

NOTAS TÉCNICAS Nº IDB-TN-2889

Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos

Peter Lloyd-Sherlock
Karla Giacomini
Poliana Fialho de Carvalho
Lucas Sempé

Banco Interamericano de Desenvolvimento
Divisão de Proteção Social e Saúde

Janeiro 2024



Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos

Peter Lloyd-Sherlock
Karla Giacomini
Poliana Fialho de Carvalho
Lucas Sempé

Banco Interamericano de Desenvolvimento
Divisão de Proteção Social e Saúde

Janeiro 2024

Catálogo na fonte fornecida pela
Biblioteca Felipe Herrera do
Banco Interamericano de Desenvolvimento
Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária
para idosos / Peter Lloyd-Sherlock, Karla Giacomini, Poliana Fialho de Carvalho,
Lucas Sempé.

p. cm. - (Nota técnica do BID ; 2889)

Inclui referências bibliográficas.

1. Population aging-Brazil. 2. Older people-Care-Brazil. 3. Long-term care
facilities-Brazil. 4. Social policy-Brazil. 5. Primary care (Medicine)-Brazil. I.
Lloyd-Sherlock, Peter. II. Giacomini, Karla Cristina. III. Carvalho, Poliana Fialho
de. IV. Sempé, Lucas. V. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Divisão
de Proteção Social y Saúde. VI. Série.
IDB-TN-2889

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2024 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esta obra está licenciada sob uma
licença Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>).
Os termos e condições indicados no link URL devem ser atendidos e o respectivo reconhecimento
deve ser concedido ao BID.

Além da seção 8 da licença acima, qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes de tal
licença deve ser conduzida de acordo com as Regras de Mediação da OMPI. Qualquer controvérsia
relacionada ao uso das obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente deverá ser
submetida à arbitragem de acordo com as regras da Comissão das Nações Unidas sobre Direito
Comercial Internacional (UNCITRAL). O uso do nome do BID para qualquer finalidade que não seja
atribuição e o uso do logotipo do BID estarão sujeitos a um contrato de licença por escrito separado
entre o BID e o usuário e não está autorizado como parte desta licença.

Observe que o link da URL inclui termos e condições que são parte integrante desta licença.

As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem
necessariamente a posição do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria Executiva,
ou dos países que eles representam.



scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/SocialProtection

Programa Maior Cuidado: uma intervenção integrada de base comunitária para idosos¹

Peter Lloyd-Sherlock², Karla Giacomini³, Poliana Fialho de Carvalho⁴, Lucas Sempé⁵

Resumo

Este relatório apresenta uma visão geral de uma nova intervenção comunitária para idosos que vivem em bairros carentes da cidade brasileira de Belo Horizonte: o Programa Maior Cuidado (PMC). Desde 2011, o PMC é administrado em conjunto pelas Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social para apoiar idosos dependentes que vivem em famílias vulneráveis. Essas famílias recebem até 20 horas de apoio por semana de profissionais de apoio ao cuidado familiar. Os Centros de Saúde e os Centros de Referência de Assistência Social realizam análises conjuntas mensais dos casos e trabalham em estreita colaboração com os cuidadores contratados como profissionais de apoio aos cuidados familiares para antecipar e responder a novos problemas. Entre 2011 e dezembro de 2022, 3.062 famílias receberam ou continuam a receber apoio.

Com base num conjunto de avaliações qualitativas e quantitativas, mostramos que o PMC funciona de forma eficaz e parece gerar uma série de efeitos positivos. Estes efeitos incluem a melhoria da saúde e do bem-estar dos idosos, reduzindo o stress e a sobrecarga dos cuidadores familiares e a melhor eficiência da utilização dos serviços ambulatoriais de saúde e internações hospitalares. O PMC também oferece uma valiosa oportunidade de subsistência para os cuidadores que emprega. Uma análise de custos estima que o custo mensal per capita do PMC em Abril de 2023 foi de R\$916,2 (173 dólares), o que é substancialmente inferior ao de intervenções alternativas.

¹ Este documento foi desenvolvido com o apoio da Agence Française de Développement (AFD) através da cooperação técnica do BID RG-T3839, e do projeto de trabalho econômico e setorial do BID RG-E1871.

² PhD Peter Lloyd-Sherlock lidera atualmente uma série de projetos, incluindo um centro de conhecimento global sobre a COVID-19 e pessoas idosas em países de baixo e médio rendimento (<https://corona-older.com/>), bem como projetos de investigação na África do Sul, Brasil, Argentina e México. Estes incluem projetos que apoiam o desenvolvimento de informações digitais e centros de recomendação sobre serviços de cuidados de longa duração.

³ PhD Karla Giacomini é uma renomada geriatra brasileira. Atua como geriatra na Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Belo Horizonte desde 1999, na Coordenadoria de Atenção à Saúde do Idoso. É pesquisadora e professora da Fiocruz, Pontifícia Universidade Católica e Universidade Federal de Minas Gerais. Atua em sociedades acadêmicas de geriatria e gerontologia e atualmente é vice-presidente do Centro Internacional de Longevidade- Brasil.

⁴ MSc Poliana Carvalho é doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto Rene Rachou e participa da pesquisa do projeto de Avaliação do processo de implantação do Programa Maior Cuidado em duas cidades brasileiras.

⁵ PhD Lucas Sempé é pesquisador da Queen Margaret University, Reino Unido. A sua investigação centra-se em intervenções que promovem a intersecção entre saúde, assistência social e educação em países de baixo e médio rendimento.

Estas avaliações positivas levaram o município de Belo Horizonte a ampliar o programa e o Ministério da Saúde a apoiar projetos piloto semelhantes em outras cidades. Avaliações futuras desses projetos piloto irão somar-se às evidências disponíveis sobre o PMC e sua potencial adequação para outras partes do Brasil e países similares.

Palavras-chave: Cuidado a longo prazo; pessoas mais velhas; atenção primária à saúde.

Classifica JEL: I10, J14, H5, J18



Lista de siglas

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social do Município de Belo Horizonte
PACF	Profissional de apoio aos cuidados familiares
ILPI	Instituição de Longa Permanência para idosos
PAI	Programa Acompanhante de Idosos, Município de São Paulo
PMC	Programa Maior Cuidado, Município de Belo Horizonte
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Introdução

Responder aos desafios do envelhecimento da população em países de baixa e média renda

Em 2021, havia mais de 300 milhões de pessoas com 70 anos ou mais em países de baixa e média renda (Nações Unidas, 2022). Até 2050, prevê-se que o número de pessoas com 70 anos ou mais nos países de baixa e média renda seja três vezes maior do que nos países de alta renda e exceda um bilhão até 2056 (Nações Unidas, 2022). O envelhecimento da população em países de baixa e média renda ocorre em contextos de recursos limitados para serviços de saúde e, na melhor das hipóteses, de sistemas de assistência social incipientes. Sem respostas políticas substanciais, estas tendências irão rapidamente sobrecarregar a capacidade dos serviços. Nos países de alta renda, a integração entre a saúde e a assistência social, com foco na prestação comunitária, é vista como essencial para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Reed et al, 2021). Os benefícios potenciais de estratégias integradas centradas na comunidade incluem a prevenção ou o tratamento oportuno de condições que, de outra forma, exigiriam cuidados hospitalares, evitando internações hospitalares por condições passíveis de cuidados ambulatoriais e reduzindo atrasos na alta hospitalar (Lloyd-Sherlock et al, 2020). Este relatório examina os efeitos de uma intervenção realizada no Brasil.

No Brasil, o número de pessoas com 70 anos ou mais quase triplicará entre 2020 e 2050, passando de 13 para 37 milhões (Nações Unidas, 2022). Devido às incapacidades e às comorbidades crônicas prevalentes, cerca de 20% desta população é atualmente dependente de cuidados, com taxas mais elevadas entre os pobres (Aranco et al., 2022; Peroni et al., 2023). De 2009 a 2015, pessoas com 60 anos ou mais representaram 29% das internações hospitalares no Brasil e 52% das internações em unidades de terapia intensiva (Dias e de Barros, 2019). De 2000 a 2013, 31% dos gastos com internações hospitalares de pessoas com 60 anos ou mais foram para condições passíveis de tratamento em outros ambientes (de Souza e Peixoto, 2017). Uma pesquisa sobre internações de pessoas com 60 anos ou mais no Rio de Janeiro relatou que 2.260 casos permaneceram por mais de um ano, principalmente devido a cuidados inadequados na comunidade (Romero et al. 2010).

A grande maioria das pessoas idosas em países de baixa e média renda com necessidades de cuidados continuam a viver no domicílio e a receber apoio não remunerado de familiares (OMS, 2021). No entanto, o acesso ao apoio familiar está longe de ser completo. Uma pesquisa nacional no Brasil constatou que 51% das mulheres idosas e 45% dos homens idosos com necessidades de cuidados e que viviam com adultos mais jovens relataram não receber tal apoio (Camarano, 2017). Existem evidentes lacunas na vontade e na capacidade das famílias para prestarem cuidados aos membros mais velhos, numa base não remunerada e sem apoio. Estas lacunas estimularam o crescimento de outros tipos de prestação de cuidados de longa duração. Estas incluem a rápida expansão de instalações residenciais de cuidados de longa duração, tais como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Por exemplo, em 2010, o Sindicato de Prestadores de Serviços Gerontológicos da Argentina estimou que o país tinha 6.000 residenciais de cuidados. No Brasil, durante a pandemia de COVID-19, mais de 7.000 lares de idosos aderiram a uma nova rede nacional de prestadores (Carvalho et al, 2022). Normalmente, a

responsabilidade por estas instalações é compartilhada entre agências governamentais, com os Ministérios do Desenvolvimento Social/Assistência/Bem-estar muitas vezes assumindo o papel principal.

Há, no entanto, provas crescentes de que as ILPI não representam a melhor opção para satisfazer as necessidades de cuidados de muitas pessoas idosas. Em primeiro lugar, a grande maioria dos idosos prefere permanecer nas suas próprias casas ou viver com familiares, sempre que possível (OMS, 2015). Em segundo lugar, existem evidências emergentes de má qualidade e fraca regulamentação das ILPI, muitas das quais são operadas pelo setor privado (Lloyd-Sherlock et al, 2021a). Além disso, o custo de criação e funcionamento de ILPI, garantindo ao mesmo tempo que cumprem normas e padrões de cuidados aceitáveis, é consideravelmente mais elevado do que o que a maioria das pessoas idosas em países de rendimento baixo e médio pode suportar (Lloyd-Sherlock et al., 2021a). Nos últimos 25 anos, em resposta a preocupações semelhantes, muitos países de alta renda procuraram desenvolver abordagens alternativas para permitir que os idosos permanecessem em casa, garantindo ao mesmo tempo que as suas necessidades continuassem a ser satisfeitas (OMS, 2015). Nos países de baixo e médio rendimento, os governos nacionais e locais começam agora a considerar estratégias semelhantes (Lloyd-Sherlock et al., 2020b; Cafagna et al., 2019).

Como parte deste novo pensamento sobre a política de cuidados a longo prazo, há uma consciência crescente sobre os benefícios potenciais de uma forte integração dos cuidados a longo prazo e dos serviços de saúde para os idosos (The Kings Fund, 2018). Evidentemente, existem fortes ligações entre problemas de saúde, fragilidade e necessidades de cuidados na vida adulta. As condições crônicas e comorbidades estão associadas ao declínio funcional gradual, enquanto episódios de saúde mais agudos (por exemplo, quedas ou acidentes vasculares cerebrais) geralmente desencadeiam um início mais repentino de necessidades de cuidados (OMS, 2015). Bons cuidados de saúde na velhice podem reduzir a procura global de cuidados de longa duração. Por exemplo, o tratamento eficaz de doenças crônicas como a hipertensão reduz significativamente o risco de episódios agudos como o acidente vascular cerebral, que por sua vez é uma das principais causas de incapacidade e, portanto, de dependência de cuidados entre os idosos (Campbell et al., 2019). Da mesma forma, a colaboração eficaz entre profissionais de cuidados de saúde primários e cuidadores familiares pode reduzir o risco de quedas, bem como condições como infecções do trato urinário, uma das principais causas de hospitalização de pessoas idosas em países de baixa e média renda (de Souza e Peixoto, 2017).

Mesmo antes do início da pandemia de COVID-19, surgiram evidências dos benefícios que podem resultar da integração entre os cuidados continuados e os serviços de saúde convencionais para os idosos (Sempé, Billings e Lloyd-Sherlock, 2019). Estas podem incluir uma utilização mais eficiente dos serviços de saúde e melhores resultados de saúde - tanto para os idosos como para os seus cuidadores. Durante os primeiros meses da pandemia da COVID-19, uma série de falhas políticas resultaram na má coordenação entre as ILPI e os serviços de saúde. Estas incluíram falhas na priorização do fornecimento de equipamento de proteção ao pessoal das ILPI, uma vez que não foram categorizados como trabalhadores de saúde (Nyashanu, Pfende e Ekpenyong, 2020).

Estas experiências suscitaram apelos a uma integração profunda ou “estrutural” dos serviços de saúde e cuidados para os idosos, para se tornarem partes de um único sistema (Harvey et al., 2018; Lloyd-Sherlock et al., 2019). É reconhecido que a maioria dos países de alta renda abraçou algum tipo de integração, embora com resultados mistos (The Kings Fund, 2018). Formas de integração mais superficiais e cosméticas têm sido implementadas com relativa facilidade. Por exemplo, em 2018, o Departamento de Saúde do Reino Unido foi renomeado como Departamento de Saúde e Assistência Social, e isto foi logo seguido por um novo plano de integração de serviços (National Audit Office, 2019). No entanto, a fusão de estruturas institucionais que se desenvolveram de forma independente ao longo de décadas revelou-se uma agenda muito desafiadora (The Kings Fund, 2018). Há uma consciência crescente de que a integração eficaz requer mudanças fundamentais nos modelos de formação, oferta e comportamento profissional e deve resolver desconexões profissionais, culturais e institucionais múltiplas e profundamente enraizadas nos cuidados de saúde e nos cuidados de longa duração. Os países de baixa e média renda poderiam beneficiar destas lições enquanto os seus serviços para os idosos se encontram em fases iniciais de desenvolvimento.

Intervenções para apoiar idosos dependentes de cuidados que vivem na comunidade.

Este relatório descreve e apresenta resultados de avaliações de uma intervenção que está em operação na cidade brasileira de Belo Horizonte desde 2011: o Programa Maior Cuidado (PMC). A Seção 1 deste relatório fornece uma descrição detalhada do PMC. Os principais recursos incluem:

- √ Operação conjunta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS).
- √ Foco nos idosos dependentes que vivem em famílias vulneráveis em bairros desfavorecidos.
- √ As famílias recebem até 20 horas de apoio por semana de profissionais de apoio aos cuidados familiares.
- √ Entre 2011 e dezembro de 2022, 3.062 famílias receberam ou continuam a receber apoio.
- √ Os centros de saúde e os postos de assistência social trabalham em estreita colaboração com os profissionais de apoio aos cuidados familiares, incluindo avaliações mensais conjuntas de casos de pessoas idosas incluídas no programa.

O PMC partilha algumas semelhanças com intervenções noutros locais da América Latina e do Caribe e de países de alta renda, mas é único em dois aspectos específicos.

a) Programa Maior Cuidado é profundamente intersetorial.

Nos países de alta renda, quase todas as intervenções para prestar cuidados domiciliários às pessoas idosas são realizadas separadamente por agências de assistência social ⁶ (tais como

⁶Nos países de alta renda, a assistência social é mais comumente referida como serviços sociais ou trabalho social. Usamos o termo assistência social para abranger todos estes rótulos.

visitas de profissionais de saúde para ajudar nas atividades diárias) ou por agências de saúde (tais como visitas periódicas de profissionais de equipes de saúde multidisciplinares) (Rytter et al, 2010; Wan, Mitchell e Maier, 2021). Na América Latina e no Caribe, pode-se observar uma divisão semelhante. Exemplos do primeiro incluem o Programa de Assistentes Personais do Uruguai (Divisão de Avaliação, 2020). Exemplos de esquemas operados exclusivamente por agências de saúde incluem o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) na cidade de São Paulo, Brasil (Andrade et al, 2020; Peroni et al, 2023). O PMC é diferente porque é genuinamente intersetorial.⁷ Este relatório examinará como esta colaboração intersetorial funciona na prática e avaliará o seu efeito.

b) Programa Maior Cuidado representa uma nova categoria de profissional de apoio ao cuidado familiar.

Nos países de baixa e média renda, há um número crescente de pessoas que trabalham em cuidados remunerados a idosos, tanto através do setor privado como através de diferentes regimes governamentais (Waisgrais et al, 2018). Esses trabalhadores recebem vários níveis de treinamento e supervisão. Exclusivamente no PMC, estes trabalhadores estão totalmente integrados nas equipes locais de saúde e assistência social, tanto no que diz respeito ao recebimento de apoio como ao fornecimento de atualizações sobre a situação da pessoa idosa e da sua família.

Estes dois aspectos do PMC distinguem-no de outras intervenções. O principal objetivo deste relatório é avaliar se funcionam bem na prática e como afetam a vida dos idosos vulneráveis dependentes de cuidados e das suas famílias.

O relatório está estruturado da seguinte forma. A Seção 1 fornece uma descrição detalhada do PMC e do contexto em que ele opera. A Seção 2 avalia a eficácia do funcionamento do PMC na prática. A Seção 3 avalia os efeitos do PMC nas pessoas idosas, nas suas famílias e nas pessoas que emprega como profissionais de apoio aos cuidados familiares. A Seção 4 avalia os efeitos do PMC na utilização dos serviços de saúde pelos idosos. A seção 5 apresenta uma análise de custos e benefícios. A Seção 6 avalia o potencial de aprendizagem do PMC em outras cidades. A Seção 7 apresenta lições e áreas principais para pesquisas futuras.

⁷ A intersectorialidade é definida como uma abordagem colaborativa, abrangendo vários ministérios, agências governamentais, organizações não governamentais e outros grupos, com o objetivo comum de abordar uma questão específica (Amri, Chatur & O'Campo, 2022). Neste relatório, definimos "intersectorialidade profunda" como um elevado grau de colaboração, no qual as organizações parceiras desempenham um papel substancial. Isto não deve ser confundido com intervenções multidisciplinares, que incluem diversos conjuntos de profissionais, mas apenas de um órgão governamental, ou com cuidados de saúde integrados, que geralmente se referem a ligações entre diferentes componentes do sistema de saúde.

Seção 1

Programa Maior Cuidado: Contexto e recursos principais.

Serviços de saúde e assistência social no Brasil.

Comparado a outros países de baixa e média renda, o Brasil possui uma infraestrutura de serviços de saúde abrangente e bem desenvolvida, centrada no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é gerido principalmente pelos governos municipais e inclui um forte foco na atenção primária à saúde baseada na comunidade (Macinko e Harris, 2015). As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pelo encaminhamento e coordenação entre os serviços do SUS, além de atuar como ponte entre o sistema de saúde e as comunidades locais. O polo institucional deste serviço é a Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Brasil também possui um Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estruturado em linhas bastante semelhantes às do SUS, embora com menos recursos ou alcance. O foco principal do SUAS é a inclusão social por meio da gestão da concessão de benefícios não contributivos, incluindo uma pensão assistencial, o Benefício de Prestação Continuação (BPC). É também responsável por um conjunto diversificado de programas de serviços sociais e de assistência social para grupos populacionais vulneráveis, incluindo pessoas idosas que vivem em bairros pobres. Assim como o SUS, o SUAS possui uma estrutura de gestão altamente descentralizada, com atendimento em bairros carentes por meio de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) mais especializados (Borges, 2012). Os CRAS não cobrem todos os distritos rurais ou urbanos do Brasil: em vez disso, estão localizados principalmente em áreas consideradas relativamente carentes.

A justificativa para o desenvolvimento de uma intervenção comunitária integrada para idosos dependentes de cuidados em Belo Horizonte.

O desenvolvimento do PMC em Belo Horizonte e o *design* específico que ele adota refletiram uma série de preocupações compartilhadas pelos formuladores de políticas do governo municipal. Como em outras partes do Brasil, havia um número crescente de idosos com necessidades de cuidados, inclusive em bairros pobres. O número total de ILPI na cidade atingiu 77 em 2010⁸, mas os decisores políticos duvidaram da capacidade e adequação das instalações de cuidados de longa duração para satisfazer as necessidades crescentes da sua cidade. Além disso, estavam conscientes dos problemas de qualidade em algumas ILPI e da preferência dos idosos em permanecer em casa. Houve um reconhecimento crescente da natureza desafiadora e exigente do cuidado familiar aos idosos e de que os cuidadores familiares mereciam e necessitavam de apoio.

Os decisores políticos também estavam preocupados com o aumento dos custos dos serviços de saúde para os idosos. A nível nacional, em 2015, as pessoas com 60 anos ou mais

⁸Em 2020, o número de instalações de cuidados de longa duração em Belo Horizonte aumentou para 230.

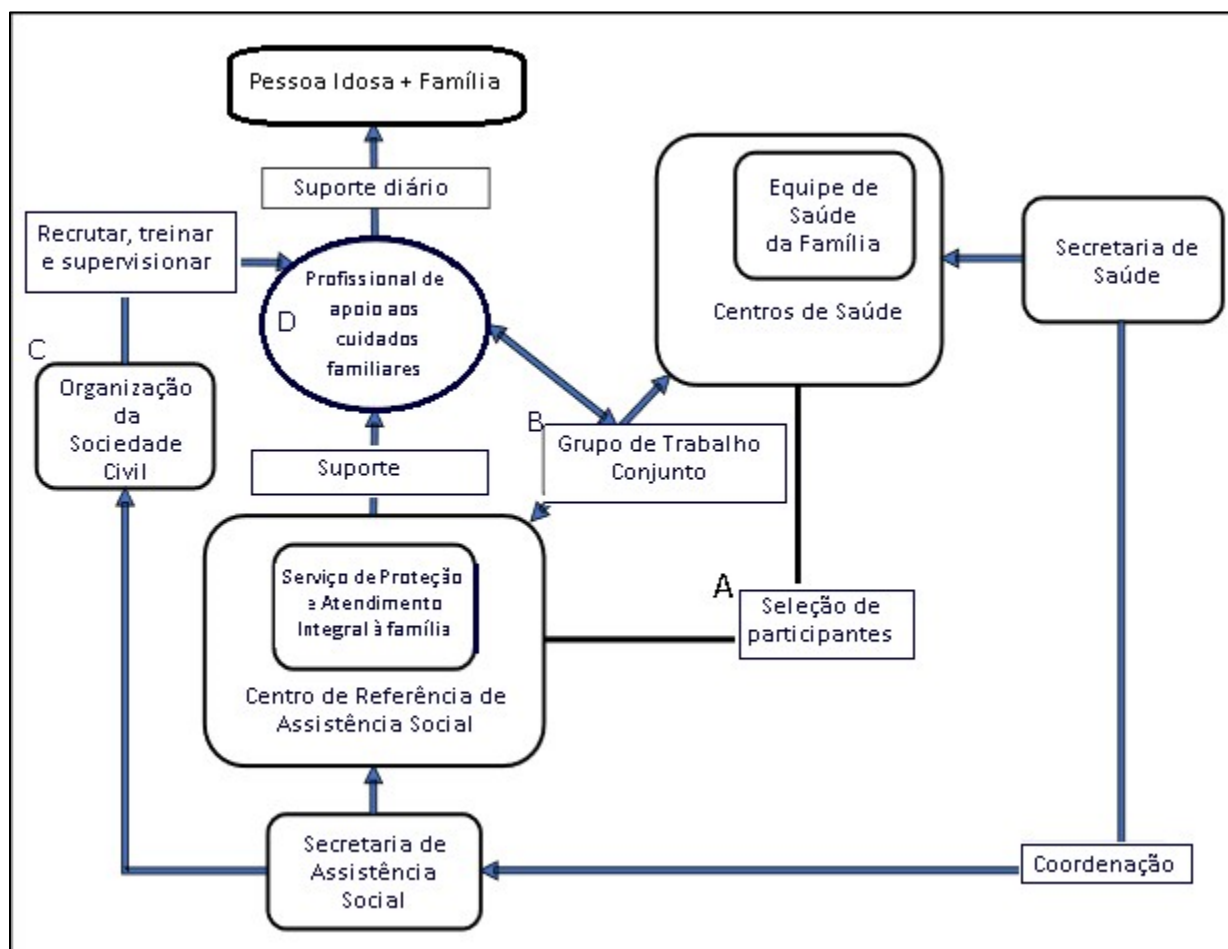
representavam 39 por cento do orçamento total de internações de adultos nos hospitais públicos (Dias e de Barros, 2019). Tal como noutros países, reconheceu-se que muitas internações hospitalares poderiam ser evitadas se houvesse serviços adequados disponíveis na comunidade (Lloyd-Sherlock et al., 2020). As principais causas de internações de idosos no Brasil são infecções do trato urinário, quedas e manejo inadequado de doenças crônicas: muitas das quais poderiam ser evitadas por meio de cuidados domiciliares eficazes. Calcula-se que 31 por cento dos gastos hospitalares com pacientes com 60 anos ou mais no Sistema Único de Saúde do Brasil entre 2000 e 2013 foram para condições passíveis de tratamento ambulatorial (de Souza e Peixoto, 2017).

Em alguns países de alta renda, as transferências de renda para idosos dependentes ou para cuidadores não remunerados tornaram-se um elemento importante dos sistemas de cuidados de longa duração (Doty, 2023). Contudo, a opinião predominante entre os decisores políticos da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social era de que os esquemas de transferência monetária não eram uma resposta política ótima. A experiência com esquemas de transferência monetária direcionados para pessoas com deficiência mostra que a segmentação é geralmente um processo dispendioso e imperfeito, especialmente se incluir uma avaliação das necessidades de cuidados (Mishra e Kar, 2017). Além disso, havia dúvidas sobre até que ponto as famílias tinham conhecimento suficiente sobre cuidados de longa duração para tomar decisões informadas sobre a aquisição de cuidados. Outra preocupação era que, em contextos de pobreza de rendimento, os pagamentos para os cuidados poderiam ser apropriados por outros membros da família para seu próprio uso. Pesquisas mostram que o abuso financeiro de pessoas idosas é prevalente na América Latina e no Caribe, e que existe uma forte correlação entre a dependência e o risco de abuso financeiro (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco e Mino-León, 2015; Johannesen e Lo Giudice, 2013). Especificamente no Brasil, familiares de idosos têm por vezes tirado vantagem de empréstimos a juros baixos garantidos por pensões, deixando os idosos com grandes dívidas (Santos, 2018).

[A estrutura e funcionamento do PMC.](#)

Desde o início, o PMC apresentou uma série de características incomuns, mas significativas. Foi desenvolvido em conjunto pela SMS e SMAS, e elas continuam a administrá-lo em parceria. Esta abordagem intersectorial é única na América Latina, onde existe normalmente um elevado grau de fragmentação dos serviços e uma desconexão abrupta entre a saúde e a assistência social.

Figura 1.1 Principais componentes do PMC.



Fonte: Autores.

A Figura 1.1 apresenta os principais elementos do PMC e as relações entre eles, e destaca quatro componentes principais do esquema, denominados A, B, C e D.

A: Triagem de potenciais participantes.

Uma filosofia fundamental do PMC é considerar as circunstâncias mais amplas das pessoas idosas e das suas famílias, e não apenas a saúde e o estado funcional da pessoa idosa. Isto é especialmente relevante nas comunidades onde o PMC opera, onde muitas famílias enfrentam múltiplos problemas e privações. As suas circunstâncias difíceis afetam as hipóteses de os idosos obterem cuidados de boa qualidade em casa e necessitarem do apoio dos assistentes sociais, bem como dos profissionais de saúde. A maioria dos idosos encaminhados para o PMC esteve recentemente hospitalizada ou sofreu um episódio agudo de saúde. Geralmente, são inicialmente identificados por membros das equipes locais de assistência social ou de atenção primária à saúde. O PMC possui uma série de critérios de inclusão específicos, entre eles ter idade igual ou superior a 60 anos, residir em área correspondente a um Centro de Referência de Assistência Social específico e estar cadastrado no posto de saúde local e no Cadastro Único

Federal de Programas Sociais (Cadastro Único). Uma enfermeira e uma assistente social fazem uma visita domiciliar para aplicar uma ferramenta de triagem padronizada (Apêndice 1). Esta abrange a saúde e o estado funcional do idoso, bem como fatores de risco para utilização emergencial de serviços de saúde, como quedas frequentes e hipertensão ou diabetes não controlada. A decisão de incluir a pessoa idosa no PMC depende da disponibilidade de vaga e do nível de necessidade avaliado, bem como do consentimento do idoso e da sua família. Quando o PMC não tem capacidade para aceitar novos casos, estes são colocados em uma lista de espera estruturada (Apêndice 2).

B: Grupos de trabalho conjuntos.

Os membros das equipes locais de saúde da família e assistência social reúnem-se mensalmente para priorizar novos potenciais participantes do PMC e para analisar os casos existentes. Os membros do grupo de trabalho usualmente incluem enfermeiros, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde.

C: Organização da Sociedade Civil.

Esta organização é paga pela Prefeitura de Belo Horizonte para desempenhar diversas funções, incluindo o recrutamento, treinamento e supervisão dos cuidadores profissionais contratados para o apoio ao cuidado familiar (PACFs).

D: Profissional de Apoio ao Cuidado Familiar (PACFs).

As famílias que participam do PMC recebem apoio de trabalhadores treinados nos cuidados familiares. Os PACFs recebem um salário-mínimo e são recrutados em comunidades semelhantes. Eles trabalham 40 horas por semana, cuidando de uma a três famílias. Cada família recebe entre 10 e 20 horas de apoio de cuidados por semana, dependendo do nível de necessidade do idoso e da situação da família. Os PACFs utilizam uniforme e são supervisionados conjuntamente por funcionários da UBS local e do CRAS. As funções e deveres específicos dos cuidadores do PMC incluem o apoio ao cuidador familiar e um conjunto limitado de responsabilidades clínicas (Tabela 1.1). Os PACF auxiliam no preenchimento dos relatórios de monitorização (Apêndice 3) que são discutidos nas revisões mensais dos casos.

Não se espera que os PACF substituam completamente a responsabilidade de cuidadores familiares. Em vez disso, o foco é proporcionar às famílias algum descanso do que muitas vezes é uma atividade exaustiva 24 horas por dia, 7 dias por semana. Ao mesmo tempo, espera-se que os PACF trabalhem com os membros da família para desenvolverem as suas próprias aptidões e competências em matéria de cuidados. Juntamente com a pessoa idosa, o PACF e a família acordam um plano de cuidados individual que procura envolver todos os membros do grupo familiar (Apêndice 4). Além de prestarem apoio diário, os PACF monitoram a situação dos idosos e reportam-na aos grupos de trabalho conjunto.

Tabela 1.1. Funções e deveres selecionados dos Trabalhadores de Apoio ao Cuidado Familiar.

Em cada CRAS	Em cada UBS	Interação com CRAS, UBS e revisões mensais de casos.
<ul style="list-style-type: none"> - Seguir o plano de cuidados individual acordado com o Centro de Referência de Assistência Social e a equipe de saúde local. - Orientar a organização do cuidado familiar ao idoso. - Preparar a alimentação do idoso, de acordo com o plano individual de cuidados. - Auxiliar no banho do idoso, de acordo com o plano individual de cuidados. - Identificar potenciais modificações no ambiente doméstico para refletir as necessidades da pessoa idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer estimulação cognitiva e ocupacional. - Auxiliar nos exercícios físicos recomendados pela equipe de saúde local. - Gerir os medicamentos do idoso, administrando apenas aqueles que tenham sido prescritos por um profissional de saúde. - Não administrar medicamentos não prescritos, incluindo remédios tradicionais. - Não realizar tarefas especializadas de enfermagem, como administrar injeções ou medir a pressão arterial. - Ficar atento às alterações físicas ou emocionais do idoso e informar a equipe de saúde local. - Acompanhar e supervisionar a nutrição e hidratação do idoso, bem como a continência. - Informar a equipe de saúde sobre alterações significativas nas fezes ou na urina. - Acompanhar o idoso em visitas a hospitais e clínicas, conforme necessário. - Seguir as orientações de saúde pública para reduzir o risco de infecção por COVID-19 ou outras doenças respiratórias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar de reuniões mensais de revisão de casos. - Fornecer atualizações mensais sobre a situação do idoso ao Centro de Referência de Assistência Social e à equipe de saúde local. - Discutir planos individuais de cuidados com o CRAS e equipe de saúde local, incluindo modificações. - Informar imediatamente o supervisor sobre situações de emergência que coloquem em risco o idoso ou seus cuidadores. - Participar em programas contínuos de formação e capacitação.

Fonte: Autores.

Seção 2.

Revisão da eficácia operacional do PMC.

Entre 2018 e 2022, houve uma revisão contínua do processo operacional do PMC. Isto incluiu três elementos distintos (Tabela 2.1). O primeiro consistiu no “aprofundamento” da familiarização da equipe de avaliação com o PMC. O segundo elemento da revisão ocorreu de forma oportunista, durante a pandemia da COVID-19. Isto representa um “teste de resistência” da operação do PMC sob condições altamente desafiadoras. O terceiro elemento avaliou as alterações implementadas no PMC em resposta às conclusões do primeiro elemento da revisão operacional.

Tabela 2.1. Elementos de revisão do processo operacional.

Elemento	Objetivo	Tempo
Elemento 1	Aprofundamento inicial e avaliação do processo.	Dezembro de 2018 a outubro de 2019
Elemento 2	Teste de estresse COVID-19.	Maio a setembro de 2021
Elemento 3	Avaliação do processo de implementação da reforma.	Março a dezembro de 2022

Fonte: Autores.

Elemento 1. Aprofundamento inicial e avaliação do processo.

O Elemento 1 baseou-se nas seguintes fontes de informação:

- ✓ Uma revisão dos documentos pertencentes à Secretaria de Saúde e à Secretaria de Assistência Social, incluindo protocolos de triagem e monitoramento do PMC, orientações sobre planos de cuidados e protocolos dos profissionais de apoio aos cuidados familiares.
- ✓ Observação participante de reuniões (n = 20) e discussões em grupos focais com informantes-chave (n = 7 com 51 participantes), incluindo enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, que estavam envolvidos na gestão ou na operação diária do PMC.
- ✓ Registros de todos os 3.062 idosos que participaram do PMC desde o seu início até ao final de 2022. Estes incluem dados sobre idade, sexo, moradia, nível de dependência de cuidados, data de inclusão no PMC, data de saída e motivo (Tabela 2.2).
- ✓ Observação longitudinal de dois grupos de trabalho conjuntos, durante vários meses.

A disponibilidade de registros sobre os participantes e a vontade da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social em partilhá-los com a equipe de avaliação independente são, em si, indicações importantes do funcionamento eficaz do PMC. A Tabela 2.2 mostra que mais da metade dos idosos que participaram do PMC tinham 80 anos ou mais quando aderiram ao programa, 70 por cento eram mulheres e 42 por cento apresentavam um elevado nível de

dependência. Em média, os idosos permaneceram no PMC durante 21 meses. A razão mais frequente para sair do PMC foi o óbito da pessoa idosa (49 por cento dos casos), o que demonstra que o PMC continuou a apoiar muitos idosos e os seus cuidadores até ao fim. Em 10 por cento dos casos, as famílias sentiram que eram capazes de retomar a responsabilidade total pelos cuidados, refletindo um maior nível de capacidade, competência e confiança no desempenho desta função. O número de idosos que deixaram o PMC porque foram internados numa ILPI foi inferior a 6%.

Tabela 2.2. Dados sobre participantes do PMC derivados de registos de monitoramento, 2011 a 2022.

Parâmetro	Participantes	
	Membros ativos N (%)	Desligados do PMC N (%)
Idade quando ingressou		
60 a 69 anos	151 (24,4)	466 (19,1)
70 a 79 anos	215 (34,7)	801 (32,9)
80 a 89 anos	190 (30,6)	846 (34,7)
90 anos +	64 (10,3)	325 (13,3)
Gênero		
Feminino	431 (69,5)	1662 (68,1)
Masculino	189 (30,5)	780 (31,9)
Nível de dependência de cuidados		
Dependente	260 (41,9)	1095 (44,8)
Semidependente	360 (58,1)	1347 (55,2)
Tempo médio de permanência no programa (meses)	29	21*
Razão para deixar		
Transferência para ILPI	-	145 (5,9)
Situação de risco para o cuidador	-	97 (4,0)
Recusa do idoso	-	135 (5,5)
Reabilitação do idoso	-	86 (3,5)
Opção Família	-	244 (10,0)
Morte	-	1207 (49,4)
Mudança de território	-	147 (6,0)
Mudança de município	-	97 (4,0)
Família encaminhada para diferentes agências de serviço social	-	36 (1,5)
Família retomou cuidados	-	248 (10,2)

*19 casos sem código.

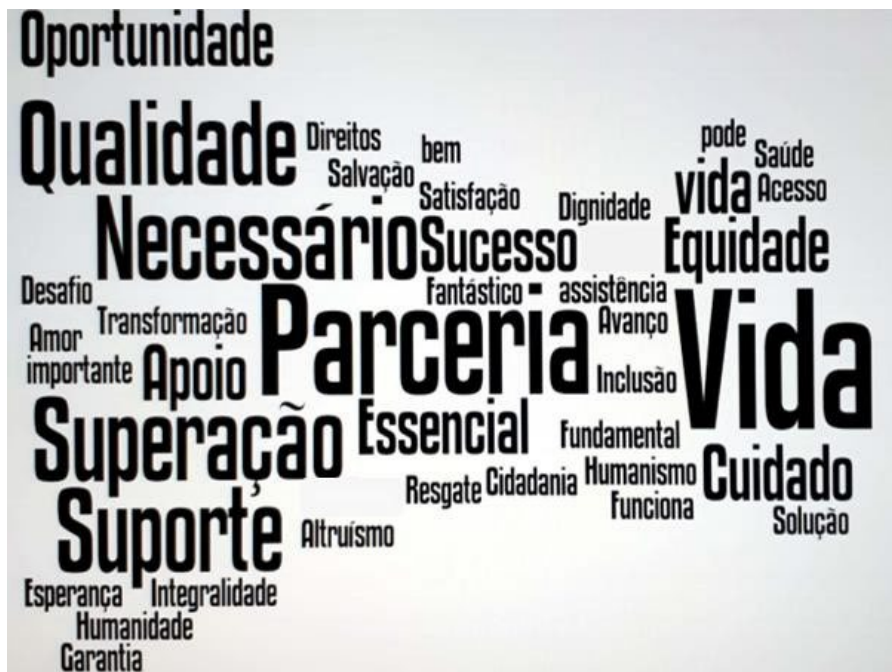
Fonte: Autores.

As principais conclusões do Elemento 1 incluem:

Pontos fortes:

- ✓ Houve um bom nível geral de fidelidade operacional. Os processos definidos em princípio, geralmente, correspondiam às observações da equipe de avaliação sobre a prática real. A ferramenta de triagem foi aplicada adequadamente. Os grupos de trabalho mensais seguiram os procedimentos corretos e os profissionais de apoio aos cuidados familiares atuaram de forma eficaz.
- ✓ Houve níveis muito bons de adesão e apoio ao PMC entre todas as partes envolvidas na gestão e na prática. Foi solicitado aos participantes de todos os grupos focais que descrevessem o que o PMC significava para eles com uma única palavra, que poderia ser positiva, negativa ou neutra. Essas palavras foram inseridas no *software* Wordle31, que criou o algoritmo apresentado na Figura 2.1. Todos os participantes selecionaram palavras positivas que refletiam a sua crença nos efeitos positivos do PMC.
- ✓ Entrevistas e observações com as partes interessadas revelam um elevado nível de vontade de colaborar entre SMS e SMAS, apesar de algumas barreiras burocráticas e desconexões nos sistemas de dados.
- ✓ Houve um bom nível de consistência operacional entre os CRAS e as UBSs, ao longo do tempo. Os processos operacionais do PMC permaneceram consistentes entre 2011 e 2023, apesar de quatro mudanças no governo municipal.

Figura 2.1. O PMC em uma palavra.



Fonte: Lloyd-Sherlock, Aredes et al (2019).

Áreas para melhoria:

- Havia poucos documentos oficiais sobre a condição institucional formal, as diretrizes de gestão ou os protocolos do PMC.
- O PMC funcionava com base num conjunto *ad hoc* de acordos entre profissionais de saúde e de assistência social, mas estes não eram apoiados por uma estrutura institucional formal. Isso às vezes levava à confusão sobre as funções e responsabilidades específicas de cada secretaria e a pequenas variações na prática entre os CRAS e UBS.
- A monitorização combinada e a partilha de dados entre a SMS e a SMAS foram dificultadas pela falta de compatibilidade entre os seus respectivos sistemas de informação mais amplos.
- As partes interessadas observaram que a cobertura do PMC era baixa em relação às necessidades, dando origem à lista de espera de pessoas idosas elegíveis para inclusão. A cobertura também era limitada porque o PMC não operava em todos os CRAS de Belo Horizonte.

Elemento 2. Teste de estresse Covid-19.

Os primeiros casos de COVID-19 em Belo Horizonte foram notificados em 8 de março de 2020, logo após a conclusão da avaliação operacional inicial. Como outras cidades do Brasil, as taxas de infecção eram muito altas em bairros carentes e os idosos corriam risco particular de mortalidade por COVID-19. Previa-se, portanto, que a pandemia afetaria substancialmente o funcionamento do PMC e que seria necessária uma rápida adaptação. Consequentemente, a equipe de pesquisa desenvolveu uma pesquisa distribuída por e-mail aos gestores responsáveis por todos os 36 CRAS/UBSs onde o PMC atuava. O questionário e os resultados deste estudo de teste de esforço são apresentados no Anexo 1. Os resultados mostram que as visitas domiciliárias foram temporariamente suspensas e substituídas, na maioria dos casos, por chamadas regulares de apoio telefónico. As visitas foram retomadas assim que as restrições de bloqueio as permitiram. Como os profissionais de apoio aos cuidados familiares não são oficialmente categorizados como “profissionais de saúde”, eles não receberam a mesma prioridade de acesso aos equipamentos de proteção individual e, mais tarde, às vacinas, como outros profissionais de saúde da linha da frente. Este é um exemplo da necessidade de um reconhecimento intersectorial mais forte do estatuto e do papel dos PACF.

Elemento 3. Avaliação do processo de implementação da reforma.

No final de 2019, as conclusões da primeira fase da avaliação foram partilhadas com os gestores da SMS e da SMAS, bem como com outras partes interessadas. Com base nestas conclusões, a SMS e a SMAS concordaram em realizar reformas nos sistemas operacionais e de informação do PMC. Estas incluíram o primeiro acordo legal formal entre estas duas secretarias, o

desenvolvimento de um manual de protocolo operacional conjunto e de um novo sistema partilhado de encaminhamento e informação. Entre outros avanços, estas reformas estabeleceram áreas-chave de competência para as diferentes agências envolvidas na operação diária do PMC (Tabela 2.3).

Durante 2023, a SMS e a SMAS começaram a desenvolver e a testar em conjunto um sistema de informação e monitorização abrangente e ordenado. Este sistema incluirá atualizações regulares sobre a saúde e o bem-estar dos participantes mais velhos no PMC, bem como fatores de risco e informações sobre outras questões familiares que possam afetar a qualidade dos cuidados. Propõe-se que esta informação seja recolhida por profissionais de apoio aos cuidados familiares, partilhada durante as revisões mensais dos casos e recolhida ao nível do programa. Em Julho de 2023, a fase piloto estava em curso e não estava claro quando e de que forma o novo sistema de informação seria adotado.

Os resultados amplamente positivos da avaliação inicial do processo contribuíram para a decisão, tomada em 2019, de estender o PMC, para abranger todos os CRAS de Belo Horizonte. De acordo com alguns informantes-chave, o processo de extensão do PMC em Belo Horizonte não foi problemático (Q2.1). No entanto, alguns funcionários observaram que isto coincidiu com o início da Onda 1 da pandemia da COVID-19, que já estava a colocar os serviços existentes sob pressão (Q2.2). No entanto, o PMC foi instalado com sucesso em todos estes Centros de Referência de Assistência Social, o que foi validado pela equipe de avaliação que observou um grupo de trabalho conjunto num dos CRAS recentemente incluídos.

Q2.1. Foi um processo tranquilo. Havia oito Centros de Referência de Assistência Social que precisavam ser incluídos no programa. Fomos contatados pela nossa gestão e começamos a receber treinamentos a partir do início de dezembro... Então já estávamos bem organizados na hora de começar a implementar o PMC. O posto de saúde já tinha uma longa lista de espera, por isso listamos os casos prioritários para inclusão. Não tivemos problemas, nem no processo de implementação nem no trabalho com as famílias. (E19, Assistente Social, Centro de Referência de Assistência Social)

Q2.2. Trabalhamos pessoalmente com os gestores do PMC durante três meses, em dezembro, janeiro e fevereiro. O PMC foi iniciado em nosso Centro de Referência de Assistência Social em um momento de grande dificuldade. Tínhamos apenas dois profissionais para gerenciar o PMC, juntamente com todos os nossos outros programas sociais. (E18, F, Assistente Social, Centro de Referência de Assistência Social).

Tabela 2. 3. Competências-chave das diferentes agências envolvidas no PMC.

Secretaria de Assistência Social	Secretaria de Saúde	Organização da Sociedade Civil
<p>Gerir aspectos do PMC relacionados as questões de proteção social.</p> <p>Orientar a equipe do CRAS para identificação e acompanhamento de famílias com idosos vulneráveis.</p> <p>Monitoramento e avaliação do programa.</p> <p>Coordenar com a SMS.</p> <p>Supervisionar e monitorar a Organização da Sociedade Civil parceira.</p> <p>Treinar profissionais e supervisores de apoio aos cuidados familiares, em parceria com a SMS e a Organização da Sociedade Civil.</p> <p>Elaborar documentos e instrumentos.</p> <p>Coordenar com os departamentos de assistência social nos níveis estadual e nacional.</p>	<p>Gerenciar aspectos do PMC relacionados a questões de saúde.</p> <p>Realizar o monitoramento e avaliação do programa.</p> <p>Coordenar com SMAS.</p> <p>Treinar trabalhadores e supervisores de apoio ao cuidado familiar, em parceria com a SMAS e a Organização da Sociedade Civil.</p> <p>Elaborar documentos e instrumentos.</p> <p>Coordenar com os departamentos de saúde nos níveis estadual e nacional.</p>	<p>Selecionar, contratar e monitorar trabalhadores e supervisores de apoio ao cuidado familiar.</p> <p>Treinar profissionais de apoio aos cuidados familiares em parceria com a SMS e a SMAS.</p> <p>Fornecer relatórios financeiros responsáveis ao governo municipal.</p> <p>Manter uma forma de parceria legal com o município.</p> <p>Garantir padrões de qualidade para as ações previstas na parceria.</p> <p>Fornecer vale-alimentação e vale-transporte para os profissionais de apoio ao cuidado da família.</p> <p>Participar de reuniões com SMS e SMAS.</p>

Fonte: Autores

Seção 3.

Os efeitos do Programa Maior Cuidado nas pessoas idosas, nas suas famílias e nos profissionais de apoio aos cuidados familiares.

O PMC e as pessoas idosas.

As pessoas idosas elegíveis para serem incluídas no PMC são, por definição, pobres, moderada ou altamente dependentes de cuidados, vivem em famílias vulneráveis e são afetadas por graves condições crônicas de saúde. Conforme observado na Seção 2, a cobertura do PMC é baixa em relação aos níveis de necessidade nos bairros onde opera. A ferramenta de triagem permite que a equipe do PMC priorize as pessoas que enfrentam maiores necessidades.

Refletindo este perfil dos participantes, não é realista esperar que o PMC reduza significativamente a dependência de cuidados ou funcione como uma intervenção curativa. Em vez disso, procura otimizar a saúde, o estado funcional e o bem-estar das pessoas idosas, durante aqueles que são, quase sempre, os últimos meses ou anos das suas vidas. Em vez de saber se o PMC reverte ou não o declínio e o sofrimento experimentado pelas pessoas mais velhas, a questão mais relevante é se o PMC reduz a velocidade de declínio e mitiga os seus efeitos. Comparações longitudinais entre conjuntos pareados de idosos inscritos no PMC e grupos de controle poderiam potencialmente capturar esses efeitos, mas não foi viável criar controles para fins de nossa avaliação. Apesar disso, ainda é possível obter *insights* sobre estes potenciais efeitos a partir de dados qualitativos.

Os Benefícios para a saúde dos idosos.

Embora os profissionais de apoio aos cuidados familiares não sejam definidos como profissionais de saúde, possuem um conjunto de aptidões e competências que podem direta e indiretamente melhorar o estado de saúde dos idosos dependentes de cuidados. Por exemplo, os profissionais de apoio aos cuidados familiares geralmente ajudam as pessoas idosas a gerir condições de saúde crônicas que, de outra forma, poderiam levar a necessidades emergenciais de serviços de saúde. (Q3.1 e Q3.2).

Q3.1. Em termos de medicamentos, alimentação, higiene e até cuidados básicos, vemos melhorias na saúde de muitos idosos depois de aderirem ao PMC. (E4, F, Fonoaudióloga, UBS)

Q3.2. Quando o cuidador está presente, ele realmente cuida da higiene do idoso e da administração e manejo de seus medicamentos. Mas também é uma oportunidade para jogar jogos de memória ou conversar sobre quaisquer problemas do ambiente doméstico. O idoso me contou que retomou algumas atividades que gosta e que agora tem com quem conversar. (E10, F, Assistente Social, CRAS)

A gestão da saúde crônica muitas vezes sobrepõe-se à prevenção de fatores de risco e à prestação de formas mais gerais de cuidados. Isto foi especialmente evidente em áreas como

higiene e hidratação (Q3.3).

Q3.3. Quando chego lá, ela está na cama e sua fralda geralmente acaba vazando. Como cuidadora do PMC, eu troco os lençóis da cama... dou banho nela... certifico-me de que ela esteja limpa e higienizada. Então coloco fralda nova nela. Enquanto tomamos café da manhã juntas, certifico-me de que ela tome os remédios. Depois fazemos alguns exercícios de fisioterapia - ganhei um aparelho para ela da fisioterapeuta aqui do posto de saúde. (E28, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Isto também incluiu a redução do risco de quedas, por exemplo, através da modificação do ambiente doméstico (Q3.4).

Q3.4. Eles costumavam ter um tapete de banheiro que sempre escorregava. Eu tinha sido avisada sobre isso no meu treinamento; então eu disse que, se eles não se importassem, poderiam tirar o tapete porque a irmã deles está tão fraca que ela poderia facilmente tropeçar nele. E eles ficaram felizes em ficar livres dele. (E28, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Os profissionais de apoio aos cuidados familiares não atuam isoladamente, partilham informações e colaboram com os profissionais de saúde e assistência social (Q3.5, Q3.6, Q3.7).

Q3.5. Os idosos muitas vezes desenvolvem um vínculo estreito com os profissionais de apoio aos cuidados familiares. Isto significa que por vezes partilham com esta pessoa informações que evitariam mencionar a um médico. Isto realmente ajuda as pessoas no centro de saúde a garantir que estão bem. (E46, F, Enfermeira, Equipe de Saúde da Família)

Q3.6. Os idosos incluídos no PMC são muito mais bem atendidos e têm muito melhor contato com os serviços de saúde. Todos os meses os profissionais de apoio aos cuidados familiares informam-nos sobre o que é necessário, com base no que veem durante as suas visitas. Eles começam a entender como o cuidado e a saúde se relacionam. Em seguida, a equipe faz o acompanhamento da melhor maneira possível. Pode ser uma consulta geral ou um encaminhamento para um especialista, nutricionista ou fisioterapeuta. (E7, F, Enfermeira, Equipe de Saúde da Família)

Q3.7. O assistente social e os profissionais de apoio aos cuidados familiares reavaliam as suas partes dos planos de cuidados pessoais, e as partes que têm mais a ver com a saúde são revistas pelo posto de saúde. Quando é possível, os cuidadores do PMC podem sugerir alterações nos planos de cuidados nas revisões mensais dos casos. Eles têm um grande interesse nisso. (E40, M, Assistente Social, CRAS)

Um efeito que limita o impacto do PMC na saúde dos idosos é a disponibilidade de serviços de saúde de um nível mais elevado, quando são necessários. A ligação entre os profissionais de apoio aos cuidados familiares e o posto de saúde pode facilitar que os idosos recebam um encaminhamento quando necessário, mas isto não dá às pessoas do PMC uma prioridade de encaminhamento mais elevada do que aquelas que não o fazem. Um contexto mais amplo de escassez de recursos de saúde significa muitas vezes uma longa espera por serviços de saúde

urgentes (Q3.8).

Q3.8. Às vezes, uma pessoa idosa não recebeu um diagnóstico. Você sabe o que eles têm, mas não pode contar a eles, não pode fazer nada. Basta aguardar o diagnóstico para que o médico conte à família o que está acontecendo. (E28, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

A abordagem do PMC para apoiar os idosos reconhece que a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar estão intimamente ligados. Ao contrário de outros programas de visitas domiciliares, o PMC oferece a cada pessoa idosa um período substancial de cuidados todas as semanas. Isto permite que os profissionais de apoio aos cuidados familiares construam relações de confiança com a pessoa idosa e proporcionem atividades como estimulação cognitiva e fisioterapia (Q3.9 e Q3.10).

Q3.9. Oferecemos estimulação para idosos e às vezes isso até leva a uma melhora em sua função. O tempo que o cuidador passa com eles é muito importante, não apenas em termos de melhora da função, mas também de apoio emocional e estimulação cognitiva. (E6, F, Fisioterapeuta, Equipe Ampliada de Saúde da Família)

Q3.10. A família fica mais tranquila e assim o idoso se sente mais seguro. Os profissionais de apoio ao cuidado familiar ajudam a lidar com questões emocionais, envelhecimento, às vezes isolamento e às vezes abandono pela família. Quando os filhos não estão conseguindo lidar com esse processo de envelhecimento, com as doenças. E então é realmente um grande apoio, tanto para a saúde física quanto para a saúde mental. O idoso se sente visto, acompanhado, digamos assim. É uma fonte de companhia: alguém que conversa com você e que te estimula. Então, acho que, tanto física quanto emocionalmente, tudo isso se soma. (E3, F, Enfermeira, UBS)

Como parte de uma estratégia de cuidados centrada na pessoa, os profissionais de apoio aos cuidados familiares são incentivados a descobrir atividades que os idosos gostam de fazer e a ajudá-los nessas atividades (Q3.11).

Q3.11. Existem muitos exemplos disso acontecendo. Há uma idosa que aprendeu a ler com sua cuidadora. Pense no que isso significa para a vida dessa mulher idosa! Pode transformar a qualidade de vida desses idosos. (E16, F, Psicóloga, CRAS)

De um modo mais geral, os profissionais de apoio aos cuidados familiares procuram abordar questões como a solidão e o isolamento, garantindo um período substancial todas as semanas em que a pessoa idosa será ouvida e os seus interesses e preocupações serão reconhecidos. Um fator limitante foi a prática de rotação dos profissionais de apoio aos cuidados familiares entre as famílias aproximadamente todos os anos. A rotatividade foi vista pelos gestores do PMC como necessária para evitar que os PACF desenvolvessem laços tão estreitos com os idosos e suas famílias, uma vez que isso poderia interferir no seu status profissional. Compreensivelmente,

algumas pessoas mais velhas sentiram que a mudança dos PACF perturbou laços sociais valiosos (Q3.12).

Q3.12. *“Minha primeira cuidadora do PMC ficou comigo por um ano e quatro meses. Eu a adorei. Nunca mais haverá outra cuidadora como ela [choro]”*. (homem de 92 anos) [Relato de campo].

Em suma, a extensão e a força da evidência qualitativa indicam que o PMC gera benefícios importantes para o estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Existe um grande conjunto de pesquisas que demonstram que a maioria das pessoas idosas prefere permanecer nas suas próprias casas, especialmente se aí puderem receber apoio (OMS, 2015). Tal como mostrado na Seção 3, apenas um pequeno número de idosos inscritos no PMC são posteriormente admitidos em ILPI: isto representa um benefício adicional para a sua qualidade de vida.

O PMC e as Famílias.

Os idosos elegíveis para inclusão no PMC têm necessidades de cuidados moderados ou graves e vivem em grupos familiares que não têm condições de pagar serviços de cuidados privados. Em Belo Horizonte, em maio de 2023, o preço de mercado para um cuidador com nível semelhante de treinamento e experiência era de cerca de R\$ 318 (US\$ 60) por 15 horas de atendimento por semana (um valor típico oferecido pelo PMC). Este valor equivale a aproximadamente 95 por cento do Benefício de Prestação Continuada (R\$ 352 ou 66,5 dólares por semana) e, portanto, não deixaria rendimento para outras necessidades básicas da pessoa idosa. Há um grande conjunto de evidências de que outros membros de famílias pobres têm frequentemente um elevado nível de dependência do rendimento das pensões dos idosos, o que reduz ainda mais a disponibilidade de rendimento disponível para pagar os serviços de cuidados (Barrientos e Lloyd-Sherlock, 2011).

Nos bairros onde o PMC opera, para além dele, não existem serviços gratuitos de apoio ao cuidado familiar, como centros dia⁹. Se não estiverem incluídos no PMC, toda a responsabilidade do cuidado recai sobre os familiares. Há um grande conjunto de evidências provenientes do Brasil e de países semelhantes que demonstram a natureza estressante e exigente do cuidado familiar não apoiado para idosos dependentes e o preço que isso pode custar para aqueles que o prestam (Leite et al, 2017). Estudos demonstram que a carga de cuidados no Brasil é maior para cuidadores de famílias pobres (Magalhães, et al 2022).

A ferramenta de rastreio do PMC inclui vários itens relacionados com a carga de cuidados vivida pelos cuidadores familiares, e a estes é atribuída uma ponderação significativa (11 em 60 pontos).¹⁰ No entanto, o PMC não recolhe dados sistemáticos sobre as alterações neste fardo ao longo do tempo e, por isso, não foi possível incluí-los na avaliação quantitativa. No entanto, é altamente provável que receber horas substanciais de um profissional de apoio aos cuidados familiares reduza significativamente este fardo para os membros da família. Há evidências

⁹ Belo Horizonte não possui centros dia públicos para idosos.

¹⁰ A sobrecarga de cuidado geralmente se refere aos efeitos financeiros, físicos e psicológicos do cuidado não remunerado e é amplamente aplicada globalmente e no Brasil (Gratão et al, 2019).

substanciais de outros estudos de que os cuidadores familiares muitas vezes têm poucas pausas nesta atividade e que períodos garantidos de descanso atenuam significativamente a carga de cuidados (Gaugler et al, 2003). Os dados qualitativos recolhidos para a avaliação do PMC indicam fortemente este efeito (Q3.13, Q3.14 e Q3.15).

Q3.13. Reduz a sobrecarga dos cuidadores familiares, o que significa que estes cuidadores podem agora fazer coisas importantes que antes não conseguiam. Muitos desses cuidadores familiares, na verdade, aproximam-se do idoso. Reduzir a carga de cuidados, partilhá-la e poder falar sobre isso com outra pessoa significa que podem voltar a conhecer a pessoa idosa. (E6, F, Fisioterapeuta, Equipe Ampliada de Saúde da Família)

Q3.14. Algo que sinto ser muito importante é a partilha de tarefas. Antes do PMC, o cuidador (familiar) ficava sobrecarregado, fazendo todo o trabalho doméstico e prestando todos os cuidados ao idoso sem qualquer ajuda. Com o PMC, o cuidador tem tempo para se organizar melhor e cuidar melhor de si. Isso reduz seu estresse mental. O PMC é bom para os cuidadores. Eles percebem a possibilidade de fazer planos para fazer coisas que há muito não faziam por falta de tempo. (E19, F, Assistente Social, CRAS)

Q3.15. Quando você começa a trabalhar com uma família, o cuidador fica muito estressado, porque geralmente só há uma pessoa em cada família que faz o trabalho principal de cuidado. Eles não têm vida. Às vezes, eles nem conseguem ir a um centro de saúde quando não estão bem. Então, quando contratamos um cuidador PMC, é transformador. (E17, F, Psicóloga, CRAS)

Pesquisas mais amplas no Brasil demonstram que uma parcela significativa dos cuidados familiares não remunerados aos idosos é prestada por idosos, muitas vezes cuidando dos cônjuges, e que a carga de cuidados aumenta com a idade do cuidador (Bianchi et al, 2016). Na ferramenta de rastreio do PMC, as famílias recebem mais pontos se o cuidador principal for uma pessoa idosa. Como parte da redução deste fardo, os dados qualitativos indicam benefícios importantes para a saúde dos cuidadores mais idosos (Q3.16).

Q3.16 Em muitas famílias o cuidador familiar é idoso... E eles estão começando a adoecer, porque não conseguem cuidar da própria saúde, porque não conseguem deixar o idoso sozinho. Então, o PMC os ajuda muito. Muitos cuidadores ficam desgastados e estressados ao aderirem ao programa, mas depois podem começar a cuidar da própria saúde, cortar o cabelo, fazer as unhas, comprar coisas pessoais. Isso realmente ajuda essas famílias. Muitos cuidadores familiares agendam suas próprias consultas médicas, exames ou retirada de medicamentos para quando o cuidador do PMC estiver em sua casa. (E7, F, Enfermeira, UBS)

Os dados qualitativos indicam que a relação entre os profissionais de apoio aos cuidados familiares e o cuidador familiar principal é tão importante como a relação entre os profissionais de apoio aos cuidados familiares e o idoso dependente. Em vez de substituir o cuidador familiar, esta relação é melhor entendida como uma parceria colaborativa (Q3.17).

Q3.17. “Convencer ela a tomar banho é muito complicado, porque ela fica muito

agressiva. Ela quer bater, quer morder.” (E25, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Os cuidadores familiares têm a oportunidade de trabalhar, observar e aprender com os profissionais de apoio aos cuidados familiares, aumentando potencialmente a sua competência e confiança para desempenhar esta função (Q3.18). Um efeito limitante é que a identidade do membro da família que desempenha a função principal de cuidado pode mudar (Q3.19).

Q3.18. “Tentamos prevenir situações que impliquem violação dos direitos dos idosos. Fazemos sugestões aos familiares.... Estas incluem coisas simples como ajudar a beber com a utilização de um canudo. (F, Psicóloga e Assistente Social, CRAS)

Q3.19. Isso [cuidar de idosos] é uma responsabilidade enorme e não tenho absolutamente nenhuma experiência. É a primeira vez que faço isso, tendo que assumir a responsabilidade por tudo. (Familiar mais jovem, F, após a morte do pai que era o principal cuidador da mãe)

O PMC trabalha com famílias vulneráveis, e os resultados da ferramenta de triagem apontam para questões como conflitos familiares, doenças mentais e dependências químicas. O desenvolvimento de parcerias eficazes com cuidadores familiares nestes ambientes é muitas vezes altamente desafiador e requer sensibilidade e paciência (Q3.20 e Q3.21).

Q3.20. Recentemente, um membro da família com um transtorno mental grave... simplesmente impediu que os profissionais de apoio aos cuidados familiares saíssem de casa. Eles o trancaram dentro da casa. (Assistente Social, Distrito Sanitário Regional Norte, 2019)

Q3.21. Às vezes, os cuidadores familiares não compreendem realmente o papel ou a função dos cuidadores do PMC. Às vezes queixam-se de que os profissionais de apoio aos cuidados familiares não estão a fazer o trabalho doméstico geral; coisas como 'A pia estava cheia de louça suja e eles não tocaram nela' ou 'Tive que preparar meu próprio almoço'. (Enfermeira, Distrito Sanitário Regional Centro-Sul, 2019)

Sendo gerido em conjunto por profissionais de saúde e de assistência social, o PMC está bem posicionado para lidar com estas situações familiares desafiadoras. As respostas incluem reuniões de apoio com as famílias que podem por vezes reduzir os problemas familiares (Q3.22).

Q3.22. A presença dos profissionais de apoio ao cuidado familiar em casa pode ajudar muito as famílias. Pode neutralizar conflitos familiares. O conhecimento que os profissionais de apoio aos cuidados familiares têm sobre a família ajuda-nos a identificar outros programas de assistência social que os possam ajudar. Tentamos realizar duas reuniões anuais com toda a família reunida... As famílias dizem que isso realmente as ajuda de diferentes maneiras. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Há um grande conjunto de evidências de que a elevada carga dos cuidadores e a tensão familiar pioram significativamente os resultados dos cuidados e a qualidade de vida dos familiares mais velhos e estão fortemente associadas ao risco de abuso de idosos (Lino et al., 2019). Há também

evidências de que o stress dos cuidadores familiares (juntamente com a pobreza e a falta de apoio externo) é um importante fator de risco para o abuso de idosos em ambientes comunitários (Johannesen e Lo Guidice, 2013). Embora as avaliações de impacto do PMC não tenham abordado especificamente questões de abuso de idosos, há boas razões para supor que ele tem um importante efeito preventivo. Se assim for, representa uma abordagem diferente ao abuso de idosos daquelas normalmente aplicadas na América Latina, que se concentram em lidar com o problema depois de ele ter ocorrido, em vez de preveni-lo. Os desafios éticos e metodológicos de avaliar de forma robusta o efeito potencial do PMC no abuso de idosos exigem um estudo específico e personalizado.

PMC e profissionais de apoio ao cuidado da família.

Os profissionais de apoio aos cuidados familiares representam uma nova categoria de profissionais de saúde e assistência social. Geralmente são recrutados em comunidades desfavorecidas e a maioria, mas não todos, são mulheres. Outra questão crítica é se esta nova profissão seria uma extensão do trabalho de cuidados mal remunerado, principalmente feminino, que prevalece na América Latina e no Caribe, ou se capacita os profissionais de apoio aos cuidados familiares.

O recrutamento, a formação, a inserção e a supervisão dos profissionais de apoio aos cuidados familiares são da responsabilidade de uma organização da sociedade civil, que mantém contrato com a Secretaria de Assistência Social. A organização da sociedade civil publicita oportunidades de formação e os candidatos são entrevistados. Eles devem ter concluído o ensino médio e demonstrar um nível básico de compreensão sobre como cuidar de pessoas idosas. A organização da sociedade civil recruta pessoas que vivem em bairros não distantes de onde o PMC opera. A entrevista de seleção inclui uma ênfase especial na sensibilidade e disposição dos candidatos para trabalhar com famílias desafiadoras em circunstâncias difíceis.

Os candidatos selecionados recebem formação com dois elementos. O primeiro deles é um curso de prestação de cuidados gerais, com 100 horas de duração, que inclui formação sobre problemas de saúde comuns que afetam os idosos, bem como competências de prestação de cuidados e apoio aos cuidadores familiares. Se os candidatos conseguirem demonstrar que já tiveram formação semelhante em outra organização, estão isentos deste curso. Todos os candidatos, independentemente do treinamento anterior, deverão fazer um curso à parte de introdução de dois dias para o PMC. Este curso fornece informações específicas sobre o PMC e sobre o papel que se espera deles. Inclui também formação específica sobre como lidar com situações familiares desafiadoras em ambientes de pobreza e privação.

As experiências anteriores dos profissionais de apoio aos cuidados familiares incluem frequentemente cuidados remunerados ou não remunerados e formas de emprego precárias (Q3.23).

Q3.23. Já se passaram cerca de 7 anos desde que me tornei cuidadora. Meu pai adoeceu e vi que ele precisava de cuidados e queria ajuda. Então, fiz um curso de capacitação e

aprendi como fazer. Eu cuidei dele, depois cuidei de uma tia e depois de uma cunhada. Também trabalhei por 4 anos em uma casa de repouso. (E26, F, profissional de apoio ao cuidado da família)

Há alguns outros programas que oferecem cuidados domiciliários a pessoas idosas em países como a Costa Rica e a Tailândia que dependem de voluntários em vez de prestadores de cuidados remunerados (Lloyd-Sherlock et al, 2017). Como resultado, experimentam baixos níveis de retenção de trabalhadores e profissionalismo limitado. Em contraste, o PMC proporciona aos profissionais de apoio aos cuidados familiares um salário básico e plenos direitos de proteção laboral. Dada a escassez geral de oportunidades de trabalho digno para as mulheres nos bairros pobres, isto representa uma importante oportunidade de subsistência (Q3.24).

Q3.24. Agradeço a oportunidade de falar um pouco do meu trabalho e do programa que tem ajudado tantas famílias e a minha também, levo meu sustento para casa com esse trabalho. (E29, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

No âmbito do seu estatuto profissional, os trabalhadores de apoio à família trabalham 40 horas semanais, com direito a férias integrais e utilizam um uniforme simples. O seu estatuto profissional estende-se ao desenvolvimento de algumas competências de cuidado complexas e específicas (Q3.25). Após a formação inicial, os profissionais de apoio aos cuidados familiares podem solicitar e receber módulos de formação específicos, em áreas como estimulação cognitiva e gestão da incontinência.

Q3.25. Os cuidadores do PMC são por vezes treinados em tarefas específicas, como a administração de insulina, pelo posto de saúde local, e o fisioterapeuta irá lhes mostrar exercícios específicos para os seus pacientes. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Os profissionais de apoio aos cuidados familiares estão integrados em equipas mais amplas de profissionais de saúde e assistência social e podem desempenhar um papel proativo nelas (Q3.26 e Q3.27), mesmo durante a Covid-19.

Q3.26. Eles identificam novas necessidades e depois as repassam para nós ou para seus supervisores, para que possamos trazê-las nas reuniões mensais. Agora estamos tentando envolvê-los mais de perto, criando um espaço para que participem de reuniões no Centro de Referência de Assistência Social. É diferente quando eles participam pessoalmente. (E01, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Q3.27. Posso ver que eles estão muito motivados pelo trabalho. Eles estão sempre buscando melhorar o que fazem e encontrar atividades interessantes, como novas brincadeiras, desenhos e diversos tipos de artesanato (E02, F, Psicóloga, Equipe Ampliada de Saúde da Família)

Os profissionais de apoio aos cuidados familiares parecem valorizar o seu estatuto profissional e a oportunidade de desenvolver novas competências (Q3.28 e Q3.29).

Q3.28. Aprendemos e ao mesmo tempo conseguimos ensinar as famílias. Acrescenta

muito à nossa vida e também às deles. (E28, F, Profissional de apoio ao cuidado da família)

Q3.29. Muitos dizem-nos que não tinham anteriormente qualquer experiência com zonas desfavorecidas da cidade. Agora eles sabem mais sobre os seus direitos e a política de assistência social. Muitos deles nem sabiam para que serviam os Centros de Referência de Assistência Social antes de começarem a trabalhar com o PMC. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Além das competências específicas de prestação de cuidados, os informantes-chave afirmaram que os profissionais de apoio aos cuidados familiares aprendem rapidamente a trabalhar eficazmente com famílias vulneráveis que muitas vezes enfrentam problemas complexos (Q3.30).

Q3.30. A maioria dos nossos profissionais de apoio aos cuidados familiares está muito feliz. Mas, por vezes, quando entram numa casa pela primeira vez, a família pode ter dificuldades e, por isso, têm problemas para atender a pessoa idosa. Às vezes, a pessoa idosa pode inicialmente resistir aos profissionais de apoio aos cuidados familiares. Mas quando os profissionais de apoio aos cuidados familiares regressam dia após dia, constroem a confiança da família e aprendem a trabalhar com ela. Cada conquista com o idoso realmente motiva nossos profissionais de apoio ao cuidado familiar. (E7, F, Enfermeira, Equipe Ampliada de Saúde da Família)

Reconhecendo a natureza desafiadora desta função, o PMC fornece aos profissionais de apoio aos cuidados familiares formas específicas de apoio (Q3.31).

Q3.31. Tivemos uma experiência bem sucedida num grupo de trabalho local neste distrito. Uma psicóloga reuniu-se em privado com os nossos cuidadores antes da reunião, para lhes oferecer algum apoio. Os cuidadores também precisam de cuidados. Eles vivenciam uma realidade muito dura... Drogas, maus-tratos, abandono, violência. Eles também precisam ter voz. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Como condição para trabalhar no PMC, os profissionais de apoio aos cuidados familiares são obrigados a assinar um código de conduta, que inclui padrões de comportamento, requisitos de confidencialidade e protocolos de ação para casos suspeitos de abuso de pessoas idosas ou outras formas de criminalidade observada.

Seção 4

Os efeitos do PMC no uso de serviços de saúde por idosos.

A Seção 1 observa que os altos níveis de gastos com serviços de saúde para idosos foram uma motivação fundamental para o estabelecimento do PMC em Belo Horizonte. Esta seção apresenta resultados de uma avaliação de impacto multimétodo sobre os efeitos do PMC nos padrões de utilização de serviços de saúde por idosos, incluindo tanto consultas ambulatoriais em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) quanto internações hospitalares.

Os efeitos do PMC na utilização de serviços ambulatoriais.¹¹

Os dados sobre utilização de serviços ambulatoriais de saúde são provenientes do SUS e abrangem atendimentos realizados por pessoas com 60 anos ou mais em 76 UBS da cidade, de abril a junho de 2018. Usamos endereços de pacientes para construir um indicador *proxy* de status socioeconômico, com base em dados separados, definido para 275 microdistritos produzidos pelo Instituto público de Pesquisa Econômica Aplicada (Costa e Oliveira, 2015).

Entre abril de 2018 e junho de 2018 ocorreram 87.455 atendimentos de pessoas com 60 ou mais anos, envolvendo 24.554 indivíduos diferentes (dos quais 366 estavam no PMC). A grande maioria (92%) das pessoas com 60 anos ou mais residentes em Belo Horizonte não realizou nenhuma visita a uma UBS neste período.

A probabilidade de visitar uma UBS esteve fortemente associada à distância entre a casa do idoso e o centro de saúde. A Figura 4.1 é um mapa dos bairros do município de Belo Horizonte. O sombreado refere-se à renda média *per capita* domiciliar de cada distrito, com o verde mais claro indicando menor renda e os pontos pretos a localização das UBSs. As curvas de nível referem-se ao número de visitas aos postos de saúde por pessoas com 60 anos ou mais, com base nos seus endereços residenciais georreferenciados. Estas linhas de contorno mostram que a utilização está fortemente concentrada em torno dos centros de saúde: em média, os idosos que vivem mais perto fazem visitas mais frequentes. As taxas de utilização mostram um efeito pronunciado de redução da distância em distâncias curtas. Isto reflete o terreno acidentado e as ruas com declives acentuados de Belo Horizonte, que criam dificuldades específicas no acesso aos serviços para pessoas idosas com mobilidade limitada e que não dispõem de transporte privado.

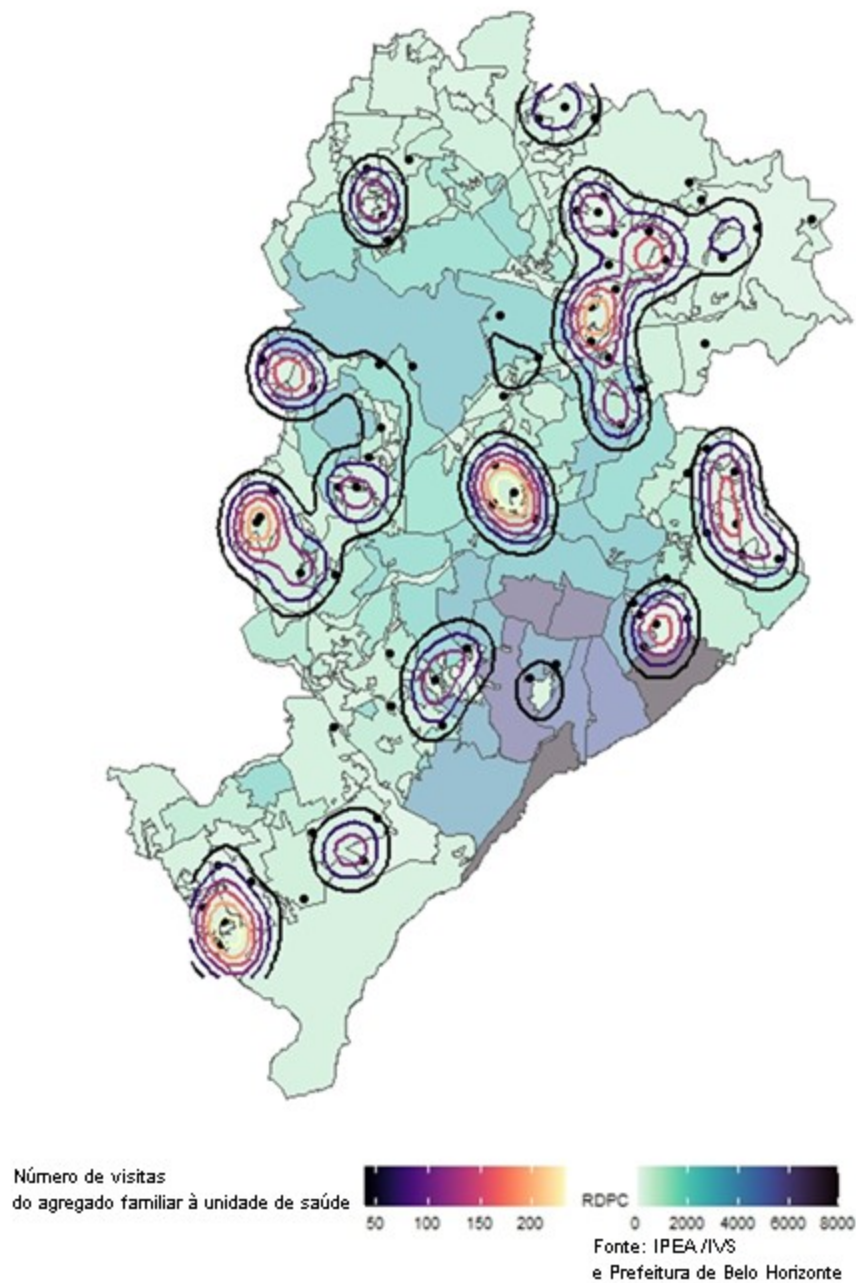
A equipe de avaliação desenvolveu e testou duas teorias de mudança relacionadas com os padrões de utilização de serviços ambulatoriais. A primeira é que o PMC está associado a uma maior frequência de consultas ambulatoriais para reabilitação. Um objetivo fundamental do PMC é facilitar a recuperação dos idosos após uma internação hospitalar e reduzir o risco de readmissão. Conseqüentemente, as equipes de análise de casos colocam uma forte ênfase no acesso à reabilitação. A segunda teoria da mudança é que o PMC está associado a uma maior frequência de consultas ambulatoriais planejadas versus não planejadas. Os profissionais de

¹¹ Para um relato mais detalhado deste desenho de pesquisa, métodos e resultados, consulte Lloyd-Sherlock, Giacomini e Sempé (2022).

apoio aos cuidados familiares recebem alguma formação básica para reconhecer sinais de alerta de potenciais problemas de saúde agudos e são obrigados a notificá-los imediatamente aos centros de saúde.

Figura 4.1. Padrões espaciais de utilização dos centros de saúde e nível de renda das pessoas com mais de 60 anos, abril a junho de 2018, Belo Horizonte.

Segregação de renda e utilização de Unidades Básicas de Saúde por maiores de 60 anos de Abril a Junho de 2018 em Belo Horizonte



Comparamos os dados de utilização de serviços de saúde ambulatoriais com a adesão ao PMC e criamos um grupo de comparação correspondente de idosos não PMC com características semelhantes. Isto levou em conta o sexo individual, a idade, o mês de visita ao serviço de saúde, a localização do agregado familiar e a distância ao centro de saúde. Os dados socioeconômicos não estavam disponíveis para cada indivíduo idoso, mas foi possível fazer uma estimativa com base na ligação do endereço de cada idoso aos dados a nível microdistrital sobre o índice de vulnerabilidade social (rácio de dependência econômica do agregado familiar, esperança de vida em anos e renda familiar *per capita*). Nossas comparações encontraram uma taxa de incidência mais alta para visitas planejadas em relação às não planejadas para idosos inseridos no PMC em comparação com os controles não-PMC, e uma maior incidência de visitas para reabilitação. Este efeito foi consistente em diferentes técnicas de correspondência e modelos analíticos. Por exemplo, os modelos de Poisson usando *Coarsened e Matching* mostram uma taxa de incidência mais alta para visitas planejadas em relação às não planejadas (1,3; intervalo de confiança de 95% 1,1 – 1,4) para usuários no PMC e uma maior incidência de visitas para reabilitação (3,4; intervalo de confiança de 95% 1,7 - 6,8).

Os dados qualitativos apoiaram ambas as teorias de mudança. Eles fornecem relatos detalhados de como os profissionais de apoio aos cuidados familiares ajudam os idosos a gerir condições de saúde crônicas que, de outra forma, poderiam levar a consultas de saúde de emergência [Q4.1]. Ajudar a administrar a medicação foi especialmente importante, uma vez que muitos idosos e cuidadores familiares tinham alfabetização limitada [Q4.2]. As entrevistas também mostram uma forte ênfase na reabilitação após internações hospitalares [Q4.3].

Q4.1. A profissional de apoio ao cuidado familiar prepara o suprimento de oxigênio e fica com ele conversando sobre isso e aquilo... Ela está sempre atenta caso haja alguma coisa diferente nele. Ela percebe coisinhas e depois me diz: "Olha, deve ter alguma coisa acontecendo com ele. Vou falar com as pessoas do centro de saúde." (E47, F, Cuidadora Familiar)

Q4.2. Trabalhamos com muitas famílias altamente carenciadas, onde ninguém sabe ler, escrever ou administrar medicamentos adequadamente. (E12, F, Psicóloga, CRAS)

Q4.3. Descobrimos que os idosos recuperam um pouco de força quando nem sempre estão confinados ao leito ou à cadeira de rodas, e graças à fisioterapia que fazem com o cuidador. E à medida que ganham mais mobilidade, não ficam mais com feridas.... Estas são todas pequenas coisas, mas quando todas juntas, têm um grande efeito nas necessidades de cuidados de saúde dos idosos. (E15, F, Assistente Social, CRAS)

Os efeitos do PMC no uso de serviços de internação.

A equipe de avaliação explorou associações entre o PMC e o tempo médio de internação hospitalar e o custo médio da hospitalização. Esses resultados foram derivados de uma teoria de mudança de que o PMC facilita a alta hospitalar, aumentando a confiança no apoio comunitário para pacientes idosos, reduzindo o tempo de internação e o custo total das

hospitalizações.¹²

A análise é baseada nos dados de internações do Ministério da Saúde referentes ao período de abril de 2011 a dezembro de 2020 (DATASUS, 2020). Através de um identificador comum, encontramos 588 internações de membros do PMC nesse período. Usando propensão e correspondência de peso inverso, criamos unidades de comparação combinadas. Utilizamos variáveis contextuais (sexo, idade, raça, complexidade do tratamento e motivo da internação) para comparar as características sociodemográficas e clínicas dos idosos participantes do PMC daqueles que não o eram. Utilizamos modelos de regressão multivariada para calcular o efeito de estar no PMC no tempo de internação e no custo total da internação hospitalar.

Encontramos associações estatisticamente significativas entre estar no PMC e o tempo de internação e o custo total da internação. Em todas as especificações do modelo, estar no PMC reduz a duração média da hospitalização em 0,22 dias (IC 95% -0,08-0,35) (Tabela 4.1) e reduz o custo médio de cada hospitalização em 375 reais (valor atual) (IC 95% -337 - -415), o que equivalia a aproximadamente 528 reais (US\$ 100) por admissão (Tabela 4.2).

Tabela 4.1. Resultados da regressão para tempo médio de internação.

Parâmetro	Coefficiente	SE	IC 95%	T	p
<i>Intercept</i>	-0,9	0,22	[-1,34 - -0,47]	-4,05	<0,001
PMC [Sim]	-0,22	0,07	[-0,35 - -0,08]	-3,06	0,002
Sexo [masculino]	0,41	0,05	[0,31 - 0,50]	8,4	<0,001
Idade	-3.89e-03	2.78E-03	[-0,01 - 0,00]	-1,4	0,162
Etnia [Branca]	0,92	0,11	[0,71 - 1,12]	8,65	<0,001
Etnia [Parda]	1,28	0,09	[1,11 - 1,45]	14,86	<0,001
Etnia [Negra]	2,53	0,13	[2,27 - 2,80]	6,85	<0,001
Complexidade do caso [Média]	2,69	0,08	[2,52 - 2,85]	32,1	<0,001
Admissão em serviço de urgência [Sim]	7,46	0,07	[7,32 - 7,60]	102,39	<0,001

Fonte: Autores.

A análise da avaliação qualitativa lança mais luz sobre esta teoria da mudança. Revela que, embora não houvesse uma ligação formal entre o PMC e os hospitais, quando um idoso era internado, os profissionais de apoio aos cuidados familiares desempenhavam por vezes este papel de forma mais informal [Q4.4 e Q4.5]. Informantes-chave, incluindo funcionários do hospital, afirmaram que o PMC aumentou a sua confiança na alta segura de pacientes idosos de

¹² Para um relato mais detalhado deste desenho quantitativo, ver Sempé e Lloyd-Sherlock (2022).

volta à comunidade, reduzindo potencialmente internações hospitalares desnecessariamente longas [Q4.6]. Os dados qualitativos indicam que o potencial do PMC para facilitar a alta hospitalar e, portanto, reduzir estadias desnecessariamente longas, seria ainda maior se fossem implementados protocolos de ligação mais formais.

Q4.4. *Se o idoso for para o hospital e a sua família não puder visitá-lo, os Profissionais de Apoio aos Cuidados Familiares poderão ir vê-lo no hospital durante o seu horário habitual de trabalho.* (E40, M, Assistente Social, CRAS)

Q4.5. *Se uma pessoa idosa ficar muito doente e não houver ninguém em casa, os Profissionais de Apoio aos Cuidados Familiares irão acompanhá-la na ambulância. Eles tentarão ficar no hospital até que alguém da família possa assumir. Mas... os hospitais geralmente ficam muito distantes e por isso logisticamente é muito difícil.* (E40, M, Assistente Social, CRAS)

Q4.6. *E às vezes o hospital fica chamando a gente aqui, para ver se a gente pode ajudar nisso. Para que os pacientes mais velhos possam receber alta. Caso contrário, ficarão muito tempo internados, o que chamamos de “internação social”.* (E41, F, Assistente Social, Equipe Ampliada de Saúde da Família)

Tabela 4.2. Resultados da regressão para custo médio de internação hospitalar.

Parâmetro	Coeficiente	SE	IC 95%	T	p
<i>Intercept</i>	5661.42	92.04	[5481,02 - 5841,83]	61,51	<0,001
PMC [Sim]	-375,77	19,8	[-414,57 - -336,97]	-18,98	<0,001
Sexo [masculino]	201.01	17,86	[166,01 - 236,01]	11.26	<0,001
Idade	-12.06	0,96	[-13,95 - -10,17]	-12,51	<0,001
Etnia [Branca]	-46,53	38,84	[-122,66 - 29,59]	-1,2	0,231
Etnia [Parda]	-16,46	-33.07	[-48,35 - 81,28]	-0,5	0,619
Etnia [Negra]	-66,6	48.13	[-160,93 - 27,73]	-1,38	0,166
Complexidade do caso [Média]	-3874,38	49,66	[-3971,71 - -3777,04]	-78,02	<0,001
Admissão em serviço de urgência [Sim]	1056,41	29.17	[999,24 - 1113,58]	36,22	<0,001

Fonte: Autores

Principais conclusões da avaliação de impacto na utilização dos serviços de saúde.

- ✓ A avaliação de impacto fornece evidências quantitativas e qualitativas de que o PMC tem efeitos significativos na utilização dos serviços de saúde.
- ✓ A maioria dos idosos de Belo Horizonte não realiza visitas regulares aos postos de saúde das UBS. A análise espacial revela que o uso é altamente concentrado entre idosos que moram muito próximos às UBSs. Para muitas outras pessoas idosas, o acesso físico a estes serviços é muito limitado. Dessa forma, o PMC oferece uma ligação essencial aos serviços de saúde locais para idosos dependentes de cuidados.
- ✓ O PMC está associado a uma menor proporção de consultas ambulatoriais que foram consultas de emergência não planejadas. É provável que isto melhore a eficiência técnica e alocativa dos serviços de saúde. Uma análise oficial do Reino Unido concluiu que a utilização crescente de cuidados ambulatoriais de urgência e emergência está a conduzir a custos crescentes e a uma maior pressão sobre os recursos (Keogh, 2013).
- ✓ O PMC está associado a uma maior porcentagem de consultas ambulatoriais para fins de reabilitação. Isso está de acordo com o protocolo do sistema nacional de saúde do Brasil de que os prestadores de cuidados primários de saúde devem ter a responsabilidade principal pela identificação e gerenciamento das necessidades de reabilitação de adultos (Macinko et al., 2018). Estudos realizados noutros países demonstram poupanças substanciais de custos decorrentes da reabilitação ambulatorial (Binder et al., 2004).
- ✓ O PMC está associado a um tempo médio de internação mais curto e a custos médios mais baixos por hospitalização, devido à facilitação da alta do paciente. Este efeito poderia ser reforçado por uma ligação mais formal entre o PMC e os hospitais.

Não existem avaliações de impacto publicadas de regimes comparáveis ao PMC noutros países de baixo e médio rendimento. O PMC partilha alguns elementos com intervenções em países de alta renda, incluindo cuidados de saúde primários domiciliários e internação domiciliar (Langhorn, Baylan, 2017; Màs et al., 2017). Tal como o PMC, estas intervenções muitas vezes combinam a avaliação geriátrica com a gestão de casos com base em planos de cuidados personalizados e monitorização periódica (Stoop et al., 2019). Contudo, a forma específica que o PMC assume e o contexto em que opera são distintos. O PMC não depende principalmente de equipas de profissionais clínicos e não clínicos. Os profissionais de apoio aos cuidados familiares têm apenas um conjunto limitado de competências, mas o seu baixo custo permite uma elevada proporção de cuidadores em relação aos idosos, permitindo-lhes passar até 20 horas por semana com famílias individuais. Isto difere dos regimes em países de alta renda, que normalmente implicam visitas mais curtas e menos frequentes, em vez de longos períodos de apoio (Sempé, Billings, Lloyd-Sherlock, 2019). Ao mesmo tempo, o PMC opera em ambientes muito distintos dos de maior renda. O programa funciona em bairros marcados pela pobreza e vulnerabilidade, onde os idosos vivem em habitações pouco adaptadas às suas necessidades e cujas famílias não têm condições de pagar cuidadores privados (Castro, 2022). Quaisquer efeitos sobre a utilização dos serviços de saúde devem ser interpretados tendo como referência a relativa escassez de serviços de saúde no Brasil, onde os gastos *per capita* com saúde são inferiores a 10% daqueles dos EUA.

Tendo estas diferenças em mente, estudos de intervenções amplamente comparáveis em países de alta renda relatam taxas variáveis de efeitos positivos em admissões não planejadas, readmissões hospitalares e uso inadequado de medicamentos. Não há, no entanto, nenhuma evidência publicada de efeitos sobre os padrões de utilização de serviços ambulatoriais, incluindo o motivo da consulta ou as taxas de consultas não planejadas. Isto reflete uma negligência geral desta questão na literatura acadêmica.

Seção 5.

Análise de custos do Programa Maior Cuidado.

Esta seção fornece dados de custos operacionais para o PMC em Abril de 2023, bem como custos per capita para cada pessoa idosa incluída no PMC. As estimativas de custos para diferentes elementos do PMC foram derivadas de uma combinação pragmática de métodos de custeio de cima para baixo e de baixo para cima (Cunnamá et al, 2016). Estão disponíveis dados descendentes relativos à organização da sociedade civil responsável pelos profissionais de apoio aos cuidados familiares. Outros custos (tais como o tempo do pessoal da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social atribuído ao PMC) são estimados utilizando dados ascendentes para diferenciar estes custos específicos de outras atividades nas quais estes funcionários estão envolvidos.

Esta seção não fornece uma análise monetária sistemática dos benefícios observados do PMC, uma vez que (como visto nas seções anteriores) não estão disponíveis dados completos para todos os potenciais efeitos benéficos. Contudo, é possível comparar os custos do PMC com outras intervenções e apresentar algumas evidências limitadas do valor gerado pelo PMC.

Custos de capital.

Não existem custos de capital para o PMC, uma vez que ele não necessita de novos edifícios ou de novos equipamentos substanciais; o PMC utiliza infraestrutura de saúde e assistência social já existente. O mesmo não se aplica a outras intervenções, como instalações de cuidados de longa duração ou centros de dia. A falta de um desembolso inicial substancial de despesas de capital reduz a barreira de entrada financeira para os governos locais estabelecerem programas como o PMC. A ausência de custos de capital elimina a necessidade de cálculos de desconto nesta análise de custos, uma vez que os efeitos de depreciação não se aplicam.

Custos da organização da sociedade civil.

A organização da sociedade civil é contratada pelo município de Belo Horizonte para recrutar, treinar, pagar (incluindo custos de viagem, equipamentos e plenos direitos trabalhistas) e gerenciar os trabalhadores de apoio ao cuidado familiar, bem como um supervisor em tempo integral para cada 24 profissionais de apoio ao cuidado familiar.

A transferência mensal total para a organização da sociedade civil foi de 590.000 reais em abril de 2023 ¹³, quando o PMC atendia 675 idosos, o que equivale a um custo por idoso de 874 reais (US\$ 165 às taxas de câmbio de abril de 2023) por mês.

Custos adicionais para a Secretaria de Saúde e Secretaria de Assistência Social.

Em nenhuma das secretarias existe pessoal exclusivamente dedicado ao PMC: esta atividade faz parte de um conjunto muito mais vasto de responsabilidades e atividades.

¹³ Cotação do dólar americano em abril de 2023: 1 U\$=5,2981 reais.

Conseqüentemente, é necessário estimar a quantidade de tempo do pessoal especificamente dedicado ao PMC, como uma parcela atribuível de um custo conjunto. Estas estimativas de tempo foram derivadas de discussões informais com o pessoal. Em geral, o pessoal teve dificuldade em atribuir um valor específico às suas contribuições de tempo para o PMC, uma vez que estas podiam variar ao longo do tempo e normalmente representavam apenas uma parte relativamente pequena da sua carga de trabalho. Uma resposta típica do pessoal dos centros de saúde e dos centros comunitários de assistência social foi que o PMC muitas vezes lhes poupava tempo a longo prazo, uma vez que evitava problemas mais graves. No entanto, foi possível distinguir insumos de tempo específicos, como aqueles relacionados à preparação e participação nas reuniões mensais de revisão de casos e à seleção de novas famílias do PMC.

As estimativas derivadas dos centros comunitários de assistência social e dos gestores dos postos de saúde eram de que a alocação específica de tempo em cada caso era de aproximadamente uma pessoa por dia por mês. Essa função geralmente era desempenhada por um enfermeiro, outro profissional da equipe de saúde da família de nível médio ou por um assistente social. Em cada caso, o salário médio do pessoal era de aproximadamente 6.000 reais por mês (300 reais por dia em um mês de 20 dias). O número total de centros comunitários de assistência social participantes do PMC foi de 34 e, portanto, o custo total de todos os assistentes sociais dos centros comunitários de assistência social foi de 10.200 reais (300 x 34).

Os territórios geográficos servidos pelos postos de saúde não coincidem perfeitamente com os abrangidos pelos centros comunitários de assistência social. Conseqüentemente, alguns centros comunitários de assistência social trabalham com mais de um posto de saúde, cujos representantes participarão na mesma reunião mensal de avaliação de casos. Como tal, as nossas estimativas de custos para o pessoal dos postos de saúde são derivadas de uma proporção de 1,5 funcionários do centro de saúde por pessoal do CRAS, totalizando 15.300 reais (300 x 51).

Um total de 675 idosos foram incluídos no PMC; portanto, o custo mensal per capita desse tempo de equipe foi de 37,5 reais (custo de R\$10.200 de assistente social, mais R\$15.300 de custo de enfermagem, dividido por 675 beneficiários).

Os gestores administrativos centrais da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social estimam que a alocação específica de tempo em cada caso foi de aproximadamente quatro pessoas-dia por mês. Essa função geralmente era desempenhada por pessoal técnico de nível médio. Em cada caso, o salário médio do pessoal era de aproximadamente 8.000 reais por mês (400 por dia num mês de 20 dias). Assim, o valor dos quatro dias do mês destinados cada um ao PMC é de 1.600 reais. Portanto, o custo mensal per capita desse tempo de pessoal foi de 4,7 reais (custo de R\$800 da Secretaria de Saúde, mais custo de R\$800 da Secretaria de Assistência Social, dividido por 675 beneficiários).

[O custo mensal global estimado do PMC por idoso.](#)

A estimativa do custo global mensal do PMC por idoso é apresentada na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Estimativa do custo global mensal per capita do PMC por idoso em reais

Custo mensal per capita por idoso	R\$
Organização da Sociedade civil	874
Funcionários do Centro de Saúde e Centro de Referência de Assistência Social	37,5
Gerentes administrativos da Secretarias Saúde e da Secretaria de Assistência Social	4,7 reais
Total	916,2 (US\$ 173) *

*Na taxa de câmbio de abril de 2023 (1 U\$=5,2981 reais)

Valor adicionado pelo PMC.

Os principais benefícios do PMC serão provavelmente a melhoria da qualidade de vida dos idosos e dos cuidadores familiares. Embora a Seção 3 forneça provas qualitativas de que estes efeitos são substanciais, não estão disponíveis dados quantitativos sistemáticos sobre eles (tais como as pontuações Zarit dos cuidadores familiares). Consequentemente, não é possível atribuir um valor monetário a estes efeitos, apesar da sua provável importância.

Outro benefício potencial do PMC é a redução da necessidade de outros tipos de despesas públicas ou privadas para satisfazer as necessidades de cuidados destas pessoas idosas numa medida semelhante. A comparação mais direta é com a taxa de mercado para um cuidador remunerado com um nível semelhante de formação e experiência. Em Belo Horizonte, em maio de 2023, isso era cerca de R\$ 318 (US\$ 60) por 15 horas de atendimento por semana (um valor típico oferecido pelo PMC), equivalente a aproximadamente 95% do Benefício de Prestação básico Pensão continuada R\$352 (US\$ 66,5 por semana). Indiscutivelmente, o benefício derivado de um cuidador privado remunerado seria maior do que o de um profissional de apoio aos cuidados familiares do PMC, uma vez que os primeiros não estão integrados num conjunto mais amplo de serviços de saúde e assistência social, tais como as revisões mensais de casos do grupo de trabalho conjunto.

O custo de funcionamento do PMC também pode ser comparado ao custo de funcionamento de instalações de cuidados de longa duração. Embora as instalações de cuidados de longa duração representem um tipo diferente de serviço, o seu objetivo teórico é o mesmo: satisfazer as necessidades dos idosos dependentes de cuidados. Sem o PMC é provável que a procura de serviços de ILPI fosse maior. Em maio de 2023, o município de Belo Horizonte pagou subsídios a 28 unidades privadas de cuidados de longa duração. O pagamento mensal per capita era de 2.300 reais. Estas ILPI também estão autorizadas a reter 70% do Benefício de Prestação Pensão continuada de cada morador idoso, equivalente a 924 reais. Dessa forma, o custo combinado por idoso por mês é de 3.224 reais. Devido à falta de capacidade, mais de 300 idosos estavam em listas de espera por um lugar em instalações de cuidados de longa duração subsidiadas em 2022 (Lambert e Fuscaldi, 2022). As ILPI privadas sem subsídios estatais tendem a ser mais caras: os custos mensais são muito variáveis, mas geralmente ultrapassam os 5.000 reais.

A Seção 4 mostra que o PMC tem um efeito indireto significativo nas despesas públicas com serviços hospitalares de internação, reduzindo o tempo médio de internação e os custos médios por admissão. O PMC também melhora os padrões de utilização dos serviços de postos de saúde pelas pessoas idosas, tanto através da promoção de consultas planejadas, em vez de consultas de emergência, como através de maiores proporções de consultas para reabilitação. Não é possível estimar o valor monetário destes efeitos, mas é provável que sejam significativos.

Por último, o PMC representa uma oportunidade de subsistência principalmente para as profissionais de apoio aos cuidados familiares que são recrutadas em comunidades desfavorecidas com alternativas limitadas de trabalho digno. O número médio de idosos atendidos por cada profissional de apoio ao cuidado familiar é de 3,7. Assim, o salário-mínimo recebido por esses PACF (3.120 reais mensais em maio de 2023) representa 92,0% do custo de cada idoso incluído no PMC ($3120/3,7 = 843,2$; $843,2/916,2 = 92,0\%$). Em vez de um “custo irrecuperável”, os salários pagos aos PACF representam uma forma de proteção social produtiva para um grupo desfavorecido.

Seção 6

Com base no Programa Maior Cuidado no Brasil e na região em geral.

O Ministério da Saúde (MS) cofinancia as avaliações de impacto do PMC desde 2018. Um produto dessas avaliações é um manual de como implementar intervenções semelhantes em outros municípios brasileiros. Os resultados amplamente positivos desta avaliação levaram o Ministério da Saúde a financiar duas intervenções piloto em novos municípios: as cidades de Salvador, no estado da Bahia, e de Contagem, no estado de Minas Gerais. Estas intervenções piloto foram iniciadas em 2023 e têm dois objetivos principais:

1. Avaliar a viabilidade de estabelecer intervenções modeladas no PMC em novos ambientes. Isto incluirá a necessidade de adaptar a versão Belo Horizonte do PMC a diferentes fatores contextuais. Reconhecendo os desafios dos projetos intersetoriais, os projetos-piloto prestarão especial atenção à viabilidade de alcançar uma colaboração eficaz entre as secretarias municipais de saúde e assistência social.
2. Desenvolver e ampliar a base de evidências sobre o PMC. Ao contrário da versão Belo Horizonte do PMC, os pilotos permitirão a aplicação de uma pesquisa de base, que incluirá dados não coletados sistematicamente pela versão Belo Horizonte do PMC, como carga de cuidado familiar e capacidade de cuidado. Os pilotos também incluirão controles, para apoiar uma avaliação quase experimental robusta dos efeitos.

A equipe de avaliação e o Ministério da Saúde estão a apoiar e a coordenar os projetos-piloto e os novos programas, tratando-os como uma rede nacional incipiente de avaliações do tipo PMC. Isto pode contribuir para a primeira Política Nacional de Cuidados do Brasil, que se encontra atualmente em desenvolvimento.

Fora do Brasil, o PMC foi apresentado como o único exemplo de boas práticas para cuidados integrados de longo prazo no sul global (OMS, 2021). Também foi apresentado em publicações da ONU Mulheres, da Associação Internacional de Segurança Social e da Associação Americana de Pessoas Aposentadas (ONU Mulheres, 2017; Lloyd-Sherlock et al, 2022; Lloyd-Sherlock et al, 2021). Este interesse reflete a margem potencial para desenvolver intervenções semelhantes noutros países que enfrentam desafios semelhantes.

Seção 7

Principais lições e áreas para futuras pesquisas.

Este relatório apresenta uma visão geral de uma nova intervenção comunitária para idosos que vivem em bairros carentes na cidade brasileira de Belo Horizonte. O PMC iniciou a sua atividade em 2011 e até Dezembro de 2022, 3.062 famílias tinham recebido apoio ou continuavam a recebê-lo.

O relatório descreve o *design* do PMC e como ele funciona na prática. O PMC tem alguns elementos importantes que o distinguem de outras intervenções para pessoas idosas. Estes incluem o grau de cooperação entre as agências governamentais locais de saúde e assistência social, bem como as funções e competências específicas dos profissionais de apoio aos cuidados familiares. O relatório mostra que a estrutura e os processos operacionais do PMC baseiam-se e estão ligadas às infraestruturas locais existentes de serviços de saúde e assistência social, tais como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Apesar de algumas deficiências, o PMC demonstra funcionar de forma eficaz e parece ser altamente valorizado pelo pessoal de saúde e assistência social, bem como pelos idosos e suas famílias. Ao longo do tempo, foram feitas algumas reformas nos protocolos operacionais e nos sistemas de informação do PMC para melhorar a monitorização e a colaboração intersetorial. Em 2019, o PMC foi implementado em todos os CRAS de Belo Horizonte.

O relatório baseia-se em dados qualitativos e quantitativos para avaliar diferentes impactos potenciais do PMC. Isto inclui evidências qualitativas de que os profissionais de apoio aos cuidados familiares (PACFs), em conjunto com o pessoal local de saúde e assistência social, ajudam alguns idosos e cuidadores a gerir condições de saúde crônicas e a reduzir os riscos de episódios agudos de saúde. Os exemplos incluem ajudar no uso de medicamentos, promover comportamentos saudáveis e identificar sinais precoces de novos problemas de saúde. Além disso, os PACFs foram um importante recurso social para os idosos, abordando questões como a solidão, o abandono e a baixa autoestima. O relatório também apresenta evidências qualitativas sobre os benefícios que o PMC proporciona aos cuidadores familiares, com os PACF a partilharem responsabilidades de cuidados, proporcionando descanso do trabalho de cuidados contínuos e promovendo boas práticas de cuidados. O PMC também oferece às famílias vulneráveis formas mais gerais de apoio social, para reduzir situações de conflito e promover cuidados mais cooperativos.

Uma combinação de evidências qualitativas e quantitativas demonstra que o PMC teve efeitos importantes nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Os idosos eram menos propensos a visitar os centros de saúde numa base de emergência não planejada. Era mais provável que o fizessem em consultas relacionadas com reabilitação. Em comparação com idosos semelhantes internados no hospital pelas mesmas razões, os do PMC tiveram estadias médias mais curtas, a um custo menor. Estes efeitos mostram que os cuidados de saúde e os serviços de assistência social para os idosos estão estreitamente ligados, pelo que a disponibilidade de cuidados sociais eficazes influencia substancialmente a utilização de serviços ambulatoriais e de internação hospitalar. No caso do PMC, estes efeitos poderiam ser reforçados de algumas formas, como

através de uma ligação mais direta com os hospitais.

O relatório apresenta uma análise de custos para o PMC, que estima que o custo mensal para cada idoso em Maio de 2023 foi de R\$916 (173 dólares). Isto é inferior ao custo de mercado para um montante semelhante de apoio de um cuidador privado: R\$1271 (240 dólares). É também inferior ao custo mensal per capita das instalações de cuidados de longa duração financiadas pelo Estado R\$3470 (655 dólares às taxas atuais). Notavelmente, 92,0% dos custos do PMC foram alocados para fornecer um salário básico aos profissionais de apoio aos cuidados familiares, uma elevada proporção dos quais eram mulheres, oriundas de bairros desfavorecidos. Uma das principais razões para o baixo custo de funcionamento do PMC é o fato de este se basear na assistência social comunitária pré-existente e em infraestruturas e serviços de cuidados de saúde primários.

Com o apoio do Ministério da Saúde, esquemas modelados no PMC estão sendo desenvolvidos em duas novas cidades brasileiras. O PMC também recebeu atenção internacional como uma intervenção que pode oferecer lições úteis para outros países. Este elevado nível de interesse nacional e internacional no PMC deve-se, em parte, aos elementos incomuns do programa. No entanto, reflete também a quantidade e a qualidade das evidências de impacto, que normalmente não estão disponíveis para intervenções semelhantes. Por exemplo, o Programa de São Paulo, Programa Acompanhante de Idosos (PAI) partilha algumas características com o PMC, mas é gerido exclusivamente por agências de saúde, oferece às famílias menos horas de apoio semanal e destaca equipes de saúde especializadas. Embora esteja disponível informação descritiva sobre o PAI, não existem avaliações publicadas dos efeitos do PAI sobre os idosos e os seus cuidadores ou sobre a utilização dos serviços. Da mesma forma, estão disponíveis relatos descritivos detalhados e avaliações de processos sobre o funcionamento do sistema chileno Chile Cuida e do Sistema Nacional de Cuidados Integrados do Uruguai, mas estes não incluem evidências de impactos ou efeitos (Rosales, Monreal e Villalobos, 2020; AARP, 2020). Na China, uma série de intervenções relacionadas foram testadas a nível do governo local, mas não foram avaliadas (Hu e Glavin, 2023). Excepcionalmente, uma intervenção comunitária semelhante na Tailândia foi avaliada de forma robusta e encontrou efeitos significativos na sobrecarga dos cuidadores, bem como na limitação do declínio funcional e da depressão entre os idosos (Aung et al, 2022). No entanto, esta avaliação tailandesa não inclui efeitos potenciais na utilização dos serviços de saúde. A coleta de evidências de impacto sobre intervenções complexas é um desafio, mas é necessária para suscitar o interesse dos decisores políticos.

Uma questão fundamental é se intervenções como o PMC devem ser operadas em conjunto por diferentes departamentos governamentais ou apenas por um (seja de saúde ou de assistência social). Embora existam benefícios potenciais da colaboração entre departamentos governamentais, alcançá-los na prática é muitas vezes um desafio. O PMC foi inicialmente afetado por problemas com sistemas de informação partilhados, comunicação interdepartamental e delimitações claras de funções e competências. Estas questões foram abordadas através de reformas implementadas após 2019, incluindo um acordo interdepartamental formal. Consequentemente, a experiência do PMC mostra que a colaboração intersectorial pode funcionar. A combinação das competências e recursos dos profissionais locais de saúde e assistência social permitiu ao PMC abordar um conjunto mais vasto de questões do

que apenas o estado funcional e clínico das pessoas idosas. Os dados qualitativos apresentados neste relatório demonstram o valor agregado de abordar outras formas de vulnerabilidade que afetam as pessoas idosas, bem como os seus cuidadores e famílias.

As evidências disponíveis sobre o PMC fornecem informações úteis para os decisores políticos na América Latina e no Caribe, mas estas evidências permanecem incompletas. É necessário desenvolver a base de conhecimento disponível de diversas maneiras. Primeiro, as evidências atuais limitam-se à operação e aos efeitos do PMC em Belo Horizonte. É necessário alargar este conhecimento a outros locais, para avaliar o quanto o PMC é replicável e se tem impactos semelhantes em diferentes ambientes locais. Isto também deve considerar as condições políticas locais que permitem ou dificultam esta forma de colaboração intersetorial. Os projetos-piloto em andamento em Minas Gerais e na Bahia abordarão essas lacunas de conhecimento. Em segundo lugar, são necessários mais dados quantitativos sobre a forma como o PMC afeta o bem-estar dos idosos e dos seus cuidadores, bem como sobre os padrões de utilização dos serviços de saúde. Isto exigirá estudos mais complexos e rigorosos, como ensaios clínicos randomizados.

Referências bibliográficas

- AARP. 2020. “Formalizing integrated care systems for older adults: Uruguay’s National Integrated Care System”. *AARP International*. <https://www.aarpinternational.org/initiatives/aging-readiness-competitiveness-arc/uruguay-case-study>.
- Amri, M., Chatur, A. and O’Campo, P. 2022. “Intersectoral and multisectoral approaches to health policy: an umbrella review protocol. “*Health Res Policy Sys* 20:21. <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00826-1>
- Andrade SC, Marcucci RM, Faria LF, Paschoal SM, Rebusini F, Melo RC. 2020. “Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo”. *Einstein* (São Paulo). http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5263.
- Aranco, Natalia et al. 2022. “Aging in Latin America and the Caribbean: social protection and quality of life of older persons”. *Inter-American Development Bank (IADB)*. <https://publications.iadb.org/en/aging-latin-america-and-caribbean-social-protection-and-quality-life-older-persons>.
- Aung MN et al. 2022. “Effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004”. *Health Research Policy and Systems*, 20(110). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00911-5>.
- Barrientos A and Lloyd-Sherlock P. 2011. “Pensions, poverty and wellbeing. The impact of pensions in South Africa and Brazil, a comparative study. “*HelpAge International Briefing*. <https://www.helpage.org/silo/files/pensions-poverty-and-wellbeing-the-impact-of-pensions-in-south-africa-and-brazil.pdf>.
- Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. 2016. “Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly”. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 24:e2835. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>.
- Binder EF, Brown M, Sinacore DR, Steger-May K, Yarashesky KE, Schechtman KB. 2004. “Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: A randomized controlled trial”. *J Am Med Assoc.*, 292(7):837–46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15315998/>.
- Borges M. 2012. “A pessoa idosa no sistema único de assistência social”. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martini, 2012. p. 99-124
- Cafagna G, [Aranco N](#), [Ibarrarán P](#), [Oliveri ML](#), [Medellín N](#), [Stampini M](#). 2019. “Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe”. *Banco Interamericano de Desarrollo Mejorando vidas*. <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>.
- Camarano A. 2017. “Cuidados Para a População Idosa: Demandas e Perspectivas.” *World Bank*, Washington, DC. <http://www.alapop.org/Congreso2018/PDF/00212.pdf>

- Campbell BCV et al. 2019. "Ischaemic stroke". *Nature Reviews Disease Primers*, 5(70). <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0118-8>
- Castro, C. P. F. D. (2022). *Programa Maior Cuidado: uma estratégia intersetorial frente aos desafios do envelhecimento* (Doctoral dissertation, s. n.). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53638>
- Costa MA, Oliveira Marguti B, editors. 2015. "Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras". Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA). Brasília. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5257>.
- Cunnam L et al. 2016. "Using Top-down and Bottom-up Costing Approaches in LMICs: The Case for Using Both to Assess the Incremental Costs of New Technologies at Scale." *Health Econ*, 25 Suppl 1(Suppl Suppl 1):53-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26763594/>.
- DATASUS. 2022. Ministério da Saúde. <https://datasus.saude.gov.br/>.
- de Carvalho A, Abdalla C, Domingues M and Giacomini K. 2022. "Atuação da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos". *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 19(Supl.2). <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/14091>.
- de Souza DK and Peixoto SV. 2017. "Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013*". *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26 (2):285–94. <https://www.scielo.br/j/ress/a/xp7pnjDQyBFvRVRDBDVNY7B/abstract/?lang=pt>.
- Dias, RD and Barros JV. 2019. "Burden of hospitalisation among older people in the Brazilian public health system: a big data analysis from 2009 to 2015". *Journal Epidemiology & Community Health*, 73(6):537–43. <https://jech.bmj.com/content/73/6/537>.
- División de Evaluación (DINEM). 2020. "Informe de la evaluación cualitativa del programa Asistentes Personales Documento de trabajo Nro. 65". <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Documento%20N%C2%BA%2065.%20Informe%20final%20evaluaci%C3%B3n%20cualitativa%20AP.pdf>
- Doty, P. 2023. "Cash and Counseling: Self-directed home and community long-term care". Inter-American Development Bank Improving lives". <https://publications.iadb.org/en/cash-and-counseling-self-directed-home-and-community-long-term-care>.
- Ferreira FPC, Bansi LO and Paschoal SMP. 2014. "Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais". *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 17, 911-926. <https://www.scielo.br/j/rbqg/a/MLWMwhfpRjz4dcm3tCZ3BHG/abstract/?lang=pt>
- Gaugler J, Jarrott S, Zarit S, Stephens M, Townsend A and Greene R. 2003. "Respite for Dementia Caregivers: The Effects of Adult Day Service Use on Caregiving Hours and Care Demands". *International Psychogeriatrics*, 15(1): 37-58. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12834199/>.
- Giraldo-Rodríguez, L.; Rosas-Carrasco, O.; Mino-León, D. 2015. "Abuse in Mexican Older Adults

- with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors” *Journal of the American Geriatrics Society*, 6 (8):1594-600. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26289685/>.
- Gratão ACM et al. 2019. “Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers”. *Dement neuropsychol.*, 13(1):122–9. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-010015>.
- Hu L, Glavin YW. 2023. “Integrating Health and Care for Older People in China: What Has Been Accomplished? What is Next?” *Int J Integr Care*, 23(1):16. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.7598>.
- Johannesen, M, Lo Giudice, D. 2013. “Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders” *Age and Ageing*, 42 (3):292-8. <https://academic.oup.com/ageing/article/42/3/292/24179>.
- Keogh B. 2013. “High quality care for all, now and for future generations: Transforming urgent and emergency care services in England– The evidence Base from the Urgent and Emergency Care Review”. *NHS England*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf>.
- Lambert L and Fuscaldi S. 2022. “Panorama das ILPIs em BH. “Valor Compartilhado, 8(18): 20-35. https://cemais.org.br/fotos/2aa24476cfbf26e880826dfd354054ed_VC-Ed_18.pdf.
- Langhorne P and Baylan S. 2017. “Early supported discharge services for people with acute stroke”. *Cochrane Database Syst Rev.*, 7(7).CD000443. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703869/>.
- Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. 2017. “Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study”. *Rev Bras Enferm.*, 70(4):682-688. <https://www.scielo.br/j/reben/a/chtJwWjyZCvDth9b8Tm9VBr/?lang=en>.
- Lino VTS, Rodrigues NCP, Lima IS, Athie S, and Souza ER. 2019. “Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1): 87–96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>.
- Lloyd-Sherlock P, Kalache A, Kirkwood T, McKee M and Prince M. 2019. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *Lancet*, 193(10215): 2152-3. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32522-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32522-X/fulltext)
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Aredes J, Billings J, Firmo J, Sempé L and Bof de Andrade F. 2019. 1º Relatório parcial: “Melhorando a efetividade e eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos”. Projeto “Cuidados Sociais e Saúde para Idosos”, nº: 26449 - Fapemig/Fiocruz/Instituto René Rachou.
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K and Sempé L. 2021. “An Innovative Caregiving Program Shows Promise. “*AARP International*. <https://www.aarpinternational.org/the-journal/current-edition/journal-articles-blog/2021/12/atj2021-sherlock>.
- Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Carvalho PF and Sousa QF. 2022. “Integrated long-term care partnerships between government social care and health agencies in Brazil: The Belo Horizonte

model". *International Social Security Review*, 75(3-4):103-120.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/issr.12309>.

Lloyd-Sherlock P, Giacomini K and Sempe L. 2022. "The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people". *BMC Health Services Research*, 22(176). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07552-y>.

Lloyd-Sherlock P, Sasat S, Morales F and Pot A. 2017. "Volunteer provision of long-term care for older people in Thailand and Costa Rica". *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11): 774–778. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272166>

Lloyd-Sherlock P. et al. 2021a. "An emergency strategy for managing COVID-19 in long-term care facilities in low and middle-income countries: the CIAT Framework (Version 3)". *Global Platform*. <https://corona-older.com/2021/07/20/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-long-term-care-facilities-in-low-and-middle-income-countries-the-ciat-framework-version-3/>

Lloyd-Sherlock, P. et al. 2020b. "Meeting the complex challenge of health and social care provision for rapidly-ageing populations. Introducing the concept of 'avoidable displacement from home'". *Cadernos de Saúde Pública* 36 (3). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1089438>

Macinko J and Harris MJ. 2015. "Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system". *N Engl J Med*, 372 (23): 2177-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039598/>.

Macinko J, Andrade FB de, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF. 2018. "Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil)". *Rev Saúde Pública*, 52 (Suppl 2). <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MzqWJmcVG3qBXnqgghxvr8c/?lang=en>.

Magalhães IA et al. 2022. Sociodemographic factors affect the quality of life and burden of caregivers in special care in dentistry. *Special Care in Dentistry*. <https://doi.org/10.1111/scd.12710>

Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaegúènia SJ, Miralles R. 2017. "Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: comparison with bed-based Intermediate Care". *Age Ageing*, 46(6):925–31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655169/>.

Mishra AK, Kar A. 2017. "Are Targeted Unconditional Cash Transfers Effective? Evidence from a Poor Region in India" *Social Indicators Research*, 130 (2): 819-843. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-015-1187-z>.

National Audit Office. 2019. "Department of Health and Social Care, 2018-19". <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/commons-committees/Health/Correspondence/2019-20/Departmental-Overview-Department-of-Health-Social-Care.pdf>

Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. 2020. "Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: Experiences of frontline workers in the English

- Midlands region, UK". *Journal of Interprof Care*, 34 (5):655-661.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2020.1792425?journalCode=ijic20>
- Peroni FM, [Veríssimo LCG](#), [Shibata LG](#), [Aranco N](#). 2023. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Brasil." *Banco Interamericano de Desarrollo*.
<https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-brasil-0>.
- Reed S et al. 2021. "Integrating health and social care. A comparison of policy and progress across the four countries of the UK". *Nuffield Trust*. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/integrating-health-and-social-care-a-comparison-of-policy-and-progress-across-the-four-countries-of-the-uk>.
- Romero DE, Aline Marques, Ana Cláudia Barbosa, Raulino Sabino. 2010. "Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado". In: Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido?.
[https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Capitulo%209 Internacao%20de%20Idosos_SUS.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Capitulo%209%20Internacao%20de%20Idosos_SUS.pdf)
- Rosales L, Monreal MV, Villalobos P. 2020. "Informe Final De Evaluación Evaluación Programas Gubernamentales (Epg). Programa Red Local De Apoyos Y Cuidados". Ministerio De Desarrollo Social Y Familia. Subsecretaría De Servicios Sociales. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205725_informe_final.pdf.
- Rytter L et al. 2010. "Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial". *Scand J Prim Health Care*, 28(3):146–53.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20429738/>.
- Santos, G. D. C. A. D. (2022). Empréstimo consignado a aposentados e pensionistas do INSS: relação entre hipervulnerabilidade e superendividamento.
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/26216>
- Sempé L, Billings J, Lloyd-Sherlock P. 2019. "Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review". *BMJ Open*, 9(11):e030687. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e030687>.
- Sempé L and Lloyd-Sherlock P. 2022. "Programa Maior Cuidado: an analysis of hospitalisation effects". *Global Platform*. <https://corona-older.com/2022/11/18/programa-maior-cuidado-an-analysis-of-hospitalisation-effects/>.
- Stoop A, Lette M, Gils PFV, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR. 2019. "Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review". *Health Soc Care Community*, 27(5):e549–66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31225946/>.
- The Kings Fund. 2018. "A year of integrated care systems: reviewing the journey so far".
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/year-integrated-care-systems>
- United Nations. 2022. "World Population Prospects 2022". Department of Economic and Social Affairs Population Division. <https://population.un.org/wpp/>

UN Women. 2017. "Long-term care for older people. A new global gender priority". *Policy Brief*. Number 9. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/long-term-care-for-older-people>.

Waisgrais S et al. 2018. "Avances y desafíos de las políticas de cuidado en Argentina". *Organización Internacional del Trabajo*. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/protecci%C3%B3n-social/WCMS_635285/lang-es/index.htm

Wan CS, Mitchell J, Maier AB. 2021. "A Multidisciplinary, Community-Based Program to Reduce Unplanned Hospital Admissions". *J Am Med Dir Assoc.*, 22(6):1331.e1-1331.e9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020308343#:~:text=HARP%20provides%20intensive%20care%20coordination,and%20independence%20in%20the%20community>.

WHO. 2015. "World report on ageing and health". Geneva, World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf

_____. 2021. "Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care". Geneva, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>

Apêndices

Apêndice 1. – Questionário de avaliação para inclusão no Programa Maior Cuidado.

O PMC aplica um questionário sistemático para avaliar a elegibilidade e a prioridade dos idosos para inclusão no programa. Este questionário foi desenvolvido em conjunto e aplicado em conjunto por funcionários da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Assistência Social. Gera uma pontuação, sendo 60 pontos o valor mínimo para elegibilidade.

CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO				
Pessoa com 60 anos ou mais que é semidependente ou dependente				
Residir em área correspondente a um CRAS				
Ter cadastro e ser atendido no Centro de Saúde localizado no território de abrangência CRAS				
Renda familiar mensal até 3 salários mínimos ou renda per capita inferior a meio salário mínimo				
Pontuação maior ou igual a 60 pontos				
1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
Nome do usuário:				
Idade:			Telefone:	
Endereço: Rua/Av:				
Nº.:	Complemento:		Bairro:	
Referência familiar:				
CRAS de referência do Usuário:				
Nº prontuário CRAS:			Nº de SIGPS	
Nº de NIS			Nº do Cartão SUS:	
Centro de Saúde Cadastrado			Nº Prontuário:	
2. COMPOSIÇÃO E RENDA FAMILIAR				
Nome	Data de nascimento	Grau de Parentesco	Renda	Fonte de renda
Total da Renda familiar				
Renda per capita				

3. FATORES ETÁRIOS	
Idade	Pontos
75-79	2
80+	4
Total de pontos	
4. IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES E RISCOS SOCIAIS	
4.1 Vulnerabilidades de Renda	Pontos
Famílias com renda per capita inferior a 1/2 salário-mínimo	3
Famílias com renda per capita inferior a 1/4 do salário-mínimo	5
Total da pontuação	
4.2 Famílias do Público Prioritário	Pontos
Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada e/ou	10
Beneficiária do Programa Bolsa Família	
Contrarreferenciadas da Proteção Social Especial.	
Total de pontos	
4.3 Vulnerabilidades relacionais e situações que podem contribuir para a fragilização da capacidade protetiva das famílias	Pontos
<p>Família</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com criança, adolescente, pessoa com deficiência ou mais de um idoso; - Com crianças ou adolescentes fora da escola; - Com adolescente em medida socioeducativa; - Com integrante recluso ou egresso do sistema prisional; - Com integrante em uso abusivo de álcool ou outras drogas; - Com integrante com sofrimento mental; - Com situações de conflitos que fragilizam os cuidados e dificultam cumprir funções de proteção e cuidados cotidianos; - E/ou integrante que vivencia situação de preconceitos e discriminações (etárias, étnico-raciais, de gênero, religiosidade, condições sociais e econômicas, (orientação sexual, ou por deficiência, entre outras); - E/ou integrante que vivencia situação de isolamento, confinamento ou apartação; 	11

Pessoa idosa - Dependente de cuidados de terceiros e/ou com limitações de mobilidade, pela existência de barreiras no domicílio, dificultando a acessibilidade; - Que permanece sozinha por longos períodos; - Com deficiência e com dependência de cuidados de terceiros; - Exposta a riscos, de isolamento social, confinamento, apartação, exclusão, abandono; - Que retorna ao ambiente familiar após acolhimento institucional; - Com baixa participação nas atividades da família e da comunidade;		11	
Cuidador familiar - Em situação de stress emocional ou físico ocasionado pelo cuidado como idoso; - Que tenha interrompido as atividades laborais ou esteja impossibilitado de realizá-las, em virtude da oferta continuada de cuidados diários; - É uma pessoa idosa; - Desempenha sozinho o papel de cuidador; - Em uso abusivo de álcool ou outras drogas ou com sofrimento mental ou deficiência; - Em tratamento prolongado por problemas de saúde;		11	
Total de pontos			
5. AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL			
Indicador	Descrição	Pontos	
Autopercepção da saúde	Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, a pessoa idosa diria que sua saúde é:	() Regular ou ruim (1 ponto)	() Excelente, muito boa ou boa (0 ponto)
	<ul style="list-style-type: none"> • Regular ou ruim • Excelente, muito boa ou boa. Caso o idoso não possa responder, o cuidador ou familiar mais próximo poderá responder por ele.)		
Fatores clínicos	Poli comorbidades (> 5 doenças crônicas) ou Polifarmácia (uso regular de > 5 medicamentos/dia)	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Em oxigenoterapia domiciliar	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Presença de lesões cutâneas	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Hospitalização recente (nos últimos 6 meses) ou hospitalizações recorrentes (nos últimos 2 anos)	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
Fatores relacionados a cognição	Esquecimentos que dificultam ou impede a realização de atividades do cotidiano (incapacidade cognitiva)	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Distúrbios comportamentais (hipersexualidade, apatia, agressividade, perambulação, agitação)	() Sim (2 pontos)	() Não (0 ponto)

Fatores relacionados a Saúde mental	Desânimo, tristeza ou desesperança (avaliar humor depressivo)	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Distúrbios do sono (insônia, cochilos diurnos etc.)	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Diagnóstico de transtorno mental (esquizofrenia, neurose grave, psicose etc.)	() Sim (2 pontos)	() Não (0 ponto)
Fatores relacionados a mobilidade	- Perda de peso não intencional (perda de peso que não ocorreu por decisão própria) de pelo menos 4,5 kg ou 5% no último ano e/ou - Circunferência da panturrilha ≤ 31 cm e/ou - Índice de massa corporal ≤ 22 kg/m ² OU - Obesidade mórbida IMC ≥ 40 Kg/m ² .	() Sim (2 pontos)	() Não (0 ponto)
	- Incapacidade de segurar pequenos objetos ou tocar a nuca com ambas as mãos e/ou dificuldade de se levantar e se sentar em uma cadeira ou caminhar e/ou 2 ou mais quedas no último ano.	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Perda involuntária de urina ou fezes	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
Total de pontos			

Autonomia da Pessoa Idosa

Autonomia é a capacidade individual de decidir e comandar suas ações, estabelecendo e seguindo suas próprias regras. Significa capacidade de tomada de decisão e depende diretamente da cognição e do humor.

Considerando os indicadores de cognição e saúde mental, a equipe avalia que o idoso é capaz de decidir e comandar a própria vida?	() Sim (0 ponto)	() Não (1 ponto)
---	----------------------	----------------------

Total de pontos

Avaliação Socioambiental

Indicador	Descrição	Pontos	
Suporte familiar	Pessoa idosa recebe totalmente os cuidados necessários, porém, há sobrecarga ou dificuldade do cuidador/familiar.	() Sim (1 ponto)	() Não (0 ponto)
	Pessoa idosa recebe parcialmente os cuidados necessários, mesmo com algum suporte de cuidador/familiar.	() Sim (3 pontos)	() Não (0 ponto)
	Pessoa idosa não possui suporte de cuidador/familiar (mesmo com a existência de familiares no domicílio).	() Sim (4 pontos)	() Não (0 ponto)
Suporte social	Pessoas de apoio na comunidade que colaboram cotidianamente com o cuidado do idoso. <i>A pessoa idosa possui apoio social</i>	() Sim (0 ponto)	() Não (2 pontos)

Avaliação ambiental	Condições de residência: áreas de locomoção; iluminação; banheiro; passos. A residência da pessoa idosa possui barreira arquitetônica e/ou apresenta maior risco de quedas e/ou condições precárias.	() Sim (2 pontos)	() Não (0 ponto)
----------------------------	--	-----------------------	----------------------

Total de pontos			
------------------------	--	--	--

Marque uma opção em cada linha para os fatores funcionais.

Fatores Funcionais	Independent e (0 pontos)	Semidependente (1 ponto)	Dependente (2 pontos)	Pontuação
Cozinhar e cuidar da casa	() Não necessita de ajuda	() Necessita de ajuda parcial	() Não consegue	
Fazer compras e controlar o dinheiro	() Não necessita de ajuda	() Necessita de ajuda parcial	() Não consegue	
Usar o telefone	() Não necessita de ajuda	() Necessita de ajuda parcial	() Não consegue	
Tomar os medicamentos	() Não necessita de ajuda	() Necessita de ajuda parcial	() Não consegue	
Total de pontos				

Autocuidado e atividades básicas da vida diária (tarefas necessárias ao cuidado do corpo ou à autopreservação; autocuidado – para atender a uma necessidade humana básica).

Marque uma opção em cada linha para os fatores funcionais.

Fatores funcionais	Independente (0 pontos)	semi-dependente (1 ponto)	Dependente (dois pontos)	Pontuação
Tomar banho	() Não há necessidade de ajuda. Pode tomar banho sozinho.	() Necessita de ajuda no banho para lavar apenas uma parte do corpo, como costas ou perna.	() Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	
Vestir-se	() Pega as roupas no armário e veste-se completamente sem ajuda.	() Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	() Requer ajuda para pegar as roupas no armário ou para se vestir ou não se veste sozinho.	
Usar o vaso sanitário	() Vai ao banheiro, despe-se, limpa-se e arruma a roupa sem ajuda (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode usar bengala ou andador).	() Necessita de ajuda para ir ao banheiro ou para limpar-se ou para vestir-se após o uso do banheiro; ou para usar comadres e similares à noite.	() Não vai ao banheiro	

Transferência	() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com ajuda.	() Restrito ao leito.	
Continência	() Controla inteiramente a micção e evacuação.	() Tem “acidentes” ocasionais (perdas urinárias ou fecais ocasionais).	() Uso de fralda ou cateter; incontinência total.	
Alimentação	() Alimenta sem ajuda.	() alimenta-se sem ajuda (leva a comida do prato até a boca), exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	() Requer ajuda para levar a comida do prato à boca; ou uso de sonda para se alimentar.	
Total de pontos				

Total geral da avaliação clínica funcional:

Pontos:

INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

CRAS:	
Técnico:	Data:
Equipe do Serviço de Proteção Social:	
Assinatura:	
Centro de Saúde:	
Profissional de saúde:	
Equipe :	Data:
Assinatura:	

Apêndice 2. Formulário de lista de espera do Programa Maior Cuidado.

Depois de os idosos terem sido avaliados quanto à elegibilidade e prioridade de inclusão no PMC (ver Apêndice 1), o seu caso será avaliado na próxima revisão mensal de casos. Nem todas as famílias elegíveis são imediatamente incluídas no PMC, uma vez que o número de profissionais de apoio aos cuidados familiares é limitado. Os detalhes das famílias que não são imediatamente incluídas no PMC são inseridos neste formulário e serão revisados quando uma vaga estiver disponível.

Nome de usuário	UBS	CRAS	Número do prontuário eletrônico	Data da visita da Equipe de Saúde	Pontuação de avaliação de saúde	Data da visita realizada pela equipe de Assistência Social

Pontuação de avaliação da Assistência Social	Data de discussão na reunião mensal	Pontuação total	Encaminhamentos	Status de análise	Observação

Apêndice 3 - Planilha de Acompanhamento Trimestral do Programa Maior Cuidado.

Os profissionais de apoio aos cuidados familiares preenchem relatórios de monitorização que são depois discutidos nas revisões mensais dos casos.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO							
Nome	CRAS	Equipe	PE - Número do prontuário eletrônico	Data de nascimento	Idade	Pontuação de acordo com avaliação de inserção	Gênero

ACESSO AOS SERVIÇOS E LAZER							
Acesso a serviços e lazer							Data de inserção no NASF*
Centro de Saúde	CRAS	Grupos de Apoio	Igreja	Trabalho voluntário	Clube	Passeio	

**NASF - Equipe Ampliada de Saúde da Família

AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA												
Quedas			Hospitalização			Oxigenação (<i>marcar com X</i>)						
Últimos 12 meses	número de quedas	data da última queda	Últimos 12 meses	Nº de hospitalização	Data da última internação	oxigenoterapia	traqueostomia	Micronebulização	BIPAP*	CPAP**	Não se aplica	Outro (especifique)

*BIPAP - Pressão Positiva de Dois Níveis nas Vias Aéreas; **CPAP - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA									
Eliminações					Comida:	Hidratação/ Desidratação	Saúde Bucal:	Mobilidade:	
Urina	Fezes (marque com X)								
Fralda; Sonda de demora e fralda; Sonda de alívio e fralda; Sonda de demora; Sonda de alívio; Habitual;	Habitual	2 dias sem evacuar	Hemorroida	Bolsa de colostomia	Fralda	Não se aplica	NA; Outros; Gastrostomia; Sonda; Engasgo; Habitual;	Lesão na boca; Prótese móvel; Prótese fixa; Possui dentes;	NA; Outros; Restrito ao leito; Cadeira de rodas; Muleta; Bengala; Andador; Sozinho;

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA																				
Cuidados com o corpo e a pele (marque com X)						Lesões cutâneas (locais)							Curativos simples							
Pele ressecada Coceira pele fina Edema Não se aplica Outro (especifique)						Occipital	Ombro	Escápula	Cotovelo	Trocânter	Crista ilíaca	Sacral	Joelho	Maleolar	Calcâneo	Hálux				

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA														
Dormir (marque com X)					Saúde mental (marque com X)									
Sonolência diurna Insônia Roncos Não se aplica Outro (especifique)					Depressão	Ansiedade	Desinibição	Desorientação	Alteração da memória	Agressividade	Apatia	Não se aplica	Outro (especifique)	

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA												
Outras condições de saúde que requerem atenção <i>(marque com X)</i>												
Hipertensão	Diabetes Mellitus	Osteoporose	Osteoartrose	DPOC*	Neoplasia	sequelas de AVE	Epilepsia	Parkinson	Demência ou Alzheimer	Incontinência urinária	Não se aplica	Outro (especifique)

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA													
Hábitos de vida <i>(marque com X)</i>			Medicamentos				Prescrição Habitual <i>(marcar com X)</i>						
Tabagismo	Alcoolismo	Não se aplica	Outro (especifique)	Polifarmácia (mais de 05 medicamentos)	Como faz o seu uso: NA; Outros; Automedicação; Com auxílio; Sozinho;		Tópico	injetável	inalatório	Oral	Retal	Não se aplica	Outro (especifique)

AVALIAÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA														
Sinais de alerta <i>(marcar com X)</i> Obs.: Campo a ser preenchido pela equipe em conjunto com o cuidador do PMC														
Cor alterada	Confusão mental	Agitação	Prostração	Falta de ar	Dor intensa	Dor aguda	Inapetência	Hipotermia	Febre	Vômito	Diarreia	Sangramento	Não se aplica	Outro (especifique)

IMUNIZAÇÃO						MONITORAMENTO DE SAÚDE		
Vacinação (marcar com X)						Plano de cuidados		
Influenza	COVID-19	Dupla adulto	Pneumo 23	Febre amarela		Possui Plano de Cuidados?	Data da última atualização	Justificativa: Inativo – outros; Inativo - óbito; Inativo – institucionalização; Inativo – Reinserção familiar; Ativo – reinserção PMC; Ativo

Apêndice 4. Planos de cuidados da Assistência Social e da Saúde para idosos incluídos no Programa Maior Cuidado.

Espera-se que os profissionais de apoio aos cuidados familiares (PACFs) trabalhem com os familiares dos idosos para desenvolver e acordar um plano de cuidados individuais para os idosos. A concepção deste plano de cuidados inclui duas seções. O plano de cuidados de assistência social diz respeito a um amplo conjunto de questões sociais que afetam as pessoas idosas, os seus cuidadores e as famílias. O plano de saúde refere-se mais especificamente às funções clínicas. A Secretaria de Saúde e a Secretaria de Assistência Social articularam-se durante o desenvolvimento destes dois planos, a fim de reforçar a sua complementaridade intersetorial.

A. Plano Cuidados da Assistência Social.

Eixo	Objetivo (s)	Ações
Função protetora da Família	Apoiar a família no cuidado do idoso, na melhoria da sua qualidade de vida.	[] Realizar os cuidados com o idoso conforme as orientações do CRAS e Centro de Saúde.
		[] Apoiar a realização de atividades envolvendo a pessoa idosa e seus familiares com a organização dos espaços acessíveis na moradia, da higiene do ambiente, os horários e lembretes para a ingestão de medicação.
		[] Dar suporte ao idoso nas atividades de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, realizar a higiene pessoal, alimentar-se, tomar sol, deslocar-se pelo território, entre outras.
		[] Reforçar as orientações do CRAS e o Centro de Saúde sobre a manutenção de um ambiente acolhedor e humanizado onde o idoso permanece, bem como as orientações do NASF sobre acessibilidade e segurança.
		[] Valorizar as ações de cuidado do cuidador familiar.
		[] Incentivar a família a participar das reuniões e ações desenvolvidas no CRAS e no Centro de Saúde.
		[] Incentivar o cuidador familiar a participar de atividades locais de lazer, esportivas e culturais.
		[] Apoiar o cuidador familiar para que possa dispor de momentos de descanso, autocuidado e acesso a direitos.
		[] Orientar a família sobre perigos iminentes no domicílio que possam dificultar a locomoção do idoso, como cadarços desamarrados, chinelos, tapetes, animais, entre outros. Objetos pontiagudos que causam risco ao idoso.
		[] Apoiar a família para que o idoso compareça às consultas e exames médicos, lembrando-lhe as datas agendadas, os documentos necessários e situações importantes a serem relatadas em relação ao idoso.

		<p><input type="checkbox"/> Incentivar a família a levar em consideração as preferências alimentares do idoso, respeitando as restrições e orientações de saúde. Quando necessário e conforme orientação do CRAS, o cuidador deverá preparar a alimentação do idoso.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar a participação da família em atividades de estimulação cognitiva, com momentos de escuta e conversa com o idoso.</p> <p><input type="checkbox"/> Apoiar e acompanhar o idoso em atividades externas como caminhada ou evento social.</p> <p><input type="checkbox"/> Criar um caderno de registros com a família, contendo os cuidados prestados, momentos marcantes e a história de vida do idoso.</p>
Vínculos familiares e comunitários	Contribuir para a participação da pessoa idosa nos espaços de convivência familiar e comunitária	<p><input type="checkbox"/> Organizar o ambiente onde o idoso permanece, mantendo-o limpo e arejado. Incentive a família a manter naquele ambiente objetos pessoais do idoso que fazem parte de sua história de vida.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar a participação dos usuários e seus familiares com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, dentro do horário de funcionamento, permanecendo com o idoso durante o dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Encorajar a pessoa idosa e a sua família a visitar familiares e amigos residentes na comunidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar visitas e acompanhamento do idoso aos espaços comunitários.</p> <p><input type="checkbox"/> Estimular a família a valorizar datas significativas para o idoso</p> <p><input type="checkbox"/> Ter conhecimento das atividades sociais e cotidianas já realizadas pela família, que possam envolver o idoso, estimular a família a envolvê-lo.</p> <p><input type="checkbox"/> Promova e incentive familiares e amigos a se envolverem com o idoso. É orientá-los a prestar os cuidados necessários ao idoso.</p>
Desenvolvimento da autonomia dos idosos	Contribuir para que a pessoa idosa vivencie experiências que favoreçam a conquista da autonomia, da independência e do bem-estar.	<p><input type="checkbox"/> Incentive o idoso a realizar atividades que ele consegue fazer sozinho.</p> <p><input type="checkbox"/> Estabelecer uma rotina de planejamento de atividades com o idoso.</p> <p><input type="checkbox"/> Recuperar hábitos e habilidades do idoso e incentivá-lo a realizar atividades artísticas, culturais e religiosas, de acordo com seu interesse, tais como: pintar, tocar instrumento musical, atividades artesanais, escrever, ler, ouvir música, cuidar de plantas.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar o idoso a cuidar de si, mantendo sua autoestima</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar o idoso a participar de atividades lúdicas e de estimulação cognitiva e intelectual.</p> <p><input type="checkbox"/> Incentivar o idoso a realizar escolhas e a tomar decisões.</p> <p><input type="checkbox"/> Supervisionar as atividades instrumentais de vida prática realizadas pelo idoso, prevenindo riscos.</p>

		<input type="checkbox"/> Incentivar a família a acompanhar o idoso nas atividades, permitindo que ele as realize. <input type="checkbox"/> Sensibilizar a família sobre a importância de preservar a autonomia do idoso. <input type="checkbox"/> Estabelecer uma rotina de contextualização espaço-temporal com os idosos, promovendo atividades de caminhada com eles no território para que reconheçam a comunidade, resgatem sua história de vida por meio de registros fotográficos, cartas e outros materiais que favoreçam sua localização no tempo e no espaço. <input type="checkbox"/> Desenvolver atividades que preservem e estimulem a autonomia, a participação social do idoso, favorecendo o fortalecimento da proteção mútua entre os familiares. <input type="checkbox"/> Promover o diálogo constante com o idoso, envolvendo a família e a comunidade. <input type="checkbox"/> Resgatar e valorizar a história de vida do idoso, sua família e comunidade.
Garantia de Direitos	Contribuir para o acesso a serviços, programas, projetos, benefícios de assistência social, transferência de renda e outras políticas do setor público.	<input type="checkbox"/> Informar o CRAS sobre as demandas do idoso e sua família.
		<input type="checkbox"/> Contribuir com orientações à família sobre os serviços públicos existentes e as ofertas da rede social assistencial no território.
		<input type="checkbox"/> Apoiar a família na garantia do acesso do idoso aos serviços públicos.
		<input type="checkbox"/> Sensibilizar a família sobre a importância de apoiar a pessoa idosa no acesso aos seus direitos, vida familiar e comunitária.

B. Plano de Cuidados da Saúde. (exemplo)

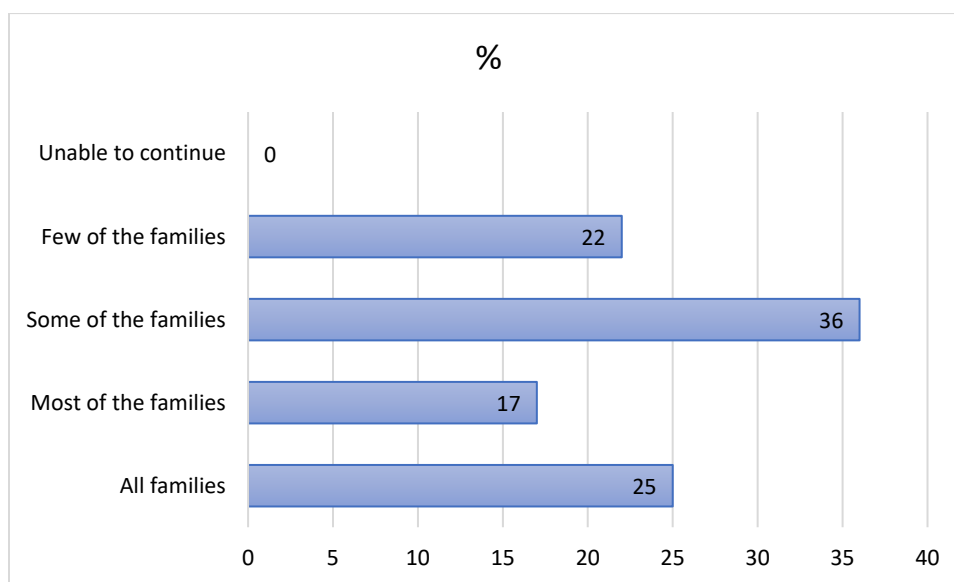
	RESPONSÁVEIS PELO CUIDADO				
	CUIDADOR PMC	FAMILIARES	EQUIPE DE SAÚDE		
			UBS	NASF	OUTROS
() Acompanhar o idoso nas consultas no Centro de saúde	X	X			
() Acompanhar visitas domiciliares de profissionais de saúde	X	X			
() Incentivar e acompanhar o idoso sempre que possível nas atividades extradomiciliares; articular com os responsáveis pelas atividades sobre as necessidades de participação e socialização dos idosos	X	X			
() Agendar consulta e/ou visita ao idoso e sua família.			X	X	X
() Visita mensal do Agente Comunitário de Saúde.			X		
() Estimular a prática de atividades físicas regulares e prazerosas.				X	
() Estimular o convívio social, a participação em datas comemorativas.				X	
() Incentivar o uso da caderneta do idoso como documento de identificação em qualquer ambiente social.	X	X	X	X	X

Anexo 1 - Teste de estresse Covid-19 do Programa Maior Cuidado.

Os primeiros casos de COVID-19 em Belo Horizonte foram notificados em 8 de março de 2020, logo após a conclusão da avaliação operacional inicial. Como outras cidades do Brasil, as taxas de infecção eram muito altas em bairros mais carentes e os idosos corriam risco particular de mortalidade por COVID-19. Previa-se, portanto, que a pandemia afetaria substancialmente o funcionamento do Programa Maior Cuidado e que seria necessária uma rápida adaptação. Conseqüentemente, a equipe de investigação desenvolveu um inquérito por questionário distribuído por email aos gestores responsáveis por todos os 36 Centros de Referência de Assistência Social/Centros de Saúde Comunitários onde funcionava o Programa Maior Cuidado (ver abaixo).

Devido aos riscos de infecção, a maioria das visitas domiciliares foram inicialmente suspensas e rapidamente substituídas por chamadas telefônicas regulares e outras formas de comunicação remota com as famílias. Apesar das enormes pressões sobre as equipes de saúde locais, foi possível dar continuidade ao grupo de trabalho conjunto mensal, ainda que de forma remota (Figura A.1).

Figura A.1: Impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento das famílias que participam do Programa Maior Cuidado.



Fonte: Autores

Todos os CRAS incluídos na pesquisa relataram que conseguiram continuar prestando algum nível de serviço às famílias do Programa Maior Cuidado. Em 42 por cento dos Centros de Referência de Assistência Social foi possível continuar a apoiar a maioria das famílias do Programa Maior Cuidado durante a 1.^a onda da pandemia. Chamadas telefônicas regulares permitiram que os profissionais de apoio aos cuidados familiares continuassem a monitorar o estado dos idosos e mantivessem contato com os seus cuidadores familiares. Os profissionais de apoio aos cuidados familiares relataram que alguns idosos ficaram mais habituados ao apoio

telefônico ao longo do tempo, facilitando a interação social. No entanto, algumas visitas familiares continuaram (QA.1), nem todas as famílias tinham telefone e era evidente que a interação telefônica não era um substituto eficaz para a forma de apoio habitualmente prestada pelo Programa Maior Cuidado (QA.2).

QA.1. Para as famílias mais vulneráveis ainda era necessário ir pessoalmente – só que não é a mesma coisa que um telefonema. (E15, F, Assistente Social, Centros de Referência de Assistência Social)

QA. 2. O programa parou de nos visitar durante a pandemia e foi muito difícil para nós. Não conseguimos tomar os remédios direito porque eu não sei ler e minha esposa não enxerga. Então eu não tomei direito e fiquei muito doente. (E33, M, idoso)

Como os profissionais de apoio aos cuidados familiares não foram oficialmente categorizados como "profissionais de saúde", não receberam a mesma prioridade de acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e, posteriormente, às vacinas como outros profissionais de saúde da linha da frente. Este é um exemplo da necessidade de um reconhecimento intersetorial mais forte do papel dos profissionais de apoio aos cuidados familiares. No entanto, em Outubro de 2020 foi possível retomar as visitas domiciliares e as operações do Programa Maior Cuidado regressaram rapidamente ao modelo pré-pandemia.

Questionário para teste de estresse Covid-19 do Programa Maior Cuidado

Qual o nome e localização do serviço/setor em que você atua? Ex.: Centro de Saúde/CRAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social; / Administração Regional de Saúde / Proteção Social Básica Regional

Qual é o seu nome e cargo?

Durante os 12 meses que antecederam a pandemia de COVID-19, de março de 2019 a março de 2020:

Quantas famílias o seu serviço apoiou através do Programa Maior Cuidado ?

Quantos cuidadores estavam envolvidos no Programa Maior Cuidado ?_

Por favor, marque sua reação às afirmações abaixo:

O PMC foi eficaz na satisfação das necessidades dos idosos e das suas famílias.

- concordo plenamente
- concordo
- Não concordo nem discordo
- discordo
- Discordo totalmente

O Programa Maior Cuidado foi eficiente na redução do estresse e da demanda de cuidados dos familiares dos idosos nas famílias participantes.

- concordo plenamente
- concordo
- Não concordo nem discordo
- discordo
- Discordo totalmente

Liste até 3 desafios específicos para operar o Programa Maior Cuidado em sua área antes da pandemia.

Desde o início da pandemia de COVID-19 em março de 2020...

Selecione uma descrição das seguintes afirmações:

Foi possível continuar oferecendo pelo menos alguns serviços do Programa Maior Cuidado para TODAS as famílias.

Foi possível continuar oferecendo pelo menos alguns serviços do Programa Maior Cuidado para a MAIORIA das famílias.

Foi possível continuar oferecendo pelo menos alguns serviços do Programa Maior Cuidado para ALGUMAS famílias.

Foi possível continuar oferecendo pelo menos alguns serviços do Programa Maior Cuidado para POUCAS famílias.

NÃO foi possível continuar oferecendo os serviços do Programa Maior Cuidado às famílias.

Selecione uma descrição das seguintes afirmações:

Foi possível manter o atendimento COMPLETO para essas famílias.

Foi possível manter o atendimento PARCIAL para essas famílias.

Identifique até 3 desafios específicos ao funcionamento do Programa Maior Cuidado durante a pandemia, indicando como você lidou com eles:
