na execução e caracteriza-se por ordenar as diretrizes para os formuladores da política. O referido autor menciona os quatro conselhos clássicos para altos formuladores de políticas para garantir uma implementação efetiva: “manter a política clara; planejar estruturas simples de implementação e com o menor número possível de elos na cadeia de implementação; manter controle efetivo sobre os atores da implementação e evitar interferências externas sobre o processo político” (HILL, 2006, p. 66).

Silva e Melo (2000) reconhecem essa perspectiva como a visão clássica ou canônica (Figura 01), na qual a implementação corresponde à execução de ações com o objetivo único de alcançar as metas, as quais foram delimitadas no processo de elaboração. Outra característica marcante dessa vertente é que os recursos e a previsão temporal da atividade de planejamento também são realizados na formulação. A formulação e a implementação são concebidas como etapas definidas e a implementação é de cima para baixo (*top down*) como já visto em Hill (2006). Dessa forma, não considera a implementação como um processo nem os seus efeitos retroalimentares sobre a formulação da política.

Figura 1 - Visão clássica Policy Cycle (Ciclo Político)



Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Silva e Melo (2000).

Nesta perspectiva, o modelo clássico e o linear correspondem a modelos como ideais de fases estanques, da dicotomia clara entre a formulação e implementação, na qual a formulação é a etapa mais relevante. Acreditavam que os mecanismos de controle sobre os agentes executores assegurariam o alcance dos objetivos do programa ou da política em um

ambiente caracterizado pelo controle, hierarquia, informação perfeita, regras perfeitas e um consenso total quanto aos objetivos do programa. Não se levou em conta que um projeto é o resultado de uma combinação complexa de decisões de diversos agentes. E não é apenas a formulação que dá sentido ao programa. Ela é uma fase muito importante, pois nela grandes decisões são tomadas e excluídas diversas alternativas possíveis, mas isso não faz dela mais relevante do que a implementação (SILVA; MELO, 2000).

Observa-se que, na visão clássica, a implementação é compreendida como uma mera fase de cumprimento de ordens formatadas na elaboração. A formulação ganha mais ênfase em detrimento da implementação, pois é nela que são definidas as metas, os recursos e o período de existência da atividade de planejamento. A intervenção é implementada de cima para baixo. Em termos práticos, essa ideologia ainda persiste na cultura organizacional da administração pública, embora muitas decisões também aconteçam no decorrer da execução. Nota-se o caráter prescritivo e até mesmo autoritário do modelo em questão. Salienta-se que a estrutura simples indicada para esse viés de implementação pode-se tornar inviável na prática em países com uma estrutura descentralizada de governo, como o caso do Brasil.

Após vários estudos empíricos constatou-se que muitas decisões que não foram planejadas na formulação são tomadas durante a execução, ou seja, no nível local, e muitas vezes podem ser cruciais para o êxito ou não de uma política. Desta forma, não é razoável estabelecer uma posição antagonica entre formulação e implementação, visto ser entendido como um processo contínuo, com muitas idas e vindas e em constante reformulação como defendido por Hill (2006, p. 72):

[...] o processo de elaboração de políticas, frequentemente, continua durante a fase de implementação. Pode envolver flexibilidade contínua, a concretização de políticas em curso, ou, ainda, um processo de vai-e-vem entre políticas e ações. Barrett e Fudge (181, p. 25) enfatizaram a necessidade de se ‘considerar implementação com um *continuum* de política/ação em que, com o tempo, ocorre um processo interativo e de negociações entre aqueles que buscam pôr em prática e aqueles de quem as ações dependem (BARRET; FUDGE apud HILL, 2006).

Ao salientar estudiosos que tratam da implementação como um processo cooperativo, Hill (2006, p. 72) corrobora que “essas ideias implicam um sistema em que um relacionamento próximo, cooperativo, caracteriza as relações dentro do sistema político, permitindo que a política entre em ação”. Em outras palavras, ele evidencia que as disputas

não se encerram na formulação, uma vez que são continuadas no momento de implementação. Ele ainda acrescenta que as interações entre os implementadores da política e os grupos que têm seus interesses afetados por ela constituem uma realidade no cenário da implementação. Por isso, Hill (2006) destaca que:

a realidade, portanto, não se refere a um controle imperfeito, mas às ações como processo contínuo da interação, com políticas mutantes e passíveis de mudanças, uma estrutura complexa de interações e um mundo externo que condiciona a implementação, porque as ações governamentais recaem – e para isso são elaboradas – sobre a implementação e seus atores que são, por natureza, difíceis de controlar: a análise concentra-se melhor sobre os níveis em que isso ocorre, já que não se trata de mostrar deficiências de implementação, e sim de recriar as políticas (HILL, 2006, p. 74).

Assim, embora não se possam negar os méritos dos primeiros estudos de implementação, os quais adotaram a perspectiva *top-down*, é necessário reconhecer a impossibilidade de uma oposição clara entre formulação e implementação de políticas. Trata-se, sobretudo, de um processo contínuo, que envolve muitos conflitos, poder de barganha, negociações e acordos, inclusive com tomada de várias decisões importantes para a redefinição da própria política (SILVA; MELO, 2000).

A abordagem alternativa da implementação que adiciona o caráter conflituoso desse processo é denominada *bottom-up* (de baixo para cima). Ela considera e reconhece o papel dos implementadores, a constante tomada de decisão na implementação bem como o cenário de jogos de poder entre diferentes atores. Nessa perspectiva, existe um controle imperfeito do processo de elaboração de política, influenciando diretamente a implementação (HILL, 2006). Pode-se inferir que a implementação é compreendida como um processo autônomo e interligado, em que também há espaço para tomada de decisão, e não só uma mera execução. Como a execução implica tomada de decisões cruciais de uma dada política setorial ela se constitui como fonte de informações para a própria formulação da política.

Nesse sentido, Silva e Melo (2000) reconhecem, além do modelo clássico ou canônico, uma vertente que entende a implementação como *processo*. Nesse modelo, o monitoramento é incorporado à análise, o que demonstra um progresso no campo da análise do ciclo político. No entanto, ela apresenta equívocos em sua base de concepção, em virtude da ênfase na fase de elaboração, além de não considerar os problemas que perpassam o

contexto, como a impossibilidade de o formulador deter todas as informações do desenho e de nem sempre dispor de um modelo causal válido.

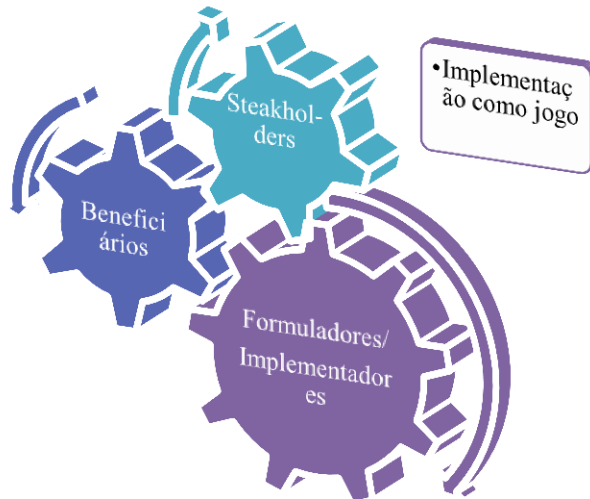
Essa perspectiva é um avanço em relação à vertente clássica ou canônica, uma vez que amplia a concepção sobre o conceito de implementação. Entretanto, a formulação ainda é percebida como uma atividade não problemática ao acreditar que o formulador dispõe de todas as informações necessárias ao desenho das propostas. Desta maneira, a visão clássica e a vertente como processo podem não conseguir traduzir a realidade de programas com multiplicidade de atores envolvidos na cadeia de execução. A análise empírica de políticas públicas constata os variados níveis de incertezas da formulação. Pode-se citar: a limitação cognitiva sobre os fenômenos sociais que se pretende intervir, a impossibilidade de prever e controlar as possíveis contingências que podem se desencadear na execução e a própria discricionariedade dos executores na implementação.

Observa-se que para analisar a implementação da política faz-se necessário compreender a perspectiva dos atores que a executam e o contexto em que eles se inserem. Desta maneira, Silva e Melo (2000) ressaltam a importância de incorporar a esse contexto atores, os quais podem ser governamentais ou não, como líderes comunitários, voluntários, todas as pessoas que tenham interesse ou estejam envolvidos nesse cenário. Estes atores podem ser denominados de *stakeholders* e sua participação nos processos de formulação e implementação ratificam para a sustentação política e a legitimidade dos programas públicos.

Silva e Melo (2000) apontam uma terceira vertente como *policy learning* ou processo como aprendizado nos estudos da implementação. Nessa visão as políticas são vistas como um campo estratégico, configurado como uma rede de relações entre implementadores, formuladores, beneficiários e *stakeholders* envolvidos no programa. A Figura 2 busca retratar a *engrenagem* entre os atores e os nós críticos traduzidos pelos pontos de interseção entre as ações de cada ator envolvido na fase de implementação. Nela podem ocorrer impasses operacionais, condições ambientais adversas, insuficiência de recursos materiais, humanos e financeiros, bem como outras situações adversas não previstas na etapa de formulação. Desta forma, os autores destacam que os nós simbolizam a oportunidade de aprendizado para as políticas públicas. As interações entre os atores envolvidos (implementadores, beneficiários, *stakeholders* e formuladores) podem chegar a uma intensidade tão alta capaz de gerar

barganha e trocas de favores, principalmente, em ambientes organizacionais caracterizados por baixas noções de hierarquia e controle (SILVA; MELO, 2000).

Figura 2 - Processo de implementação como aprendizado



Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Silva; Melo (2000).

A implementação como aprendizado implica o imperativo de fortes estruturas de governança bem como arranjos institucionais que possibilitem fornecer bases de sustentação à coordenação e à negociação para o alcance dos resultados, mediante a criação de mecanismos de incentivo à cooperação (SILVA; MELO, 2000). No Quadro 2, a seguir, busca-se trazer de maneira objetiva as principais ideias dos autores estudados.

Quadro 2 - Elementos-chave das vertentes sobre implementação

Autores:	Modelos de Implementação:
Hill (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Top down (de cima para baixo): Esse modelo é caracterizado pela perspectiva de total controle das ações na execução pelos formuladores da política. A formulação e a implementação são concebidas como etapas definidas, sendo que a implementação acontece verticalmente - de cima para baixo. • Bottom-up (de baixo para cima): Esse modelo agrega o papel dos implementadores, considera a constante tomada de decisão

	durante a execução assim como o cenário de jogos de poder, negociação e barganha entre os distintos atores.
Silva e Melo (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Clássica ou Canônica: A implementação segue fielmente as orientações estabelecidas no desenho com a finalidade única de alcançar as metas, as quais foram delimitadas no processo de elaboração. • Processo: Apesar de avançar em relação ao modelo anterior, ainda há uma maior ênfase na formulação em detrimento à implementação. • Aprendizado: Avança em relação aos anteriores por abarcar a intersectorialidade entre os implementadores, os formuladores, os beneficiários e os <i>stakeholders</i> envolvidos no cenário complexo da implementação.

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos sobre os autores citados.

1.3 Políticas Públicas como campo de incertezas: atores e burocratas de nível de rua

O campo da implementação, como visto anteriormente, se caracteriza por um cenário de incertezas, dado pela multiplicidade de atores e interesses, com visões distintas e conflitantes sobre o objeto da intervenção e sobre os meios para o alcance dos objetivos. Em uma visão da implementação *bottom-up* como visto em Hill (2006) ou aprendizagem como visto em Silva e Melo (2000), o foco reside nas dinâmicas entre os atores, que em sua atuação, recriam a política que supostamente estaria sendo apenas implementada, seguindo as definições da etapa de formulação.

Draibe (2001) afirma que mesmo quando um implementador cumpre devidamente o que foi descrito pelos formuladores, tem-se uma enorme probabilidade de os resultados serem imprevistos e até indesejados. Nesta perspectiva, percebe-se que a implementação “cria e recria” as políticas, pois constantemente orienta a formação e renovação dessas e, assim, evidencia a sua complexidade e importância na política pública. Dessa forma, o desenho das políticas públicas e as normas que conduzem suas decisões,

elaboração e implementação também influenciam fortemente os resultados dos conflitos entre os atores envolvidos no que tange às decisões sobre elas.

Lipsky (1980) denominou de *street level bureaucrats* – burocratas de nível de rua – para se referir à discricionariedade exercida pelos executores da linha de frente de determinado projeto ou programa. Essa perspectiva considera que os implementadores possuem uma razoável margem de autonomia para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos bens e serviços a serem ofertados pelos programas ou projetos. Mas ele aponta a provisão dos serviços públicos como um ponto crítico, uma vez que a atuação dos agentes da linha de frente pode não ser condizente ao grau de qualidade idealizado pelos formuladores das políticas (*decision makers*). Essa situação, muitas vezes, está relacionada à ausência ou precária quantidade de recursos necessários para um atendimento individualizado de qualidade. Os cidadãos demandam respostas ao seu caso particular, porém os procedimentos que devem ser utilizados pelos burocratas de nível de rua são padronizados pelos *decision makers* com vistas a atingirem os objetivos de dada política específica.

Lipsky (1996) acrescenta que o distanciamento entre as ordens e normas tal como foram planejadas também podem estar relacionados à comunicação débil e desacordos entre os trabalhadores e objetivos mais gerais da organização. Muitas vezes, os executores não validam os objetivos pretendidos pela organização, em virtude de circunstâncias como descrença ou até mesmo pela dificuldade de fazer um enfrentamento mais acirrado quando discorda de alguma situação. Desta maneira, é comum os burocratas de nível de rua se estabelecerem em suas próprias práticas para simplificar sua rotina de trabalho.

Pode-se inferir que essa relativa autonomia, exercida pelos implementadores, na condução do cotidiano no trabalho, pode influenciar nos resultados pretendidos. Arretche (2001) corrobora com o pensamento de Lipsky (1980;1996), ao ponderar que a lacuna entre os objetivos propostos no desenho de um programa e os resultados alcançados pode ser proveniente da contingência da implementação, o que pode ser esclarecido, na maioria das vezes, pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores. O desenho e a execução de projetos, programas ou políticas dependem não só de normas bem estabelecidas e apropriadas, mas também da participação de atores capazes e interessados em interpretá-los, com vistas a assegurar os objetivos almejados.

Arretche (2001) enfatiza que elementos como as vontades, os interesses, as lealdades e as concepções ideológicas dos diversos agentes envolvidos em um programa público dificilmente serão inteiramente coincidentes. Portanto, quanto mais complexo um programa, maior será a variedade de interesses e concepções envolvidos em sua execução e, por consequência, fortes serão as tendências a não-convergência. Sendo que independente da área de atuação do programa, ele tem duas dimensões: a primeira se refere aos objetivos e a outra à metodologia ou estratégia pela qual se pretende atingir a esses objetivos. A delimitação da estratégia é uma escolha entre as alternativas possíveis e existentes, ou seja, para o mesmo objetivo têm-se diversas modalidades de ação. Nesse momento, a autonomia relativa do agente executor permite que ele conduza a execução conforme seus preceitos e suas referências.

Desta maneira, a referida autora denomina a discricionariedade do executor de relativa autonomia, visto que a implementação efetiva, tal como se materializa, é balizada nas referências que o mesmo de fato adota para desempenhar suas funções. Nesta perspectiva, observa-se que os agentes executores tomam decisões referentes à condução da atividade diária que podem facilitar ou dificultar para o alcance dos objetivos pretendidos. Draibe (2001) também destaca a importância da participação desses atores envolvidos na estratégia da implementação, pois eles sustentam o programa e, de fato, colocam-no em prática.

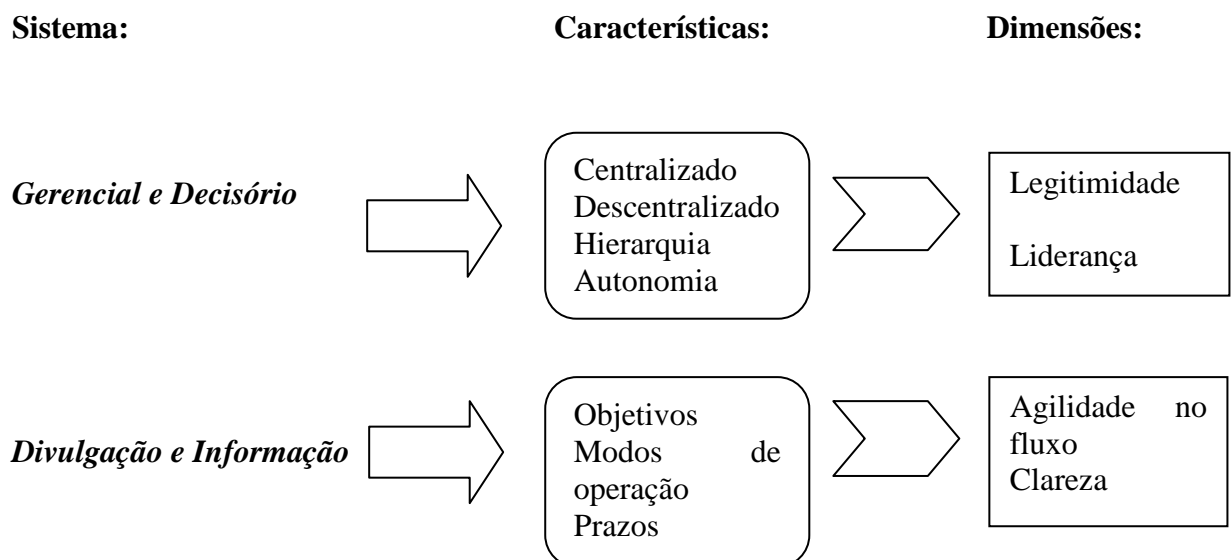
1.4 Um modelo para avaliação da implementação

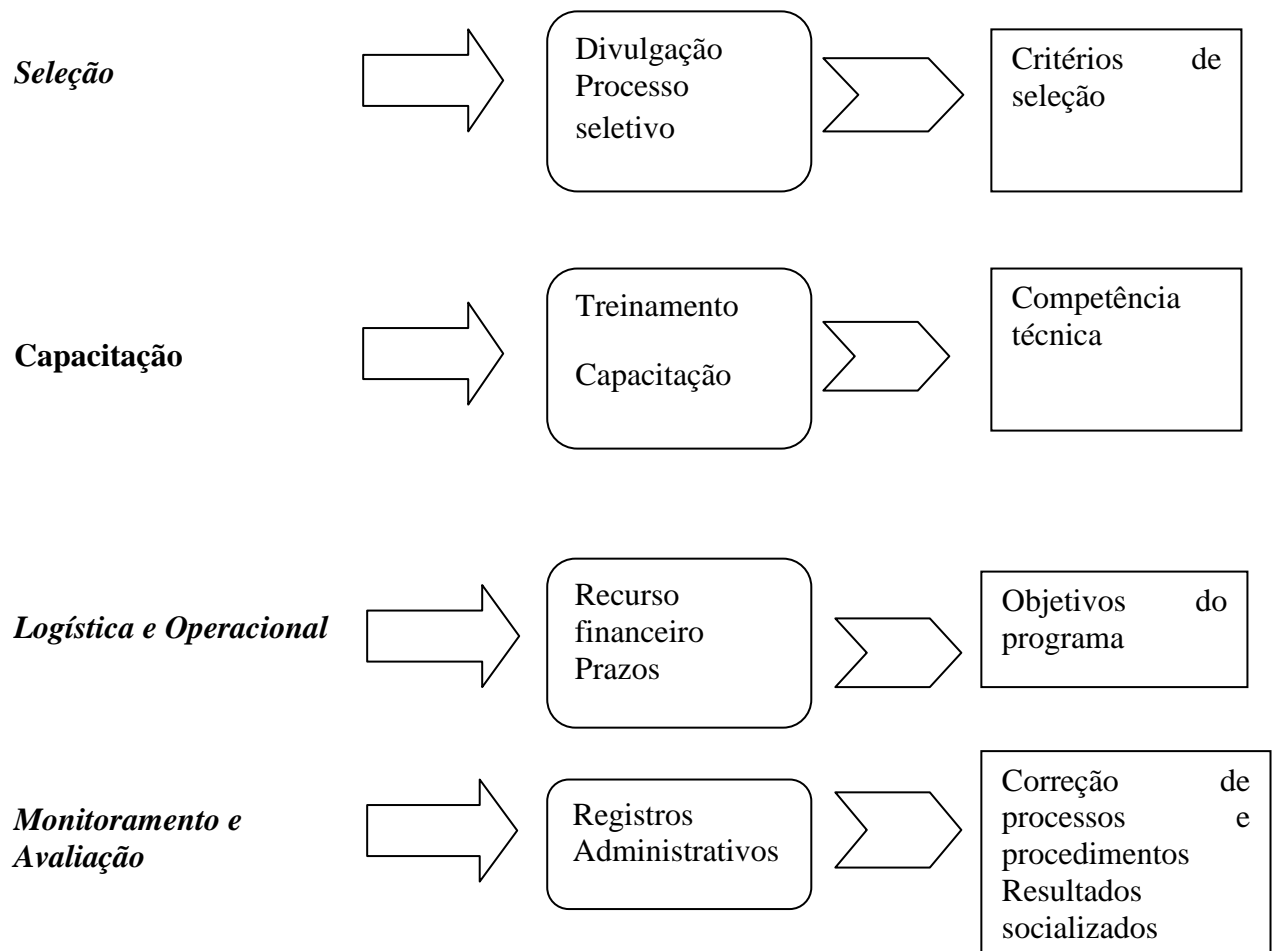
Diante desse cenário complexo em que a implementação é constituída por diferentes grupos de interesse e particularidades, Draibe (2001) desenvolveu uma metodologia de avaliação da implementação com os seguintes sistemas ou subprocessos: *gerencial e decisório; divulgação e informação; seleção; capacitação; logísticos e operacionais e de monitoramento e avaliação*. A partir do estudo e aplicação dessa metodologia pretende-se identificar tanto os fatores facilitadores quanto os nós críticos que ocorrem durante a implementação de maneira a verificar até que ponto estes influenciam no cumprimento das metas e objetivos dos programas sociais. Desta maneira, o papel do subprocesso *gerencial e decisório* está voltado para a estrutura organizacional que orienta a implementação do programa. Ele permite verificar os níveis de centralização ou descentralização, hierarquia, de autonomia entre as partes e, inclusive, das autoridades dos gerentes, a fim de constatar sua real legitimidade e liderança. O sistema de *divulgação e informação* refere-se ao fluxo de

informações básicas sobre o programa, como os seus objetivos, *modus operandi*, clareza e seus prazos pré-estabelecidos. Por isso, podem ser construídos indicadores para medir o grau de qualidade como: clareza, abrangência, agilidade do fluxo e suficiência das informações com vistas a verificar se as informações primordiais para a execução do programa chegaram à linha de frente de maneira clara e eficiente (DRAIBE, 2001).

O sistema de *seleção* tem a atribuição de verificar quais são os critérios utilizados para a escolha dos agentes da implementação bem como dos grupos beneficiados e se houve adequação entre os tipos de processos seletivos e os objetivos do programa. Este sistema também está relacionado à competência técnica dos executores em cumprirem as tarefas que lhe foram impostas. Para tal, busca constatar se existe algum tipo de treinamento ou capacitação destinada aos implementadores e se o curso é voltado para a realidade vivenciada por eles. O subprocesso *logístico e operacional* tem o intuito de averiguar se os recursos financeiros e de tempo contemplam os prazos estabelecidos para atingir os objetivos de determinado programa. O papel do sistema interno de *monitoramento e avaliação* remete à retificação de processos e procedimentos, oriundos dos erros de registros administrativos. A partir desse parâmetro pretende-se constatar os resultados e se esses foram devidamente sistematizados e socializados entre instituições e técnicos participantes (DRAIBE, 2001). Esses sistemas configuram-se no que ela designou de Anatomia do Processo Geral de Implementação (Figura 3).

Figura 3 - Anatomia do Processo Geral de Implementação





Fonte: Elaboração própria a partir da autora Draibe (2001).

A proposta da avaliação por processos consiste em averiguar se os objetivos de um projeto foram cumpridos e com qual qualidade, tendo como foco o desenho, as características organizacionais e de desenvolvimento dos programas. A autora Draibe (2001) também enfatiza que a avaliação de processos busca identificar os fatores que, no decorrer da implementação, facilitam ou impedem que os resultados esperados sejam alcançados. A estratégia de implementação de uma política é constituída por decisões acerca de características ou dimensões do processo que podem influenciar nos momentos de formulação e as decisões iniciais.

Observa-se nas pesquisas sobre implementação que o significado das políticas é compartilhado tanto entre os atores políticos quanto entre os implementadores. Mas, em termos práticos, muitas vezes as políticas públicas são permeadas por conflitos e ideias vagas, além da falta de diretrizes e guias práticos. Neste sentido, analisar como esses agentes

modificam e adaptam as políticas é essencial, pois influenciam o acesso da população a direitos e benefícios governamentais e são o caminho pelo qual a população consegue acessar a administração pública.

Lotta (2010) prossegue neste pensamento ao reconhecer que para avançar no conhecimento do processo de implementação é necessário identificar os *fatores organizacionais e relacionais* para a análise de padrões e mecanismos inseridos na execução de políticas públicas. O *fator organizacional* pode ser interpretado a partir das normas gerais, em que os órgãos definem as rotinas de trabalho, organizam a formação das equipes, bem como outras atividades rotineiras. O *fator relacional* pode ser compreendido a partir da resposta de como se organizam essas práticas rotineiras no contexto da implementação e como a discricionariedade desses atores, a partir da perspectiva dos seus próprios valores e referências, interfere nos processos de implementação das políticas públicas. Essa combinação subjetiva permite aos implementadores legitimarem suas ações tanto com a população quanto com o poder público.

Outra perspectiva sobre o processo de implementação é vista em Martinez Nogueira (1998). Ele também reconhece as distintas dimensões de análise desse processo e corrobora para a importância da revisão e readequação das decisões tomadas na etapa do planejamento e empreendidas no decorrer do processo de implementação. O referido autor parte do princípio de que qualquer política social pressupõe efeitos e impactos. Partindo desse pressuposto, os projetos podem ser distribuídos em quatro dimensões de análise do processo de implementação de políticas sociais: o padrão normativo, o marco analítico, o modelo de organização e o modelo de gestão.

O padrão normativo corresponde ao conjunto de ideais, interesses e valores existentes em torno do problema. Eles se expressam nas ações, estruturas e na gestão efetivamente realizada. Todo o projeto constitui-se implícita ou explicitamente de padrão normativo tanto ao fim quanto aos meios. No que tange a projetos e políticas sociais que buscam como resultado efeitos e impactos sobre situações de bem-estar, desenvolvimento de capacidades de indivíduos em grupos específicos, tais intuições conjecturam a mobilização de um padrão normativo que possibilita analisar esse bem-estar ou o crescimento das capacidades (NOGUEIRA, 1998; 2007).

Segundo Nogueira (1998), o marco analítico refere-se à dimensão técnica e envolve o conhecimento da cadeia de causalidades em relação ao problema e dos meios mais adequados de intervenção. Costa (2004) pontua questionamentos tais como: “como as atividades e produtos gerados podem alterar este problema? O que funciona e como?” (COSTA, 2004, p. 36). Ele ainda destaca que a dimensão analítica talvez seja uma das dimensões mais frágeis da maior parte dos projetos da assistência social. Embora seja reconhecido o avanço de estudos e políticas voltados a grupos vulneráveis no país, ainda há um grande caminho a percorrer para se obter um conhecimento mais adequado dos problemas e das alternativas para seu enfrentamento.

Salienta-se que o estudo do marco analítico não é um fim em si mesmo na fase de desenho do projeto ou política, pois ele existe também no processo de implementação, o que requer uma análise minuciosa sobre as escolhas de métodos mais apropriados à produção de resultados eficazes. Pode-se apreender que o padrão normativo e o marco analítico atribuem conteúdo às políticas públicas, uma vez que eles originam os modelos de organização e de gestão que poderão, em maior ou menor medida, ratificar as premissas abarcadas nos primeiros. E na mesma proporção, podem também causar a produção de ações em sentido contrário às propostas anunciadas.

A terceira dimensão de análise trata do modelo de organização ou da engenharia institucional estabelecida para viabilizar a ação. Por isso, nesse modelo é que se definem quais as responsabilidades e como elas serão divididas entre os atores, quais serão os mecanismos de decisão, de disponibilização de recursos, de coordenação, definição de processos de trabalho e o marco normativo adotado. “El modelo de organización provee el marco para la acción, la gestión es la acción misma” (NOGUEIRA, 1998, p. 06). E, por último, a quarta dimensão é caracterizada pela engrenagem propriamente dita, isto é, da gestão das equipes de trabalho, do funcionamento da organização conforme as regras desenhadas. Nela que se evidencia se há uma maior ou menor flexibilidade referente às alterações no contexto ou se há uma postura mais recalcitrante da equipe de trabalho (NOGUEIRA, 1998).

Vale ressaltar a importância na coesão entre as quatro dimensões para o êxito de um programa ou projeto, sendo que a inconsistência entre esses elementos pode levar ao fracasso de um programa. Para além da definição dos distintos marcos de análise de uma política ou programa, o autor constrói uma tipologia para diferenciar tais políticas, a partir de

dois eixos: o relativo ao grau de programabilidade ou padronização das tarefas e outro referente ao grau de interação entre técnicos e beneficiários/usuários das políticas, entre o operador da política e o destinatário da ação. Assim descreve Nogueira (1998):

Una se refiere a la programabilidad de las tareas, dada por los requerimientos de variación en su ejecución, difiriendo en el grado en que son susceptibles de rutinización o formalización. Está asociada a la disponibilidad de un stock de conocimiento explicitado, sancionado organizacional o profesionalmente como adecuado para resolver las situaciones enfrentadas por el operador durante la tarea. La otra dimensión hace referencia a la necesidad de interacción con el destinatario de la acción. Ésta determina la relación establecida entre el operador y el destinatario y el papel que el primero asume dentro de la organización que ejecuta el proyecto, así como al nivel de cambio a que se aspira en las condiciones o capacidades del segundo (NOGUEIRA, 1998, p. 15-16).

O eixo da programabilidade corresponde ao grau em que as tarefas exigem uma rotina ou padronização. O grau de interação refere-se à relação estabelecida entre os agentes executores e usuários, o papel do técnico e a mudança que se espera nas condições ou capacidades dos cidadãos atendidos.

A partir dessa tipologia, o autor compreende que podem existir políticas com alta programabilidade e baixa interação (como os programas de transferência de renda e as políticas de vacinação, por exemplo); com alta programabilidade e alta interação (como a atenção básica à saúde); políticas com baixa programabilidade e baixa interação (como programas em situações de emergência) e finalmente, políticas ou programas com baixa programabilidade e alta interação (como as políticas assistenciais que buscam alterar comportamento das famílias) (NOGUEIRA, 1998).

Essa tipologia é bastante útil para análise da implementação de programas sociais, uma vez que suas características (graus de programabilidade e interação) têm influências no marco organizacional e de gestão. Em programas com alta programabilidade e baixa interação não se tem a intenção de mudar o comportamento da pessoa atendida, por isso não se tem uma preocupação em adequar os serviços às necessidades do indivíduo. Nesse caso, há um padrão hierarquizado dos procedimentos, com tarefas claras e competências bem definidas, predomina uma concepção de população e serviços homogêneos. As atividades são rotinizadas e não estabelecem uma relação de discricionariedade por parte dos implementadores dos programas. O modelo organizacional assume uma característica mais

burocrática, com baixa discricionariedade dos operadores e uma estrutura de gestão hierarquizada.

Já em projetos com baixa programabilidade e alta interação são desenhados em função das necessidades ou situações particulares de pessoas e grupos, com o intuito de produzir mudanças de comportamento, atitudes e valores. Existe uma personalização dos destinatários e serviços, além de uma baixa formalização e rotinização de tarefas e procedimentos. Neste caso, os implementadores realizam constantemente interpretação da especificidade da situação. Por isso, o modelo de organização se caracteriza por ser mais descentralizado e com estruturas mais horizontais de decisão. A partir da visão dos autores abordados neste capítulo, o Quadro 3 apresenta uma síntese dos principais elementos apresentados por cada um.

Quadro3 - Principais elementos apresentados por cada autor

Autores	Ideia Central
Lipsky (1996; 1980)	Trabalho pioneiro sobre <i>street level bureaucrats</i> (burocrata de nível de rua). A atenção para a atuação desses operadores da política perpassa a compreensão da sua prática cotidiana na estrutura institucional e programática, bem como a influência que eles exercem na implementação de políticas públicas. A essa influência Lipsky denominou de discricionariedade, a qual é materializada pela possibilidade em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, programas e serviços ofertados à população. Desta maneira, mesmo que dimensões políticas oficiais padronizem as normas desses agentes, ainda assim eles conseguem ter autonomia para decidir como aplicar essas normas e incorporá-las no seu campo de atuação.
Nogueira (2007; 1998)	Apresenta 04 dimensões das políticas públicas: padrão normativo (conjunto de regras e normas); marco analítico (possível causa e efeito), modelo de organização (engenharia institucional) e modelo de gestão . Tipologia de projetos a partir da programabilidade das tarefas e interação com os destinatários da ação.
	Apresenta metodologia de avaliação da implementação denominada <i>Anatomia do Processo Geral de Implementação</i> , constituída por 06

Draibe (2001)	subprocessos: gerencial e decisório (estrutura organizacional); divulgação e informação (fluxo da comunicação); seleção e capacitação (cursos para os agentes executores); logístico e operacional (recursos disponíveis e prazos) e, por fim, monitoramento e avaliação (acompanhamento e correção de rota).
Arretche (2001)	O olhar para a discricionariedade desses atores implementadores passa pela lacuna existente entre os objetivos e o desenho formatado pelos formuladores das políticas públicas. Esse distanciamento entre a formulação para a ponta está relacionado, em grande parte, com a contingência da implementação , constituída por uma cadeia de tomadas de decisão no contexto político, institucional e econômico em que operam. Desta forma, a implementação de dado programa é o produto dessa combinação complexa da cadeia de decisões, por isso a implementação efetiva se materializa balizada nas referências e preferências de seus executores.
Lotta (2010)	Aborda fatores organizacionais e relacionais que incidem nas decisões que são tomadas pelos atores abarcados na cadeia entre formulação e implementação. Os fatores organizacionais podem ser compreendidos como a organização na rotina de trabalho, como reunião de equipe, agenda e monitoramento do trabalho de cada ator envolvido, dentre outros. Já o fator relacional significa a maneira como os executores se inserem no contexto da implementação de determinada política e como o seu <i>modus operandi</i> a partir dos seus valores e referências influenciam nesse processo.

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir dos autores citados.

A perspectiva de Nogueira (1998) será utilizada para identificar a natureza do programa em questão e as consequências advindas, bem como será útil a distinção que o autor faz em relação aos marcos: normativo, analítico, organizacional e de gestão. O programa objeto dessa dissertação - Programa Maior Cuidado - apresenta tais características de alta interação e baixa programabilidade, o que demanda maior discricionariedade por parte dos “burocratas de nível de rua”, que podem até mesmo ressignificar a própria natureza da política em questão. A análise da implementação do Programa Maior Cuidado será feita a partir do

modelo definido por Draibe (2001), incorporando as contribuições de Lipsky (1996), Arretche (2001) e Lotta (2010) sobre o papel da burocracia de nível de rua.

O tema da implementação é estruturante da análise do Programa Maior Cuidado. Entretanto, um foco mais compreensivo deve ser considerado, abordando a temática do envelhecimento e as respostas em termos de políticas públicas. Esse é o tema do próximo capítulo, que trata do conteúdo substantivo da política a ser analisada, voltada para o tema do envelhecimento e do cuidado.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO: TRAJETÓRIA E INTERFACES

O Programa Maior Cuidado (PMC) configura-se na 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. Este capítulo está dividido em três seções: a primeira apresenta, ainda que brevemente, os termos do debate sobre envelhecimento populacional e política de cuidado, para delinear o campo maior de intervenção no qual o PMC se situa. Em seguida, pretende-se resgatar o movimento internacional e nacional destinado à política para a pessoa idosa, assim como a sua proeminência no Brasil, com vistas a identificar os principais marcos históricos, institucionais e normativos que configuram a formação desse campo de política. A terceira seção apresenta a política de assistência social e como a temática do idoso se insere em sua agenda, focando o processo de institucionalização da assistência social bem como o esforço de sua consolidação como política pública e sua relação com o público idoso.

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

O envelhecimento fisiológico pode ser considerado como um fenômeno indubitável da condição e vida humana, visto que é um processo natural e gradativo ao longo da expectativa de vida de qualquer indivíduo. O envelhecimento faz-se perceber nas mudanças oriundas das dimensões biológica, psicológica e social. Os fatores relacionados à herança genética e ao modo de vida de cada pessoa influenciam na maneira como cada um internaliza seu próprio processo e vivência do envelhecer. Desta maneira, por ser capaz de tornar visíveis os sinais do passar dos tempos de cada pessoa, a velhice pode ser compreendida como a expressão empírica da ancianidade humana. Nos sinais de envelhecimento individual também se encontra um arcabouço de informações que, quando abordados cientificamente, são verdadeiros arsenais para as possíveis alterações no modo de vida de toda sociedade (ASSIS, 2004). Neste sentido, o fenômeno do envelhecimento humano não quer dizer o mesmo que velhice, já que esta compõe uma etapa do ciclo da vida de cada pessoa.

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. Este declínio está relacionado a maior propagação de informação e ao uso de métodos contraceptivos, além de outros fatores socioculturais (ARANTES; 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. No Brasil, esse fenômeno não é diferente porque com o passar dos anos a mulher tem uma maior expectativa de vida. A expectativa de vida total da população brasileira foi de 75,8 anos e 76 anos, em 2016; e, em 2017, respectivamente, conforme o IBGE. Isso significa um acréscimo de três meses e onze dias referentes ao ano anterior. Ainda segundo o referido Instituto a expectativa de vida da mulher ao nascer foi de 79,6 anos, e a dos homens de 72,5 anos, em 2017.

Neste sentido, o termo da feminização da velhice emerge para referir-se a maior expectativa de vida das mulheres idosas em comparação aos homens idosos. A maior longevidade feminina pode ser proveniente por diferentes variáveis, como: o estrogênio, hormônio que protege o corpo feminino contra doenças cardiovasculares; a menor propensão a se envolver em acidentes de trânsito, de trabalho, homicídios, etc. Além de uma menor inclinação ao uso de bebidas alcoólicas e tabaco, o que potencializa para uma menor exposição ao câncer e doenças cardiovasculares (ARANTES; CÔRTE, 2009).

No geral, muitas mulheres idosas vivem em contexto de pobreza, pois não possuem direito à aposentadoria, em virtude de não terem trabalhado formalmente na vida adulta. Essa situação pode indicar que elas dependiam economicamente de familiares na vida adulta e continuam a depender quando idosas (ARANTES; CÔRTE, 2009). Acrescenta-se que essas circunstâncias aumentam a probabilidade da principal fonte de renda dessas idosas ser proveniente de benefício socioassistencial, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que será discutido posteriormente. Pode-se inferir que essas mulheres, na fase produtiva para o trabalho, assumiram a função do cuidado para com o outro, ficando sem um trabalho formal e, na velhice, podem estar em situação de vulnerabilidade e necessitando de cuidados.

O suporte social da família ajuda tanto a mulheres quanto homens idosos no processo de envelhecimento humano e recuperação de enfermidades. Além de potencializar ações 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; CORREIA, 2012). Contudo, apesar de a família ainda se configurar como a principal alternativa e fonte de cuidados, existem muitos idosos inseridos em contexto familiar de extrema vulnerabilidade e pobreza, além de vários outros em que familiares precisam trabalhar, não podendo abandonar o mercado de trabalho para assumir tal responsabilidade.

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 um papel da 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, como: quais novos atores podem garantir esse papel do cuidado? Como vai ser o cuidado para com essas idosas? Quais formatos de programas ou serviços possíveis para atender a essa nova demanda emergente da sociedade? Como analisar se tais programas ou serviços atendem com efetividade a esse público? E o Poder Público, como tem se organizado para atender a um sistema de cuidado de longa duração?

O termo cuidado advém do conceito de *care*. Este tem a premissa de que todo e qualquer indivíduo é dependente, ou seja, qualquer um pode ser provedor e beneficiário de cuidado. Dessa forma, o *care* tem o enfoque na saúde, na atividade e na vida com suas interdependências (MOLINER, 2012). O significado de “*care* significa o conjunto de medidas públicas necessárias para o bem-estar (*welfare*) da população num estado providência” (MARTIN apud GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2012, p.81). Pode-se sugerir que *care* também denota promoção de assistência e previdência social.

Nesta perspectiva, no Brasil, o vocábulo que melhor traduziu a expressão *care* foia palavra cuidado. O verbo cuidar provém do verbo *cogitare* em latim. Cuidar tem vários sentidos, como pensar, imaginar, “tratar de”, “ter cuidado em”. Brandão (2012) enfatiza que na gênese do substantivo cuidado encontra-se a ação de pensar, o que remete à atitude ou as ações referentes ao *care*. Tronto e Fischer citados por Brandão (2012) conceituam o cuidado como:

No nível mais geral, sugerimos que o cuidado seja considerado como uma atividade genérica que compreende tudo o que fazemos para manter, perpetuar e preservar nosso mundo, de maneira que possamos viver nele tão bem quanto possível. Este mundo compreende nossos corpos, nós mesmos e nosso ambiente, todos os elementos que buscamos integrar numa rede complexa, que serve de apoio à vida. (TRONTO; FISCHER apud BRANDÃO, 2012, p.58).

Assim o cuidado pode abranger todo o ciclo da vida, como: criança, adolescente, adulto e idoso como o meio ambiente. Sob a ótica de diferentes campos o termo cuidado pode ser considerado como multidimensional e transversal.

Outro ponto que merece destaque é o fato de o *care* não se limitar ao campo doméstico, da família, ele também atinge a esfera pública (*care work*). Dessa forma, ele envolve a dimensão do profissionalismo (gênero trabalho) em suas distintas nuances. No Brasil vale destacar que, o termo cuidador, instituído como o profissional do *care*, surge em 2002, com a sua inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações. Uma vez que o cuidado passa a ser reconhecido como atividade profissional, a associação do trabalho do cuidador a papel exclusivamente feminino tende a ser modificado (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 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, tinham 5.263 cuidadores empregados, sendo que aumentou para, 34.051 cuidadores empregados, em 2017. Um aumento exponencial de, aproximadamente, 550%. Isso indica que com as novas demandas sociais, novos atores emergem para o papel de cuidado. Neste sentido, o envelhecimento populacional e a questão do cuidado são elementos necessários para análise do Programa Maior Cuidado.

2.2 A política do idoso na agenda internacional e nacional

Conforme Freitas (2004), a longevidade é um fenômeno da atualidade, o que amplia a participação da população idosa no total da população. Salienta-se a relevância em

abordar a emergência dessa questão no âmbito internacional para melhor compreender os esforços de constituição desse campo de políticas. A preocupação com o tema do envelhecimento e, conseqüentemente, com as políticas orientadas para a proteção desse segmento populacional é recente e influenciada fortemente por organismos internacionais na sua elaboração e implementação, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

Nesta perspectiva, a ONU promoveu duas Assembleias que culminaram na elaboração de dois Planos Internacionais sobre Envelhecimento. A primeira foi realizada em 1982, em Viena, com enfoque na promoção da independência e autonomia do idoso, sem desconsiderar suas necessidades e especificidades. O plano teve por objetivo sensibilizar os governos e sociedades do mundo todo para a importância das políticas públicas do idoso, além de chamar a atenção para o desenvolvimento de estudos futuros sobre o envelhecimento. Vinte anos depois, em 2002, a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento aconteceu em Madrid. Dentre os principais eixos discutidos, destacam-se: promoção da saúde e bem-estar na velhice; ambiente propício e favorável para a vivência da pessoa idosa. O intuito era propiciar que os idosos contribuam mais eficazmente para as suas comunidades e para o desenvolvimento de suas sociedades. Com este segundo plano, tinha-se uma grande expectativa de alto impacto nas políticas e programas dirigidos aos idosos, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Também merece destaque a Assembleia Geral da ONU, realizada em 1991. Ela estabeleceu como princípios para o campo do envelhecimento humano: independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. A independência pode ser compreendida como o acesso à educação e a programas de qualificação e requalificação profissional; à alimentação, moradia (viver em ambientes seguros adequados à sua condição física e pessoal), apoio familiar e comunitário. O eixo da participação está relacionado à participação do idoso na sociedade, ou seja, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que incida diretamente no seu bem-estar. No que tange à assistência, refere-se à proteção da família e da comunidade bem como o acesso à política de saúde, prevenindo-se da incidência de doenças; acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe garantam melhores níveis de autonomia. A autorrealização destina-se à garantia do acesso aos recursos culturais, educacionais, espirituais e de lazer da sociedade. E, por fim, no último

eixo, a dignidade estabelece uma vida livre sem recorrência de maus-tratos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, convocada pela ONU e realizada no Cairo, no ano de 1994, também acenou sobre a importância da política para a pessoa idosa. O Programa de Ação destacou recomendações quanto à construção de um sistema de cuidados de longa duração, tanto formal quanto informal, para que as famílias recebam um suporte para cuidarem dos seus idosos dependentes; acrescentando também os papéis de governos e sociedade para com os cuidados com os idosos, a fim de eliminar toda e qualquer forma de violência a esse segmento. (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Nota-se a inserção do idoso como um novo ator no cenário de políticas públicas. Vale destacar que os dois planos da ONU bem como os seus desdobramentos configuraram-se como ações fundamentais para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa.

2.2.1 Trajetória da política do idoso no Brasil

A partir da década de 1970 a temática do idoso começa a ganhar destaque no Brasil. Com um estudo divulgado sobre o crescimento da população idosa pelo Ministério da Previdência, em 1973, tem-se subsídio para a necessidade de formulação de políticas sociais destinadas a esse público. Nessa década, foram criadas leis, programas e projetos voltados para o envelhecimento com destaque para a criação de benefícios não contributivos como as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social¹ (CABRAL, 2000).

Nesse contexto, no período da década de 1970, organizações privadas e públicas passaram a desenvolver programas destinados ao público idoso. Pode-se citar o Serviço Social do Comércio (SESC) assim como a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, emergiu a recomendação para elaboração de uma política com diretriz nacional de assistência à população idosa (TEIXEIRA, 2008). Esse

¹Brasil. Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências.

momento foi marcado por discussões em torno da criação de políticas sociais públicas para os idosos. A criação de ações específicas para atender o público idoso não se deve somente ao seu crescimento numérico, tem também forte influência em virtude dos processos de pressão, inclusive de organizações internacionais responsáveis pela problematização das questões relativas ao envelhecimento de reivindicações de instituições e profissionais da área (LOBATO, 2012). Desta maneira, as décadas de 1970, 1980 e 1990 foram marcadas pela emergência do envelhecimento populacional na agenda pública como um problema social e político relevante.

As políticas formuladas no Brasil sofrem influência desse discurso internacional, como observado na Constituição Federal de 1988, a qual foi a primeira constituição brasileira a preconizar em seu artigo 230, que:

a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida- § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CF, art. 230, 1988).

Em seguida, em 1994, foi sancionada a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de junho de 1996, que garante direitos sociais à pessoa idosa, ao preconizar condições à promoção de sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade. Essa Lei estabelece a idade de 60 anos ou mais para uma pessoa ser considerada idosa. A Lei enfatiza princípios, tais como: garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida, assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania (BRASIL, 1994). Em seu art. 10, capítulo IV (Das Ações Governamentais), define como responsabilidade e competência na área de saúde:

- a)** garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b)** prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c)** adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d)** elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e)** desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação;
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994).

O Plano Integrado de Ação Governamental emerge a fim de proporcionar materialidade à PNI. Ele norteia as ações a descentralização das ações envolvendo estados e municípios, considerando as diferenças econômicas e sociais, além das regionais, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. Ele foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 1997).

Em 2003, entra em vigor o Estatuto do Idoso - Lei 10.741/03. Nota-se em seu artigo 3º que ele corrobora o que foi preconizado na Constituição Federal, ao estabelecer como obrigação da família, da comunidade, da sociedade, e do poder público o cuidado para com o idoso com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Ele objetiva priorizar o atendimento ao idoso, bem como aquela parcela que já demonstra algum grau de dependência. O estatuto enfatiza a intersetorialidade e no seu art. 2º incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar “(...) todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, art.2º, 2003).

Coerentemente, o artigo 18 aborda a questão dos recursos humanos voltados para o atendimento às necessidades do idoso, ao incentivar o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003). Nota-se a presença do cuidador, tanto formal (profissional) ou informal (parentes e amigos), e a prerrogativa de ações fundadas na promoção da saúde assim como do cuidado e do tratamento com vistas a assegurar melhor qualidade de vida para idosos na vida em família e em sociedade.

A Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) instituída pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde tem o objetivo de definir as principais diretrizes para

programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção ao idoso. Com a ampliação do escopo da temática do idoso, a Política Nacional da Saúde do Idoso é revogada e criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Ela tem o intuito de assegurar o cuidado adequado para a população idosa brasileira. Por meio dessa política foram decididas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e referenciadas as competências institucionais para o alcance da proposta, dentre eles: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais com vistas à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso. A PNSPI também aponta estratégias para implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; elaboração do Plano Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa SUAS-SUS; edição e distribuição do Guia Prático do Cuidador; criação e implantação do Plano Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes na Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - RET-SUS (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza o conceito de cuidador como o indivíduo capaz de realizar os cuidados diários com o idoso doente ou dependente, podendo ser integrante ou não da família, com ou sem remuneração. Ele tem a capacidade de ser o responsável pelas atividades diárias, tais como: higiene pessoal, alimentação, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que sejam necessários, exceto as atividades técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem. A PNSPI evidencia a importância de capacitações de cuidados básicos referentes como higiene pessoal e medicação de rotina para cuidadores formais e informais bem como a necessidade da formação de núcleos de apoio, que possibilitem a troca de experiências entre os cuidadores, com o objetivo de prevenir o isolamento dos idosos e dos próprios cuidadores (BRASIL, 2006).

No cenário nacional, percebe-se um movimento de reconhecimento da pessoa idosa como participante ativa no que diz respeito a sua melhor qualidade de vida. Desta forma, o envelhecimento ativo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é incorporado à política brasileira em questão. Destaca-se que o termo envelhecimento ativo

tem por finalidade suplantar a expressão envelhecimento saudável ao incorporar fatores que afetam o modo de vida como os indivíduos e as populações envelhecem. Neste sentido, a abordagem do envelhecimento ativo se articula à concepção de reconhecimento dos direitos dos idosos, à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida (BRASIL, 2005). O Estatuto do Idoso, a PNI e a PNSI foram fundamentais para a ampliação sobre os estudos na área do envelhecimento e para o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com vistas a melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Em 2006, ocorreu a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Para facilitar as discussões elas foram divididas em eixos temáticos e todas as propostas visavam garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa, além de construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). A Comissão Organizadora Nacional promoveu a elaboração de um texto sobre os diversos eixos temáticos a fim de fundamentar as discussões (BRASIL, 2015).

Na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em 2009, foram debatidos os avanços e os desafios na implementação da Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso e outros instrumentos legais referentes à implementação da Política Nacional do Idoso. Destaca-se que em um dos eixos propostos foram discutidos os avanços e desafios do RENADI (BRASIL, 2008). No mesmo ano, outro marco importante foi quando essa política passou a ser articulada pela política de Direitos Humanos.

Desta maneira, a partir de 2009, a Política Nacional da Pessoa Idosa passou a ser coordenada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR). Esta mudança reflete a expansão do escopo das políticas direcionadas ao público idoso na lógica integral como também na visão destes indivíduos como detentores de direitos. No mesmo ano instituiu-se o terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), por meio do Decreto Presidencial nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009, que estabeleceu em seus eixos orientadores a importância da valorização do idoso e promoção de sua participação na sociedade (BRASIL, 2009).

Em 2010, a SDH-PR criou o “*Disque 100 - Módulo Idoso*” um dos principais instrumentos para o enfrentamento à violência contra ao idoso. É considerada uma ferramenta importante por ser o canal de denúncia de qualquer tipo de violência e de maus-tratos contra

as pessoas idosas. Em 2010, também foi criado o Fundo Nacional do Idoso, por meio da Lei n.º 12.213/10 e regulamentado pela Resolução n.º 07, de 01/10/2010 (publicada no Diário Oficial da União em 23 de novembro de 2011). Este Fundo tem por finalidade financiar programas e ações voltadas para o público idoso, com vistas a garantir seus direitos sociais, além de oportunizar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010).

Para a concretização do PNDH foi criado e assinado o Termo de Cooperação com a Frente Nacional dos Prefeitos em 2011. Dentre as ações a serem desenvolvidas estão: a criação e o fortalecimento de Conselhos Municipais de Direitos do Idoso nos municípios; a criação e o fortalecimento de Centros de Referência de Direitos Humanos; realizar diagnóstico das boas práticas de políticas públicas para a pessoa idosa. No mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, a partir de um amplo processo de consulta e participação popular com representantes de todos os Estados e do Distrito Federal. Já em 2013, em comemoração aos dez anos de atividades do Conselho Nacional dos Direitos, a SDH-PR publicou o livro “Dez Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Repertório e Implicações de um Processo Democrático” e publicou o livro “Estatuto do Idoso: Dignidade Humana como Foco.” Ambos pretendem disseminar a reflexão sobre o processo acelerado de mudança social que o país passa (BRASIL, 2015). Em 2015, ocorreu a IV Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com vistas a convalidar a continuidade dos debates e deliberações sobre a política para a pessoa idosa bem como os avanços e desafios da Política Nacional do Idoso.

Neste sentido, percebe-se por parte do governo federal a busca por uma atuação transversal ao introduzir as especificidades da política do idoso no desenho, formulação e efetivação nas políticas setoriais conduzidas pelos demais Ministérios. Do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil. O quadro abaixo tenta delimitar os principais marcadores da política do idoso no Brasil.

Quadro 4– Marco legal e institucional da política do idoso no Brasil

Período	Conteúdo
VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)	Recomendação para elaboração de uma política com diretriz nacional de assistência à população idosa.

Constituição Federal (1988)	Foi a primeira constituição brasileira a garantir ao idoso o direito à vida e à cidadania.
LOAS (1993)	Em seu artigo 20, garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo ao idoso com 65 anos ou mais, que não consegue se manter nem ser mantido por sua família.
PNI (1994)	A primeira implantação de uma política pública para pessoas idosas no Brasil. A Política Nacional do Idoso (PNI) enfatiza a descentralização das políticas que se referem ao idoso, considerando as diferenças econômicas e sociais, além das regionais. Assim como da responsabilidade de todos, família, sociedade e poder público para evitar qualquer tipo de violência e garantir os direitos desse público.
PNSI - PNSPI (1999/2006)	A Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) instituída pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde é revogada e criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Ela tem o intuito de assegurar o cuidado adequado para a população idosa brasileira. Além de apresentar a importância do papel do cuidador, seja ele formal ou informal.
Estatuto do Idoso (2003)	A Lei 10741 é considerada uma das fundamentais ferramentas de direito do idoso. A sua publicação representou uma conquista importante no que tange à convergência às orientações do Plano Internacional do Envelhecimento em Madri.
I Conferência Nacional do Idoso (2006)	Foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI). Participação de toda sociedade e das três esferas de governo nas Conferências.
II Conferência Nacional do Idoso (2009)	Na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foram debatidos os avanços e os desafios na implementação da Política Nacional do Idoso. Em um dos eixos foram discutidos os avanços e desafios do RENADI.
PNPI (2009)	A partir de 2009, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR) passou a ser a responsável pela Política Nacional da Pessoa Idosa.
Fundo Nacional do Idoso (2010)	O Fundo Nacional do Idoso foi instituído por meio da Lei n.º 12.213/10 e regulamentado pela Resolução n.º 07, de 01/10/2010. Ele tem o objetivo de financiar programas e ações voltadas para o público idoso.
III e IV Conferência Nacional do Idoso (2011-2015)	Continuidade dos debates e deliberações acerca de temas proeminentes sobre a política para a pessoa idosa bem como os avanços e desafios da política no território nacional.

Fonte: elaborado pela autora a partir dos autores citados.

Pode-se observar nas diretrizes nacionais uma preocupação na garantia do envelhecimento ativo, independente e com a perspectiva de participação do idoso no ciclo de vida das políticas públicas que o afetam diretamente. Tem-se um marco normativo ambicioso e abrangente, fruto de um esforço de atores diversos que buscaram inserir essa temática na agenda governamental, definindo objetivos e estratégias de atuação para a política de idosos. A próxima seção aborda como essa questão se insere no campo específico da política de assistência social.

2.3 O idoso e a Política de Assistência Social

A população idosa compõe o rol do público prioritário da política de assistência social. Assim como consta no art. 8º, Decreto nº 83.148 de 1979, a assistência social atende, preferencialmente, a assistência pré-natal e natal, o reforço alimentar na faixa de 0 a 06 anos de idade, a assistência aos excepcionais e o amparo à velhice. Percebe-se um público segmentado pelo ciclo de vida: infância, adolescência e velhice, por situações específicas, dentre outros. Sposati (2009) demarca que a prioridade ao atendimento para grupos identificados, a partir das fases do ciclo de vida e das deficiências está na gênese da política de assistência social. E essa diretriz reforça o caráter residual ao atendimento da parcela da população que se encontra à margem da sociedade. Com uma trajetória marcada pelos signos do assistencialismo, paternalismo e caridade, a política de assistência passa por uma transformação profunda a partir da Constituição de 1988. Nesse momento, a política de assistência social foi definida como política de Seguridade Social, destinada a todos de que dela necessitarem. Em 1993, o seu conceito foi corroborado pela Lei 8742/93, denominada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), ao preconizar:

[...] a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

A LOAS representa uma inovação significativa ao propor modificações conceituais e estruturais, uma vez que se opõe, veementemente, à longa tradição do clientelismo, da fragmentação e da descontinuidade das ações públicas voltadas aos pobres. A partir dela, qualquer pessoa que estiver em situação de risco e/ou vulnerabilidade social

deixou de ser caracterizada como “*assistida ou favorecida*” para se tornar um cidadão “*usuário ou beneficiário*”. Ou seja, um indivíduo que não está a solicitar um *favor*, e, sim, um cidadão que ainda continua *protagonista* de sua própria história (SPOSATI, 2009).

Dessa forma, a LOAS define o público da política, a partir do artigo constitucional em que a assistência social deve ser prestada de forma não contributiva a quem dela necessitar. O deficiente e o idoso com 65 anos, no seu art. 20, podem receber um benefício no valor de um salário mínimo caso não tenha condição de se manter nem de ser mantido por sua família. Este benefício é denominado de Benefício de Prestação Continuada (BPC). Ele reconhece os contextos de riscos ao público idoso e deficiente em situação de vulnerabilidade e pobreza. Antes do BPC, o benefício existente era Renda Mensal Vitalícia (RMV), a qual era uma transferência mensal no valor de meio salário mínimo ao idoso acima de 70 anos ou a pessoa considerada inválida, mas a pessoa deveria ter contribuído por pelo menos 12 meses ao INSS. Com a LOAS, a renda mensal per capita para receber o benefício continua a ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, mas o valor da RMV passou a ser de um salário mínimo a fim de equalizar o BPC. Vale destacar que a partir do Estatuto do Idoso, tem-se a: diminuição da idade do idoso para 65 anos e a retirada do valor do BPC de um idoso da contabilização da renda familiar, caso outro idoso da mesma casa solicite esse benefício também.

Pode-se observar que o idoso sempre esteve presente nessa política como público prioritário, mas sob a lógica da provisão de ofertas materiais, como prótese, órtese, auxílios monetários e não na dimensão de serviços voltados ao idoso. A mudança na lógica para a oferta de serviços a esse público acontece principalmente com o advento da LOAS. Na mudança estrutural, vale destacar que o Estado passa a ser o responsável pelo atendimento das famílias, com enfoque na prevenção, promoção e proteção, considerando a centralidade do território na intervenção. A responsabilidade estatal face às ofertas assistenciais implicou padronizar a oferta contínua de serviços socioassistenciais com execução direta e exclusiva pela unidade pública estatal. Dessa maneira, a possibilidade da execução dessa oferta por instituições filantrópicas passou a ser somente complementar.

Mas foi com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) instituída em 2004, que emergiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) compreendido como: “um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão

do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira” (BRASIL, 2004). Integra os entes federativos cada um com suas atribuições, seus respectivos conselhos e organizações de Assistência Social. Os serviços ofertados devem ser hierarquizados por níveis de complexidade, ter como foco prioritário a família e, como base de organização, o território (BRASIL, 2012).

Desta maneira, o SUAS é implantado em 2005 e constituído como um sistema nacional com direção única, caracterizado pela gestão compartilhada e cofinanciamento das ações pelos três entes federados e pelo controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social dos Municípios, Estados e União. O SUAS estabelece cinco princípios norteadores que compõem a base de sustentação da proteção social: territorialização, matricialidade sociofamiliar, proteção proativa, integração à seguridade social e integração às políticas sociais e econômicas. Os programas, projetos, serviços e benefícios devem ser desenvolvidos nos territórios mais vulneráveis, considerando as demandas e necessidades da comunidade. A matricialidade sociofamiliar constitui o eixo da atenção, visto que é a partir dela que se conhecem as potencialidades dos laços e vínculos sociais de pertencimento familiar e comunitário. Neste sentido, o sistema busca ainda assegurar o acesso do público atendido a serviços e benefícios de qualidade, garantir o protagonismo e/ou a conquista da autonomia de cada cidadão (BRASIL, 2012).

A partir da nova lógica de organização dos serviços a partir do SUAS, as ações da assistência social são sistematizadas em dois tipos de proteção: básica e especial, desenvolvidas e coordenadas pelas unidades públicas: Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), respectivamente. A PNAS evidencia que a Proteção Social Básica

destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004, p.33).

Encontra-se no artigo 6º-A da LOAS a proteção social básica como

conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011).

Nota-se uma preocupação na entrega de um serviço que não garanta apenas às necessidades básicas, mas que assegure também as condições para o exercício da cidadania pela conquista da autonomia, pois a assistência:

[...] opera com a provisão de necessidades humanas que começa com os direitos à alimentação, ao vestuário e ao abrigo, próprios à vida em sociedade. A conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas é a orientação desta segurança da assistência social (MDS, 2009, p. 10).

No Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a Proteção Social Básica opera garantindo seguranças de convívio, acolhida e sobrevivência no intuito de prevenir riscos sociais, perigos e incertezas para grupos vulneráveis tanto do ponto de vista material quanto do ponto de vista relacional. Em conformidade à Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais² (2009), são reconhecidos como Serviços de Proteção Social Básica: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e, por último, o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Desta maneira, com o SUAS, o CRAS é o principal equipamento onde a proteção social básica se materializa. Ele é responsável pela oferta do principal serviço socioassistencial, conhecido como PAIF, o qual tem por objetivo fortalecer a função protetiva da família. Nesta perspectiva, o SUAS também assegura o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), um serviço ofertado pelos CRAS, complementar ao PAIF. Este serviço é organizado por ciclos de vida e, assim sendo, inclui a pessoa idosa (BRASIL, 2015). Nota-se a convergência dos serviços socioassistenciais para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

O SCFV para Idosos tem a finalidade de promover atividades que contribuam para o processo de envelhecimento ativo assim como para o fortalecimento dos vínculos familiares e convívio comunitário. Para tal, desenvolvem atividades artísticas, culturais, esportivas e de lazer que valorizam suas experiências e estimulam e potencializam a condição de escolher e decidir, bem como a participação social. O público-alvo desse serviço é destinado aos idosos em situação de vulnerabilidade social. O SCFV para idosos constitui o serviço de convivência mais ofertado pela Proteção Social Básica dos municípios e Distrito Federal. Já o terceiro e último serviço, o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para

²Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), nº 109, de 11 de novembro de 2009.

Pessoas com Deficiência e Idosas, tem por objetivo evitar o isolamento social, identificar situações de dependência, prevenir o acolhimento institucional, desenvolver a autonomia e o protagonismo do idoso e do deficiente. Desta maneira, as ações são destinadas a potencializar o acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas a toda a rede socioassistencial, assim como aos serviços de outras políticas setoriais como saúde, trabalho; educação, programas de desenvolvimento de acessibilidade, transporte especial e de defesa de direitos (BRASIL, 2009).

Ainda na política nacional de assistência social estão previstos os Serviços de Proteção Social Especial. Desta forma, é dividida em Proteção Social Especial de: Média Complexidade e a outra de Alta Complexidade. Cada uma fica responsável por serviços a serem ofertados, nos casos, em que se pressupõem um elevado risco iminente para o indivíduo, sejam eles crianças, adolescentes, pessoas com deficiência ou idosas (BRASIL, 2009).

Na Proteção Social Especial de Média Complexidade, existem os serviços especializados oferecidos pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), que oferta atendimento especializado e continuado, como o: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), o qual realiza um acompanhamento familiar mais sistemático e uma maior articulação em rede para assegurar a efetividade. O Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), que tem por finalidade o acompanhamento de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto. O acompanhamento segue as diretrizes dos direitos e deveres assentados nas legislações específicas para o cumprimento da medida estabelecida judicialmente. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, o qual é voltado para casos de famílias com deficientes e idosos com algum grau de dependência e tiveram suas limitações intensificadas, em virtude de violações de direitos (como isolamento, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, dentre outras). O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua é ofertado para pessoas que se encontram em trajetória de rua, utilizando-a como espaço de moradia e/ou sobrevivência (BRASIL, 2009).

O escopo de atuação da Média Complexidade, como mencionado no parágrafo anterior, em geral, abrange atendimento a crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, vítimas de violência física, psicológica, negligência, violência sexual, abuso e/ou exploração sexual. Possui uma grande interface com o Sistema de Garantia de Direitos, e demanda uma gestão mais compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo no intuito de superar a situação de violação de direitos (BRASIL, 2009). As ações também são realizadas com vistas a facilitar o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços de políticas públicas setoriais, com vistas ao desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Na Proteção Social Especial de Alta Complexidade são serviços que envolvem institucionalização. A natureza da institucionalização deve ser provisória e sendo de longa permanência somente quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. Neste sentido, as modalidades de institucionalização da Alta Complexidade podem ser: República, Casa Lar e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). No caso de idosos com vínculo de parentesco ou afinidade, estes devem ser atendidos na mesma unidade, preferencialmente, o mesmo quarto. Nesses casos, pode-se citar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e Casa-Lar. O Serviço de Acolhimento em República é voltado para a pessoa com capacidade de gestão coletiva da moradia e que tenha plena condição de viver de maneira independente mesmo que requeira o uso de equipamentos de autoajuda. A equipe técnica de referência é responsável por contribuir com a gestão coletiva da moradia quanto para acompanhamento psicossocial dos usuários e o seu encaminhamento para programas, benefícios e outros serviços da rede socioassistencial e das demais políticas públicas (BRASIL, 2009). No Brasil, a ILPI é muito conhecida como asilo. Sendo que deve assegurar um ambiente com estrutura física adaptada, como condições de moradia, higiene e acessibilidade. Bem como deve realizar encaminhamento para outros serviços, inclusive de profissionalização, escolarização, inserção em benefícios de transferência de renda e emprego

Outro ponto que merece destaque é a presença da política de assistência na Política Nacional do Idoso (PNI), instituído pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, mencionado no subtópico anterior. No seu art. 10, capítulo IV (Das Ações Governamentais), define como responsabilidade e competência na área de promoção e assistência social:

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;
- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casaslares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (BRASIL, 1994).

A PNI apresenta responsabilidades no campo da promoção e assistência; mas, segundo Paz (2013), apesar de enumerar as estratégias de intervenção junto ao público idoso, a PNI não deixa claro sobre como as ações devem ser realizadas para, de fato, atender a esse público específico. Ele ainda enfatiza que desde a sua publicação, a PNI pertence a distintos Ministérios e, em alguns momentos, inclusive, sem a presença de uma coordenação técnica. Ele ainda chama a atenção para a transferência, como visto no subtópico anterior, da coordenação da PNI para a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República pois, segundo ele, a mudança ocorreu sem considerar a devida concretização dos direitos previstos. Paz (2013) ainda evidencia que muitos municípios ainda não aderiram a essa mudança da gestão da política voltada às pessoas idosas, e por isso ainda em vários municípios a gestão continua vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social. No caso da PBH, a política do idoso está vinculada à Subsecretaria de Direito e Cidadania.

Como visto nesse capítulo, o papel da política da assistência social consiste em intervir de maneira a responder às necessidades humanas de forma integral, indo além da atenção a situações emergenciais, centradas exclusivamente nas situações de risco social. As interfaces entre a política de assistência e a política do idoso são muitas, mas nessa pesquisa o foco será o CRAS, visto ser ele o principal responsável para a execução o Programa Maior Cuidado, objeto desta pesquisa. O que corrobora a importância em se colocar uma lupa neste equipamento da assistência social e analisar empiricamente como se tem dado a implementação do Programa, tendo em vista a necessidade de produzir análises sobre esse processo.

Cabe ressaltar que a grande maioria das pessoas idosas atendidas pelo CRAS (incluindo os idosos acompanhados pelo PMC) vivenciam vulnerabilidades que envolvem

características do território, fragilidades ou carências das próprias famílias. Desta maneira, Sposati (2009) elucida que o conhecimento sobre as vulnerabilidades e os riscos sociais bem como os recursos para enfrentar tais situações ajudam no combate à precarização das condições de vida de todo cidadão. Nesse sentido, para enfrentar a situação de vulnerabilidade material ou relacional que podem acometer também a pessoa idosa, faz-se necessário construir um campo de responsabilidade pública e coletiva para atender a esse público específico.

O próximo capítulo apresenta o objeto da pesquisa e o contexto da PBH na provisão de políticas para o segmento idoso em sua população, com ênfase nas ações no campo das políticas de assistência e voltadas para público mais vulnerável.

3. POLÍTICA DE CUIDADO NA INTERFACE COM A ASSISTÊNCIA SOCIAL: O PMC COMO UM PROGRAMA PARA IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

O PMC revela-se como um caso interessante para pensar os desafios de políticas públicas voltadas para o idoso e para a temática do envelhecimento humano. Situa-se no âmbito das políticas de cuidado, executado em BH pela ação conjunta de duas Secretarias setoriais. O objetivo de se fazer 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. Desta maneira, este capítulo está subdividido em quatro tópicos. O primeiro tem o intuito de apresentar o desenho metodológico da pesquisa. O segundo apresenta aspectos demográficos relativos ao crescimento da população idosa em Belo Horizonte. O terceiro considera, de forma breve, o desenvolvimento de políticas públicas para idosos no município, apresentando o Programa Maior Cuidado na confluência das políticas sociais para o público idoso. O quarto versa sobre o Programa no contexto da Proteção Social Básica, as diretrizes, objetivos e atores envolvidos na cadeia de operações do PMC. Os dados da execução do Programa, sua oferta e atendimento, são provenientes de registros e fontes secundárias da Diretoria de Proteção Social Básica, responsável pelo PMC na Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC).

3.1 Aspectos metodológicos

A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa, com uso de fontes de dados secundárias e primárias. Os dados secundários foram extraídos de relatórios, documentos e registros administrativos e bases de dados existentes na PBH. Para coletar informações relativas aos operadores da política na ponta, foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário estruturado com perguntas abertas tanto para os 26 técnicos de referência dos 26 CRAS (Apêndice E), que possuem o Programa Maior Cuidado, quanto para o universo de 126 cuidadores (Apêndice D), vinculados a esses CRAS. Além do questionário, foi elaborado um roteiro de entrevistas, realizadas com atores distintos situados em diferentes campos do Programa: com a diretora responsável pelo PMC na SMASAC e a coordenadora responsável pelo Programa na SMS (as duas encontram-se no Apêndice B), bem como no Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM), o qual pode ser localizado no Apêndice C. Além de um roteiro de grupo focal com vistas a melhor compreensão do

processo da implementação pelos agentes da ponta, sendo realizado com uma supervisora e quatro cuidadoras (Apêndice A). Foi mantido o sigilo das pessoas participantes. As questões, tanto do questionário quanto do roteiro de entrevistas, focam os subprocessos de implementação, incorporando a perspectiva dos demais autores da pesquisa.

3.2 População idosa em Belo Horizonte

O município de Belo Horizonte apresenta alterações no perfil etário da população e, como discutido anteriormente, 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 pessoa idosa (com 60 anos ou mais) era em torno de 204.574. Em 2010, o IBGE estimou 2.375.157 o total de habitantes, já o número de idosos foi para 299.572, quase 300.000 idosos no universo da população total. Dessa maneira, os dados da população idosa representam 9,2% e 12,6% da população total, anos 2000 e 2010, respectivamente. Em outras palavras, isso significa uma inserção de aproximadamente 9.500 novos idosos a cada ano na cidade.

Em 2017, a Universidade Federal de Minas Gerais publicou um relatório com o Diagnóstico sobre o Envelhecimento da população idosa em Belo Horizonte. Este documento indica uma redução e até um redimensionamento negativo, a partir do quinquênio 2025-2030, do segmento mais produtivo, com idades entre 15 a 64 anos. Já a população a partir de 65 anos apresenta um crescimento positivo. Este relatório também disponibiliza dados por regional administrativa. A tabela 01 mostra o volume populacional total assim como o percentual do número de idosos no total da população para as nove regionais de Belo Horizonte no período de 2000 e 2010 (UFMG, 2017).

Dentre as nove regionais, a região Centro-Sul é a que concentra um número maior de pessoas idosas tanto nos anos de 2000 quanto de 2010, mais de 36 mil e 50 mil idosos, respectivamente. As regionais Noroeste e Oeste também se destacam pelo número expressivo de idosos quando comparado às demais regionais. Já a regional Pampulha apresenta um percentual menor, dentre as regionais, em relação ao contingente do número de idosos, nos anos 2000, e, a Norte, em 2010. Percebe-se, pelos dados de 2010, uma distribuição mais uniformizada do número desse público específico nas nove regionais, em

virtude de menos concentração de número de idosos em determinadas regionais conforme dados de 2000.

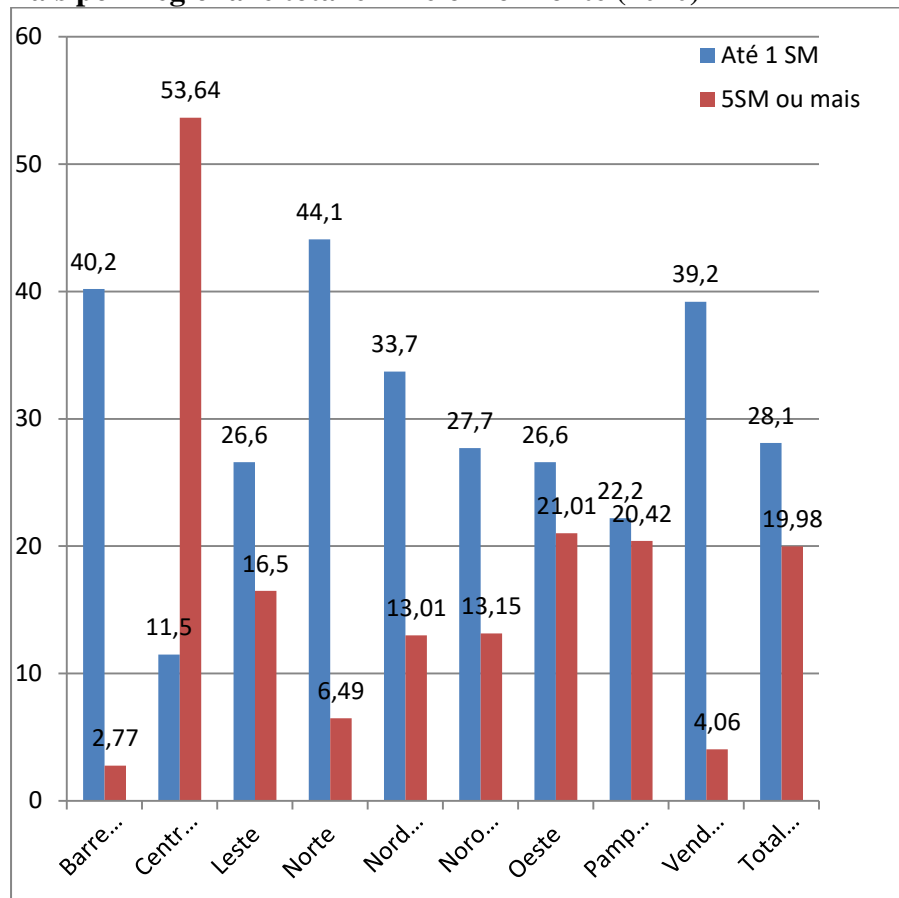
Tabela1 - Volume da população idosa, percentual de idosos no total da população por regional e total da população (2000 e 2010) em Belo Horizonte

	2000			2010		
	Total da População	População Idosa em %	População Idosa em %	Total da População	População Idosa em %	População Idosa em %
Centro-Sul	260.190	36.022	13.8%	283.775	51.980	17.4%
Leste	254.909	27.552	10.8%	238.537	34.711	11.6%
Norte	193.764	13.104	6.8%	212.053	21.147	7.1%
Nordeste	274.061	23.334	8.5%	290.355	34.094	11.4%
Noroeste	319.147	32.543	10.2%	268.041	40.048	13.4%
Oeste	410.889	34.976	8.5%	308.550	37.476	12.5%
Pampulha	141.853	11.492	8.1%	226.111	26.433	8.8%
Venda Nova	245.338	15.824	6.4%	265.176	26.039	8.7%
Belo Horizonte	2.362.342	211.445	9.0%	2.375.157	299.175	12.6%

Fonte: Censo Demográfico 2000-2010/Adaptado Relatório UFMG (2017)

Outro elemento importante que o Relatório da UFMG (2017) apresenta é sobre a proporção de idosos que recebe até um salário mínimo e os que recebem a partir de cinco salários mínimos ou mais por regional administrativa em Belo Horizonte em 2010 (Gráfico 1). Ressalta-se que a regional Norte apresentou na tabela anterior um dos menores índices de população idosa, tanto em 2000 quanto em 2010, mas nesta ela se destaca por apresentar o maior índice de idosos que recebem até um salário mínimo, 44,1%. A Centro-Sul, que concentra o maior número de idosos dentre as regionais, conforme a tabela anterior, nesta se destaca pelo número expressivo de idosos que recebem cinco salários mínimos ou mais, 53,64%.

Gráfico 1 - Proporção de idosos que recebem até 01 salário mínimo e 05 salários mínimos ou mais por Regional e total em Belo Horizonte (2010)



Fonte: Censo Demográfico 2010. Adaptado Relatório UFMG (2017)

Desta maneira, o gráfico indica um diferencial territorial na renda do idoso. Assim sendo, ainda mais em um período marcado por contenção de gastos públicos, esse perfil heterogêneo do contingente da população idosa, entre as regionais, 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 (como visto no tópico anterior) e, portanto, são essenciais para a organização da atenção socioassistencial aos idosos que dela mais necessitem. Neste sentido, 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.

3.3 Políticas públicas para idosos na agenda governamental e o PMC na confluência das políticas sociais no município

Pressupõe-se que com alteração no perfil demográfico municipal ocorra uma maior demanda social por temáticas referentes à população idosa, assim como respostas das políticas públicas para atender a esse público específico. Como visto no capítulo um, Kingdon (2006); Souza (2006) e Rua (2012) enfatizam que quando reconhecido um problema e este é inserido na agenda pública, emerge a formação e seleção de alternativas na busca dessas respostas. Isso implica um processo contínuo permeado pela correlação de força entre atores visíveis e invisíveis capazes de transformar temas como envelhecimento em ações governamentais. Nesta perspectiva, a seguir, apresenta-se algumas ações governamentais voltadas a pessoa idosa no município de Belo Horizonte.

Os dados disponíveis sobre as principais ações desenvolvidas no município para a pessoa idosa apontam para um conjunto de ações, as quais são³: ***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: 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;

³ Acesso em: 10 jul. 2018 (<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/direito-e-cidadania/informacoes/politicas-para-a-pessoa-idosa>). Não se tem maiores informações sobre o atendimento, como perfil do público atendido e cobertura desses atendimentos.

Lian Gong; Informática/Inclusão Digital; Projeto Educação Jovens e Adultos (EJA); Vida Ativa; Show de Talentos e Tarde Dançante.

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 pela Lei Municipal 7.930 de 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 CRPI 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 belo horizontina. Por isso, ele 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 idosa⁴. 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).

Vale ressaltar que, durante a pesquisa, foi identificado, que em 2009, foi criado um GT (Grupo de Trabalho), com a participação de algumas Secretarias, dentre elas, Secretarias de Saúde, Assistência Social, de Direitos de Cidadania, de Segurança Alimentar e Nutricional, coordenado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais com o intuito de desenvolver e aperfeiçoar os programas, serviços e projetos voltados à população idosa. Percebe-se a pauta da temática do idoso na agenda pública municipal. Junto a essa pauta, estavam como prioritárias as ações de cuidado à população idosa, dependentes, semidependentes e vulneráveis. Percebe-se que as ações concentraram-se para melhorar alguns programas já existentes e criados outros, como o Programa Maior Cuidado.

⁴ Acesso em: 10 jul. 2018. (<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/direito-e-cidadania/informacoes/politicas-para-a-pessoa-idosa>).

No município, os Serviços da Assistência Social voltados ao público idoso, balizam-se nas diretrizes nacional, como visto no capítulo anterior. Desta maneira, a Proteção Social Especial de Alta Complexidade atende o público idoso, por meio das modalidades: República, Casa Lar e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essas instituições possuem a prerrogativa de ofertar cuidados com a saúde física e psíquica dos idosos que chegam em situação de fragilidade física, mental, emocional e social, devido à situação de violência e/ou abandono vivenciada na cidade. No Acolhimento Institucional para Adultos em situação de Rua - existem 03 em funcionamento.⁵

Moreira (2017) realizou uma sistematização de financiamentos de ILPI, de Belo Horizonte, no período de 2009 a 2016 (Quadro5) 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 representou ao total de 124 novas vagas ofertadas desde 2013. Bem como evidenciou a ampliação do número de entidades conveniadas de 22 para 24 (22 ILPIs, 01 Casa Lar e 01 República).

Quadro 5 - Financiamento das ILPI de Belo Horizonte, 2009 a 2016.

Grau de dependência	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
I- Independente	50,00	50,00	240,0 0	450,0 0	450,00	473,00	530,00	562,00
II-semi-dependente	200,0 0	200,0 0	354,9 4	625,0 0	831,00	1.000,0 0	1.123,0 0	1.190,0 0
III-dependente	200,0 0	200,0 0	500,0 0	937,5 0	1.246,5 0	1.500,0 0	1.685,0 0	1.786,0 0

Fonte: Moreira (2017)

⁵ São esses: Abrigo Reviver, Abrigo Fábio Alves dos Santos e Abrigo Maria Maria e com previsão de inauguração do Abrigo Anita Gomes dos Santos para o primeiro semestre de 2019 (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.

Neste sentido, 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 materializado pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS). Em Belo Horizonte, o CREAS está instalado nas nove regionais e funciona de segunda a sexta-feira. Os idosos estão no rol do público atendido, assim como as crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, e outras pessoas que sofrerem violência física, psicológica, negligência, violência sexual, abuso e/ou exploração sexual. São realizadas ações como: estudo social, diagnóstico socioeconômico, orientação e encaminhamentos conforme a demanda do caso, elaboração de plano individual ou familiar de atendimento, atendimento psicossocial e orientação jurídico-social. Além de articulação com as diversas políticas públicas e órgãos do sistema de direitos. Cabe ressaltar que, conforme a normativa do Programa Maior Cuidado, os casos de suspeita de negligência ou violação contra o idoso, quando identificados, são encaminhados ao CRAS e este deve referenciar os idosos no CREAS, por meio do PAEFI, por meio de relatório protocolado para o Gerente Regional de Assistência Social (GERASC).

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, são 82 grupos do ciclo de vida idoso, a média de 1.586 idosos, sendo frequentes, 1351 idosos, 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 totalmente implementado no município. Sendo o Programa Maior Cuidado, objeto desta dissertação, compreendido como uma maneira de atender esse serviço em Belo Horizonte. A trajetória do município de Belo Horizonte, no que tange à formulação e implementação, de políticas sociais, em especial da assistência social, tem um papel importante para análise do Programa Maior Cuidado. A partir de 2000, a PBH

passou por profundas reformas administrativas⁶ principalmente ao aderir a uma nova lógica de gestão assentada nos princípios da intersetorialidade, da descentralização, participação e inclusão social.

Em 2001, a Prefeitura Municipal implantou o Programa BH Cidadania que tem como objetivo ampliar o acesso da população a bens e serviços. Como estratégia de gestão do BH Cidadania tem-se a criação da Câmara Intersetorial de Políticas Sociais (CIPS) com o intuito de manter o princípio da intersetorialidade no modelo de gestão. Dessa forma, a CIPS tinha a atribuição de regular, monitorar e acompanhar a execução assim como a articulação de todos os planos, programas e projetos no que tange a todas as políticas sociais do município (MOURÃO; PASSOS; FARIA, 2011). Nesse sentido, o pilar do Programa foi a intervenção social a partir da participação da comunidade bem como a promoção da articulação de ações existentes entre as políticas já constituídas.

O município investiu na implantação do BH Cidadania em conjunto com o Programa de Intervenção Urbana – Vila Viva e o Orçamento Participativo (OP). Vale ressaltar que essa parceria possibilitou o redirecionamento de verbas para a construção dos Espaços BH Cidadania. Em 2005 foi implantado o primeiro equipamento, o Espaço BH Cidadania Vila Senhor dos Passos, na região Noroeste. No ano seguinte, houve a ampliação para as demais áreas: Conjunto Paulo VI, na região Nordeste, Pedreira Prado Lopes e a Vila São José, na região Noroeste, o Conjunto Mariano de Abreu, na Regional Leste, e o Petrópolis, no

⁶A Reforma Administrativa foi instituída pela Lei Nº 8.146, de 29 de dezembro de 2000, mas a materialidade da mudança do desenho organizacional só começou no ano de 2001. A Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social – SCOMPS foi planejada para ser o órgão responsável por coordenar 07 políticas setoriais: Assistência Social, Cultura, Educação, Esportes, Direitos de Cidadania, Política de Abastecimento e Saúde (PENSAR BH, nº 2, 2002). Em 2005, a PBH realiza uma nova reforma administrativa, por meio da Lei Municipal nº 9.011, de 1º de janeiro de 2005. Com essa nova mudança emerge a Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) em substituição à SCOMPS. Nesse novo formato, ao compor a SMPS, as políticas setoriais de Assistência Social, Esportes, Direitos de Cidadania e Abastecimento continuam como Secretarias Adjuntas. Em 2017, ocorre uma nova reforma administrativa, por meio da Lei nº 11.065 de 01 de agosto de 2017, que estabelece normas gerais e diretrizes para a estruturação burocrática do poder executivo municipal. Ela passou a vigorar a partir do dia 1º de setembro com vistas à eficiência, transparência e maior proximidade ao cidadão. A SMPS foi extinta e surge a Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC). Ressalta-se que a política de assistência social passa a compor a SMASAC, constituindo-se como Subsecretaria Municipal de Assistência Social. A Subsecretaria de Direitos Humanos e Cidadania destina-se para a promoção, garantia e defesa dos direitos humanos e de cidadania e nela inclui a política municipal do idoso. A Política de Abastecimento e Segurança Alimentar e Nutricional passa a ser coordenada pela Subsecretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

Barreiro. Ressalta-se que o Programa foi implementado em áreas de maior vulnerabilidade social identificada através do “Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte.”⁷ São os principais eixos estruturantes: Educação - ênfase na Educação Infantil (crianças de zero a cinco anos e oito meses), Assistência Social - ênfase na Proteção Social Básica - (Centro de Referência da Assistência Social - CRAS) na identificação de situação de risco e orientação familiar; socialização infanto-juvenil, grupos de convivência de idosos, Saúde - ênfase no investimento em ações de prevenção em saúde, promoção na mudança de hábitos mais saudáveis⁸.

Desta maneira, o Programa BH Cidadania foi instalado em nove áreas-piloto até se expandir para os 34 CRAS de Belo Horizonte. Destes 34 equipamentos, 26 possuem o Programa Maior Cuidado. Percebe-se que o BH Cidadania foi pensado a partir de um arranjo institucional com foco no território, na perspectiva da autonomia das famílias e na intersetorialidade. Concomitante às novas diretrizes estabelecidas pela PNAS quanto à oferta da Proteção Social Básica (PSB), a PBH buscou readequar o papel e atuação do equipamento, do Núcleo de Apoio à Família (NAF), que já existia desde o começo dos anos 2000, para ser configurado em CRAS, conforme desenho nacional.

3.4 O Programa Maior Cuidado no contexto da Proteção Social Básica em Belo Horizonte

O PMC 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 grau de dependência é avaliado baseado na Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005⁹ (Regulamento Técnico). Ele tem como objetivos: o

⁷Este Mapa foi elaborado por meio de indicadores, como: Índice de Vulnerabilidade à Saúde (Setores Censitários), Índice de Vulnerabilidade Social - IVS e Índice de Qualidade de Vida Urbana – IQVU. Dessa maneira, a atuação do Poder Público municipal passou a ser desenhada a partir da identificação da vulnerabilidade nos territórios.

⁸ (Acesso em: 12 de dez. 2018. <https://telecentrosbhcidadania.wordpress.com/sobre/bh-cidadania/>).

⁹Perfil 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.

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. Na questão da institucionalização as principais causas da institucionalização de idosos são: dependência funcional, doenças psiquiátricas, negligência familiar, despreparo para o cuidado e até ausência de família. Desta forma, o atendimento domiciliar com enfoque no fortalecimento da função protetiva da família e humanização do cuidado podem contribuir para essa redução (SARTINI; CORREIA, 2012).

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), como visto no capítulo dois, para realizar as atividades diárias. Frente ao fenômeno irreversível do envelhecimento humano, é fundamental que ações governamentais voltadas para a política de cuidado à pessoa idosa estejam presentes na agenda pública municipal.

O Programa Maior Cuidado (PMC) foi implantado em 2011, no nível da Proteção Social Básica (PSB), em Belo Horizonte. O Quadro 6, a seguir, tem o intuito de demonstrar o número total de: idosos atendidos, idosos dependentes, semidependentes, idosos incluídos, idosos reinseridos, idosos desligados e número de famílias que demandaram inclusão no Programa de 2011 a 2018. Ressalta-se que os dados de 2011 foram mensurados a partir do mês de abril até dezembro do mesmo ano. Isso ocorreu em virtude de o mês de abril ser o marco do início da execução do Programa. Nos demais anos (2012 a 2018), os dados referem-se de janeiro a dezembro de cada ano correspondente.

Quadro 6- Atendimento do PMC de (2011 a 2018) por tipo de idoso atendido

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	03	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 pela autora.

Nota-se que o Programa iniciou com 550 idosos em 2011 e, a partir disso, foram inseridos 1430 idosos (de 2012 a 2018). O total geral equivale a 1980 idosos atendidos de 2011 a 2018. Desse universo total, 1141 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 suas áreas de abrangência.

Nesta perspectiva, 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, o qual tem por objetivo fortalecer a função protetiva da família (como visto no subtópico 2.3), buscando garantir o acesso a direitos e a prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais.

3.4.1 Os atores envolvidos na implementação do PMC e sua cadeia de operações

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 (ACI-MG), entidade da rede socioassistencial, sem fins lucrativos, conveniada à SMAAS. Com a reforma administrativa, a gestão do PMC deixa de ser responsabilidade da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), e passa a ser da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), com cogestão e da 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.

Ressalta-se que o GDECOM foi fundado em 1980 a partir da demanda da comunidade. É entidade da rede socioassistencial conveniada com a SMASAC responsável por executar projetos sociais com vistas a potencializar o desenvolvimento da comunidade local e a defesa da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade e risco social (GDECOM, 2018). Segundo dados fornecidos pela Gerência da SMASAC, o PMC permanece com 126 cuidadores, sendo que 07 supervisores realizam o acompanhamento do serviço dos cuidadores. Como o Programa é operacionalizado por meio de parceria com GDECOM, este fica responsável pela contratação dos cuidadores.

Segundo a normativa do Programa, os critérios de seleção de cuidador devem ser os seguintes: ter acima de 21 anos, possuir no mínimo nível fundamental de escolaridade, residir em Belo Horizonte e ter concluído o curso de cuidador de idosos, com carga horária mínima de 100 horas. Para dar materialidade ao Programa, a Prefeitura estabeleceu as regras de acesso e desligamento. Os critérios para inserção do idoso são: 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 é 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 (SMAS, 2017).

Desta forma, nota-se a existência de registros que devem ser utilizados tanto pelos Centros de Saúde quanto pelos CRAS. A saúde possui a prerrogativa de avaliação clínica, funcional e social dos idosos. O CRAS tem a atribuição de avaliação de vulnerabilidade e riscos sociais e fatores econômicos. Ambos com vistas a constatar se o idoso está dentro do perfil para atendimento no Programa. Após o preenchimento dos formulários, a decisão da entrada ou não do idoso, deve acontecer no Grupo de Trabalho (GT) entre as duas políticas setoriais.

Já o desligamento de idosos ocorre mediante situações de: reabilitação ou morte do idoso; recusa do idoso ou da família; mudança de território ou município; transferência para Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPIs) e situação de risco para o cuidador social. A família é orientada a adequar-se para a manutenção do idoso no programa quando depende de a família resolver esses riscos ou mesmo nos casos de descumprimento de algum termo de participação do programa (SARTINI; CORREIA, 2012).

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; 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:

O GT local é o momento do encontro entre as duas Políticas envolvidas no Programa: Assistência Social e Saúde, para as articulações necessárias ao atendimento e acompanhamento ao idoso/família (discussão de casos para inserção, pontuação, desligamentos, definição ou readequação das horas de cuidado para cada idoso, atualização de documentos, orientações aos cuidadores, troca de informações, levantamento de demandas, encaminhamentos). O GT Local deve ser coordenado pelo CRAS e participam os seguintes profissionais: Equipe de Saúde da Família (enfermeiro, assistente social, médico - quando possível), NASF, CRAS (técnico de referência, coordenador-quando possível), cuidadores, supervisor (SMAS, 2017).

Vale destacar que o acompanhamento pela assistência condiz com a proposta do SUAS, visto que a proteção social básica, materializada no CRAS, deve assegurar ações

preventivas com vistas ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, como visto no capítulo anterior.

Cabe ao cuidador cumprir funções básicas de cuidado para com o idoso, como: alimentação e/ou a sua preparação, banho, organização dos medicamentos, participação e estímulo às atividades extradomiciliares (caso seja possível), conversas, leituras de livros, auxílio na execução dos exercícios físicos prescritos pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desse modo, tem como atribuições:

- Favorecer relações socioafetivas na família e na comunidade, escutando e valorizando as histórias de cada pessoa.
- Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, o idoso aos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: Grupos de Convivência para Idosos;
- Orientar a família na organização do cuidado (tarefas, funções e atividades);
- Estimular o idoso a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;
- Favorecer a inclusão social, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada e a comunidade;
- Estimular a autonomia do idoso;
- Acolher, orientar, apoiar, informar e facilitar o acesso à rede socioassistencial;
- Observar e adaptar o meio ambiente, de acordo com as orientações das ESF e Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF);
- Executar as rotinas de cuidado conforme orientação das ESF e NASF;
- Oferecer líquidos regularmente, exceto se houver contraindicação médica;
- Estar atento às alterações físicas e emocionais do idoso e os sinais de alerta;
- Cuidar da medicação do idoso, ministrando somente os medicamentos de acordo com a prescrição médica e orientações da ESF;
- Auxiliar, estimular e executar, quando necessárias, as atividades básicas da vida cotidiana do idoso, tais como higiene, locomoção e alimentação;
- Estimular o idoso a participar de atividades de promoção de saúde oferecidas pelos Programas da Prefeitura, tais como Academia da Cidade, Vida Ativa, Lian Gong, entre outros (SMAAS, 2014).

Acrescenta-se que nos Grupo de Trabalho (GT) o cuidador é responsável por apresentar as informações sobre o cuidado do idoso, se há alguma alteração no quadro clínico do idoso, bem como informar se as famílias seguem as orientações da equipe de ESF (SARTINI; CORREIA, 2012). Ainda, segundo a normativa da PBH o supervisor tem como competências:

- Contribuir para sanar as dificuldades apresentadas na execução do trabalho do cuidador, buscando garantir a qualidade do atendimento oferecido ao idoso pelo Programa.
- Orientar os cuidadores quanto ao cuidado aos idosos e à postura profissional e ética.
- Verificar o cumprimento do horário de trabalho dos cuidadores, a pontualidade, assiduidade e o cumprimento, pelo cuidador, das Rotinas de Cuidados da SMSA e SUASS.
- Contribuir com o CRAS na definição das horas de cuidado de acordo com a necessidade de cada idoso, para a elaboração da agenda de atendimento, otimizando o trabalho dos cuidadores (SMAAS, 2014).

Cabe ressaltar que na capacitação acerca do Código de Ética do Agente Público, surgiu a proposta de desenvolver um documento para nortear o modo de atuação ou *modus operandi* do cuidador. Por conseguinte, aconteceram seis oficinas em 2012 com a participação desses profissionais para elaboração do documento que foi instituído como Código de Conduta do Cuidador Social, pela Portaria 04/2014 da SMAAS. O seu 4º artigo dispõe que:

{...}Art. 4º - São deveres do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado:

I - Levar ao conhecimento do coordenador/técnico do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS - assuntos relevantes de sua rotina do trabalho e que exigem orientação especial, mediação ou permissão;

II - Avaliar junto ao CRAS a pertinência de aceitar ou não convites do idoso e de sua família para eventos fora do seu horário de trabalho;

III - Comunicar ao coordenador do CRAS sempre que o idoso apresentar sinais de negligência, violência física ou emocional;

IV - Cumprir integralmente a carga horária prevista no contrato de trabalho, bem como a carga horária designada para cada idoso de acordo com orientações do CRAS;

V - Comunicar imediatamente ao CRAS e à entidade conveniada qualquer falta ou atraso ao trabalho comprovando seu motivo no prazo de 72 horas;

VI - Participar das capacitações sempre que convocado {...} (SMAAS, 2014).

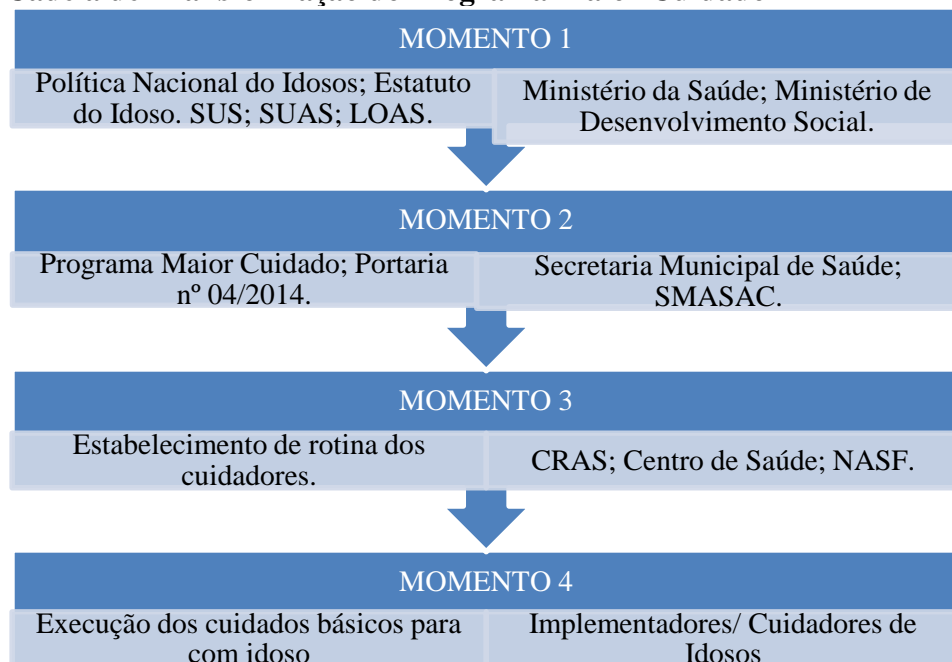
Cabe ressaltar: quando o idoso apresentar as situações de negligência, conforme inciso III, da referida Portaria, o cuidador deve comunicar ao CRAS, e este, após a identificação da violação de direitos, deve referenciar os idosos no CREAS, por meio do PAEFI, através de relatório protocolado para o Gerente Regional de Assistência Social (GERASC), como mencionado no subtópico 3.3.

Dessa forma, o cuidador deve seguir as rotinas de cuidado conforme as orientações estabelecidas pelas duas Secretarias (Saúde e Assistência Social). Salienta-se que o cuidador permanece na residência da pessoa idosa, algumas horas por dia, geralmente de 02

a 04 horas, de segunda a sexta-feira. O profissional do CRAS é quem determina o seu horário em cada casa. O cuidador também deve adequar, da melhor maneira possível, o ambiente para melhorar o conforto e bem-estar do idoso. Além disso, deve orientar a família na organização do cuidado, contribuir para a redução do estresse do cuidador familiar e facilitar a convivência comunitária. A SMAAS desenvolveu um questionário de pontuação, em que o técnico de referência do CRAS e o cuidador preenchem juntos. Desta forma, buscam identificar o fortalecimento da função protetiva da família, a inserção comunitária, a prevenção do isolamento, da exclusão e da institucionalização, a garantia de direitos, o acesso a benefícios, serviços públicos e o desenvolvimento da autonomia do idoso (SMAS, 2017).

Destaca-se que a presença desse trabalhador no domicílio tem o intuito de proporcionar uma *qualificação* no cuidado para com o idoso ao permitir uma readequação das atividades e da dinâmica familiar. E, assim, também favorece esse fortalecimento ao contribuir com a função protetiva da família. Neste sentido, ele atua como uma *ponte* entre o idoso, a família, a comunidade e as políticas públicas. Como visto no primeiro capítulo, eles podem ser denominados de burocratas de nível de rua. A partir dos estudos e da apresentação do quadro de Lotta (2010), buscou-se um referencial para a cadeia de transformação do Programa Maior Cuidado (Quadro 7).

Quadro 7 – Cadeia de Transformação do Programa Maior Cuidado



Fonte: elaborado pela autora a partir de Lotta (2010).

Como visto em Lipsky (1998), Arretche (2001) e Lotta (2010) em programa com diversos atores envolvidos há uma maior probabilidade na variedade de interesses e concepções na implementação e, por consequência, fortes tendências a não convergência. Por isso, a importância de os profissionais envolvidos conhecerem os objetivos coletivamente e estabelecerem o compromisso de responder às demandas e necessidades da população. É, portanto, nesse contexto que se assenta o Programa Maior Cuidado, numa relação intersetorial, que se define ainda pela alta interação entre os executores e o público destinatário, como visto em Nogueira (1998).

4. ANÁLISE DOS SUBPROCESSOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIOR CUIDADO PARA IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Este capítulo analisa os dados do PMC, a partir do Questionário destinado ao universo total dos 126 cuidadores¹⁰ e do Questionário destinado aos técnicos de referência dos 26 CRAS que possuem o Programa. O questionário buscou analisar o perfil dos cuidadores e técnicos de referência, tempo no Programa, percepção quanto ao grau de autonomia, capacitação, monitoramento e outros elementos que serão discutidos no decorrer deste capítulo.

A partir das informações obtidas pelos questionários foram realizadas entrevistas com a Diretora responsável pelo PMC na SMASAC, com a referência do programa pela SMAS e com a coordenadora responsável pelo PMC no Grupo de Desenvolvimento Comunitário (GDECOM). Também foi realizado grupo focal com uma supervisora e quatro cuidadoras do Programa. As questões, tanto do questionário quanto do roteiro de entrevistas e do grupo focal, enfatizam os subprocessos de implementação, incorporando a perspectiva da burocracia de nível de rua. A partir da análise das respostas sinalizadas pelas participantes, pela vertente da metodologia da avaliação da implementação dos subprocessos apontados por Draibe (2001) e demais autores vistos no primeiro capítulo, o estudo pretendeu identificar tanto os fatores facilitadores quanto os “nós” que ocorrem durante a implementação e como eles podem influenciar no cumprimento dos objetivos do Programa Maior Cuidado.

4.1 Perfil dos cuidadores e técnicos do PMC

O PMC conta com 126 cuidadores para a implementação do PMC, dos quais 114 responderam ao Questionário, o que representa 90,5% do índice de resposta.

¹⁰O questionário dos cuidadores foi aplicado nos dias (15, 17, 18 e 19 de outubro de 2018) durante a capacitação destinada a estes, sendo que cada dia foi considerado um bloco de CRAS de regionais diferentes. O questionário dos técnicos de referência do CRAS foi enviado, por e-mail, para todos os equipamentos, via Google Drive, para respostas do dia 17 a 26 de outubro de 2018. A partir dessa data foi realizado contato telefônico com os CRAS que ainda não tinham respondido e prorrogado o prazo para até 12 de novembro, no intuito de obter um número maior de respostas.

O Quadro 8, a seguir, mostra o panorama de CRAS por regional que possuem o Programa e o número de cuidadores tanto por CRAS quanto por regional. Vale lembrar que o Programa Maior Cuidado está presente nos 26 CRAS descritos no quadro, mas ainda faltam 08 para atingir a cobertura total dos 34 CRAS em Belo Horizonte. Neste quadro, observa-se que o contingente total de cuidadores por regional varia entre 06 a 21, Venda Nova e Norte, respectivamente. Salienta-se que, na regional Venda Nova, apenas o CRAS Apolônia possui o Programa, ficando com 06 cuidadores ao total tanto por CRAS quanto por regional. Nas demais regionais participam de dois a quatro CRAS. A média é de 05 cuidadores para cada CRAS.

Quadro 8 - Número de idosos e cuidadores por CRAS e por regional

Regional	CRAS	Nº cuidadores por CRAS	Nº total cuidadores por regional	Nº total respostas cuidadores por regional	%de respostas questionário por regional
Barreiro	Independência	05	14	10	71%
	Petrópolis	04			
	Vila Cemig	05			
Centro-Sul	Santa Rita de Cássia	05	13	13	100%
	Vila Fátima	05			
	Vila Marçola	03			
Leste	Alto Vera Cruz	03	11	09	82%
	Taquaril	04			
	Mariano de Abreu	04			
Nordeste	Arthur de Sá	06	11	09	82%
	Paulo VI	05			
Noroeste	Califórnia	05	17	14	82%
	Coqueiral	04			
	P. Prado Lopes	04			
	Senhor dos Passos	04			
Norte	J. Felicidade	05	21	21	100%
	Novo A. Reis	05			
	Providência	06			

	Zilah Spósito	05			
Oeste	Havaí Ventosa	08	13	12	92%
	Morro das Pedras	05			
Pampulha	Confisco	05	20	20	100%
	N. Ouro Preto	05			
	Santa Rosa	05			
	São José	05			
Venda Nova	Apolônia	06	06	06	100%
Total Geral	26	126	126	114	90,5%

Fonte: Dados SMASAC/Agosto 2018 e Questionário aplicado

A partir das respostas dos questionários, o Quadro 9 apresenta o perfil dos cuidadores, denominados pela literatura como burocratas de nível de rua, aqueles que traduzem o Programa no cotidiano, como abordado no primeiro capítulo. Nota-se um número expressivo de cuidadores do sexo feminino em detrimento ao masculino, 106 e 08, respectivamente. Como visto no capítulo dois, o papel do cuidado relaciona-se ao gênero feminino, e apesar de haver a profissionalização no campo do cuidado, o que se verifica é uma presença significativa da mulher ainda nesse papel. A maioria tem apenas o ensino médio, que já é um dos requisitos para trabalhar no Programa. Do universo total de respostas, apenas 03 possuem curso técnico, que pertencem à regional Leste, Pampulha e Venda Nova. A regional Pampulha tem a maior concentração de cuidadores que possuem curso superior incompleto ou completo, já as regionais Oeste e Nordeste não apresentaram essa qualificação. Quanto ao perfil referente à idade, 05 cuidadores se abstiveram. A idade oscilou entre 21 a 60 anos. Ressalta-se que 21 é a idade mínima para se inscrever para trabalhar no Programa. A maioria está na faixa etária entre 31 a 50 anos.

Quadro 9 - Perfil dos cuidadores por regional

Regional	Sexo cuidador(a)		Escolaridade			Perfil idade				
	Fem.	Masc.	Ensino Médio	Técnico	Sup.incom/compl	Não resp.	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
Barreiro	10	0	09	0	01	0	0	02	05	03
Centro-Sul	11	02	12	0	01	0	01	06	02	04
Leste	09	0	07	01	01	0	02	02	03	02
Nordeste	09	0	09	0	0	0	04	02	0	03
Noroeste	13	01	11	0	03	04	03	03	04	0
Norte	19	02	19	0	02	03	03	10	04	01
Oeste	11	01	12	0	0	0	02	04	04	02
Pampulha	18	02	14	01	05	01	03	05	07	04
Venda Nova	06	0	04	01	01	01	02	01	01	01
Total	106	08	97	03	14	09	20	30	30	20

Fonte: Dados SMASAC e Questionário aplicado

Do universo total de 114 respostas, 84 (73,7%) responderam ter experiência anterior como cuidador(a) antes de entrar para o programa. Os referidos profissionais estão no programa de 01 a 07 anos. A maior concentração está entre 01 a 03 anos, visto que 81 cuidadores (71,5%) responderam estar neste período conforme o Quadro 10, a seguir.

Quadro 10 - Experiência e tempo no PMC dos cuidadores por regional

Experiência anterior como cuidador(a)	Tempo no PMC							
	Sim	Não	Sem inf.	Até 01 ano	01 a 03 anos	03 a 05 anos	05 a 07 anos	Sem inf/
Regional	08	01	01	03	01	01	04	01
Barreiro	08	01	01	03	01	01	04	01
Centro-Sul	09	04	0	05	05	01	02	0
Leste	06	03	0	04	04	01	0	01
Nordeste	07	02	0	03	04	0	02	0
Noroeste	11	03	0	05	05	02	0	02
Norte	15	06	0	08	07	02	01	02
Oeste	07	05	0	06	03	01	02	0
Pampulha	17	03	0	06	10	0	03	01
Venda Nova	04	02	0	03	02	01	0	0
Total	84	29	01	43	81	10	14	07

Fonte: Questionário aplicado

Dos 26 CRAS que possuem o Programa, 23 participaram da pesquisa, o que representa 88,5% do índice de respostas. Quanto ao perfil dos técnicos do CRAS, a maior parte da referência técnica do Programa é do sexo feminino. Do universo total de respostas, 16 são do sexo feminino e 07 são do sexo masculino. Nas regionais: Leste, Nordeste, Noroeste, Oeste e Venda Nova todas as referências têm formação em psicologia. No total, são 16 psicólogos e 07 Assistentes Sociais. Das 23 respostas, 12 possuem especialização e 01 tem mestrado ou doutorado. Destaca-se que 18 pessoas responderam ter menos de 01 ano no Programa e apenas 01 respondeu ter mais de 05 anos no Programa.

Quadro 11 - Perfil dos técnicos por regional

Regional	Sexo		Formação		Escolaridade			Tempo no PMC- Anos				
	F	M	A.S	Psi.	Nível Sup.	Esp.	Mest./Dout.	- 1 ano	1a2	2a3	3 a 5	+ 05
Barreiro	03	0	02	01	01	02	0	01	01	01	0	0
Centro-Sul	01	02	01	02	03	0	0	03	0	0	0	0
Leste	02	01	0	03	0	03	0	03	0	0	0	0
Nordeste	02	0	0	02	01	01	0	01	0	01	0	0
Noroeste	02	01	0	03	03	0	0	03	0	0	0	0
Norte	01	02	0	03	01	01	01	03	0	0	0	0
Oeste	02	0	02	0	0	02	0	01	01	0	0	0
Pampulha	02	01	02	01	01	02	0	02	0	0	0	01
Venda Nova	01	0	0	01	0	01	0	01	0	0	0	0
Total	16	07	07	16	10	12	01	18	02	02	0	01

Fonte: Questionário aplicado

4.2 A perspectiva dos atores sobre a implementação do PMC

Além do esforço em identificar o perfil dos atores envolvidos na execução do Programa, também buscou-se analisar qualitativamente cada sistema elaborado pela autora Draibe (2001) de forma a conseguir caracterizar a Anatomia do Processo Geral de Implementação do Programa Maior Cuidado (Quadro 12).

Quadro 12 - Sistemas e Categorias para análise da Implementação do Processo Geral de Implementação do PMC

Sistemas ou Subprocessos (Draibe, 2001)	Categorias
Gerencial e Decisório	A relação entre as duas Secretarias-SMS e SMASAC e GDECOM Grau de influência nas decisões Hierarquia na estrutura do programa

Divulgação e Informação	Fluxo de Informação Agilidade no fluxo de informação
Seleção	Prévio conhecimento Habilidades
Capacitação	Existência e periodicidade de treinamento e capacitação
Logístico e Operacional	Operacionalização dos fluxos na cadeia de implementação Recurso
Monitoramento e Avaliação	Acompanhamento Registro de atendimentos Reuniões entre as Secretarias Retorno dos registros Periodicidade de visita de supervisor

Fonte: Elaboração própria a partir dos autores estudados

Estas e outras questões compõem a análise de cada subprocesso apresentado por Draibe (2011) com vistas a caracterizar a Anatomia do Processo Geral de Implementação do PMC com a contribuição dos demais autores, visto no primeiro capítulo. Vale destacar que nas entrevistas surgiram informações que extrapolam os documentos formais do programa estudados previamente bem como vários relatos evidenciam os nós críticos nos subprocessos de implementação do programa. Para facilitar a leitura, foram utilizadas siglas para identificação das respostas e falas dos entrevistados como demonstra o Quadro 13.

Quadro 13 - Siglas utilizadas na transcrição das respostas do Questionário e falas dos entrevistados

SMASAC	A
SMAS	B
CUIDADORES	C
SUPERVISOR	S
TÉCNICO	T
GRUPO FOCAL	F
GDECOM	G

Fonte: Elaboração própria.

As perguntas utilizadas no Questionário tanto para os cuidadores quanto para os técnicos de referência dos CRAS, nas entrevistas e no grupo focal foram classificadas e agrupadas. Buscou-se apresentar os resultados de todas as informações coletadas e relacioná-las com a pesquisa documental e bibliográfica deste trabalho.

4.3 Sistema Gerencial e Decisório

Como visto no primeiro capítulo, o *Sistema Gerencial e Decisório* refere-se à estrutura organizacional que norteia a implementação do programa. Salienta-se que algumas informações agrupadas neste sistema foram sinalizadas nos questionários e nas entrevistas como um todo. As relações hierárquicas entre os atores envolvidos na cadeia de transformação do programa foram percebidas, principalmente, no fluxo de operacionalização das atividades rotineiras, a partir do ponto de vista de cada participante.

Observa-se que 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, como percebido em alguns relatos:

S – 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.

F – A saúde faz aquela Rotina de Cuidado, só que nem sempre a gente consegue fazer a rotina de cuidado

C - Cada um trabalha de um jeito, né?

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 ele tem um certo grau de autonomia ao influenciar nessas questões. A partir das respostas dos questionários, 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%) como pouca e 18 (15,7%) como nenhuma. Isso demonstra também uma assimetria na condução do programa de regional para regional e até de CRAS para CRAS.

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, mesmo quando algumas atribuições não estão muito claras. No questionário dos técnicos de referência buscou-se identificar a articulação e o fluxo entre a Saúde e Assistência Social no PMC. A grande maioria, 17 (73,9%), considera como boa, 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. Segundo o próprio técnico CRAS, ele acaba por assumir atribuições do Programa que não estão muito claras. Pode-se perceber que a autonomia revela-se também nestes momentos em que os próprios profissionais criam e estabelecem o próprio curso de ação a ser seguido, como conta em alguns trechos:

T - A 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.

T – 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.

T - A Gestão de Pessoas; organização da planilha com as escalas dos cuidadores (penso que deveria ser executada totalmente pela GDECOM); conflito no que se refere às competências da GDECOM, PBH, Saúde, Supervisão (GDECOM) e Técnico CRAS.

Nesta perspectiva, os relatos corroboram a relevância em perceber a fase da implementação como aprendizado, como visto em Silva e Melo (2000); principalmente em casos como o do Programa Maior Cuidado, cujos atores da ponta (cuidadores e técnicos do CRAS) possuem a capacidade de exercerem significativo grau de autonomia

4.4 Sistema de Divulgação e Informação

Como visto no primeiro capítulo, o *Sistema de Divulgação e Informação* refere-se ao fluxo de informações básicas sobre o programa, como a clareza dos seus objetivos e o *modus operandi*. Desta forma, as perguntas desta pesquisa buscaram principalmente identificar se os atores envolvidos compreendiam os objetivos do programa e conheciam as suas principais normativas. A maioria dos entrevistados respondeu que a finalidade do programa é melhorar a qualidade de vida dos idosos em situação de vulnerabilidade. De forma geral, estas informações condizem com os objetivos a serem alcançados pela normativa. Veja-se alguns exemplos:

C - 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.

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

C - Percebo que o PMC veio para ajudar as famílias poderem descansar um pouco o familiar cuidador, ajuda muito o idoso no seu dia a dia.

C - Aproxima os familiares. Melhora a higiene pessoal, auto-estima e recuperação da saúde do idoso (tipo idoso que teve AVC volta a ter movimentos, tipo caminhar, etc.)

C - Vínculo afetivo com os idosos; melhora na qualidade de vida e saúde, interação do idoso com a comunidade.

T - Ofertar qualidade de vida no processo de envelhecimento do idoso.

T - Dispensar atenção e cuidado com o idoso em situação de vulnerabilidade e propiciar auxílio ao cuidador familiar.

T - Ajudar no cuidado de idosos que pertencem ao território do CRAS, advindos de famílias com baixa renda.

Nesta categoria, também buscou-se verificar como se dá a circulação e o fluxo de informações relevantes para o bom funcionamento do programa. Do universo de 114 cuidadores, 75 (65,8%) pessoas responderam que nos casos de violação comunicam ao técnico de referência do CRAS, 13 (11,4%) comunicam ao supervisor da GDECOM, 25 (21,9%) comunicam tanto ao técnico do CRAS quanto ao supervisor do GDECOM e apenas um (0,87%) respondeu que comunica ao da saúde. Quanto ao conflito familiar, 73 (64%) cuidadores responderam que comunicam ao CRAS, 19 (16,6%) ao supervisor do GDECOM e 21 (18,42%) para os dois. Neste caso, percebe-se uma sutil alteração, em virtude do aumento de 06 respostas, no fluxo de informação para o supervisor em detrimento ao CRAS. Mas, ainda assim, percebe-se uma razoável clareza quanto aos encaminhamentos necessários, visto que a maioria assinalou, nos dois casos, comunicar ao CRAS, como previsto no art. 4, III, da Portaria nº 004/ 2014 - SMAAS. Por outro lado, vale destacar que embora esteja estabelecido na normativa, o fluxo do encaminhamento ao CRAS, existe uma presença significativa do GDECOM nas respostas, como foi identificado nas entrevistas e grupo focal:

G – Quando o cuidador identifica uma violação é repassado ao CRAS(...) O fluxo, já existe, já existe uma relação estabelecida do CRAS, cuidadores e supervisão (pausa) e as reuniões de GT e Pré-GT nos CRAS, é...(pausa) quando eles identificam fazem esse relato direto pro CRAS ou quando é uma coisa muito próximo ao Pré-GT ou no GT, que são os grupos, né? Mas quando é anterior a isso, ele já entra em contato com a **supervisão**, com o CRAS(...)então existe um fluxo estabelecido e assim como existe a mediação do cuidador, do supervisor e do acompanhamento sistemático das técnicas do CRAS... então... já existe um fluxo.

S – Geralmente, isso aí, é uma das funções do cuidador. Se ele identificar caso de violação ou conflito dentro do atendimento é função dele de informar o CRAS e supervisor (pausa) às vezes, o cuidador tem dificuldade de passar o que ele viu dentro da casa, e, às vezes, nem é medo de falar e sim como falar. Então, o supervisor tá ali do lado dele e faz essa mediação.

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; já 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); e 04 (17,3%)

responderam não concordar com nenhuma das afirmações indicadas. Apresentam-se algumas respostas:

T - Definição pouco clara dos papéis de cada Instituição envolvida no PMC: CRAS, GDECOM e Centro de Saúde.

T - O próprio cuidador apresenta algumas dificuldades de entender quando deve procurar a saúde, quando deve procurar o técnico de referência para dúvidas. Os canais de comunicação dos cuidadores com as equipes do PSF ainda são muito frágeis passando desnecessariamente pelo CRAS.

T - Dificuldade na efetivação de alguns fluxos e papéis pactuados com a Saúde.

T - Falta de clareza das famílias quanto às atribuições do Programa e o papel do cuidador.

Nota-se uma determinada 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.

De maneira geral, apesar dos desafios encontrados na cadeia de implementação do Programa, ele é percebido como positivo para a melhora na qualidade de vida do idoso, o que indica que ele tem alcançado, mesmo que parcialmente, o seu objetivo. 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, 06 (26,01%) totalmente e não houve nenhuma marcação na opção negativa. Vejam-se alguns exemplos dessas respostas:

T - 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).

T - Ainda que reconheça inúmeros desafios, lacunas e limitações, é claramente visível para mim a melhoria na qualidade de vida - e aqui, não me cabe falar só da saúde do idoso e família, mas também a vários outros aspectos, tais como: relacionais, de acesso às políticas públicas, de reconhecimento do idoso como sujeito de direitos, etc.

T - 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.

T – Precisa de uma atuação mais efetiva da intersectorialidade entre as áreas envolvidas no programa.

T - Percebo que, apesar do número insuficiente de cuidadores para atender a grande demanda e da necessidade de aprimoramento de alguns fluxos, o Programa é bem-sucedido e de extrema importância para às famílias e idosos atendidos. O Maior Cuidado também é um importante e necessário apoio na efetivação do PAIF no território.

T – 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.

C - O programa é de grande valia para os idosos, pois na maioria das vezes, os idosos são cuidados/atendidos somente pelo Maior Cuidado, alguns moram sozinhos, outros nem têm parentes/filhos.

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

C - Apesar das dificuldades ou empecilhos que deparamos, o objetivo final é alcançado, o bom atendimento e de qualidade.

A partir das respostas obtidas, pode-se inferir no *Sistema de Divulgação e Informação* que os objetivos do Programa estão claros e bem definidos para os atores envolvidos.

4.5 Sistema de Seleção e Sistema de Capacitação

Como as informações referentes aos *Sistemas de Seleção e de Capacitação* complementam-se, elas foram agrupadas neste subcapítulo para qualificar a análise. As respostas referentes aos dois sistemas refletem sobre a abordagem inicial do Programa Maior Cuidado, ao evidenciar como é realizado o recrutamento dos cuidadores e como eles são preparados para exercer suas funções dentro do Programa. Tanto no sistema de seleção quanto no de capacitação, o principal responsável é o GDECOM, como identificado:

S – O processo de seleção para o cuidador entrar no programa fica a cargo da instituição. Ele seleciona, entrevista, né, faz treinamento, tudo é feito pelo GDECOM.

G – Tem uma orientação nossa também, principalmente, na Capacitação Introdutória quanto aos critérios e fluxos do programa.

Em entrevista, a responsável pelo PMC no GDECOM informou que o fato de o cuidador ter o curso técnico ou superior não interfere no recrutamento, pois o principal objetivo é que ele tenha o perfil para ser um cuidador social. Logo, a questão de uma regional concentrar o maior número de cuidadores com o nível de escolaridade acima do estabelecido é aleatório. A não ser que seja solicitado essa exigência por alguma regional, o que não é o caso. Não é rotineiro, mas costuma acontecer do CRAS solicitar especificamente cuidador masculino, em virtude de demandada família. 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 programa como muito importante e os demais como importante para a sua atuação profissional. Observa-se que apesar de ter uma previsão para a capacitação acontecer bimestralmente, na prática, não tem acontecido tão fielmente. Para ilustrar seguem trechos das entrevistas:

F – Tivemos capacitação antes de entrar e continuamos tendo.

S – 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 tão 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.

O sistema de capacitação tem o apoio, mesmo que não de maneira integral, da SMASAC, como observado no grupo focal:

S – No início tinha a participação da gerência, né, o dia todo. Só que a gente tinha três profissionais lá dentro, a gente tinha uma de manhã, por exemplo, e outra ia de tarde, elas se revezavam. Agora, hoje em dia, como a referência só trabalha pela manhã, ela só participa no período da manhã, mas ela sempre tá lá.

F – A gerência sempre tá lá, nem que seja um horário.

A ausência de capacitação para os técnicos de referência foi sinalizada como um fator dificultador para a execução do Programa, como evidenciado no Questionário de Técnicos de CRAS:

T - Falta de capacitação do técnico de referência do PMC.

T – A falta de metodologia e capacitação para o programa.

T - Baixa interação entre a PBH (nível central) e técnicos.

De acordo com as entrevistas, a seleção e treinamento dos cuidadores são realizados pelo GDECOM, mas este segue as orientações da SMASAC. Conforme os relatos do GDECOM e conforme previsto no marco organizacional do programa, 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. Nem sempre a SMASAC consegue participar de forma efetiva dos espaços de capacitação. A participação mais efetiva da SMASAC nestes momentos, de capacitação até o recrutamento, pode favorecer à formação e capacitação do cuidador social que trabalha, diariamente, com idosos em situação de vulnerabilidade. Em entrevista, a SMASAC informou que já está prevista essa capacitação para os técnicos de referência, como consta em trecho da entrevista:

A – Nós programamos capacitação do técnico de referência do PMC, mas não conseguimos por muitas variáveis, como a mudança de local da Secretaria. Mas, está nas prioridades para 2019, tanto que está planejado para o primeiro trimestre de 2019.

A criação e institucionalização de espaços de treinamento e trocas de experiências pode ser um caminho para o aprimoramento dos sistemas de informações, de seleção e de capacitação, dando maior legitimidade e viabilidade operacional ao programa. Acrescenta-se que essa aproximação, com capacitações periódicas e sistemáticas, remete à implementação pelo enfoque *bottom-up*, como apontado pelos autores Silva e Melo (2000). Desta maneira, com a criação de um espaço de trocas de conhecimentos e experiências, os gestores também podem aprender com a implementação, denominado de *implementação como aprendizado* por Silva e Melo (2010).

4.6 Sistema Logístico e Operacional

O *Sistema Logístico e Operacional* está voltado à suficiência dos recursos financeiros e a maneira estabelecida para execução das ações. Neste sentido, buscou-se, a partir de perguntas sobre as atividades rotineiras dos entrevistados, identificar as principais

dificuldades enfrentadas em seus processos assim como identificar o fluxo de operacionalização do programa e o seu recurso.

O recurso do Programa Maior Cuidado é proveniente do Recurso Ordinário do Tesouro (ROT), a entrevistada da SMASAC disponibilizou a seguinte informação:

A – 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 SMSA, esta ponderou que o recurso do ROT está no valor de quatro milhões para o PMC, mas ainda é muito insuficiente, visto que desde a sua criação, em 2011, foi solicitado dois mil 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, como apontado:

S – O dimensionamento do Programa Maior Cuidado é inferior à necessidade. Quando ele foi pensado. Ele foi pensado a partir dos dados de uma pesquisa que eu tinha feito parte e nessa pesquisa que era um inquérito da saúde de Belo Horizonte, a gente verificou que 16 % dos idosos tinham, é...(pausa), alguma dificuldade para realizar as atividades diárias. Desses 16%, 8% tinha uma dependência grave. Desses que tinham dependência grave em pelo menos uma das atividades, 3,3%; 3,4% tinham dependência para todas as atividades. Então, nós, dimensionamos da seguinte forma: à época, esse valor entre 3,3% e 3,4% significavam nove mil idosos no município. Desses nove mil idosos, 75% eram dependentes exclusivamente do SUS. Então, davam seis mil pessoas. Dessas seis mil, dois mil, ou seja, um terço estava em área CRAS. Por isso, ele já nasce para cobrir as duas vulnerabilidades: a vulnerabilidade do cuidado e a vulnerabilidade social. Só que das duas mil que a gente solicitou a gente só conseguiu 126 cuidadores. 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.

Salienta-se que, no momento da entrevista na SMS, surgiram informações para além dos documentos formais estudados previamente sobre a concepção do Programa. Desta forma, a pesquisa de campo evidencia a sua importância para compreender melhor o objeto pesquisado. Observa-se o Ministério da Saúde na composição da Cadeia de Transformação para implementação do Programa conforme proposto por Lotta (2010) e adaptado pela pesquisadora.

Ressalta-se que a forma como o Programa é operacionalizado foi nomeado por Lotta (2010) de *fator relacional*, ou seja, a maneira como é organizada a condução das normativas dependeu também da dinâmica estabelecida pelos atores envolvidos. 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 Assistência indica o idoso para a Saúde e esta decide pela inclusão ou não. Apesar do número de respostas significativas quanto a escolha em conjunto entre as duas políticas, ainda assim o Programa demonstra ser executado de forma diferente entre as regionais, em virtude das variações na seleção da inserção dos idosos, bem como dos relatos.

Nogueira (1998) nomeou de *dimensão da gestão* a organização das equipes de trabalho como o funcionamento da organização conforme as regras desenhadas. Considerando essa dimensão é possível identificar evidências de maior ou menor flexibilidade referente às alterações no contexto da implementação, como identificado nas seguintes falas:

S - Tem CRAS que dá retorno não só para supervisão, mas também para o cuidador do que vai ser feito, como exemplo, né, questão de consulta ou mesmo na abordagem do CRAS. Já têm territórios que são mais restritos, a gente fica um pouco sem esse retorno, não que não dê, mas uns dão mais, né, dão com mais frequência.

C – Muito diferente a forma de trabalhar de um CRAS pro outro.

Vale destacar que, nesta organização cotidiana, pode ocorrer a prevalência da discricionariedade dos atores envolvidos - daqueles que traduzem a política -, como visto em Lipsky (1996), Nogueira (1998), Arretche (2001) e Lotta (2010). Veja-se alguns relatos:

S – Aí, né, 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.

C – É relativo demais. Já tive reuniões de GT que foram, só nós cuidadoras, e o técnico do CRAS, ninguém mais foi. Não foi cancelado, nós fizemos o GT.

T - 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 intersetorialidade, muitas vezes, na prática, não acontece.

B – 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.

Acrescenta-se que o Programa pode ser configurado como sendo de alta interação e baixa programabilidade, como visto em Nogueira (1998), devido a intensa particularidade em cada caso. É possível ilustrar com as seguintes falas:

S – 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.

F – Eu trabalho conforme a necessidade do idoso e conforme a família também, porque, às vezes, por exemplo: aí, eu quero que dá o banho na minha mãe só na segunda, quarta e sexta. Então, você não vai dar a semana inteira, vai dar segunda, quarta e sexta, né? Por mais que esteja na Rotina de Cuidado, né, porque a gente tenta seguir, mas respeitando a família.

F – A saúde faz aquela Rotina de Cuidados, só que nem sempre a gente consegue entrar e fazer aquela Rotina de Cuidado, né, porque, querendo ou não, a gente tem que respeitar o espaço da família e do idoso.

Mais uma vez, 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. Estes relatos podem ser indícios de como os burocratas de nível de rua, abordados por Lipsky (1980) e outros autores vistos no primeiro capítulo, são relevantes para adequar as ações governamentais às especificidades de determinada realidade.

Dessa forma, pode-se inferir que o *sistema logístico e operacional* também pode ser aprimorado a fim de potencializar o alcance dos resultados pretendidos pelo Programa. Visto que os nós identificados no sistema de divulgação e informação, como a necessidade de maior clareza quanto aos fluxos estabelecidos, e, em alguns casos, até mesmo a necessidade em institucionalizar fluxos pode fortalecer o sistema logístico e operacional.

4.7 Sistema de Monitoramento e Avaliação

No *Sistema de Monitoramento e Avaliação* buscou-se identificar os possíveis mecanismos e instrumentais que possibilitem as correções de processos e rotas do Programa. Foi identificado que o Grupo de Trabalho - GT - é compreendido como mecanismos de monitoramento, visto sua utilidade como espaço para monitorar e avaliar tanto o acompanhamento de caso quanto ao aspecto da saúde quanto 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. Nessas visitas, o supervisor também verifica horário do cuidador, frequência, além de participar do GT como consta nos relatos:

S – 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.

Cabe ressaltar que a entrevistada da SMS assumiu provisoriamente e temporariamente a referência do Programa. Então, no âmbito da gestão, não há monitoramento efetivo, sendo colocado como um ponto de atenção pela entrevistada:

S – Eu não sei o quanto de monitoramento acontece em termos de gestão. Eu sei que acontece para os casos, mas não acho que houve de gestão, né? Na minha opinião, até agora. Preliminarmente, né, a gente foi em sete distritos dos nove (pausa) e o que a gente observa é que, no território, CRAS e Centros de Saúde conversam, então isso aí, já tá acontecendo.

S – Têm alguns instrumentos do programa, inclusive de vulnerabilidades, que a gente podia tá utilizando de uma forma sistemática. Porque o instrumento pensado na época, foi a Cristina e o pessoal da assistência, mas foi um instrumento manufaturado, né? E, eu acho, que a gente pode utilizar instrumentos em que a gente poderia ter condição de fazer isso de uma forma mais sistematizada, entendeu?

S – Ainda não foi demonstrado sua efetividade como instrumento de gestão. Mas as pessoas que têm o Maior Cuidado sabem que ele faz a diferença e os que não têm desconhecem o potencial dele (...) uma pesquisa (...) ele surge espontaneamente na fala dos idosos como um programa que demonstra uma Cidade Amiga do Idoso. Então, isso pra nós, é de uma riqueza, de um ganho. E quem fala isso nem são os idosos que têm o programa, são os idosos da região que conhecem o programa, porque sabem que alguém vai lá cuidar da D. Fulana lá, que vai ajudar a dar banho, que vai ajudar a comer e que isso faz a diferença na vida da família. Então, ele tá subdimensionado, mas ele é absolutamente necessário.

No ponto de vista da entrevistada pela SMASAC, o monitoramento na assistência ocorre, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, e chama a atenção para a importância da participação da saúde nos GT, como consta em alguns trechos:

A – A gente tem dificuldades nessas agendas dos GTs, mas eu acho que ele tem até ampliado, assim, a gente tem recebido menos informação de dificuldade de parte da saúde do que a gente recebia um tempo atrás (...) talvez nos territórios onde a área de abrangência de CRAS tenha mais de um Centro de Saúde o desafio seja maior.

A – Normalmente, a cada fim de ano, no Relatório de Gestão, o CRAS avalia como foi, né, o Maior Cuidado e durante o ano, acontecem reuniões com a saúde, normalmente mensal. É uma reunião de gestão com a referência da saúde para o acompanhamento e monitoramento do programa.

A – O GT tem papel importante para o monitoramento. O preenchimento da planilha do Maior Cuidado pelo técnico também.

Ainda, no decorrer da entrevista realizada na SMASAC, foi identificada a demanda para que o CRAS tratasse as questões apresentadas pelo cuidador, em uma reunião prévia. Esta reunião surgiu a partir das mudanças no percurso da execução, proveniente da necessidade de ampliação de espaços de discussão, como consta a seguir:

A – A ideia do GT é desde a implantação, mas por exemplo: o que hoje é uma reunião prévia (cuidadores, supervisor e CRAS), ela surgiu de sugestão de alguns serviços, para que o CRAS escutasse as questões que o cuidador ia apontar no GT, até para alinhar o discurso, né? Mesmo porque o técnico do CRAS não tem disponibilidade para parar a cada hora, a cada momento para tratar a questão de cada cuidador. Então foi criado esse espaço e isso foi uma inovação.

Em relação à integração do PMC com o PAIF, 21 (91,3%) pessoas responderam que existe uma atenção especial dos técnicos do PAIF para o acompanhamento das famílias do PMC. Apenas 02 (8,7%) pessoas responderam que não existe uma atenção especial para as famílias do PMC, são todas igualmente famílias do PAIF. Esta questão pode ser traduzida como a qualificação do Programa ao principal serviço ofertado pelo CRAS, PAIF.

Por meio das respostas dos atores envolvidos e pelas descrições apresentadas no decorrer deste capítulo, percebe-se que ambas as políticas possuem um canal institucionalizado (GT) onde acontecem reuniões periódicas mensais para discussão e acompanhamento dos casos, bem como intervenções voltadas à prevenção e ao fortalecimento de vínculos. Nesse sentido, ao dimensionar que se trata de um programa intersetorial, pode-se inferir que ele qualifica o PAIF.

Observa-se que as problemáticas de monitoramento e avaliação podem ser um dos nós mais críticos na implementação do Programa, mas poderia ser amenizado com acompanhamento mais sistematizado tanto no que concerne a gestão do programa quanto a um monitoramento mais sistemático para a atuação dos cuidadores. De certa forma, este gargalo pode rebater nos subprocessos da cadeia de implementação do Programa Maior Cuidado. Percebe-se por meio das respostas 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 de um 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 ponto deve ser objeto de estudos posteriores.

A ideia de que as fases do ciclo de vida das políticas públicas devem ser flexíveis, considerando as especificidades dos territórios e as ações dos agentes executores, corrobora para que os gestores do programa busquem informações locais a fim de aprimorar o monitoramento e corrigir possíveis caminhos de rota. Essa condução remete à implementação como um aprendizado, em que ela retroalimenta a política.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação procurou oferecer subsídios para melhor compreensão acerca dos processos de implementação do Programa Maior Cuidado, voltado ao atendimento de idosos no contexto de vulnerabilidade social. Vale lembrar que o trabalho buscou responder as seguintes questões: como os subprocessos da implementação estão sendo desenvolvidos e em que dimensões tais processos são mais frágeis? Quais os principais elementos ou nós existentes na cadeia de operação do Programa colocam problemas para a implementação? O Programa vem sendo executado de forma padronizada nas nove regionais? Qual tem sido a autonomia por parte dos agentes de ponta do PMC (técnicos e cuidadores) para implementar mudanças nas rotinas e fluxos do mesmo? Quais as percepções dos atores envolvidos sobre o alcance dos resultados ou objetivos do PMC?

O objetivo geral foi analisar a implementação do Programa Maior Cuidado, com vistas a identificar os nós críticos na cadeia de execução do programa. A análise bibliográfica sobre implementação e sobre políticas de cuidado, bem como para os idosos forneceu a base para pensar as categorias utilizadas na pesquisa. Dessa forma, foram sistematizados os elementos principais que norteiam o Programa, como o seu objetivo, as atribuições dos atores envolvidos bem como as suas diretrizes. Utilizando resgate de fontes secundárias e também dados primários. Os resultados obtidos na pesquisa foram categorizados e analisados sob a perspectiva da autora Draibe (2001), com a contribuição dos outros autores estudados.

Neste sentido, observa-se a descentralização das atividades diárias e a autonomia dos atores envolvidos na implementação, como a característica principal da estrutura organizacional do Programa Maior Cuidado. O principal agente da cadeia de implementação – o cuidador – tem elevado grau de discricionariedade para determinar a forma como executa as suas atividades diárias. Outro agente executor são os técnicos de referência do CRAS, eles também possuem autonomia para realizar a execução do programa, mesmo que algumas atribuições não estejam efetivamente constituídas. Observa-se, em alguns aspectos, a execução realizada de forma não unificada pelas regionais. De certa maneira, o fato de a execução nas nove regionais não estar padronizada ratifica a autonomia exercida pelos agentes da ponta, bem como evidencia como as suas ações podem influenciar nos subprocessos da cadeia de implementação do Programa. Acrescenta-se que o Programa tem a capacidade de qualificar o PAIF na sua operacionalidade ao convergir para o alcance dos

objetivos propostos (como melhorar a qualidade de vida e fortalecer os vínculos familiares e comunitários, dentre outros).

O Programa Maior Cuidado apresenta uma complexa cadeia de execução, com ampla divulgação sobre os objetivos propostos. O fluxo de informação e logístico apresentou estar delimitado para o cuidador, mas nos CRAS apresentou lacunas quanto à sua operacionalidade. Nota-se a existência de capacitação destinada aos principais agentes executores (o cuidador), mesmo que não seja com a periodicidade estabelecida. Quanto aos técnicos de CRAS, não há previsão de capacitação na normativa, mas a criação e institucionalização de espaços de capacitação e trocas de experiências para esses profissionais, assim como uma maior aproximação do nível regional e central de maneira mais sistemática na execução do programa, pode potencializar, inclusive, o aprimoramento dos sistemas de informações e logística, dando maior agilidade no fluxo informacional, bem como viabilidade operacional ao programa.

Percebe-se o monitoramento e avaliação como os principais nós críticos da implementação, pois apesar de estar previsto na normativa, conter formulários e registros de avaliação, nota-se certa ausência do acompanhamento e avaliação de maneira sistemática, tanto no nível central quanto regional. Um efetivo processo de monitoramento e avaliação contribuem para a captação de dados e informações basilares para a continuação ou imperativo de alterações na própria execução do Programa. Destaca-se que o GT instituído na normativa como instrumento de monitoramento, de fato, assume papel importante como espaço intersetorial para acompanhamento dos casos. Contudo, é necessária a efetiva participação de todos os envolvidos na cadeia de operações do Programa.

Ressalta-se que os nós críticos identificados aparentam não impedir o alcance do objetivo principal - a melhora na qualidade de vida dos idosos em situação de vulnerabilidade, segundo a percepção dos atores envolvidos. A natureza da pesquisa qualitativa não permite generalizar resultados, embora possa evidenciar padrões nas experiências relatadas pelos atores da cadeia de implementação.

Esta dissertação, no entanto, contou com algumas limitações. A ausência de dados relacionados à quantidade de idosos em situação de vulnerabilidade em cada área do CRAS, número de casos de negligência contra o idoso e quantidade de ações voltadas a esse

público-alvo acabou por restringir uma análise mais aprofundada sobre as políticas públicas para essa população no município. Por outro lado, o presente estudo não se esgota nesta dissertação. Analisar o Programa à luz dos processos de implementação suscitou inúmeras outras inquietações que poderão ser objeto de análise em futuras investigações, uma vez que o fenômeno do envelhecimento populacional é irreversível e deve ser pauta recorrente na agenda de políticas públicas.

Ainda que de forma não exaustiva, o trabalho permitiu identificar de forma mais consistente algumas impressões acerca do processo de execução do Programa. O olhar sobre a experiência da implementação do Programa Maior Cuidado corrobora a necessidade de se acompanhar a sua execução, não no sentido de apontar erros e falhas, e sim de aprimorar processos a fim de que realmente garanta a sua efetividade.

REFERÊNCIA

ARANTES, Rodrigo Caetano; CÔRTE, Beltrina. A longevidade nas notas de falecimento. **Revista Kairós**. São Paulo. 2009; 6:102-13. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2683>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

ARRETCHE, Marta Tereza da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Tendências e perspectivas de políticas e programas sociais**. São Paulo: ICE/PUC-SP, 2001.

ASSIS. M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: Saúde do idoso: a arte de cuidar. Assuero, Luiz Saldanha; Caldas, Pereira Célia (organizadores). Rio de Janeiro: Interciência 2º ed., 2004.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – a tradução do direito à proteção básica: uma contribuição de BH**. Org. Aidê Almeida Cançado/Belo Horizonte: PBH/ASCOM, 2013.

BELO HORIZONTE. Diário Oficial da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **PORTARIA SMAAS Nº 004/2014 - Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado**. Belo Horizonte: PBH, 2014.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Lei nº 11.065, 01 de agosto de 2017. **Institui Reforma Administrativa**. Diário Oficial do Município.

BELO HORIZONTE. PORTARIA SMAAS Nº 004/2014. **Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado**. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1116962>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG 2018/2021**.

BELO HORIZONTE. **Cuidadores de Idosos constroem o próprio Código de Conduta**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=73177&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **PBH lança Programa Maior Cuidado**. 2011 Disponível em: <<http://fapmg.org.br/plus/modulos/noticias/ler.php?cdnoticia=378>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. Subsecretaria de Assistência Social-Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica. **Programa Maior Cuidado - Projeto Cuidador de Idosos/2018**.

BELO HORIZONTE. **Programa de Atendimento ao Idoso**. Disponível em: <<https://bhmetaseresultados.pbh.gov.br/content/programa-de-atendimento-ao-idoso>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **Programa Maior Cuidado inova em atendimento aos idosos da capital**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=45805&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **Políticas para a Pessoa Idosa.** 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/direito-e-cidadania/informacoes/politicas-para-a-pessoa-idosa>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **PBH oferece atendimento domiciliar para a Pessoa Idosa.** 2017. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-oferece-atendimento-domiciliar-para-idosos>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

BELO HORIZONTE. **Prefeitura Implementa Reforma Administrativa.** 2017. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-implementa-reforma-administrativa>>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRANDÃO, Giselle Reis. **Cuidar do ofício para melhor cuidar:** uma investigação em clínica da atividade junto aos cuidadores de pessoas com deficiência mental em uma organização privada, em Minas Gerais. 2012. 236 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências, Belo Horizonte.

BRASIL. **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.** Regulamento Técnico - que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Lei nº 8.742 de 7 de setembro de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 dez. 1998.

BRASIL. **Resolução Nº 109,** de 11 de novembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Estatuto do Idoso:** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, out. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso,** cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 jan. 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994,** que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 03 jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília; 1997.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VII. Da ordem social, Capítulo II, Seguridade Social. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei do SUAS. Lei 12.435 de 6 de junho de 2011 que altera a Lei 8.742 de 1993. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB RH/SUAS. Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB SUAS**, 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. **Conferência Nacional dos Direitos dos Idosos. Regimento Interno**. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/2a-conferencia/4-regimento-interno-ii-cndpi-2008>

BRASIL. **Os Desafios para a valorização dos Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social**. In: Cadernos da Assistência Social, Brasília, n. 1, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2008. CAPACITA SUAS, v. 1, 2 e 3.

BRASIL. **Guia Prático de Política, Programas e Projetos do Governo Federal para a população idosa**. Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Brasília, 2015.

PROGRAMA Maior Cuidado. Projeto cuidador. **Qualificando e Humanizando o cuidado: uma experiência intersetorial**. Slide Share Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/CONASS/programa-maiorcuidado-projetocuidados>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

CABRAL, Maria do Socorro Reis. As políticas brasileiras de seguridade social: previdência social. **Capacitação de políticas sociais**. Brasília: CEFESS/ ABEPSS/CEAD/NED/ UnB, 2000.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia, organizadores. **Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 253-292. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf>. Acesso em: 29 ag. 2018.

COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. Política, instituições e estratégia de implementação. Elementos para a análise de políticas e projetos sociais. In: CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. **Gestão Social: o que há de novo?** v. 2. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004, p. 31-46.

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

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no Brasil. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Org. **Implementação de Políticas Públicas, teoria e prática**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. PY, Ligia et al. (orgs). **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro. NAU Editora, 2004.

GDECOM. **Grupo de Desenvolvimento Comunitário**. Disponível em: <<http://www.gdecom.org.br/index.php/projetos/maior-cuidado/>>. Acesso em: 01 de set. 2018.

GUIMARÃES, Nadya Araújo. HIRATA, Helena Sumiko. SUGITA, Kurumi. 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, 2012. Cap. 5, p. 79-102.

HILL, Michael. Implementação: uma visão geral. In: SARAVIA, Enrique, FERRAREZI, Elisabete. (org). **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310620&search=minas-gerais|belo-horizonte|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

KINGDON, John W. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAVIA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete (org.). **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1. p. 219-225.

KINGDON, John W. Juntando as coisas. In: SARAVIA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete (org.). **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1. p. 225-247.

LIPSKY, Michael. **Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services**. Russel Sage Foundation. New York, 1980.

LIPSKY, Michael. **Los empleados de base em la elaboración de políticas públicas**. In: BRUGUÉ, Quim; SUBIRATS, Joan. *Lecturas de gestión pública*. Madrid: MAP, 1996.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. **Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas de trabalho do Assistente Social na área da saúde**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELLOS, Ana Maria (Orgs.). *Saúde e serviço social*. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese (Doutorado) – Departamento de Ciência Política da USP, São Paulo, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Estilos de implementação: ampliando o olhar para análise de políticas públicas**. In: Encontro Nacional de Administração Pública e Governança, 3, 2008, Salvador. Anais. Salvador: EnAPG, 2008.

MOLINER, Pascale. Ética e trabalho do *care*. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo. **Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care**. São Paulo: Atlas, 2012. Cap. 2, p. 29-43.

MOREIRA, Jucielene Carneiro. **Qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Belo Horizonte**. 2017. Mestrado – UFMG, MG, 2017.

MOURÃO, Marcelo Alves; PASSOS, Aléxia Dutra Balona; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersetorialidade**. Belo Horizonte: Únika, 2011.

NOGUEIRA, Roberto Martínez. **Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales: entre el diseño y la evaluación: el papel crucial de la implementación de los programas sociales**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Martinez. **Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico**. Série Políticas sociales, n. 24. Chile: Cepal, 1998.

PAZ, Serafim Fortes. A Política Nacional do Idoso: considerações e reflexões. **A Terceira Idade**, v. 24, n. 58, 2013.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 2. Ed. Reimp. Florianópolis: Departamento de Ciência da Administração. UFSC, 2012.

SARTINI, Cristina M., CORREIA, Arlene M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Revista Pensar BH**, Belo Horizonte, n. 31, 2012.

SILVA, Pedro L. Barros, MELO, Marcus A. Barreto. O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Caderno NEPP/UNICAMP**, Campinas, n.48, p.1-16.

SMAS. Subsecretaria Municipal de Assistência Social. Diretoria de Proteção Social Básica/Gerência de Gestão dos Serviços de Proteção Social Básica. **Passo a Passo do Programa Maior Cuidado**. Belo Horizonte, 2017.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, 2006, p. 20-45.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e Trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

UFMG. **Diagnóstico sobre o Envelhecimento da população idosa em Belo Horizonte**. Relatório. Vol.1. UFMG, 2017.

APÊNDICE A - Roteiro do Grupo Focal com a supervisora e as cuidadoras do PMC

A. Trajetória pessoal (idade, sexo, escolaridade, onde trabalhava antes de entrar no programa).

- 1) Há quanto tempo você trabalha no programa? Como ficou sabendo do programa?
- 2) Você teve algum tipo de capacitação ou treinamento antes de iniciar no programa? Tem treinamento periódico? Se sim, com que frequência tem treinamento? Os temas abordados no treinamento contribuem para seu trabalho cotidiano? Existe algum tema ou questão que você gostaria que fosse abordada em uma capacitação e que ainda não foi abordada na capacitação?
- 3) Como você vê o processo de realização das atividades que foram planejadas? As atividades planejadas são efetivamente executadas? Quando não, por que isso acontece?
- 4) Descreva um pouco sua rotina de trabalho. Existe uma rotina mais ou menos fixa? Você pode alterar essa rotina?
- 5) Descreva como se dá o planejamento das ações do PMC no Cras em que você trabalha. Qual a periodicidade com a qual ele é feito? Quem participa desse processo? Você pode opinar algo nesse planejamento? A sua opinião tem alguma influência para alterar a agenda?
- 6) Na sua percepção, quais são os principais atores e/ou instituições que estão “ao redor” do trabalho do PMC que podem condicionar o melhor desempenho?
- 7) Na sua opinião, quais são os objetivos do PMC? Você considera que eles estão sendo alcançados?
- 8) A quem você se reporta quando tem algum problema ou dificuldade no dia a dia do trabalho?
- 9) Acontecem reuniões ou encontros de monitoramento do programa? Se sim, com qual frequência? Tem algum retorno delas? Já houve alguma mudança de procedimento após monitoramento?
- 10) Existe algum sistema de registro do seu trabalho? Como é feito? Para quem é encaminhado? Você tem algum retorno desse registro?
- 11) Quais as maiores dificuldades que você percebe para realização do seu trabalho? E as facilidades?
- 12) Existe um fluxo institucionalizado para as ações do PMC? Existem definições e orientações claras sobre os procedimentos a serem realizados no âmbito do programa?
- 13) Houve mudanças na condução/execução do programa ao longo do tempo? Quais foram?
- 14) Quantas famílias você acompanha atualmente? Esse número se mantém estável ao longo dos meses? Ou sofre muitas alterações? Por que?

15) Como é decidido o seu horário de trabalho e tempo em cada casa do idoso? Você tem autonomia para alterar conforme a demanda do dia? A quem deve reportar essa decisão e quando?

16) O que poderia ser melhorado na gestão do Programa, em sua opinião?

17) Como você vê o seu trabalho? Como se sente em relação a ele?

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas com SMASAC e SMS

A. Trajetória pessoal (idade, sexo, escolaridade, onde trabalhava antes de entrar no programa).

- 1) Qual sua atribuição em relação ao PMC? Qual seu papel do programa?
- 2) Quais seriam os objetivos do PMC? Você considera que os objetivos estão sendo alcançados? Por que?
- 3) Como você percebe o GT? Qual o papel do GT? Você considera que ele funciona? O que poderia ser alterado na forma de atuação do GT?
- 4) Quais as maiores dificuldades que você percebe para a execução do PMC? E os facilitadores?
- 5) Como você percebe a relação com a SMS (ou com SMASAC), na execução desse Programa? Existem obstáculos ou entraves? Quais seriam? E os pontos facilitadores?
- 6) Existe um fluxo institucionalizado para as ações do PMC? Existem definições e orientações claras sobre os procedimentos a serem realizados no âmbito do programa?
- 7) Acontecem reuniões ou encontros de monitoramento do programa? Se sim, com qual frequência? Tem fluxo institucionalizado de retorno desse monitoramento? Já houve alguma mudança de procedimento após monitoramento?
- 8) Existe algum controle ou monitoramento dos cuidadores e técnicos de referência para o acompanhamento dos idosos do programa? Quando acontece uma denúncia (de má conduta do cuidador, de dificuldades enfrentadas no trabalho), qual o encaminhamento?
- 9) Na sua percepção, quais são os principais atores e/ou instituições que estão “ao redor” do trabalho do PMC que podem condicionar o desempenho do Programa?
- 10) Existe reunião de gestão entre as Secretarias e GDECOM? Se sim, com qual frequência? Quais seriam os objetivos de tais encontros? Tem algum registro do que é discutido nesses encontros?
- 11) Como você percebe o seu trabalho para a implementação do PMC? Como se sente em relação a ele?
- 12) O que poderia ser melhorado na gestão do programa, em sua opinião?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevistas com referência do GDECOM

A. Trajetória pessoal (idade, sexo, escolaridade, onde trabalhava antes de entrar no programa).

1) Qual sua trajetória profissional? Você trabalha há quanto tempo na instituição? Você tem outras atribuições no GDECOM?

2) Como se dá o processo de seleção dos cuidadores? Quais critérios vocês consideram mais importantes na hora de selecionar um cuidador? Tem participação da PBH? Eles pedem algum perfil específico? O fato de ter curso técnico ou ensino superior influencia?

3) Você considera o perfil adequado para o trabalho a ser realizado junto aos idosos e suas famílias? É avaliado o perfil do cuidador para esse trabalho específico na assistência social-trabalhar com idoso e família em situação de vulnerabilidade social?

4) Como é a rotina de trabalho dos cuidadores? Existe uma rotina ou “cada dia é um dia”? GDECOM que organiza a rotina? O cuidador tem alguma autonomia para alterar?

5) Quais as principais dificuldades que você identifica para a execução do Programa? (em relação às famílias, em relação ao órgão gestor da política, em relação aos CRAS...)

6) E os principais facilitadores para execução do programa?

7) Existe algum controle ou monitoramento dos cuidadores para com o acompanhamento com os idosos? Quando acontece no caso de uma denúncia, qual o encaminhamento?

8) Existe um fluxo institucionalizado para as ações do PMC? Existem definições e orientações claras sobre os procedimentos a serem realizados no âmbito do programa?

9) Acontecem reuniões ou encontros de monitoramento do programa? Se sim, com qual frequência? Quais atores participam? Tem algum retorno delas? Já houve alguma mudança de procedimento após monitoramento?

10) Como você vê o seu trabalho no PMC? Como se sente em relação a ele?

11) O que poderia ser melhorado na gestão do programa, em sua opinião? Como é em relação à Secretaria de Saúde e Assistência, você saberia dizer?

12) Quais são os objetivos do PMC, em sua opinião? Você considera que eles estão sendo alcançados?

APÊNDICE D –Questionário - Cuidadores do Programa Maior Cuidado (PMC)

Este Questionário é um dos instrumentos da pesquisa de dissertação sobre o tema do Envelhecimento e Políticas Públicas: um estudo de caso sobre o Programa Maior Cuidado. Peço sua contribuição para compartilhar estas informações pertinentes ao Programa. É muito importante sua participação e desde já agradeço! O questionário é anônimo e seu preenchimento não leva mais que alguns minutos!

Nome do CRAS de referência: _____

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino () Outros
3. Escolaridade: _____
4. Você já trabalhou como cuidador (a) antes de entrar para o PMC? Sim () Não ()
5. Há quanto tempo está no Programa? _____
6. Quantos idosos você atende atualmente? _____
7. Existe uma frequência estabelecida para as visitas aos idosos que você acompanha?
 - () Sim, existe; e é cumprida na maior parte das vezes
 - () Sim, existe; mas nem sempre é possível cumprir a agenda
 - () Não existe uma frequência estabelecida. Vai de cada caso.
8. Qual a influência que você tem na definição das frequências dessas visitas?
 - () Muita influência () Pouca influência () Nenhuma influência
9. Com que frequência você se depara com situações que envolvem violações de direitos dos idosos que você acompanha?
 - () Com muita frequência () Com pouca frequência () Nunca
10. Quando você se depara com uma situação que envolve violação de direitos, qual o encaminhamento?
 - () Comunico à técnica de referência do PMC no CRAS
 - () Comunico aos técnicos da Saúde
 - () Comunico à supervisora do GDECOM
 - () Comento com meus colegas, mas não reporto o fato a nenhuma instituição
 - () Não se aplica (para quem respondeu NUNCA na pergunta acima)
11. Quando existe algum problema nas relações entre as famílias/idosos, o que você faz?
 - () Comunico à técnica de referência do PMC no CRAS
 - () Comunico aos técnicos da Saúde
 - () Comunico à supervisora do GDECOM
 - () Comento com meus colegas, mas não reporto o fato a nenhuma instituição
 - () Não se aplica (para quem respondeu NUNCA na pergunta acima)
12. Você considera que tem todo o conhecimento e habilidades que precisa para fazer bem o seu trabalho como cuidador? () Não () Sim, parcialmente () Não, totalmente

13. Como você avalia a capacitação que o PMC oferece para a sua atuação profissional? ()
Nada importante () Pouco importante () Importante () Muito importante

14. No dia a dia na casa do idoso você consegue fazer tudo como foi combinado?
() Sim, de forma bastante próxima ao que foi combinado
() Sim, mas existem atividades que realizo que não foram combinadas
() Não, o trabalho que faço no dia a dia é bem diferente do que foi combinado

15. Você tem algum retorno dos registros que você faz diariamente?
() Não () Sim, totalmente () Sim, parcialmente

16. Você considera o sistema de registro atual o mais adequado para informar as suas atividades realizadas?
() Não () Sim, totalmente () Sim, parcialmente

17. Você considera que os objetivos do PMC estão sendo alcançados?
() Não () Sim, totalmente () Sim, parcialmente.

18. Em caso negativo, o que pode estar interferindo para o alcance dos objetivos?

19. Cite pelo menos três dificuldades ou facilidades que você percebe no seu trabalho como cuidador do PMC:

20. E quanto aos resultados? Qual sua percepção sobre os principais resultados que o programa alcança junto às famílias e aos idosos atendidos?

APÊNDICE E – Questionário - Técnicos de referência do Programa Maior Cuidado (PMC)

Este Questionário é um dos instrumentos da pesquisa de dissertação sobre o tema do Envelhecimento e Políticas Públicas: um estudo de caso sobre o Programa Maior Cuidado. Peço sua contribuição para compartilhar as informações pertinentes ao Programa. É muito importante sua participação e desde já agradeço! O questionário é anônimo e seu preenchimento não leva mais que alguns minutos!

Nome CRAS de referência: _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino () Outros

Escolaridade: _____

Formação:

() Assistente social

() Psicólogo (a)

1. Há quanto você está como técnico de referência do programa? _____

2. Existem sistemas de monitoramento para acompanhar o desempenho do PMC?

() Sim. Como é feito? _____

() Não

3. Existem definições de atribuições claras entre os atores envolvidos na execução do PMC?

() Sim

() Não

4. Existe um fluxo institucionalizado para as ações desenvolvidas no âmbito do PMC?

() Sim

() Não

5. Quais seriam, na sua opinião, os objetivos do PMC?

6. Você considera que os objetivos do Programa estão sendo alcançados?

() Sim, totalmente

() Sim, parcialmente

() Não

7. Em caso negativo, o que pode estar interferindo para o alcance dos objetivos do PMC?

8. Quando existe algum problema nas relações entre as famílias/idosos e os cuidadores, qual é o procedimento?

9. O planejamento das ações no âmbito do PMC é realizado de forma conjunta pelos técnicos da Saúde e da Assistência?

- Sim, totalmente
 Sim, parcialmente
 Não

10. Cite pelo menos três dificuldades que você enfrenta no seu trabalho como técnico(a) de referência do PMC:

11. E quanto aos resultados? Qual sua percepção sobre os principais resultados que o programa alcança junto às famílias e aos idosos atendidos

APÊNDICE F –Número de idosos e cuidadores por CRAS e por regional**Quadro A- Número de idosos e cuidadores por CRAS e por regional**

Regional	CRAS	Nº Idosos CRAS	Nº cuidadores por CRAS	Nº total idosos por regional	Nº total cuidadores por regional	Nº respostas questionário por regional
Barreiro	Independência	21	05	50	14	10
	Petrópolis	15	04			
	Vila Cemig	14	05			
Centro-Sul	Santa R. de Cássia	23	05	56	13	13
	Vila Fátima	17	05			
	Vila Marçola	16	03			
Leste	Alto Vera Cruz	13	03	44	11	09
	Taquaril	13	04			
	Mariano de Abreu	18	04			
Nordeste	Arthur de Sá	25	06	45	11	09
	Paulo VI	20	05			
Noroeste	Califórnia	22	05	91	17	14
	Coqueiral	24	04			
	P. Prado Lopes	29	04			
	Senhor dos Passos	16	04			
Norte	J. Felicidade	21	05	86	21	21
	Novo A. Reis	23	05			
	Providência	21	06			
	Zilah Spósito	21	05			
Oeste	Havaí Ventosa	24	08	39	13	12
	Morro das Pedras	15	05			
Pampulha	Confisco	20	05	71	20	20
	N. Ouro Preto	15	05			
	Santa Rosa	18	05			
	São José	18	05			
V. Nova	Apolônia	26	06	26	06	06
Total Geral	26	508	126	508	126	114

Fonte: Dados SMASAC (Ag.2018) e Questionário aplicado